



نشریه علمی-پژوهشی

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال دوم * شماره اول (شماره پیاپی دو) * زمستان ۹۷



نشریه علمی - پژوهشی
بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال دوم، شماره اول (شماره پیاپی دو) زمستان ۹۷





دانشگاه علوم پزشکی قم



مشخصات نشریه

عنوان فارسی:

نشریه علمی- پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

عنوان لاتین:

Iranian Journal of Combat Medicine

عنوان اختصاری لاتین: IJCM

حیطه فعالیت: علمی- پژوهشی (طب و ترومای جنگی)

دوره انتشار: دوفصلنامه

زبان: فارسی

شروع انتشار: زمستان ۱۳۹۶

صاحب امتیاز: مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت - دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله "عج"

مدیرمسئول: دکتر حسن عراقی زاده

رئیس هیئت تحریریه: دکتر سید مسعود خاتمی

رئیس مؤسسه بهداری رزمی: سرتیپ پاسدار نصرالله فتحیان

سر دبیر: دکتر محمدعلی محقق

مدیر اجرایی: دکتر فاطمه رنجبر - دکتر سلطانی نژاد

هیت تحریریه: بترتیب حروف الفبا:

علی ابراهیمی، بهروز توانا، حسن ابوالقاسمی،

ابوالحسن احمدیان، مهدی اخوان، یونس پناهی، سعید بینات، عبدالمجید چراغعلی، رحمت الله حافظی، وحید حمیدی، سلیمان حیدری، علیرضا جلالی، خسرو جدیدی، غلامرضا جلالی، هادی خوش محبت، صادق رجائی، ناصر سیم فروش، سیاوش صحت، سید رحیم صفوی، محمدتقی طهماسبی، محمدرضا ظفرقندی، جلیل عرب خردمند، بهرام عین الهی، علی غفوری، ایرج فاضل، عباس فروتن، مصطفی قانع، سیدمحمد رضا کلانتر معتمدی، محمدحسین لشکری، سیدعلیرضا مرندی، علی اصغر مولا، شعبان مهرورز، علی مهربانی توانا، امیر نظامی اصل، احمدعلی نوربالافتی.

طراح و مشاور هنری: سید محمد هادی عسکری فر

ویراستار فارسی این شماره: دکتر فاطمه رنجبر

ویراستار لاتین این شماره: دکتر محمدحسین کلانتر معتمدی

محل انتشار: تهران

تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۵۳۷۶۶

نمابر: ۰۲۱-۸۸۰۵۳۷۶۶

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)،

پژوهشکده رزم، مرکز تحقیقات تروما

کد پستی: ۱۴۵۹۱۶۴۷۱

صندوق پستی: ۵۴۸۷-۱۹۳۹۵

دسترسی اختصاصی:

سایت اختصاصی: behdarirazmi.ir

نشانی الکترونیک: ircjcm@gmail.com

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: چاپخانه روزنامه جوان

فهرست

۲	* مشخصات نشریه
۴	* اهداف و حوزه فعالیت
۷	* سخن سردبیر
۸	* پیش‌گفتار
۹	* تجارب بهداشتهی در دفاع مقدس - قسمت دوم: تب پشه خاکی
۹	* مطالب علمی (اصیل - مروری - موردی)
۱۲	* درس‌هائی از امداد رسانی و درمان مجروحان موشک باران تهران
۱۷	* تحلیل نقش نیروهای نظامی در امداد رسانی و خدمات بهداشتهی - درس‌هائی برای آینده
۲۲	* پروتکل روزآمد تجویز آنتی بیوتیک در مجروحین جنگی
۲۷	* توصیه‌های استاندارد و روزآمد در بهداری رزمی
۳۲	* بازخوانی پرونده پزشکی شهید محمد جواد تندگویان
۳۷	* عوامل و مکانیسم ترومای جنگی: مین‌های ضد نفر
۴۳	* بازسازی ترومای شدید نیمه راست صورت ناشی از صدمه انفجاری
۴۷	* بخش دوم:
۴۷	* امداد رسانی در جنگ‌های صلیبی
۵۱	* استفاده گسترده سلاح شیمیایی علیه نظامیان و غیرنظامیان ایران در جنگ عراق
۵۴	* ثبت تاریخ شفاهی بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس در موزه انقلاب اسلامی و دفاع مقدس
۶۱	* معرفی کمیته بین‌المللی طب نظامی (ICMM)
۶۲	* کمیته بین‌المللی طب نظامی (ICMM)

اهداف و حوزه فعالیت

فصلنامه علمی پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ارگان رسمی علمی و مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت است که با مشارکت و مدیریت قطب علمی ترومای کشور، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم "عج" و مشارکت نهادها و مراکز علمی و تحقیقاتی مرتبط در نیروهای نظامی و انتظامی کشور، دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور و سایر مؤسسات سلامت و نیز نهادهای علمی پژوهشی وزارتخانه های علوم، تحقیقات و فناوری، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی و طیف وسیعی از سایر سازمانهای علمی - فرهنگی - اجتماعی - هنری - ادبی و امثال آنها و عموم صاحب نظران و علاقمندان این حوزه منتشر می گردد.

این نشریه مقالات، نوشته های علمی، فرهنگی، اخلاقی، حرفه ای، پژوهشی، بهداشت در جنگ و پیشگیری از اپیدمی های تهدید کننده جوامع انسانی در شرایط جنگی، اندیشه ها، ابتکارات، نوآوری ها، الزامات، تهدیدات، پیش بینی ها، پیشگیری ها و سایر مطالب ضروری طب رزمی، طب نظامی، ترومای جنگی، حوزه بهداری دفاع مقدس، جنگ های نوین، تهدیدات هسته ای، بیولوژیک، شیمیایی، سایبریک، پیش بینی و پیشگیری از تلفات انسانی در جنگ ها و نظیر آنها را منتشر می نماید.

به صورت اختصاصی زمینه های مورد اهتمام نشریه شامل اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای شایسته در شرایط جنگ، بلایا و صلح، تاریخچه بهداری رزمی در ایران و جهان، تاریخ پزشکی ایران، اسلام و جهان، سیر تطورات امداد و درمان در جنگ های مهم در طول تاریخ، تاریخچه، دستاوردها و خدمات بهداری رزمی دوران دفاع مقدس، فرهنگ و فرهنگ سازی دفاعی سلامت، پدافند غیرعامل، اقتصاد مقاومتی حوزه سلامت، مرجعیت علمی در حوزه سلامت، جامعه شناسی و روانشناسی در جنگ، خاطرات، تجربیات، آثار و تجلیات هنری، ادبی، احکام و معارف مرتبط و مطالب مشابه را منتشر می نماید.

نشریه تحت نظر هیأت تحریریه و هیأت مشاوران عالی علمی اداره می شود. نشریه دارای بخش های علمی و پژوهشی و نیز فرهنگی، اجتماعی به شرح زیر است:

مسئولیت شناسی و رفتار بهینه حرفه ای در شرایط جنگی، بلایا و صلح، عوامل و مکانیسم ترومای جنگی، اپیدمی های تهدید کننده در شرایط جنگی، بهداشت محیط، حرفه ای و عمومی در شرایط جنگ و بلایا، ساختارها و تجهیزات بهداری رزمی، امداد و انتقال مصدومین جنگی و بلایا در شرایط و با وسایل مختلف، اقدامات احیاء در میدان جنگ و زمان تخلیه مجروحین، تریاژ، اقدامات و شیوه های جراحی و بیهوشی و طب اورژانس در جنگ و بلایا، پرستاری در جنگ، انتقال خون و فرآورده های خونی در شرایط جنگی و بلایا، تجارب طب رزمی در دنیا، تهدیدات نوین جنگی، جنگهای شیمیایی، بیولوژیک و هسته ای، جنگ نرم، قدرت نرم، سلطه و استیلای علمی، سلطه و سرآمدی اقتصادی و اقتصاد مقاومتی،

