



آنچه در این شماره می خوانیم:

آشنایی با سازمان های غیر دولتی و بین المللی امدادی / ارزیابی سانحه

مراقبت های پیش بیمارستانی تروما / *H.A.I.N.E.S Position* چیست ؟

عملیات آمبولانس / آشنایی با آتش و روش های مقابله با آن / گزارش



مقام معظم رهبری: ماجرای حسین بن علی علیه السلام حقیقتاً موتور حرکت قرون اسلامی در جهت تفکرات صحیح اسلامی بوده است. هر آزادی خواه و هر مجاهد فی سبیل الله و هرکس که می خواسته است در میدان خطر وارد شود از آن ماجرا مایه گرفته و آن را پشتوانه روحی و معنوی خود قرار داده است. در انقلاب ما این معنی به صورت بینی واضح بود...



گرد آوری، ترجمه و تالیف: دکتر سید مجتبی احمدی/محمدعلی جباری ثانی



نخستین اقدامات جدی برای تشکیل موسسه خیریه امدادی در ایران تحت حمایت دولت در سال ۱۳۰۱ ش/ ۱۹۲۲ میلادی صورت گرفت. در این سال به کوشش دکتر امیرخان اعلم، با متقاعد نمودن احمد شاه قاجار ، اقداماتی برای تاسیس شیر و خورشید سرخ با حمایت دولت، انجام داد. دکتر امیرخان اعلم(در آن زمان مدیر بهداری استان خراسان بود)، مقررات وضع شده از سوی صلیب سرخ جهانی برای جمعیت ها را ترجمه نمود ، تا شاه آن را مطالعه کرده و مقدمات تشکیل جمعیت فراهم شود. براساس این متن ترجمه شده، نظامنامه اساسی (اساسنامه) جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران تهیه و در اسفندماه ۱۳۰۱ شمسی به امضای ولیعهد، محمد حسن میرزای قاجار رسید. این اساسنامه در ۱۰ فصل و ۶۰ ماده تهیه شده و برابر مقدمه آن، ریاست افتخاری جمعیت با ولیعهد بود اما تا ۱۳۰۳ هیچگونه اقدامی در جهت سازماندهی این تشکیلات انجام نشد.

نخستین حرکت امدادی جمعیت، کمک به زلزله زدگان تربت حیدریه، زمانی که هنوز هیچ گونه امکاناتی در اختیار جمعیت نبود، به همت دکتر امیر خان اعلم، صورت گرفت.



دکتر امیراعظم

به دلیل حضور قوی و توانمند ممتازالسلطنه در آن کنفرانس(کنفرانس صلیب سرخ در سال ۱۹۰۶ژنو)،وی به عنوان تنها نماینده مسلمان و تنها نماینده کشورهای آسیایی در کمیسیون تدوین اساسنامه جدید و نهایی کنفرانس ژنو برگزیده شد. عضویت ممتازالسلطنه در کمیسیون تدوین قرارنامه جدید باعث شد فصل ۱۸ قرارنامه که مربوط به استفاده تنها از علامت صلیب سرخ بود تغییر یابد و هلال احمر و شیر و خورشید سرخ نیز به نشان های (پرچم های) سازمان های امدادرسانی اضافه شوند.متاسفانه این پیروزی ایران در پاریس در تاریخ نویسی پهلوی اول نادیده ماند و مقفود گردید. در سال ۱۹۲۹ کنوانسیون ژنو در سومین نشست خود پس از به پایان رسیدن جنگ جهانی اول که در کشور سوئیس و شهر ژنو برگزار شد نماینده دولت ایران و دولت ترکیه از شرکت کنندگان در کنفرانس خواستند که نشان شیر و خورشید (ایران) و هلال احمر (ترکیه) در سراسر دنیا به رسمیت شناخته شود. این کنوانسیون پروانه داد که ایران از نشان خود یعنی نشان شیر و خورشید سرخ ایران و ترکیه از نشان هلال احمر استفاده کنند و این دو نشان از جانب کنوانسیون به رسمیت شناخته شد.

نخستین اقدامات جدی برای تشکیل موسسه خیریه امدادی در ایران تحت حمایت دولت در سال ۱۳۰۱ ش/ ۱۹۲۲ میلادی صورت گرفت. در این سال به کوشش دکتر امیرخان اعلم، با متقاعد نمودن احمد شاه قاجار ، اقداماتی برای تاسیس شیر و خورشید سرخ با حمایت دولت، انجام داد.

ایران دوره ناصری برای نخستین بار با تشکیلات بین المللی صلیب سرخ و کنوانسیون های بین المللی آشنا گردید . ایران در زمان حکومت ناصرالدین شاه و در دسامبر سال ۱۸۷۴ / شوال ۱۲۹۱ هجری قمری، کنوانسیون مصوب ۱۸۶۴ ژنو را بوسیله وزیر مختار خود در سوئیس پذیرفت ، اما عملاً برای نزدیک به ۵۰ سال پس از آن هیچ گونه اقدامی برای تاسیس موسسه، یا سازمانی که عامل اجرایی این کنوانسیون در ایران باشد صورت نگرفت.



در کنفرانس صلیب سرخ جهانی که در سال ۱۹۰۶ در ژنو برگزار شد تنها دو کشور مسلمان ایران و عثمانی اجازه حضور داشتند. نماینده عثمانی به دلیل اینکه در کنفرانس صلیب سرخ در سال ۱۹۰۴ شرکت نکرده و قرارنامه منعقد آن را امضا نکرده بود از شرکت در کنفرانس صلیب سرخ در سال ۱۹۰۶ محروم ماند بنابراین ایران تنها کشور مسلمانی بود که در آن کنفرانس حضور داشت و می بایست به اتفاق اعضای دیگر در مورد نماد و نشانه پرچم امدادرسانی که همانا صلیب سرخ بود تصمیمی نهایی می گرفت. این کنفرانس در شرایطی تشکیل شد که جو به شدت بر ضد عثمانی و مسلمانان بود و جهان در آستانه دسته بندی کشورها برای آغاز جنگ جهانی اول قرار داشت، دولت های مسیحی به خصوص نمایندگان دولت های بالکان، چنان بر ضد عثمانی و قراردادن هلال ماه به عنوان نشان پرچم سازمان امدادرسانی کشورهای مسلمان موضع گیری کردند که گمان می رفت تنها صلیب سرخ و شیر و خورشید سرخ به عنوان نشان های رسمی مورد تصویب قرار گیرد، اما دفاع ممتازالسلطنه از هلال ماه موجب دگرگونی فضای کنفرانس شد. این امر گویای آن است که خواست حفظ منافع مسلمانان برای او بسیار قوی بوده است.



سخن اول...

به نام حق

علم و خرد از بزرگترین مواهب الهی است که از سوی خالق قادر متعال به بشر ارزانی شده است ، بر همین اساس عامل حرکت ، پویایی ، ترقی انسانها و جوامع بشری در گرو میزان بهره بری در این عرصه حیاتی است یعنی هر چه بیشتر در عرصه علم و دانش کنکاش کنند زمینه رسیدن به ترقی هموارتر و رفع موانع آسانتر جلوه می نماید .