سلطه و سیطره فرهنگی، تاریخچه و تحولات دفاع مقدس، لزوم و شیوه های آداب آمادگی دفاعی در حوزه طب و سلامت، نقش ها، مسئولیتها و دستاوردهای بانوان در دفاع مقدس و بهداری رزم، تبیین سبک زندگی رزمندگان دفاع مقدس، سبک صحیح زندگی رزمندگان و مردم در شرایط جنگ، عوارض روانی ناشی از جنگ، بیوتروریسم، زندگینامه و آثار شهدا و ایثارگران جامعه پزشکی در دوران دفاع مقدس، قبل و بعد از آن، تاریخچه دفاع مقدس، تحلیل سلامت روانی، معنوی و اجتماعی در حوزه دفاع و مقاومت، تحلیل شرایط اجتماعی دوران دفاع مقدس، تاریخچه طب نظامی در اسلام و ایران، فلسفه تاریخ طب، احیای هویت اسلامی و ایرانی در حوزه طب و سلامت، سیر تطورات طب رزمی در تاریخ معاصر، مرجعیت علمی در حوزه طب، نقش های تمدن ساز طب و سلامت در تمدن سازی نوین اسلامی، امدادسانی در جنگ های مهم تاریخ، فرهنگ آمادگی دفاعی، فرهنگ اسلامی سلامت مردم، فرهنگ سازی دفاع عمومی و شخصی، مطالعات فرهنگی - اجتماعی سلامت، مبانی معرفتی و فلسفی اخلاق پزشکی، بصیرت، نماز و نیایش در فضای بهداری رزم، ادبیات بومی - اسلامی در حوزه فرهنگ دفاع مقدس، آثار، تحلیل ها و دستاوردهای علمی و تحقیقاتی مرتبط، دستاوردها و آثار بهداشت و درمان دفاع مقدس، زمینه سازی نشر دستاوردهای طب نظامی توسط اندیشمندان حوزه سلامت و مطالب مشابه.

ضوابط اخلاقی:

رعایت ضوابط و ارزش های اسلامی، اخلاقی و فرهنگی جامعه در این فصلنامه در همه موارد و جمیع تعاملات، الزامی و عدول از آنها تحت هیچ شرایط یا توجیهی پذیرفتنی نیست. ملاحظات مهم اخلاقی نظیر اخذ رضایت آگاهانه از سوژه های انسانی مطالعات و تصویب و نظارت کمیته های اخلاق و..... باید انتهای مقاله قید گردد.

ضوابط مجله:

۱- حوزه فعالیت: فصلنامه بهداری رزمی یک نشریه چند عاملی، بین بخشی، علمی - پژوهشی، فرهنگی اجتماعی در حوزه های بهداری دفاع مقدس و یا مرتبط با دفاع مقدس، دستاوردها و آثار علمی و تحقیقاتی دفاع مقدس، مبانی علمی، تحقیقاتی، اخلاقی، فرهنگی، هنری، ادبی، ارزشی، تاریخی، اقتصادی، پیش بینی و پیشگیری از حوادث نظامی و سایر زمینه های مرتبط با طب نظامی و بهداری رزمی است. تجربیات داخلی در اولویت است و استفاده از نتایج تحقیقات و مطالعات و نوشتجات معتبر علمی بین المللی، با رعایت اصول نگارش و نقل مطالب علمی در درجات بعدی اهمیت قرار خواهد داشت. این فصلنامه برای مخاطبین، علاقمندان و فعالان حوزه های بهداری دفاع مقدس، بهداشت و سلامت، طب رزمی، طب زیرسطحی، طب هوا و فضا، طب اورژانس، طب مراقبت ویژه، طب فیزیکی و توانبخشی، پدافند غیرعامل، حوادث غیر مترقبه، فرهنگ و

۱۱	مطالب جداول و نمونه به فارسی یا عربی
۱۰	Tables and graphs (in English) Notes of

فرهنگ سازی سلامت، اخلاق پزشکی، تاریخ پزشکی، عوامل اجتماعی و امنیتی مؤثر بر سلامت، تاریخ طب رزمی، فلسفه آمادگی های طبی، سلامت معنوی و سایر حوزه های مرتبط طراحی و تنظیم شده است.

فصلنامه با نهایت احترام کلیه مقالات و مستندات مرتبط فرهنگی، اجتماعی، علمی، ترویجی، هنری، ادبی و سایر زمینه های مرتبط را دریافت و برای بهره برداری حداکثری از مستندات همراستا با اهداف تلاش خواهد نمود. موضوعات مرتبط با بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس، فرهنگ و فرهنگ سازی و اخلاق سلامت و صیانت در حوادث نظامی، ترومای جنگی، پدافند غیرعامل و تهدیدات بهداشتی، درمانی در جنگ های آتی در اولویت خواهند بود.

۲- راهنمای تنظیم و ارسال مقالات:

در یک فایل ضمیمه نامه ای خطاب به سردبیر مبنی بر معرفی نویسنده مسئول و سایر نویسندگان تنظیم و با امضای کلیه نویسندگان مقاله ارسال شود. در انتخاب مقالات اولویت با مطالب تحلیلی، تحقیقاتی، و موضوعات علمی، تحقیقاتی، تاریخی، تاریخچه ای، فرهنگی، اخلاقی، معنوی، هنری و تجارب مرتبط با بهداری رزمی دفاع مقدس و شرایط جاری و پیش بینی مطالب مرتبط برای آینده می باشد.

متن تایپ شده مقاله در قالب نرم افزار ورد^۲، قلم فارسی بی لوتوس^۳، با اندازه ۱۲ و قلم لاتین تایمز نیو رمان^۴ با اندازه ۱۰ تنظیم و به پیام نگار نشریه به آدرس Iranhdm.ir ارسال شود.

کل متن به صورت تکست در کاغذ A۴ با فواصل مساوی ۳ سانتیمتر از بالا، پایین، چپ و راست و فواصل خطوط در تمام مقاله ۱ واحد فونت باشد.

اندازه فونت ها در هر قسمت از مقاله به شرح جدول زیر رعایت شود:

۱۴	تیتر مقاله (به زبان فارسی)
۱۲	(Title (in English
۱۴	نام و مشخصات کلیه نویسندگان
۱۲	(Authors Name (in English
۱۲	تمام متون فارسی
۱۲	All Texts in English
Bold	تمام تیترها
۱۱	منابع فارسی و عربی
۱۰	(References (in English
۱۰	نوشتجات پا ورقی بزبانهای فارسی و عربی
۹	(Footnotes (in English

۱..... فرم خام نامه در تارنمای مجله موجود است

۳- شرایط پذیرش مقاله

مقالات ارسالی در صورت رعایت قالب تعیین شده مجله مورد بررسی اولیه قرار میگیرند.

مقالات ارسالی نباید به طور هم زمان برای سایر مجلات ارسال شده یا در مجله دیگری به چاپ رسیده باشند.

مقالات ترجمه ای در این فصلنامه پذیرفته نمی شوند.

مقالات "مروری" باید توسط نویسندگانی مجرب نسبت به موضوع و دارای مقالاتی در همان زمینه و ارجاع به تعداد قابل قبولی از مقالات منتشر شده خود، نگاشته و ارسال شود.

زبان نگارش مقالات و مطالب این فصلنامه فارسی است. از بکار بردن اصطلاحات خارجی که معادل دقیق و رسایی در فارسی دارند، خودداری و در مواقع ضروری، معادل لاتین لغت مورد نظر، جلوی آن در پرانتز یا در پا ورقی نوشته شود.

۴- اصول کلی

رعایت موازین اخلاق پزشکی در تحقیق و نشر، حق مالکیت معنوی مطالب، صحت و سقم اطلاعات، مسئولیت مطالب مقالات و نوشتجات به عهده نویسنده / نویسندگان است.

مقالات رسیده پس از بررسی اولیه برای داوری ارسال و پس از اخذ نظر داوران^۵، جهت تأیید نهایی در کمیسیون / کمیته منتخب هیات تحریریه مطرح میشوند. داوران مجله توسط هیأت تحریریه انتخاب می شوند. نویسندگان نیز می توانند افراد صاحب نظر را برای مرور مقالات خود پیشنهاد نمایند. سردبیر حسب مورد مطالب را به حداقل دو داور به صلاح دید خود ارجاع خواهد نمود.

مقالاتی که توسط کمیسیون / کمیته منتخب هیات تحریریه پذیرفته شوند، برای تأیید نهایی به نویسنده ارجاع می شود.