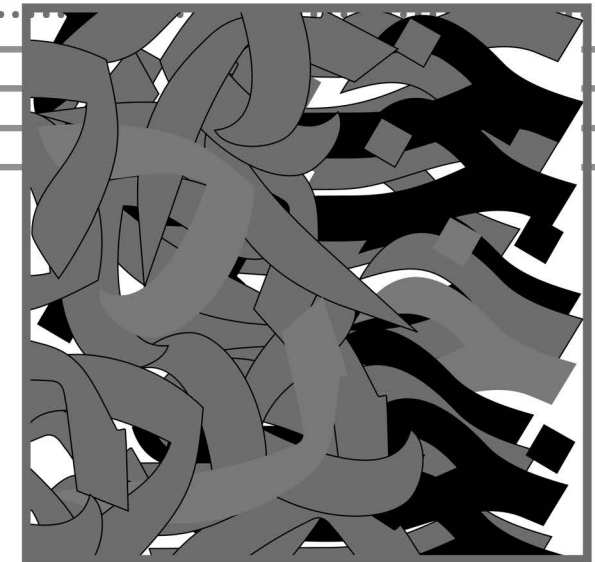
اما این حقیقت را نیز نباید از چشم دور داشت که علم زمانی که به زینت عمل آراسته گردد می تواند به منزله دو بال انسان را به حرکت وا دارد .

حال که مقدمات حرکت و جنبش فراهم گردیده ، راه به کدام سو و هدف مطلوب کجاست ؟

این راه و هدف در سایه ایمان و عمل صالح تعالی یافته و اینجاست که می توان گفت علم و خرد موجبات وصال به کمال را فراهم می سازد .

گاهنامه پیش رو با عنایت به اهمیت موضوع علم و دانش بر آنست تا ضمن تبیین زوایای کامل از وضعیت و شرایط آموزش های مرتبط با ماموریت های جمعیت هلال احمر زمینه عملی شدن این آموزش ها را فراهم آورده تا در ظل توجهات الهی در وادی عشق و ایثار خالصانه که از قلوب سرشار از ایمان شما اساتید ، مربیان ، امدادگران و نجاتگران عزیز نشأت گرفته است موجبات نجات و سعادت دنیوی و اخروی همگان فراهم گردد .

سردبیر



بافر و گذاشتن کارهای بیهوده، خردت کامل می گردد

امام علی(ع)،غرورالحکم،ص ۴۲۹۱

فهرست مطالب

آشنایی با سازمان های غیر دولتی و بین المللی امدادی/ ۱/
ارزیابی سانحه/ ۳/
مراقبت های پیش بیمارستانی تروما/ ۵/
H.A.I.N.E.S Position چیست ؟/ ۶/
عملیات آمبولانس/ ۸/
آشنایی با آتش و راه های مقابله با آن/ ۱۰/
گزارشات مدیر عامل از طرح نجات یار/ ۱۲/
گزارش اجمالی از مرکز تخصصی/ ۱۲/



گاهنامه داخلی مرکز

علمی کاربردی جمعیت هلال احمر خراسان رضوی

شماره ششم/ آبان ماه ۱۳۹۳

مدیرمسئول:دکتر سیدمجتبی احمدی

(مدیر عامل جمعیت هلال احمر استان خراسان رضوی)

سردبیر: عباسعلی نجاری (سرپرست مرکز علمی کاربردی)

مدیر طرح و اجرا: ناهید احمدی زاده

هیات تحریریه: سیدرسول شخصی زارع،مهندس توکلی،دکتر علی صمدی

همکاران این شماره:عباس یوسفی،سید حسام الدین زمانیه

ویراستار:مجتبی طاهری

صفحه آرایی و چاپ: موسسه فرهنگی هنری مقداد ۳۸۴۱۲۵۳۵

نخستین حرکت امدادی جمعیت، کمک به زلزله زدگان تربت حیدریه ، زمانی که هنوز هیچگونه امکاناتی در اختیار جمعیت نبود، به همت دکتر امیر خان اعلم، صورت گرفت.

در ۱۳۲۷ شمسی، اساسنامه جدید جمعیت، طراحی و در مجمع عمومی جمعیت در همان سال به تصویب رسید. در مقدمه این اساسنامه محمد رضا پهلوی ریاست عالیه جمعیت را به خواهر خود شمس محول نمود، در اردیبهشت ۱۳۲۸ شمسی، دکتر حسین خطیبی نوری، به عنوان مدیر عامل جمعیت، برگزیده شد. او تا هنگام پیروزی انقلاب اسلامی ، این سمت را بر عهده داشت.



در سال ۱۳۴۶ با هدف یکسان سازی فعالیت‌های مربوط به جوانان در سراسر کشور، خانه های جوانان شیر و خورشید سرخ به عنوان مهمترین بخش اجرایی شورای عالی جوانان، آغاز به کار نمود.

در سال ۱۳۴۹ و به دستور محمدرضا پهلوی بیش از ۱۰۰ بیمارستان و درمانگاه وابسته به وزارت بهداری در شهرستان‌ها، بخش‌ها و روستاها به شیر و خورشید سرخ واگذار شد تا از محل اعتبارات دولتی اداره گردد. در همین سال‌ها، برای رسیدگی بهتر به وضع بهداشتی – درمانی ساکنان جزیره های ایرانی خلیج فارس یک کشتی بیمارستانی برای جمعیت، خریداری گردید و در سال ۱۳۵۰ ش، به نشانه دوستی دو ملت ایران و امارات متحده عربی، بیمارستان جمعیت در دبی تأسیس گردید.

رسیدگی به زخمی‌ها و مصدومین انقلاب، در دوران پرتلاش قیام ملت مسلمان کشورمان در طول انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ به مردم و انقلابیون ، از افتخارات امدادگران و کارکنان جمعیت بود .

براساس مصوبه دولت موقت، در اسفند ماه سال ۱۳۵۷، کلیه موسسات درمانی و بهداشتی (شامل ۲۲۴ بیمارستان، ۷۷ اندرزگاه، ۱۵ مرکز مستقل انتقال خون و ۳۰ مرکز آموزش پرستاری، مامایی، بهیاری و پزشکی به همراه چندین پرورشگاه وخانه کودک) از جمعیت گرفته شده و با حفظ مالکیت جمعیت به وزارت بهداری و بهزیستی وقت انتقال یافت.

اوّلین اساسنامه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۵۹ و در زمان رییس جمهوری بنی صدر به تصویب رسید. مهمترین تغییر انجام یافته در اساسنامه، اعطای ریاست عالیه به رییس جمهور، حذف فعالیت‌های درمانی و ایجاد پست رییس جمعیت بود که با پیشنهاد وزیر بهداری و تایید هیئت دولت منصوب می‌شد و این در حالی است که در اساسنامه مزبور، امور مربوط به تربیت کادر پیراپزشکی و انتقال خون، همچنان در حوزه فعالیت جمعیت قرار داشت، ولی بعدها همین فعالیت‌ها نیز از جمعیت سلب و اکثر پرورشگاه ها و شیرخوارگاه ها به سایر سازمان‌ها واگذار شد.

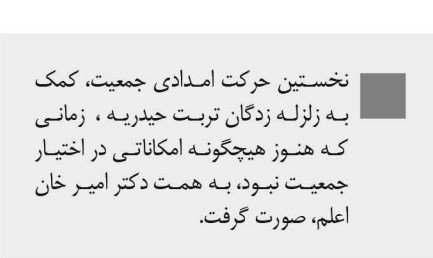
مرحوم حسن خطیبی (۱۳۲۷–۱۳۵۷) – مرحوم دکتر کاظم سامی وزیر بهداری و بهزیستی دولت موقت در سال (۱۳۵۷–۱۳۵۹) – علی بهزادنیا (۱۳۵۹–۱۳۶۰) – دکتر سید حسن فیروزآبادی (۱۳۶۰–۱۳۶۲) – مرحوم دکتر سیف‌الله وحید دستجردی (۱۳۶۲–۱۳۷۸) – دکتر احمدعلی نوربالا (۱۳۷۸–۱۳۸۴) – دکتر سید مسعود خاتمی (۱۳۸۴–۱۳۸۹) –دکتر ابوالحسن فقیه (۱۳۸۹–۱۳۹۲) – دکتر محمد فرهادی(شهریور ۱۳۹۲– تاکنون) ریاست عالیه جمعیت را بر عهده داشتند.



ارابه خدمات درمانی در درمانگاه های جمعیت در سراسر کشور

در دی ماه ۱۳۶۲ برابر ماده واحده مصوب مجلس شورای اسلامی، عنوان جمعیت به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران تغییر یافت و ایران از کلیه حقوق بین‌المللی خود برای استفاده انحصاری از نشان شیر و خورشید سرخ صرف‌نظر کرد و نشان مذکور بلافاصله از آیین نامه و اساسنامه تشکل بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر حذف گردید.

در جریان جنگ تحمیلی نیز، جمعیت هلال احمر یکی از درخشان ترین خدمات امدادی و درمانی را به رزمندگان اسلام و هموطنان جنگ زده، ارائه نمود. همچنین جمعیت هلال احمر در همان سال‌ها صدها امدادگر شهید، جانباز، آزاده و مفقود تقدیم انقلاب نمود.



روشهای ارزیابی:

جهت انجام ارزیابی می توان از روشهای گوناگونی استفاده کرد که به برخی از آنها در زیر اشاره می شود.

۱-پرواز با هواپیما بر فراز منطقه

۲-عکس هوایی و مشاهده از راه دور

۳-سیستم های گزارش از راه دور

۴-ارزیابی میدانی

ارزیابی میدانی همواره یکی از مهمترین روشهای ارزیابی سوانح بوده و از این منظر که ارزیابان را در برابر واقعتهای ملموس قرار داده و اطلاعات ارزشمندی را نصیب آنان می کند بیشتر از هر روش دیگری توصیه می شود.

ارزیابان با حضور در صحنه حادثه و انجام مشاهدات میدانی با جنبه های گوناگون سانحه آشنا شده و داده های مورد نیاز را در بر می گیرند.

ارزیابان در انجام مشاهده میدانی (درصحنه) وظایف زیر را بر عهده دارند:

- زیر نظر داشتن وضعیت و شرایط فیزیکی
- پرسیدن سوالات از افراد محلی ومسئولان
- بازدید خانه ها، سرپناهاها، منابع آب ،کلینک های درمانی وسایر اماکن وتسهیلات فراهم شده
- زیر نظر گرفتن بچه ها، سالمندان و بیماران
- زیر نظر داشتن زندگی و معیشت زنان
- زیر نظر داشتن اماکن تسهیلاتی
- گرفتن عکس و تهیه نقشه
- اثرات سانحه

ارزیابان برای انجام صحیح ارزیابی وتیهیه گزارشات دقیق و روشن، بایستی با ماهیت واثراتی که حوادث بر جای می گذارند آشنا بوده ودر طراحی سناریوهای محتمل از دانش واطلاعات خود در این بخش بهره گیرند

در ارزیابی اثرات و پیامدهای سوانح باید به این سوالات پاسخ داد :

- چه تعدادانسان تحت تاثیر(سانحه)قرار گرفته اند؟
- چه تعداد در اثر آن سانحه مرده اند؟
- چه تعداد در اثرآن مجروح شده اند؟
- چه آسیبهای فیزیکی به دارایی های جامعه وزیر ساخت ها ،خطوط ارتباطی،ساختمان های عمومی،راهها،پلها و … وارد شده است؟
- چه صدماتی به ذخایر معیشتی وارد شده است؟
- چه صدماتی به کسب و کار وارد گردیده است؟
- چه تعداد انسان تخلیه یا بی خانمان شده اند؟
- چه گروههای جنسیتی اهمیت دارند؟
- چه تعداد خانه بطور کامل منهدم شده اند؟
- چه تعداد خانه به طور نسبی تخریب شده اند؟
- همچنین یافته ها ،اطلاعات و پیشنهادهاتی که ارزیابان ارایه می کننددر گزارش آنان می آیدبایستی واجد شرایط ذیل باشد:
- روشن – صریح – به موقع – کاربردی – مختصر و کوتاه و عملیاتی باشد.

ارزیابی سانحه

Disaster Assessment

تهیه و تنظیم:
دکتر مهرباب شریفی سده
قسمت سوم

نیاز های حیاتی :

یکی از نیازهایی که تیم های ارزیابی بایستی خیلی سریع به ارزیابی آن بپردازند ، ارزیابی نیازهای حیاتی مردم آسیب دیده است.

این نیاز ها عبارتند از:

- امنیت(Security)، آب (Water)، غذ(Food)، سرپناه و بهداشت، لباس ، پتو و اقلام اساسی خانه
- مراقبت های بهداشتی

تامین نیاز های حیاتی پس از جستجو و نجات در اولویت دوم برای پاسخگویی قرار داشته و در حوادثی که به عملیات جستجو ونجات درسطح گسترده نیاز نمی باشد تامین این نیازها می تواند اولویت اول پاسخگویی باشد.

گزارش تیم ارزیاب مهمترین فعالیت تیم ارزیابی تلقی شده و به تصمیم سازان در مدیریت بحران کمک شایانی می کند .

بدیهی است که گزارش اولیه باید شامل اطلاعاتی در خصوص شدت، زمان، مکان، ویژگی ها، نیازهای حیاتی و … باشد. این ارزیابی اولیه را ارزیابی سریع یا(Rapid Assessment) می نامند. این ارزیابی اجمالی، کوتاه و برآوردهای آن تقریبی بوده و گزارش های تکمیلی در طی ارزیابی های بعدی طی روزهای آینده آن را تکمیل خواهد کرد.

با توجه به اهمیت جستجو و نجات(Search and Rescue) ارزیابی های اولیه بایستی حاوی اطلاعاتی در این خصوص و برآورد نیازها در این بخش باشد.

در ارزیابی میدانی، تیم ارزیاب وظیفه دارد درخصوص وضعیت های ذیل اطلاعات خود راجمع آوری و ارایه نماید.

الف: ارایه یک نمای کلی از وضعیت ایجاد شده.