عواملی که در بررسی مقالات مورد ملاحظه خواهند بود عبارتند از: رعایت ضوابط و ارزش های اخلاقی، ارتباط موضوعی^۶، دست اول بودن^۷، خوانائی و رعایت قواعد انشائی^۸، اعتبار آماری^۹ و زبان فصلنامه حق رد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات را در هر مرحله ای از فرایند بررسی تا انتشار، برای خود محفوظ می دارد. هیات تحریریه در انجام اصلاحات (با تأیید مؤلف) آزاد است. تصمیمات احتمالی عبارتند از قبول^{۱۰}، بازنگری و اصلاحات جزئی^{۱۱}، بازنگری یا اصلاحات کلی^{۱۲}، و رد^{۱۳}.

مقالات رد شده قابل بررسی مجدد نخواهند بود.

یک نسخه از نشریه حاوی مقاله و ۵ نسخه چاپی اضافی از مقاله مربوطه در اختیار نویسنده مسئول گذاشته می شود.

چاپ و انتشار مطالب مندرج در این مجله به شرط ذکر منبع "فصلنامه علمی- پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت"

- 2 Word XP
- 3 B Lotus
- 4 Times New Roman
- 5 Reviewers
- 6 Relevance
- 7 Originality
- 8 Readability
- 9 Statistical validity
- 10... Acceptance
- 11... Minor revisions
- 12... Major revision
- 13... Rejection

بلامانع است.

نویسنده پاسخگو مالک اصلی معنوی مقاله^{۱۴} خواهد بود و قبل از شروع بررسی می تواند مقاله را پس بگیرد و در صورت درخواست بازنگری یا اصلاح، تدابیر و تغییرات لازم را با صحت و دقت امانت و بطور کامل انجام دهد.

نویسندگان بدول دلیل جدی و مهم، نمی توانند پس از پذیرش مقاله تغییرات مهمی در آن اعمال نمایند.

تکمیل و امضاء فرم تعهدنامه توسط همه نویسندگان الزامی است (نمونه فرم در سایت فصلنامه موجود است)

از نویسندگان محترم برای چاپ و انتشار مقاله هزینه ای دریافت نمی شود و کلیه حقوق قانونی آن منحصرأ در اختیار مؤسسه بهداشتی ریزی دفاع مقدس و مقاومت و دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله "عج" است.

استفاده عمومی از مجله در پایگاه های الکترونیکی مختلف تا اطلاع ثانوی به صورت رایگان است.

۵- دستور العمل نگارش و ارسال مقالات پژوهشی

نویسنده مسئول مقاله به عنوان رابط با مجله در مورد مقاله شناخته شده و کلیه مکاتبات و اطلاع رسانی های بعدی با وی خواهد بود. در ارسال مقاله باید نامه ای مبنی بر تأیید نویسنده مسئول با امضای کلیه نویسندگان ارسال شود (شامل ترتیب درج اسامی نویسندگان و تعیین "نویسنده مسئول")

در تنظیم یا ویرایش مقاله چکیده ها و کلیدواژه های فارسی و انگلیسی، و مشخصات نویسندگان در جای مناسب نوشته شود.

مقاله باید از نظر ساختار حایز شرایط زیر باشد:

عنوان فارسی و انگلیسی

ترجمه عنوان به انگلیسی (Title in English)

چکیده به زبان فارسی دارای بخش های زمینه و هدف، روش ها، یافته ها، و نتیجه گیری حداکثر ۳۰۰ کلمه

Abstract in English, including, background, methods, results, conclusion

کلید واژه های فارسی حداقل ۳ و حداکثر ۵ مورد

words from Medical Subject ۶ to ۳, Key words in English Heading (MeSH) in Index Medicus

متن اصلی دارای مقدمه، مواد و روش ها، ملاحظات اخلاقی،

روش تجزیه و تحلیل داده ها، نتایج، بحث، نتیجه گیری (

همگی دارای عدد ارجاعات به منابع داخل پرانتز) و تقدیر و تشکر و

توصیف وضعیت تضاد منافع^{۱۵}.

متن به صورت یک ستونی و در کاغذ A۴ با فواصل مساوی ۳ سانتیمتر از بالا، پایین، چپ و راست صفحه تایپ گردد.

تمام متون فارسی باید با فونت B Nazanin و تمام متون انگلیسی با فونت Times New Roman تایپ شوند^{۱۶}.

فواصل خطوط در تمام مقاله ۱ واحد باشد.

نکته: در صورت اشاره در متن، نویسنده خارجی بصورت انگلیسی

در متن و مطابق با شماره در فرانس آورده شود.

نکته: کل مقاله شامل تمام بخش های آن باید بین ۱۰ و حداکثر ۲۰ صفحه A۴ باشد.

نکته: چکیده باید بتواند بیشترین مقدار اطلاعات مربوط به مقاله را در کمترین حجم ممکن بیان نماید و در واقع تابلوی مقاله شماسست.

منابع به ترتیب مشاهده در متن با استفاده از سیستم شماره گذاری تنظیم شوند.

از شیوه نامه منبع نویسی به سبک ونکوور^{۱۷} استفاده گردد.

مقالات در قالب فایلی متشکل از اجزاء مشروحه ذیل به آدرس پست الکترونیکی مجله (ircjcm@gmail.com) ارسال شود:

جلد: شامل عنوان فارسی و لاتین با فونت ۱۴ و Bold، مشخصات نویسنده مسئول و سایر نویسندگان به ترتیب و با فونت اندازه ۱۲ (نام، نام خانوادگی، درجه علمی، رشته تحصیلی یا تخصص، نام گروه (دپارتمان)، نام بخش (یا مرکز تحقیقات)، نام دانشکده، نام بیمارستان، نام دانشگاه، شهر، کشور، شماره همراه و محل کار، آدرس آکادمیک و (آدرس پست الکترونیک) به طور کامل درج شود.

صفحه اول: عنوان فارسی و لاتین با فونت ۱۴ و Bold - خلاصه مقاله - کلید واژه های فارسی و لاتین

متن اصلی نوشته های فارسی صفحات با فونت اندازه ۱۲ و نوشته های انگلیسی با فونت اندازه ۱۱ نوشته شوند. تیتورها Bold باشند.

منابع در انتهای متن اصلی و با اندازه فونت ۱۰ نوشته شوند.

اشکال و نمودارها بترتیب ظاهر شدن در مقاله (هر شکل یا نمودار در صفحه جداگانه) دیاگرام ها و جداول واضح و فاقد اطلاعات تکراری در متن بوده و حتما" شماره و توضیح (اندازه فارسی ۱۰ و انگلیسی ۹) داشته باشند.

صفحه آخر شامل: Title- Abstract-Key words: بزیان انگلیسی، فونت و قلم Times New Roman ۱۲

نکته: آدرس آکادمیک تمام نویسندگان به این صورت

نوشته شود: درجه علمی، رشته تحصیلی یا تخصص، نام

گروه (دپارتمان)، نام بخش (یا مرکز تحقیقات)، نام

دانشکده، نام بیمارستان، نام دانشگاه، شهر، کشور به طور

کامل و ترتیب قرار گرفتن نام

نکته: متن مقاله به فارسی نوشته شود و از نگارش کلمات لاتین به صورت فارسی اکیدا" پرهیز گردد؛ مگر در مواردی که هیچ جایگزین پذیرفته شده ای برای واژه مورد نظر موجود نباشد. در هر جای متن که لازم به نظری رسد، معادل لاتین کلمه فارسی نوشته شده در همان محل و داخل پرانتز آورده شود.

14... Main owner of the article

15... Conflict of Interests

17... Vancouver

۱۶... در صورت احتیاج، فونت های فوق را از سایت www.fontsfa.com دریافت کنید

سخن سر دبیر

عَلَيْكُمْ بِالْفِكْرِ فَإِنَّهَا حَيَاتُ قَلْبِ الْبَصِيرِ وَ مَفَاتِيحُ أَبْوَابِ
الْحِكْمَةِ (امام حسن مجتبی علیه السلام)

چهل سال از عمر پر برکت نظام مقدس جمهوری اسلامی گذشت. تاریخی درخشان و حوادثی عظیم بر تارک تاریخ ثبت شد. کارنامه ای پرفراز و نشیب در صحیفه ملتی بزرگ ترسیم شد. در چهلمین بهار آزادی مروری بسیار اجمالی بر فرازهای درخشان نظام سلامت با تأکید بر دستاوردها و تأمل بر نشیب ها، برای ترسیم افق های درخشان آینده عبرت آموز خواهد بود:

نظام ژنریک داروئی بزرگترین دستاورد عادلانه در حمایت از نیازهای اساسی ملت در همه ادوار و خاصه دوران پرتهاپ جنگ تحمیلی، راهبرد مبارکی که در زمان حاضر و آینده نیز حیات بخش و دشمن شکن خواهد بود.

پایه گذاری نظام شبکه ارائه خدمات بهداشتی-درمانی، سیاست اعجاز گونه ای که خدمات و مراقبت های اساسی سلامت را به محرومترین اقشار و از دورترین نقاط جغرافیای ملی تا همه اقشار و همه مناطق کشور ارزانی داشت.

حضور گسترده و همه جانبه و ارزش آفرین جامعه سلامت در دفاع مقدس، و خلق کارنامه جاودان و الگوی بی بدیل حضور در صحنه های خدمت و ایثار.

ارتقای شگفت انگیز همه شاخص های سلامت، که سریع ترین آهنگ آن مقارن با دوران ۸ ساله دفاع مقدس بوده است.

خلق عظیم ترین الگوی همگرایی و تعاون در نظام سلامت با ادغام قانونی و همه جانبه نظام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامتی، توسعه سریع مراکز آموزش عالی سلامت خاصه در مناطق محروم، و ارتقای همه جانبه سرمایه انسانی.

توسعه راهبردی کمی و کیفی نظام آموزش پزشکی، شامل علوم پایه، تخصص ها و فوق تخصص های

بالینی مورد نیاز.

پیشرفت های شگرف درمانی در همه حوزه های طب بالینی، نظیر پیوند اعضا، همه رشته ها، شاخه ها و تخصص های جراحی، داخلی، کودکان، و زنان و زایمان، طب اورژانس، آنکولوژی، طب رزمی، طب هسته ای، طب خانواده، پزشکی اجتماعی، طب توانبخشی.....

پایه گذاری نظام پویا و فراگیر آموزش مداوم جامعه پزشکی. دستاوردهای عظیم پژوهشی و تولیدات وسیع علمی در همه حوزه های ضروری، و حوزه های رقابت پذیر نظیر سلول های بنیادی، فناوری های نانو و بیو و علوم اعصاب، ورود به حوزه هوش مصنوعی و سایر فناوری های برتر.

توسعه خدمات بیمه و تأمین اجتماعی در حوزه سلامت و پوشش اکثریت قریب به اتفاق مردم.

توسعه طب انتقال خون و فرآورده های خونی تا سرحد خودکفائی و بی نیازی از فرآورده های وارداتی خارجی.

توسعه چشمگیر در حوزه های تشخیص (اعم از تصویربرداری، پزشکی هسته ای، آسیب شناسی تشریحی، سلولی و مولکولی، ژنتیک، علوم آزمایشگاهی....)

وبسیاری حوزه ها و حیطه های دیگر که مجال طرح آنها در این سخن نیست.

در آستانه ورود به پنجمین دهه انقلاب شایسته است تا از تجارب عظیم چهار دهه گذشته درس و عبرت گرفته، و با تأسی از امام مجتبی (علیه السلام)، شالوده های نظام سلامت آینده را بر پایه های خرد، بصیرت، و حکمت استوار نمائیم. انشاء الله

پیش گفتار:

عروج در قیام

سبک بالان خرامیدند و رفتند

اسفند ماه ۱۳۶۲ بیمارستان خاتم الانبیاء - عملیات خیبر

شب به نیمه خود می رسید - عده ای از پزشکان با مسئولان بهداری سپاه از قسمت های مختلف بیمارستان دیدن کردند. ریاست بیمارستان صحرایی، دکتر رهنمون توضیح می داد - بیمارستان آماده رسیدگی مجروحین در شروع عملیات شده بود. در کنار بیمارستان، دکتر رهنمون همچنان با چهره ای محجوب و معصوم از مشکلات و مسائل آن بیمارستان سخن می گفت، و بالاخره همه درون سنگر ریاست بیمارستان رفته و در فضای محدود سنگر در کنار هم به استراحت پرداختند.

چند ساعت بعد در سکوت سنگر صدای کسی که حائل در ورودی سنگر را کنار زد در فضا پیچید، در قرارگاه فرماندهی یکی از فرماندهان مشکل حاد پیدا کرده و نیاز به ویزیت پزشک دارد. همه می در بین افراد سنگر پیچید و خلاصه نظراین شد که ریاست بهداری کل سپاه، آقای دکتر نوربالا با آمبولانس به قرارگاه برود - آمبولانس آماده شده و آقای دکتر به طرف مقر حرکت کردند. ساعتی بعد افراد سنگر را برای وضو و آمادگی برای نماز ترک کردند - چند نفر که زودتر وضو گرفته بودند.

در فضای محدود سنگر نماز جماعت اقامه کردند - در بین نماز انفجار شدیدی در اطراف، سنگر را بشدت لرزاند و شا کله جماعت و نماز را بهم ریخت. در همین حال دکتر رهنمون وارد سنگر شد و در حالیکه آستین های خود را که برای وضو بالا زده بود به پائین می کشید، اظهار داشت در این اطراف، اصابت موشک داشتیم و عده ای مجروح شده اند. باید به کمک مجروحین برویم - سریع نماز صبح را بخوانید تا کارمان را شروع کنیم. این دفعه هر کدام از افراد در گوشه ای از سنگر به نماز ایستادند. عده ای در حالت قیام، جمعی در رکوع و عده

ای در سجده بودند که ناگهان صدای انفجار مهیب سنگرو افراد درون آن را در هم پیچید - سقف سنگر بکلی ویران شد و خاک و شن بالای سقف به درون سنگر ریخت. عده ای خاموش شدند و صدای ناله تعدادی که مجروح شده بودند در میان دود و خاک به گوش می رسید. یک فریاد رسا واضح به گوش می خورد: "یا مهدی، یا مهدی، یا مهدی"

تلی از خاک در درون سنگر، بعضی بکلی درون خاک و شن و بعضی قسمتی از بدن پیدا بود. سقف سنگر از بین رفته و آسمان از درون سنگر پیدا بود. عده ای با برانکارد سراسیمه به درون سنگر آمدند، آنها می دانستند در این سنگر ریاست بیمارستان و عده ای از همکاران بوده اند، مجروحین سریعاً با برانکارد به داخل اورژانس بیمارستان منتقل شدند.

در لابلای تلاش کمک رساندن و ناله مجروحین زمزمه ای بگوش می رسید "دکتر رهنمون در جابه شهادت رسید" مهدی خدا پرست هم بعد از انتقال به اتاق عمل به شهادت رسید. بعضی از مجروحین نیز به بیمارستان بقایی اهواز منتقل شدند.

باز ماندگان که کم کم موج انفجار را پشت سر گذاشته بودند به یاد آوردند که دکتر رهنمون عزیز در هنگام اصابت گلوله توپ در حال قیام به راز و نیاز با خدای خویش بوده.

شهادت گوارای وجودش باد.

سبک بالان خرامیدند و رفتند
مرا بیچاره نامیدند و رفتند

اگر دیر آمدم مهجور بودم
اسیر قبض و بسط روح بودم

مطالب علمی (اصیل - مروری - موردی)

تجارب بهداشتی در دفاع مقدس؛ - قسمت دوم: تب پشه خاکی
درس هائی از امداد رسانی و درمان مجروحان موشک باران تهران
تحلیل امداد و درمان در حادثه زلزله کرمانشاه، نقش نیروهای مسلح
پروتکل روزآمد تجویز آنتی بیوتیک در مجروحین جنگی
توصیه های استاندارد و روزآمد مراقبت از مجروحین جنگی: بهداشت فردی
بازخوانی پرونده پزشکی - شهید محمد جواد تندگویان
عوامل و مکانیسم ترومای جنگی: مین های ضد نفر

تجارب بهداشتی در دفاع مقدس؛ قسمت دوم: تب پشه خاکی

دکتر علی مهرابی توانا استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

خلاصه:

تب پشه خاکی که به اسامی تب پاپاسی یا تب فلبوتوس^۱ نیز شناخته می شود، با تب، درد عضلانی، ضعف و کسالت عمومی تظاهر می کند و موجب اختلالات آزمایشات هماتولوژی و آنزیمی کبد می شود (۱). بیماری تب پشه خاکی که به تب سه روزه نیز شهرت دارد یک بیماری آربوویروسی از خانواده بونیایویریده از جنس فلوپوویروس می باشد. مخزن آن معمولاً جوندگان و انسان آلوده به ویروس یاد شده می باشد و ناقل آن همان پشه خاکی است که بیماری لیشمانیوز را منتقل می نماید. تشخیص آن در مناطق غیر آندمیک و در زمان هایی که اپیدمی بیماری رواج ندارد و مواردی که شرح حال ابهام دارد، بسیار دشوار است (۲). بیماری فوق در طی سال های جنگ تحمیلی در بین رزمندگان به ویژه در مناطق جنوب غربی کشور شیوع داشته است. دوره ابتلا به بیماری مذکور از اواسط اسفندماه شروع و تا اواخر آبان ماه بوده است.