ب: تعیین گروههایی که در معرض بیشترین آسیب قرار دارند(Vulnerable Groups).

ج: تعیین نیازهای اساسی

د: تعیین پاسخ های فوریتری و ارزیابی منابع در دسترس

ن:تعیین شکاف ها،چالش هاو کاستی های اساسی

ی:برآورد جمعیت تحت تأثیر، مصدومان ومجروحان

د: برآورد افراد بی خانمان و جابجا شده

جمع آوری داده ها و تطبیق و سازماندهی آنها وتبدیل آن به اطلاعات از وظایف مهم تیم ارزیاب است. مهمترین روشهای جمع آوری دادهها به شرح ذیل است:

مشاهده، مصاحبه، پیمایش، چک لیست، نمونه گیری، شاخص ها و استانداردها، فرضیات داده ها و اطلاعاتی که به وسیله تیم ارزیابی جمع آوری می گردد به این دلیل که مبنای تصمیم گیری مدیران خواهد بود بایستی سودمند و قابل استناد باشد زیرا همچنانکه کمبود اطلاعات فرآیند تصمیم سازی را با مشکل مواجه خواهد ساخت، اطلاعات پراکنده، مبهم، نامعتبر و با حجم زیاد نیز می تواند مشکل آفرین باشد، از این روی ما به اطلاعات مفید و گویا با ویژگی های زیر به شدت نیازمندیم. ویژگی های اطلاعات سودمند عبارتند از:

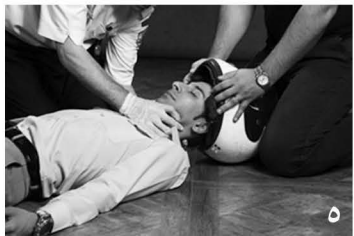
- معتبر، قابل اطمینان (Reliable)
- مربوط، مناسب (Relevant)
- بموقع(Timely)
- الویت بندی شده (Prioritized)

از یک دیدگاه می توان اطلاعات به دست آمده در ارزیابی را به دو نوع اطلاعات اولیه و ثانویه تقسیم نمود:

– اطلاعات اولیه می توان بر مبنای مواردی از قبیل: مصاحبه فردی، بررسی های سازمان های امدادی معتبر (آژانس های سازمان ملل، جمعیت های هلال احمر و صلیب سرخ، فدراسیون جهانی هلال احمر و صلیب سرخ، کمیته بین المللی صلیب سرخ، دولت ملی و…) باشد.

نوع دیگر تهیه اطلاعات اولیه مشاهدات مستقیم است.

اطلاعات ثانویه شامل مواردی مانند: گزارشات مکتوب (شامل بررسی های دیگران)، مصاحبه های ماخذ، تصاویر ماهواره ای، عکس ها گزارش رسانه ها، اینترنت



(قسمت دوم)

مراقبت‌های پیش بیمارستانی تروما

تهیه و تنظیم: دکتر علی صمدی (مسئول واحد آموزش)
سیدوحید ظهیری (کارشناس واحد آموزش) - محمدرضا شاره (کارشناس واحد آموزش)

درآوردن کلاه ایمنی موتور سوار

مصدومانی که با کلاه ایمنی نوع (Full face) پوشیده شده اند ، باید قبل از ارزیابی ، کلاه از سرشان برداشته شود . این کار امکان فوری ارزیابی راه هوایی و وضعیت راه تنفسی مصدوم را فراهم می آورد . علاوه بر این ، خونریزی مخفی به ناحیه خلفی کلاه ایمنی را آشکار ساخته و این امکان را برای امدادگر فراهم می کند تا ناحیه سر را از حالت فلکسیون (خم) به علت وزن کلاه به وضعیت خنثی در آورد . بررسی کامل ناحیه سر و گردن در ارزیابی ثانویه و فراهم آوردن امکان بیحرکت سازی ستون فقرات نیز از فواید انجام این کار می باشد . امدادگر باید روند انجام کار را برای مصدوم بیان کند .

بایدها در صحنه

* همه موارد

- اشکال در ارزیابی و اداره راه هوایی و ارزیابی آسیب های وارد شده به سر و گردن
- عدم امکان بیحرکت سازی سر و گردن با بیحرکت سازی کلاه
- * موارد منع مطلق
- بروز درد گردن یا پاراستزی(بی حسی) اندام در حین انجام عملیات
- * موارد منع نسبی
- آشنا نبودن به تکنیک
- نبود کمک

منابع داده ها:

اتکاء به منابع معتبر در اخذ اطلاعات مربوط به سانحه یک الزام غیر قابل گریز برای همه ارزیابان است. در ادامه به تعدادی از این منابع اشاره می شود:

الف- جمعیتی که به طور مستقیم آسیب دیده (popu-lation directly / through others Affected

ب- مسولان ملی/محلی (authorities National and local

ج- جمعیت هلال احمر و فدراسیون (Red Cross Society and Federation National

د- کارکنان سازمان های غیر دولتی و بین المللی (NI-staff GO and International Organization

ه- تیم های پاسخگویی بین المللی (bilateral response teams International

و- سازمان های علمی (organizations Scientific) رسانه ها (Media)

ز- اینترنت (Internet)

سوانح در دو فاز اصلی طبقه بندی می شوند. فاز اول فاز فوریتی (Emergency phase) است در این فاز نجات جان آسیب دیدگان و ارایه خدمات جستجو و نجات و خدمات فوریتی درمانی در اولویت قرار داشته و تیم ارزیاب در اولین گام موظف به ارایه اطلاعات در این خصوص و ارزیابی نیازهای این بخش است.

فاز دوم فاز امداد (Relief phase) است، تأمین نیازهای آب و بهسازی محیط، تغذیه، تأمین سرپناه موقت و ... را شامل می شود که گام بعدی سیستم ارزیاب ارایه داده هایی در این خصوص به مراکز تصمیم سازی می باشد. افراد تیم ارزیابی علاوه بر مهارت ها، دانش و تجارب در خصوص مباحث تخصصی امداد و نجات و مدیریت بحران بایستی آموزشهایی را طی نموده و واجد تجهیزات ضروری برای انجام عملیات خود باشند؛ که به تفصیل به آن پرداخته خواهد شد.

مدیریت سانحه از دانش لازم در بررسی و برآورد سانحه، نیازهای که ایجاد شده و منابع موجود برخوردار بوده و دارای یکی از تخصص های ذیل باشند:

الف-متخصص در امور بهداشت، تغذیه یا و اپیدمیولوژی

ب-متخصص در امور فنی و مهندسی (عمران)

ج-متخصص یا مجرب در جستجو و نجات

د- متخصص یا مجرب در امور امدادی

و-متخصص یا مجرب در آمادگی و پشتیبانی (لجستیک)

علاوه بر این اعضای تیم ارزیابی بهتر است با زبان و فرهنگ مردم آسیب دیده آشنایی داشته باشند و به یکی از زبان های رایج بین المللی تسلط داشته و حداقل یکی از اعضای تیم با اصول تهیه و ارسال گزارش(گزارش نویسی) آشنا باشد. در حال حاضر جهت ارزیابی سوانح دو دوره آموزشی بین المللی توسط سازمان ملل متحد و فدراسیون جهانی صلیب سرخ و هلال احمر ارایه می گردد که افراد معرفی شده ازطرف دولتها و سازمان های امدادی پس از طی این دوره ها به عضویت تیم های بین المللی در آمده و در ماموریت های بین المللی بکارگیری می شوند.تیم سازماندهی شده توسط فدراسیون جهانی صلیب سرخ و هلال احمر را تیم ارزیابی و هماهنگی میدانی یا (FACT (Field Assessment and coordination team) می نامند.

تیم ارزیابی و هماهنگی سازمان ملل متحد (UNDAC) نامیده می شود.

(United Nation Disaster Assessment and Coordination) شرح وظایف ، ماموریت ها و مسوولیت های این تیم ها و آموزشهایی که طی می کنند و همچنین نحو دریافت هشدار، آمادگی و بسیج، شروع و پایان عملیات مستلزم توضیحات مفصلی است که در این مختصر نمی گنجد.

H.A.I.N.E.S Position چیست؟

بیماری که بیهوش است باید با سرویسهای امدادی یا شماره ۱۱۵ تماس بگیرید و در وضعیت ریکآوری قرار داده شود که در این حالت از مسدود شدن حلق به وسیله زبان جلوگیری گردیده و بدلیل قرار گرفتن سر، کمی پائین تر از بقیه بدن، امکان خروج مایعات از دهان مثل بزاق و استفراغ فراهم آمده و از ورود محتویات معده در حین دم به ریه ها (آسپیراسیون)، که بسیار خطرناک می باشد جلوگیری می گردد. سر و گردن و پشت در یک امتداد نگه داشته شده و در عین حال اندام های خم شده مصدوم، بدن وی را در موقعیتی مطمئن و راحت نگه می دارند.

اگر شما مجبور باشید که فرد مصدوم و بیهوش را تنها بگذارید، تا زمان رسیدن کمک، قرار گیری در این وضعیت، مطمئن ترین حالت ممکن خواهد بود.

روش هایی که در زیر شرح داده خواهد شد در مواجهه با بیماری است که به پشت افتاده است و اگر بیمار به پهلو یا روی صورت و سینه افتاده باشد انجام تمامی مراحل این تکنیک ضروری نمی باشد.

۱) راه هوایی را باز کرده، اندام های مصدوم را در وضعیت مستقیم قرار دهید.

- کنار مصدوم زانو بزنید. هرگونه اجسام شکننده، تیز و برنده و یا حجیم را قبل از چرخاندن وی از جیب هایش خارج نمایید.

- دو انگشت خود را زیر چانه و دست دیگران را روی پیشانی مصدوم گذاشته و به آرامی سر وی را به عقب متمایل کنید.

- اندام های وی را در وضعیت مستقیم قرار دهید (پاها را دراز کرده و در امتداد بدن قرار دهید)

- ساعد و بازویی را که در سمت شما است در زاویه های قائم نسبت به بدنش قرار دهید

۲) اندام های طرف دورتر، دست و زانو را در وضعیت زیر قرار دهید:

- بازویی را که دورتر از شما قرار دارد بر روی سینه مصدوم آورده و پشت دست وی را زیر گونه طرف دیگرش قرار دهید (مثلاً پشت دست چپ زیر گونه سمت راست)

- با دست دیگران، پای همان سمت (سمت مخالف محل قرار گیری خودتان) را تا حد زانوی او به سمت بالا بیاورید.

۳) مصدوم را به طرف خود بچرخانید

- در حالیکه دست مصدوم را روی گونه اش نگه می دارید پای بالایی یا پای خم شده را به طرف خود بکشید تا مصدوم به یک پهلو و به طرف شما چرخانیده شود.

- در صورت ضرورت می توانید از زانوهای خودتان برای حمایت از مصدوم و جلوگیری از چرخیدن بیش از حد مصدوم به طرف جلو استفاده نمایید.

- در این وضعیت دست زیر گونه مصدوم، گردن او را نگه می دارد و پای خم شده مانند یک تکیه گاه برای بدن بوده و از چرخیدن بیش از حد مصدوم به سمت جلو ممانعت می کند.

۴) سر را به سمت عقب متمایل کنید که باعث بازماندن راه هوایی شود.

۵) پاییی که در سمت بالا قرار گرفته است را از زانو به نحوی خم کنید که تشکیل یک زاویه قائم نسبت به بدن وی بدهد. سر را به سمت عقب متمایل کنید که باعث بازماندن راه هوایی شود.

۶- نبض و تنفس مصدوم را هرچند دقیقه یکبار تارسیدن کمک، کنترل نمایید



وضعیت ریکآوری (بهبودی) در شیرخواران زیر یکسال:

نوزاد را در میان بازوانتان (در حالتی شبیه به وضعیت گذاشتن بچه در گهواره) به صورتی نگه دارید که سرش به سمت پایین متمایل باشد. این حالت از خفگی او به علت عقب افتادن زبان و یا استنشاق مواد استفراغی (بدلیل ورود به راههای هوایی که بسیار خطرناک است) جلوگیری می کند.



H.A.I.N.E.S Position

(H.A.I.N.E.S. is an acronym for High Arm IN Endangered Spine, Modified - H.A.I.N.E.S. Recovery Position)

مخفف بازوی بالا در آسیب ستون فقرات می باشد و برای مصدومین بیهوش مشکوک به آسیب ستون فقرات جهت محافظت از راه هوایی بکار می رود.

جان هینز در سال ۱۹۸۹ به این فکر می کرد که آیا بیمار ترومایی بیهوش را نباید ریکآوری کرد. در سال ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ مورد تایید انجمن قلب آمریکا (AHA) و صلیب سرخ آمریکا (ICRC) قرار گرفت.

مراحل این تکنیک به صورت زیر می باشد.

۱- در مصدوم غیر هوشیار در وضعیت سوپاین (خوابیده به پشت) نزدیک مصدوم زانو می زنیم (تا حد امکان نزدیک بیمار)

۲- بازوی سمت مقابل امدادگر باید کاملاً به سمت بالای سر برده شود. به این منظور که مطمئن شویم در کنار سر مصدوم قرار خواهد گرفت. (کف دست مصدوم به سمت بالا باشد)

۳- دست نزدیکتر مصدوم به امدادگر روی قفسه سینه مصدوم قرار می دهیم به گونه ای که انگشتان مصدوم به سمت شانه مقابل اشاره کند.

۴- پای نزدیکتر مصدوم را خم می کنیم (فلکسیون پا). ساعد دست امدادگر که سر و گردن مصدوم را نگه داشته است زیر شانه نزدیک قرار می دهیم برای جلوگیری از حرکات بیش از حد و همچنین به منظور جلوگیری از فشار به سر و گردن مصدوم دست را در ناحیه گودی پشت سر و گردن قرار می دهیم ولی فشار یا حرکت یا بلند کردن انجام نمی شود.

۵- مصدوم با احتیاط کامل به سمت مقابل چرخانده می شود با فشار نرم و محتاطانه ساعد دستی که سر و گردن را نگه داشته به قسمت شانه نزدیک و همچنین فشار آوردن دست آزاد امدادگر بر زانوی خمیده مصدوم (با کمترین حرکت به گردن مصدوم را به سمت مقابل حرکت می دهیم) این روش به طور قابل توجهی از حرکت جانبی سروگردن در حین لترال (به پهلو) کردن بیمار می کاهد.