کلمات کلیدی: تب پشه خاکی، ویروس تب پشه خاکی، طغیان

مقدمه و بیان مسئله

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، ایران و سایر کشورهای منطقه مدیترانه شرقی از مهمترین کانون های بیماری های منتقله توسط حشرات و سایر بندپایان هستند (۳). یکی از این حشرات پشه خاکی است که در شرایط جنگی در مناطق آندمیک، نظامیان را با خطر ابتلا به بیماری خاص آربوویروسی قرار می دهد.

اگرچه بیماری کشنده نیست، اما علائم شدید بالینی و ناتوانی مبتلایان از انجام وظایف نظامی، تهدید بالقوه مهمی در شرایط رزمی به شمار می رود. به علت شرایط حساس و محدودیت های شرایط جنگی، نیروهای نظامی در مقایسه با مردم عادی، در برابر حشرات و سایر بندپایان یک گروه پرخطر به شمار می روند. یکی از ابعاد نظامی مطرح در مورد حشرات، مقوله جنگ ها و تهدیدات بیولوژیک است و حشرات نیز می توانند، بعنوان ناقل بیماری، مقاصد جنگ بیولوژیک واقع شوند (۴). در جنگ تحمیلی بیماری آربوویروسی تب پشه خاکی به ویژه در مناطق عملیاتی غرب کشور رایج بوده است. این مقاله به طور اجمال به طرح این موضوع پرداخته، راهکارهای پیشگیری از آن را در شرایط مشابه در آینده ارائه می کند. اطلاع از خطرات بالقوه و راهکارهای بهداشتی و حفاظت شخصی در برابر این نوع تهدیدها، برای سامانه طب رزمی بسیار مهم و ضروری است.

تشخیص افتراقی

افتراق با طیفی از عفونت های ویروسی، انگلی و باکتریائی مطرح است. حتی بدخیمی های هماتولوژیک و دپرسیون مغز استخوان می تواند در تشخیص افتراقی قرار گیرد.

سیر بیماری و درمان:

بیماری پس از گزش فرد توسط پشه خاکی که معمولاً دوره نهفتگی آن به ۱-۳ روز به طول می انجامد، با علائمی چون تب بالا (۳۹-۴۰ درجه سانتیگراد) و درد شدید عضلات^۲ و ترس از نور^۳ تظاهر می کند. بیماری معمولاً خودبخود فروکش می کند و عوارضی برجای نمی گذارد. در بعضی از موارد عوارض نورولوژیک و سایر تبعات بالینی بروز می کند که مستلزم بررسی های بالینی و پاراکلینیک زیادی است (۱). بیماری فوق درمان اختصاصی خاصی ندارد ولی علائم و تظاهرات آزاردهنده مانند تب و میالژی با تجویز داروهای مناسب باید تسکین یابد. در موارد شدید، بیمار بایستی با مصرف

حشرات نظیر بهسازی و رعایت بهداشت محیط و سمپاشی داخل یا بیرون اماکن نظامی می تواند بسیار اثربخش باشد. در شرایط بحرانی و جنگ های نامتقارن یا حملات بیولوژیک، آموزش های مداوم تخصصی سربازان و شیوه های حفاظت فردی ۵ راهگشا می باشد (۴).

ابعاد این سیستم حفاظتی عبارتند از:
پرهیز و دوری نمودن از حشرات
محافظت فیزیکی، پوشیدن لباس کامل نظامی شامل کلاه نظامی و پوتین
آغشته سازی البسه نظامی به حشره کش در دوزهای مجاز استراحت و خوابیدن در پش بند های آغشته به حشره کش های پیرتروئید همانند پرمترین، دلتامترین، لمبدا سیئه الوترین، آلفا سیپرمترین و نیز حشره کش اتوفن پروک. در دوزهای مجاز
پوشیدن یونیفرهای نظامی آغشته به پرمترین در دوزهای مجاز
آغشته سازی چادرهای نظامی با استفاده از سموم مجاز پیرتروئید همانند پرمترین و دلتامترین و دوزهای مجاز.
استفاده از چفیه برای پوشاندن سر، صورت و گردن

بحث:

پشه خاکی های زیر خانواده فلبوتومینه ناقلین حداقل سه بیماری شناخته شده، بارتنولوزیس ۶، لیشمانیوز ۷ و تب پشه خاکی ۸ به انسان هستند (۱۰).
امروزه کادر پزشکی و حتی پزشکان نظامی کمتر این بیماری را می شناسند. ضرورت دارد که در دوران تحصیل دانشجویان علوم پزشکی این بیماری مهم را بشناسند و راه های پیشگیری و درمان آنرا به خوبی فرا بگیرند تا در موقع لزوم بتوانند از اپیدمی های حاصل از آن جلوگیری نمایند. بیماری کشنده نبوده ولیکن ناتوان کننده است و پشه خاکی های آلوده میتوانند سبب زمین گیر شدن بسیاری از نیروها، حتی لشکرها و تیپ ها شوند.

Abstract:

Sandfly fever, also known as Papagia Fever or phlebotomy fever, presents with fever, myalgia, malaise, hematological and hepatic enzymatic abnormalities (1). Sandfly fever, also known as 3 day fever or febbutomus fever, is classified under the Phlebovirus genus of the Bunyaviridae family. The main vector is phlebotous papatasi, and the carrier is the same as leishmaniasis. The diagnosis is very difficult in

سرم و مسکن ها برای چند روز در بیمارستان بستری شود تا بهبود یابد. معمولاً بیماری کشنده نبوده و خود بخود بهبود یافته و مبتلایان، حداقل ۱ تا ۲ سال از ابتلای مجدد به بیماری، به لحاظ ایمنی ایجاد شده، در امان می باشند.

اهمیت تب پشه خاکی از نظر بهداشت عمومی:

در مناطق آندمیک سروتایپ های آنتی ژنیکی متفاوتی ۴ از کشورهای مختلف اروپائی، جنوب شرقی آسیا، آسیای مرکزی و آفریقا گزارش شده است (۵-۶). این بیماری به ویژه از نظر سلامت گردشگران و طب نظامی حائز اهمیت فراوان است. بیماری فاقد واکنس است و پیشگیری از آن از طریق واکنس میسر نیست. استفاده از پشه بند و دورکننده ها تا حدودی می تواند در پیشگیری از ابتلاء تاثیرگذار باشد (۷).

تب پشه خاکی در ایران

این بیماری در ایران به ویژه جنوب غربی ایران (مناطق جنگ تحمیلی) و استان های دیگر که بیماری لیشمانیوز بومی می باشد به صورت بومی (آندمیک) دیده می شود. (تصویر ۱) ویروس عامل بیماری را افزون بر ۸ سروتایپ بر شمرده اند که ویروس های سیسیل، ناپل، کریم آباد و صالح آباد از معروف ترین آن ها می باشند.

تب پشه خاکی در جنگ تحمیلی

مطالعات مهرابی توانا نشان می دهد که بیماری فوق در طی سال های جنگ تحمیلی در بین رزمندگان به ویژه در مناطق جنوب غربی کشور شیوع داشته است. دوره ابتلا به بیماری مذکور از اواسط اسفند ماه شروع و تا اواخر آبان ماه بوده است. کسانی که از مناطق آلوده به ویروس با داشتن ایمنی قبلی به منطقه جنگی مراجعه می نمودند کمتر در معرض ابتلا به بیماری فوق قرار داشته اند و برعکس کسانی که از مناطق غیر آلوده همانند استان های شمالی و شرقی به مناطق جبهه به ویژه مناطق عملیاتی جنوب غربی عزیمت می نمودند خیلی سریع طی ۱-۲ روز از زمان ورود به منطقه، آلوده می شدند که این امر به بررسی بیشتری نیاز دارد. نه تنها در زمان جنگ تحمیلی بلکه در بسیاری از جنگ های اخیر در منطقه خلیج فارس نیز این بیماری شیوع داشته است. (۸).