۶- هیچ فشاری بر سر و گردن مصدوم وارد نمی شود. زانوی خم شده مصدوم باعث می شود در حین چرخاندن از وضعیت پرون (خوابیده به شکم) جلوگیری کند. کف آن دست مصدوم که روی سینه اش قرار داشت می بایست توسط امدادگر رو به سمت زمین چرخانده شود و به حفره زیر بغل بازوی دیگر مصدوم (که حالا در زیر سر مصدوم قرار گرفته) برده شود. دست نسبت به بدن مصدوم زاویه ۹۰ درجه قرار بگیرد.

۷- راه هوایی بیمار را چک کرده و مطمئن شوید راه هوایی بیمار باز است. اگر راه هوایی مصدوم باز نبود از روش بالا کشیدن فک (Jaw Thrust) استفاده شود.



عملیات آمبولانس

تهیه و تنظیم : سید رسول شخصی زارع

مرحله ششم: انتقال به مراکز درمانی
اعلام به مرکز در زمان ترک کردن صحنه حادثه صورت گیرد.
تکمیل کردن فرم اعزام و (GCS)
تعداد مصدوم و بیمارستان مورد نظر به مرکز گزارش شود.
کنترل مصدوم در حال انتقال به مراکز درمانی صورت گیرد.

کنترل مصدومین پایدار هر ۱۵ دقیقه یکبار
کنترل مصدومین نا پایدار هر ۵ دقیقه یکبار
ارتباط به مرکز درمانی و اعلام وضعیت بیمار
کنترل کردن شرایط روحی بیمار و قدرت ارتباط برقرار کردن با مصدوم در صورت هوشیاری
مرحله هفتم: تحویل مصدوم به مرکز درمانی
اعلام به پرستار تریاژ
انتقال بیمار به تخت تعیین شده

اعلام گزارش شفاهی به پرستار تریاژ
ارائه گزارش کامل به پذیرش بیمارستان وممهور کردن نسخه خودتان
شارژ تجهیزات مورد نیاز آمبولانس که مصرف شده در خواست گردد
مرحله هشتم: بازگشت به پایگاه
اعلام پایان ماموریت به مرکز
اعلام موقعیتی که قرار دارید

شروع تمیز کردن آمبولانس و گند زدایی آن
تعیین تجهیزات مورد نیاز که دریافت نشده است
مرحله نهم: پایان ماموریت
تکمیل گزارش کامل از عملیات انجام شده.
اعلام مجدد وضعیت ، موقعیت و در دسترس بودن خود به مرکز
رسیدگی کامل به وضعیت آمبولانس از لحاظ نظافت بیرونی و درونی
شارژ کامل لوازم استفاده شده که مورد نیاز عملیات بعدی می باشد.

مرحله چهارم: رسیدن به صحنه حادثه
اعلام به مرکز جهت حضور در محل حادثه
ارائه گزارش مختصر به مرکز از وضعیت رویت شده
اعلام نیاز های پشتیبانی جهت عملیات به مرکز استان در صورت نیاز
ارزیابی صحنه (در چاپ قبلی توضیحات لازم داده شده)

پارک کردن خودرو (بر اساس اولین خودرو یا دومین خودرو و یا وضعیت صحنه حادثه)
کنترل ترافیک با استفاده از وسایل هشدار دهنده
مرحله پنجم: انتقال به آمبولانس
انجام مراقبتهای لازم حیاتی قبل از حرکت برای مصدوم در صورت تیکه خطری در صحنه وجود ندارد.
انجام اقداماتی که در اولویت دوم قرار دارند مانند: (بانداز، آتل)

آماده سازی بیمار برای انتقال (تکنیک های لازم در رها سازی)
استفاده از روشهای استاندارد انتقال از محل حادثه تا آمبولانس توسط امدادگران.
قرار دادن بیمار در حالت خوابیده در کابین آمبولانس طوری که نکات مهم مانند قرار دادن سر بیمار در انتهای کابین رعایت گردد.
مطمئن شدن از فیکس بودن بیمار بر روی وسیله حمل و همچنین تخت آمبولانس که باید حداقل از سه نوار استفاده گردد .

مراحل فراخوانی آمبولانس:

۱-آماده سازی ۲-اعزام ۳-در طول مسیر اعزام به صحنه حادثه ۴-رسیدن به صحنه حادثه ۵-انتقال بیمار به آمبولانس ۶-انتقال بیمار به مرکز درمانی ۷-تحویل به مرکز درمانی ۸-بازگشت به ایستگاه ۹- بعد از ماموریت

مرحله اول: آماده سازی.

۱-خودرو: مانند سوخت ، روغن، لاستیک، نظافت و ...
۲-تجهیزات پیش بیمارستانی: لوازم معمول و متداول، اکسیژن رسانی، لوازم مراقبت از زخم، آتل گیری، داروها، وسایل حمل، تجهیزات آزاد سازی سبک
۳-عوامل امدادی: آمادگی نیروها از لحاظ زمانی و تخصصی

مرحله دوم: اعزام. دریافت اطلاعات: اطلاعات مورد نیاز که بتواند ما را نسبت به حادثه اعلام شده آگاه کند تا در طول مسیر پیش طراحی لازم صورت گیرد مانند: موقعیت مکانی، تلفن تماس، وضعیت بیماران، نوع حادثه، وضعیت ترافیک، و هرگونه اطلاعات مهم دیگر

مرحله سوم: پیمایش مسیر از پایگاه تا محل حادثه، بستن کمربند ایمنی راننده و امدادگران ، ارتباط با مرکز، کسب آخرین اطلاعات ، آماده سازی برای ارزیابی بیمار،تعیین وظایف افراد گروه ، نوع تجهیزات لازم ، از چه نوع وسیله حمل استفاده شود ، مدیریت صحنه حادثه و...

ویژگیهای یک آمبولانس:

۱-کابین راننده باید منفک از کابین بیمار بوده و مجهز به سیستمهای ارتباطی و هشدار ی باشد و قدرت دید به داخل کابین بیمار را داشته باشد.
۲-فضای کابین بیمار بتواند دو بیمار خوابیده بر روی برانکارد را در خود جای دهد و در طول مسیر بتوان عملیات احیا را برای یک مصدوم ایجاد کرد.

۳-تجهیزات و لوازم مراقبتهای پزشکی شامل (وسایل پانسمان ، آتل بندی ، فیکسر ها مانند کلار گردنی و شورت یک بر دو یا (KED) کیف امدادی و احیا ، ساکشن ، AED یا شوک الکتریکی انواع سرم و ...) همچنین تجهیزات نجات سبک به جهت اجرای روشهای آزاد سازی سبک در صورت نیاز.

۴-قابلیت ارتباط رادیوی با بیمارستانها و مراجع عمومی مرتبط را داشته باشد.

۵-حداکثر ایمنی و راحتی در طول زمان انتقال برای مصدوم فراهم باشد.

۶-داشتن دو درب در کابین مصدوم جهت خروج اضطراری .

۷-دارا بودن کمد دارویی در مرکز کابین مصدوم
۸-استقرار تجهیزات در محل هایی از کابین بیمار که تعریف استاندارد دارد.

با توجه به اینکه ماموریت اصلی و ذاتی پایگاههای امداد و نجات بین شهری هلال احمر اقدام برای عملیات های نجات و رها سازی می باشد و اورژانس ماموریت انتقال مصدوم به مراکز درمانی را به عهده دارد، ولی به جهت پشتیبانی نیازهای اورژانس وجود آمبولانس در پایگاههای ما نیز امری ضروری می باشد.

یکی از خطیرترین مراحل برای مصدوم سوار شدن در آمبولانس و انتقال آن به مراکز درمانی می باشد. حرکت آمبولانس با سرعت زیاد در مسیری طولانی و ناهموار با آژیر روشن می تواند بر اضطراب مصدوم بیفزاید. آنچه مهم است انتقال بیمار در ایمنی کامل و در کوتاهترین زمان ممکن به مناسبترین مرکز درمانی می باشد و فاکتور سرعت نمی تواند جایگزین همه آنان باشد.

این امر مستلزم داشتن آمبولانسهای مناسب با ایمنی بالا و همچنین مهارتهای رانندگی در شرایط های متفاوت از لحاظ جوی، ساعات شبانه روز، نوع جاده، مسافت و... می باشد تا با تشخیص صحیح، انتقال به بهترین شکل صورت گیرد و سرعت نمی تواند جایگزین اولویت داری برای آنها باشد.



آشنایی با آتش و روش های مقابله با آن

ابراهیم زیدآبادی (کارشناس پیشگیری و ایمنی در برابر حریق و حوادث)

مقدمه

سوانح و بلایا هرگز از پیش خبر نمی کنند، و حوادث همواره دفعتاً و به ناگاه رخ می دهند. آتش سوزی از جمله حوادثی است که هر آن ممکن است اتفاق افتد و جان و مال و میراث فرهنگی یک ملت را در معرض نابودی سریع قرار دهد. گزارش آماری آتش سوزی ارائه شده سازمان آتش نشانی مشهد بیانگر رشد ۱۴ درصدی آتش سوزی در این شهر است. تعداد حریق و آتش سوزی اعلام شده در سال ۱۳۹۲ در مشهد ۵۲۴۲ مورد گزارش شده است که نسبت به سال ۹۱ شامل رشد ۱۴ درصدی بوده است. آتش سوزی در کمتر از چند دقیقه رخ داده و باعث از بین بردن ثمره سالها تلاش افراد می شود و گاهی باعث از بین رفتن جان افراد می شود. نگاهی به علت این حوادث مشخص می کند که اغلب عدم رعایت نکات ایمنی، سهل انگاری انسانها و گاه از روی عمد و یا بی دقتی موجب آتش سوزی می شود و چه بسا می توان با پیش بینی های لازم از وقوع چنین حوادثی پیشگیری کرد. بررسی های مختلف حاکی از این است که قریب ۷۵-۸۰ درصد آتش سوزی ها قابل پیش بینی و پیشگیری هستند و در مورد بقیه با مجهز شدن به مؤثرترین ادوات و تجهیزات آتش نشانی روز که همواره در حال تحول و تکامل است می توان خسارات را به حداقل ممکن تقلیل داد. جهت جلوگیری از وقوع آتش سوزی و یا مقابله با آن در لحظات ابتدایی و مانع از گسترش آن ابتدا باید آتش را به خوبی شناسیم و سپس بتوانیم با تکنیک های خاص که در ذیل به شرح آن پرداخته ایم با آن برخورد کنیم. آتش عبارت است از ترکیب یک ماده قابل اشتعال با اکسیژن همراه با تولید حرارت و شعله که در نتیجه، مقداری از مولکولها به مولکولهای دیگر تبدیل می شوند.



هرم اطفاء عبارتند از:



اکسیژن:

در محیط اطراف ما جهت تنفس ۲۱ درصد اکسیژن موجود است که برای یک آتش سوزی کافی می باشد. چنانچه اکسیژن کمتری به آتش برسد حریق اطفاء نموده ایم که روش اطفاء نیز شامل فاکتورهایی می باشد که به آن هرم اطفاء می گوئیم.

هرم آتش عبارتند از:

شایان ذکر است که مایعات قابل اشتعال با کمتر از ۱۵ درصد اکسیژن و جامدات با کمتر از ۴ درصد اکسیژن قادر به سوختن نیستند. خفه کردن آتش با گرفتن ضلع اکسیژن در مایعات مؤثرتر از جامدات است به طور مثال ظرفی حاوی روغن بر روی اجاق گاز مشتعل شده است جهت اطفاء آن درب یا پارچه ای خیس بطوری که کاملاً روی ظرف را بپوشاند بر روی آن قرار می دهیم و غلظت اکسیژن را به زیر ۱۵٪ کاهش داده و آتش را اطفاء می کنیم.

ماده سوختنی:

ماده ای که بوسیله آتش مصرف شده و به آتش اجازه شعله ور شدن می دهد را سوخت می گویند که در طبیعت به سه شکل جامد، مایع و گاز یافت می شود. برای اینکه بخواهیم آتشی را با حذف این ضلع از هرم آتش اطفاء کنیم باید روش جداسازی یعنی گرفتن سوخت از حریق را انجام دهیم. بطور مثال چنانچه بخواهیم شعله اجاق گاز مشتعل را خاموش کنیم، سوخت (گاز) را از آن جدا می نماییم.

حرارت:

حرارت یا انرژی گرمایی برای اشتعال ضروری است. انرژی مورد نیاز برای ایجاد آتش از منابع مختلفی بدست می آید. این منابع ممکن است انرژی مکانیکی، الکتریکی و یا شیمیایی باشد که به سادگی به گرما تبدیل می شوند. روش اطفاء حریق در این ضلع به صورت سرد کردن می باشد. به طور مثال جهت اطفاء حریق مقداری چوب از آب که ماده ای است با قابلیت سردکنندگی بالا استفاده می شود. و یا جهت اطفاء حریق سیستم های برقی از خاموش کننده های دی اکسید کربن (Co۲) جهت سردکردن استفاده می شود.

واکنش های زنجیره ای:

واکنشهای زنجیره ای در اصل شکستن پیوندهای مولکولی و تغییر حالت ماده می باشد که تداوم آتش به آن بستگی دارد. این واکنشها بیشتر در سطح مولکولی می باشد و تا زمانی ادامه می یابد که سوخت اکسیژن و گرما وجود داشته باشد. جهت جلوگیری از ادامه این واکنش ها باید از شیوه قطع واکنش ها به کمک خاموش کننده های پودر شیمیایی استفاده شود.

جهت شناسایی بهتر انواع مواد سوختنی و حریق های بوجود آمده از آنها و روش های اطفائی منحصر هر ماده طبقه بندی هایی طبق استاندارد های انگلستان (BS) و آمریکا (NFPA) انجام شده و بر روی هر خاموش کننده دستی حک می شود که در زیر به شرح آن پرداخته شده است.