راه های پیشگیری از تب پشه خاکی و سایر حشرات در شرایط جنگی.

در شرایط عادی که نیروهای رزمنده در قرارگاه های دائمی یا کمپ هایی با مدت اقامت نسبتاً طولانی مستقر هستند، استفاده از روش های معمول بهداشتی و کنترل

chaud L, et al. (2010) Punique virus, a novel phlebovirus, related to sandfly fever Naples virus, isolated from sandflies collected in Tunisia. J Gen Virol 91: 1275-1283.

8- Ellis SB, Appenzeller G, Lee H, Mullen K, Sw-
enness R, et al. (2008) Outbreak of sandfly fe-
ver in central Iraq. Mil Med 173: 949-953.

۹- مهربانی توانا علی، بررسی تب پشه خاکی Sand Fly Fever در مناطق جنگی جنوب غربی ایران. کارشناسی ارشد. ۱۳۶۸-۶۹. دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت

۱۰- قربانی اسماعیل، راشی یاور، عبائی محمدرضا، و اخوان امیر احمد: مطالعات ترکیبی گونه ای و فعالیت ماهانه پشه خاکی ها در نواحی پرخطر در مقایسه با نواحی کم خطر در کانون آندمیک لیشمانیوز احشائی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۲، شماره ۳، پائیز ۱۳۹۳، صفحات ۹۷-۱۰۹

منابع بیشتر برای مطالعه:

2- Tavana AM. Sandfly fever in the world. Ann Trop Med Public Health 2015;8:83-7.

3- Tavana AM. Sand fly fever: The disease which must be introduced to doctors, health care workers and public now. Health Med 2012; 6: 3657-9.

4- Tavana AM. The seroepidemiological studies of sand fly fever in Iran during imposed war. Iran J Public Health 2001; 30:145-6.

5- Tavana AM, Javadian E, Nategh R, Shojaei A, Vatan Doost H, Asmar M, Mokhtari Azad T. Journal: Hakim Research Journal 1999;2:14-7

6- Tavana AM. Minireview on sand fly fever. J Entomol 2007; 4:401-3.

7- Tavana AM. Sand fly fever: An important vec-
tor-borne disease for travelers? Ann Trop Med Public Health 2017; 10:13-5.

۸- علی مهربانی توانا. کتاب بهداشت و دفاع مقدس. انتشارات رسانه های تخصصی ۱۳۹۵.

non-endemic areas, and when patient history and physical findings are ambiguous (2).

The disease was prevalent during the period of the imposed war, especially in the southwestern regions of the country. The diseases cycle be-
gins in mid-March, and continues until lat fever.

Key words: Sandfly fever, sandfly fever virus, outbreak.

تصویر ۱- انتشار گسترده بیماری تب پشه خاکی و انواع ویروس های آن را در ایران و کشورهای مختلف نشان می دهد.



Phlebotomus papatasi sandfly

Refrence:

1- Kocak Tufan Z, Weidmann M, Bulut C, Kinikli S, Hufert FT, et al. (2011) Clinical and laboratory findings of a sandfly fever Turkey Virus out-
break in Ankara. J Infect 63: 375-381.

2- Schultze D, Korte W, Rafeiner P, Niedrig M (2012) First report of sandfly fever virus infec-
tion imported from Malta into Switzerland, Oc-
tober 2011. Euro Surveill 17.

3- World Health Organization. Integrated vector managment. Cario. WHO Regional Officer for Estern Mediterranean. 2004

۴- خوبدل - مهدی: آیا برای حفاظت سربازان از گزند حشرات در شرایط بحرانی و جنگ های نامتقارن برنامه مدونی وجود دارد؟ نامه به سردبیر: طب نظامی، شماره ۹ (۳)، پائیز ۱۳۸۶

5- Papa A, Velo E, Bino S (2011) A novel phle-
bovirus in Albanian sandflies. Clin Microbiol In-
fect 17: 585-587.

6- Charrel RN, Moureau G, Temmam S, Izri A, Marty P, et al. (2009) Massilia virus, a novel phlebovirus (Bunyaviridae) isolated from sand-
flies in the Mediterranean. Vector Borne Zoo-
notic Dis 9: 519-530.

7- . Zhioua E, Moureau G, Chelbi I, Ninove L, Bi-

درس‌هایی از امداد رسانی و درمان مجروحان موشک‌باران تهران

**تلفات انسانی غیر نظامیان ایرانی بر اثر حملات موشکی
(بالتستیک) عراق به شهرهای ایران در طول جنگ تحمیلی
عراق علیه ایران (۱۹۸۸-۱۹۸۰).**

دکتر علی خاجی^۱

۱- دکترای اخلاق پزشکی-استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی-درمانی تهران-مرکز تحقیقات تروما-بیمارستان سینا

هدف این حملات موشکی بودند. بیشترین
تعداد شهدا از شهرهای دزفول و تهران گزارش
شده است. حملات موشکی عراق به مدت ۹۰ ماه
(۲۷۴۸ روز) ادامه داشت.

جمع بندی: نتایج مطالعه ما ضرورت انجام
بررسی‌های وسیع در خصوص نتایج روانشناسی
حملات موشکی عراق در میان بازماندگان این
حملات در ۲۷ شهر کشور اشاره دارد.

کلمات کلیدی: موشک، جراحات و آسیب‌ها،
مرگ و میر، سلاح‌های نظامی، طب نظامی.

مقدمه

موشک بالتستیک یکی از مخرب‌ترین سلاح‌هایی است
که در ۷۰ سال گذشته مورد استفاده قرار گرفته است.
موشک‌های زمین به زمین (بالتستیک) برای اولین
مرتبه توسط نیروهای آلمان نازی در نبردهای نظامی
بکار گرفته شد. در سال پایانی جنگ جهانی دوم،
شهرهای اروپا توسط موشک‌های ۷۱ و ۷۲ آلمانی مورد
حمله قرار گرفت (۲، ۱). در انگلستان، شهر لندن اصلی
ترین هدف غیرنظامی برای موشک‌های آلمانی بود.
بر اثر حملات موشکی انجام شده به لندن، ۲۷۰۰ نفر
کشته شده و ۶۵۰۰ غیرنظامی دیگر به شدت آسیب
دیدند (۴-۲). بندر آنتورپ در بلژیک دیگر هدف مهم
موشکی آلمان‌ها بود. به دنبال اصابت بیش از ۳۰۰۰
موشک به این شهر ۳۷۷۲ نفر جان باخت و بیش از ۶۰۰۰
نفر مجروح شدند (۴).

در خلال جنگ اول خلیج فارس (سال ۱۹۹۱)، ارتش عراق
مقر فرماندهی نیروهای آمریکایی در طهران را با موشک
های اسکاد مورد حمله قرار داد. در نتیجه این حملات،
۲۸ سرباز کشته شده و ۱۰۰ نفر دیگر مجروح و ۱۵۰
نفر دیگر دچار آسیب‌های جسمی سطحی و یا دچار
آسیب‌های روانی شده بودند (۵). از زمان جنگ جهانی
دوم تا به امروز، موشک‌های بالتستیک بر علیه اهداف
نظامی و غیرنظامی مورد استفاده قرار گرفته است، اما
تعداد دقیق موشک‌های شلیک شده مشخص نگردیده
و گزارشات محدودی نیز به بررسی کشته‌ها و مجروحان

خلاصه

اهداف: تعیین میزان و گستردگی تلفات انسانی
ایران بر اثر حملات موشکی (بالتستیک) در خلال
۸ سال جنگ تحمیلی عراق علیه ایران.

مواد و روشها: اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد
حملات موشکی عراق به شهرهای ایران شامل
موارد زیر می‌گردد: تاریخ و زمان حمله، تعداد و
نوع موشک‌ها، شهرهایی که مورد هدف
قرار گرفتند و تعداد مجروحین و شهدای ناشی از
اصابت موشک‌ها به مناطق شهری. اطلاعات
مورد نظر برای انجام این مطالعه از بانک
اطلاعاتی که توسط ستاد مشترک نیروهای
مسلح ایران براساس گزارش‌های نوبه‌ای
واحدهای نظامی ایران در خلال جنگ تحمیلی
تشکیل شده بود، استخراج شده است.

نتایج: در خلال ۸ سال جنگ تحمیلی (۱۳۶۷-
۱۳۵۹)، ارتش عراق تعداد ۵۳۳ فروند موشک
بالتستیک به سوی اهدافی در خاک ایران شلیک
کرد. از این تعداد، ۴۱۴ موشک (۷۷/۷٪) در
شهرهای ایران فرود آمد. بر اثر انفجار این موشک
ها، ۲۳۱۲ شهروند ایرانی به شهادت رسیده و
۱۱۶۲۵ نفر دیگر مجروح شدند. ۳ نوع از موشک
های بالتستیک در این حملات مورد استفاده قرار
گرفت: فراگ ۷، اسکاد بی، الحسین (یک مدل
ارتقاء یافته موشک اسکاد). ۲۷ شهر در ایران

حدود ۷۷/۷٪ از موشک های شلیک شده (۴۱۴/۵۳۳) به شهرهای ایران و تعدادی به مراکز نظامی و صنعتی (۱۳/۱٪) اصابت کردند و مابقی در خارج از مناطق شهری (کوه و بیابان) (۹/۲٪) فرود آمد.

ایران بلافاصله پس از شروع جنگ مورد حملات موشکی عراق قرار گرفت. این حملات به مدت ۲۷۴۹ روز (۹۱ ماه) ادامه داشت به عبارت دیگر از ۱۶ مهر ۱۳۵۹ آغاز و آخرین حمله نیز در ۳۱ فروردین ۱۳۶۷ انجام گرفت. در خلال جنگ تحمیلی، ۲۷ شهر ایران مورد حملات موشک بالستیک عراق قرار گرفت. در میان شهرهایی که مورد حمله ارتش عراق قرار گرفت، شهر دزفول بیشترین دوره از حملات را متحمل گردید (۲۲۹۱ روز یا در حدود ۷۶ ماه) بیشترین تعداد موشک های اصابت گردیده به شهرهای ایران در آخرین دور از حملات موشکی (اسفند ۱۳۶۶ و فروردین ۱۳۶۷) اتفاق افتاد. از دی ماه سال ۱۳۶۴ لغایت دی ماه سال ۱۳۶۵ (به مدت یکسال) نیز هیچ حمله موشکی ثبت نگردیده است. بر اثر این حملات موشکی ۲۳۱۲ غیرنظامی به شهادت رسیده و ۱۱۶۲۵ نفر دیگر مجروح شده اند، به عبارت دیگر تعداد ۵/۶ نفر شهید به ازای هر موشک (جدول ۲).

بالاترین میزان تعداد شهدای گزارش شده مربوط به سال ۱۹۸۵ و ۱۹۸۸ به ترتیب با ۲۵٪ و ۲۵/۱٪ از کل شهدای باشد. شهرهای دزفول و تهران بیشترین حملات و همچنین بالاترین میزان خسارت انسانی را به ترتیب با ۶۲۷ (۲۷/۱٪) و ۴۲۲ (۱۸/۳٪) از کل شهدای حملات موشکی عراق متحمل شدند. از میان ۳ نوع موشک مورد استفاده قرار گرفته توسط ارتش عراق، موشک اسکاد بیشترین شهدا و مجروحین را به جا گذاشت (شکل ۱). در حدود ۶۱/۴٪ (۲۵۴/۴۱۴) از تمامی موشک ها در خلال دو ماه اسفند و فروردین شلیک شد (شکل ۲). امداد و نجات افراد آسیب دیده از این عملیات، توسط سازمان آتش نشانی و هلال احمر ایران صورت می گرفت. خدمات اورژانس برای امدادرسانی به آسیب دیدگان از این حملات و انتقال آنها به مراکز درمانی در دسترس بود. تمام بیمارستان های دولتی نیز قربانیان این حملات را می پذیرفتند. علاوه بر این، نیروهای نظامی و افراد داوطلب جهت ارائه خدمات و امدادرسانی به گروه ها و سازمانهایی یاد شده کمک می رساندند.

بحث

در این گزارش هدف ما ارائه الگو خسارات انسانی ایران به دنبال حملات موشکی عراق به شهرهای ایران در خلال جنگ تحمیلی (۱۳۵۹-۱۳۶۷) می باشد. به دلیل اینکه گزارشات محدودی در خصوص تلفات ناشی از حملات موشکی به غیرنظامیان در دسترس می باشد مقایسه نتایج این مطالعه با آنچه در جنگ های گذشته اتفاق افتاده است کمی دشوار می باشد. نتایج به دست آمده

ناشی از این حملات بخصوص در بین غیرنظامیان پرداخته است (۷،۶).

جنگ تحمیلی عراق علیه ایران رسماً در تاریخ ۳۱ شهریور ۱۳۵۹ آغاز گردید. حملات موشکی عراق به شهرهای ایران از همان روزهای آغازین جنگ شروع شد (۶،۳). دقیقاً ۱۷ روز پس از آغاز جنگ، ۳ فروند موشک عراقی به شهر دزفول اصابت کرد که منجر به شهادت ۶۰ غیرنظامی و مجروحیت ۳۰۰ نفر دیگر گردید. ارتش عراق به حملات موشکی خود بر علیه شهرهای ایران در طول ۸ سال جنگ ادامه داد. مطالعه حاضر به منظور مشخص نمودن چگونگی خسارات انسانی ناشی از حملات موشکی عراق به شهرهای ایران در طول ۸ سال جنگ تحمیلی (۱۳۵۹-۱۳۶۷) انجام گرفته است.

مواد و روش ها

اطلاعات مورد استفاده برای انجام این مطالعه از بانک اطلاعاتی که توسط ستاد مشترک نیروهای مسلح کشور تهیه گردیده، استخراج شده است. این بانک اطلاعاتی بر اساس گزارشهای روزانه (نوبه ای) واحدهای مختلف ارتش جمهوری اسلامی ایران در خلال جنگ تحمیلی تشکیل گردیده است. اطلاعات جمع آوری شده شامل موارد زیر می باشد: تاریخ و زمان حملات موشکی، تعداد و نوع موشک ها در هر حمله، شهرهایی که مورد حمله قرار گرفتند و تعداد شهدا و مجروحین هریک از حملات.

در این مطالعه موشک هایی که به اهداف خود اصابت نکرده اند (در کوهستان و صحرا فرود آمدند) یا به اهداف نظامی و صنعتی اصابت کردند از مطالعه خارج شدند.

نتایج

ارتش عراق از ۳ نوع موشک برای هدف قرار دادن مناطق مختلف کشور استفاده کرد: فراگ ۷، اسکاد و الحسین (جدول ۱). شلیک موشک های عراقی از روزهای آغازین جنگ با استفاده از موشک فراگ ۷ شروع شد. در تاریخ ۱۲ مهر ۱۳۶۱ و در دور دوم حملات موشکی عراق استفاده از موشک اسکاد را آغاز نمود. در نهایت در اسفند سال ۱۳۶۶ و فروردین سال ۱۳۶۷ موشک های الحسین به منظور هدف قرار دادن تهران و دیگر شهرهای مهم در عمق خاک ایران مورد استفاده قرار گرفت. موشک الحسین یک مدل ارتقاء یافته موشک اسکاد (بی) بود که به کمک کارشناسان خارجی توسعه یافته بود. وزن سر جنگی این موشک نسبت به موشک اسکاد کاهش یافته و میزان سختی که می توانست موشک حمل کند افزایش یافته بود. این تغییرات به این هدف صورت گرفته بود که بُرد موشک را افزایش دهد تا بتواند شهرها را در عمق خاک ایران مورد هدف قرار دهد. در طول ۸ سال جنگ تحمیلی، ارتش عراق حدود ۵۳۳ موشک بالستیک به اهدافی در داخل خاک ایران شلیک کرد.