حریق های کلاس A:

شامل حریق مواد جامدی که معمولاً دارای ماهیت آلی بوده و در اثر احتراق، خاکستر بر جای می گذارند. مانند چوب، پارچه، کاغذ، پلاستیک و بسیاری از مواد دیگر. بهترین روش برای اطفاء این نوع حریق ها گرفتن ضلع گرما به شیوه سرد کردن است و بهترین نوع ماده اطفائی در این گروه آب می باشد.

حریق های کلاس B:

این نوع آتش سوزی مربوط به مایعات قابل اشتعال می باشد. مایعات قابل اشتعال بطور کلی از نظر قابلیت اشتعال به دو دسته تقسیم می شوند: (۱) مایعات سریع الاشتعال مانند: تینر و بنزین. (۲) مایعات کند اشتعال مانند: نفت و گازوئیل. بهترین روش اطفاء این حریق ها، روش خفه کردن یا کاهش غلظت اکسیژن با موادی مانند کف آتش نشانی و پودر شیمیایی است.

حریق های کلاس C:

این نوع آتش سوزی مربوط به گازهای قابل اشتعال مانند بوتان، متان، پروپان و ... می باشد. بهترین روش اطفائی در این نوع حریق ها قطع ماده سوختنی و کنترل حریق توسط خاموش کننده های پودر شیمیایی و اسپری آب می باشد.

حریق های کلاس D:

آتش سوزی های این گروه مربوط به فلزات قابل اشتعال مانند سدیم - پتاسیم - آلومینیوم و... می باشد. استفاده از آب در این نوع آتش سوزی ها ممنوع بوده و جهت اطفاء آنها باید از خاموش کننده های پودر خشک و ماسه خشک استفاده شود.

حریق های کلاس E:

این نوع آتش سوزی ها مربوط به سیستم های الکتریکی و تجهیزات برقی مانند تابلو برق ها و... می شود.

برای اطفاء این نوع حریق ها ابتدا باید جریان برق قطع شود و سپس از موادی استفاده شود که هادی جریان الکتریسیته نباشد مانند دی اکسید کربن و پودر های خشک.

جهت آشنایی و نحوه کار با انواع خاموش کننده های دستی با ما همراه باشید.



گزارش مدیر عامل محترم استان از فعالیت های هلال احمر استان در طرح بزرگ نجات یار

برای اولین بار در استان خراسان رضوی

با هدف بالا بردن آگاهی و ارتقای دانش عمومی مردم در خصوص خطرات احتمالی بلایا و حوادث طرح نجات یار ۱ برای ۱۰۰۰۰ نفر از شهروندان و هم استانیهای عزیز در ۱۷ شعبه هلال احمر استان اجرا شد. در این طرح احاد جامعه در قالب آموزشهای ۳۵ ساعته کمکهای اولیه را فرا گرفتند در همین راستا به منظور توسعه فعالیتهای آموزشی و بکارگیری توان نیروهای روستایی که از اقشار مهم آسیب پذیر جامعه هستند طرح امداد یار روستا با هدف آموزش همگانی مبتنی بر نیاز برای ۱۰۰۰۰ نفر از روستاییان و عشایر در قالب طرح امداد یار روستا همزمان با هفته کاهش بلایای طبیعی در ۲۰۰ روستای آسیب پذیر استان برگزار شد در این طرح علاوه بر آموزش روستاییان و عشایر تعداد ۱۱۰ تیم امداد و نجات روستایی نیز تشکیل که پس از طی دوره های آموزشی در هنگام بروز حوادث به یاری جمعیت هلال احمر استان می آیند.

طرح نجات یار ۲ به منظور تقویت مهارتهای کارمندان دولت در زمینه امداد و کمکهای اولیه در مرحله اول با حضور ۱۰۰۰ نفر از کارکنان دولت در استان خراسان رضوی آغاز گردیده که در این طرح تا پایان آذر ماه ۹۳ ادامه خواهد داشت.



مرکز آموزش های تخصصی - میدانی

Iranian Red Crescent

Field - Specialist Training Centre

جمعیت هلال احمر
استان خراسان رضوی

گزارش اجمالی عملکرد مرکز آموزش تخصصی

این مرکز با هدف برگزاری دوره های تخصصی امداد و نجات در شرایط نزدیک به واقعیت با بهره مندی از بروز ترین تجهیزات کمک آموزشی و کارگاههای ویژه نجات در رشته های مختلف طراحی و اجرا شده که به همت مسئولین جمعیت استان در اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ همزمان با هفته گرامیداشت هلال احمر و صلیب سرخ با حضور جمعی از مسئولین کشوری و استانی افتتاح گردید که زیر نظر مراکز علمی - کاربردی استان اداره می گردد.

مساحت کل مرکز : ۲۰۰۰۰ مترمربع

زیربنای سالن اجتماعات: ۱۰۰ مترمربع با ظرفیت ۸۰ نفر

زیربنای اداری، آموزشی و رفاهی : ۳۵۰۰ مترمربع

ظرفیت پذیرش: ۲۰۰ نفر با امکانات رفاهی خوابگاه، سرویس بهداشتی، آشپزخانه، سالن غذاخوری و نمازخانه

سازه های آموزش میدانی و تخصصی شامل:

جستجو، آوار، حمل مصدوم، سایت جستجو و نجات سیلاب، شمعک زنی، عمق و ارتفاع، دیواره مصنوعی صخره نوردی و جاده فضاهای آموزش میدانی شامل: سایت تخصصی گره زنی، منطقه تمرین و ...

سالن پراتیک مجهز به جدیدترین تجهیزات کمک آموزشی امداد و کمکهای اولیه

دکتر شجاعی زاده رئیس موسسه آموزش عالی علمی- کاربردی جمعیت هلال احمر کشور در جریان بازدید و افتتاح مرکز آموزش های تخصصی- میدانی امدادونجات جمعیت هلال احمر خراسان رضوی گفت: این مرکز با وجود سایت های تخصصی نجات- سیلاب -آوار- ارتفاع- اسکان اضطراری و ... در سطح عالی می باشد.

این مرکز یکی از مناسب ترین فضاها و اماکن برای آموزش های میدانی و تخصصی دانشجویان ایرانی و خارجی است و چنین مرکزی را در کشور نداشته ایم.

وی با اشاره به ویژگی ها و مشخصات مرکز آموزش های تخصصی میدانی امداد و نجات هلال احمر خراسان رضوی گفت: با توجه به ویژگی ها و موقعیت این مرکز می توانیم از خارج از کشور دانشجویان بپذیریم و حتی از چنین مرکزی در سطح منطقه می توان بهره برد.

دوره های آموزشی برگزار شده در این مرکز در قالب دوره های تخصصی امداد، دوره های بازآموزی، تربیت مربی(کد۳) ضمن خدمت کارکنان، کشوری(تربیت مربی ۲، آموزش مسئولین امداد شعب، رفاقت مهر)



شماره ۱۲
شماره ۱۳۴۲
شماره ۱۳۴۲



شماره ۱۲
شماره ۱۳۴۲
شماره ۱۳۴۲

شماره ۱۲
شماره ۱۳۴۲
شماره ۱۳۴۲