نشان می دهد که شهرهای ایران بعد از حملات موشکی آلمان به انگلیس و بلژیک در جنگ جهانی دوم بیشترین حملات موشکی را تاکنون متحمل شده اند (۳). بر اثر حملات موشکی به شهرلندن ۲۷۰۰ نفر جان خود را از دست دادند که ۸۰٪ این افراد غیرنظامی بودند (۳،۲). کارسنتی و همکاران (۸) گزارش کردند که در فاصله ۲۹ بهمن ۱۳۶۹ لغایت ۱۹ اسفند ۱۳۶۹، عراق ۳۹ موشک اسکاد (الحسین) به مناطق پرجمعیت تل آویو شلیک کرد که در نتیجه آن ۲ نفر جان خود را از دست دادند، ۲۳۲ نفر نیز به دلیل مجروحیت به مراکز اورژانس بیمارستانی ارجاع شدند و در حالی که تنها یک نفر دارای جراحات شدید بود.

با در نظر گرفتن اطلاعات موجود، بیشترین تعداد فوت به ازاء هر موشک در مطالعه ما گزارش شده است (۸،۳،۲)، این مسئله می تواند به دلایل مختلفی باشد:

بهبود دقت موشک های مورد استفاده عراق در مقایسه با موشک های جنگ های قبلی.

قدرت انفجاری بالاتر موشک ها و عدم تخلیه شهرها در کشورمان.

در خلال جنگ تحمیلی بسیاری از افراد راضی به ترک شهرها نشدند. افرادی که در این شهرها ساکن بودند بعد از هر حمله اقدام به بازسازی ساختمان های تخریب شده نموده و زندگی عادی خود را پی می گرفتند، برای مثال ساکنین شهر دزفول که بیشترین تلفات را بر اثر حملات موشکی متحمل شدند، نه تنها ساختمانهای تخریب شده را ساختند بلکه علیرغم حملات هوایی و موشکی عراق، یک سینمای جدید را هم در خلال جنگ بنا گذاشتند.

شهرهای ایرانی در خلال جنگ تحمیلی بیش از هر شهر دیگری در جهان در معرض حملات موشکی قرار داشتند (۹،۸،۶،۱). در جنگ جهانی دوم حملات موشکی آلمان ها از ۲۲ خرداد ۱۳۲۳ به شلیک موشک های ۷۱ به لندن آغاز شد و تنها ۱۰ ماه ادامه پیدا کرد. در جنگ افغانستان گروه های رقیب از موشک اسکاد برای هدف قرار دادن مواضع یکدیگر (من جمله اهداف نظامی) استفاده کردند، این حملات از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۴ ادامه داشت اما گزارشی از تلفات غیرنظامیان بر اثر این حملات در دسترس نمی باشد. جدا از گزارشات ذکر شده حملات موشکی بالستیک تأیید شده در دنیا با استفاده از تعداد محدود موشک و همچنین محدوده ی کوتاه زمانی صورت گرفته است. نتایج به دست آمده نشان می دهد که حملات موشکی نیروهای عراقی به برخی از شهرهای ایران برای سال ها ادامه داشته است. برای مثال شهر دزفول برای مدت زمانی بیش از ۶ سال (۷۶ ماه، ۱۶ مهر ۱۳۵۹ لغایت ۲۶ دی ماه ۱۳۶۵) تحت حملات موشکی عراق بود. برای تعداد محدودی از شهرها همچون تهران،

مدت زمان حملات موشکی به ۲ ماه محدود بود اما این حملات تلفات انسانی قابل توجهی داشتند (تعداد ۴۲۲ نفر). همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود حملات موشکی عراق به شهرهای ایران به مدت یک سال (از دی ماه سال ۱۳۶۴ لغایت دی ماه سال ۱۳۶۵ (به مدت یکسال)) متوقف گردید. در اسفند ماه سال ۱۳۶۳ ایران توانائی خود برای حمله موشکی به شهر بغداد را به نمایش گذاشت، در حالی که ارتش عراق تا پاییز سال ۱۳۶۶ موشک هایی که بتواند تهران را هدف قرار دهد در اختیار نداشت. از این تاریخ تعداد موشک های شلیک شده عراقی به سوی شهرهای ایران به تدریج کاهش یافت. این کاهش به این دلیل بود که ایران در پاسخ به حملات موشکی عراق بغداد را هدف قرار می داد اما به دلیل بُرد کوتاه موشک های عراقی امکان رسیدن آنها به شهر تهران وجود نداشت. به همین دلیل از دی ماه سال ۱۳۶۴ لغایت دی ماه سال ۱۳۶۵ (به مدت یکسال) حملات موشکی به شهرهای ایران ثبت نگردیده و در سال بعد نیز حملات تنها به ۷ روز در دی ماه ۱۳۶۶ ختم می شود، اما در پاییز این سال عراق توانست پروژه ای را به اتمام برساند که منجر به افزایش بُرد موشک های اسکاد ارتش عراق گردید. عراق این مدل جدید موشک اسکاد را الحسین نامید و حمله به شهرهای ایران را با استفاده از این موشک در اسفند ۱۳۶۶ آغاز کرد.

نتایج ما همچنین نشان می دهد که بخش قابل توجهی از حملات موشکی عراق به شهرهای ایران در ماه های اسفند و فروردین هر سال (به جز اسفند ۱۳۶۵ و فروردین ۱۳۶۶) انجام گرفته اند. تفسیری که می توان برای این مسئله داشت این است که این رفتار عراق با شکست هایی که در جنگ با نیروهای ایرانی در زمین متحمل می شد ارتباط داشته است، زیرا بسیاری از حملات زمینی ایران در خلال اسفند و فروردین که هوای مناطق عملیاتی (جنوب) معتدل و مناسب برای انجام عملیات های نظامی بوده، صورت می گرفت.

در مطالعه ما حداقل دو محدودیت وجود داشت:

(۱) ما اطلاعات خود را از منابع نظامی به دست آوردیم که می تواند با محدودیت اعلام برخی اطلاعات و یا عدم ثبت برخی حملات همراه باشد، (۲) مطالعه ما اطلاعات مربوط به افراد مصدوم را در بر نمی گیرد به دلیل اینکه ما به اطلاعات بیمارستانی دسترسی نداشتیم. جدا از تلفات انسانی، مجروحیت ها و تخریب ساختمان ها و منازل، انفجار موشک های بالستیک می تواند پیامدهای روانشناسی خاصی بر مردمی که صدای این انفجارها را شنیده اند یا شاهد تلفات و خسارات ناشی از آنها بوده اند، باشد. با در نظر گرفتن این موضوع، حدود ۱۴ میلیون شهروند ایرانی انفجار موشک های بالستیک

and Tehran. Iraqi missile attacks continued for 2748 days.

Conclusion: The results of our study indicate the need for more extensive studies on the psychological consequences of Iraqi missile attacks among the survivors in 27 cities of Iran.

Key words: Rocket Injury, Missile Injury, Mortality, Military weapons, Military medicine

منابع:

- 1- ZalogaS. V-1 flying bomb 1942-52: Hitler's infamous doodlebug. Osprey Publishing, UK (2005), pp. 33-38.
- 2- ZalogaS. New Vanguard 82: V-2 ballistic missile 1942-52. Osprey Publishing, London (2003), pp. 33-34.
- 3- Stocker j. Missile defence – then and now. [2009-04-18]
<http://www.cdiss.co.uk/documents/uploaded/Missile%20defence%20%20then%20and%20now.pdf>
- 4- Perrimond G. 1944-2001: The threat of theatre ballistic missiles. [2009-04-18]
<http://www.ttu.fr/site/english/endocpdf/24p-balmissileenglish.pdf>
- 5- Humphrey JC. Casualty management: scud missile attack, Dhahran, Saudi Arabia
Mil Med. 1999;164(5):322-6
- 6- ZalogaS. Scud ballistic missile and launch systems 1955-2005 (New Vanguard). Osprey Publishing, London (2006), pp. 34-40.
- 7- FortyG, LiveseyJ. Frog7 battlefield missile system. The complete guide to tanks & armored fighting vehicles. Hermes House, London (2006), pp. 442-443.
- 8- KarsentyE, ShemerJ, Alshechl, et al. Medical aspects of the Iraqi missile attacks on Israel. *Isr J Med Sci.* 1991 Nov-Dec;27(11-12):603-7.
- 9- A OchsenbeinBallistic missile use in conflicts. [2009-04-18]
http://www.dtig.org/docs/ballistic_missiles_use.pdf

را تجربه کردند. این تعداد به شکل معنی داری بیشتر از تعداد افرادی است که به طور مستقیم در جنگ و عملیات های نظامی شرکت داشتند. متأسفانه هیچ گونه گزارشی از پیامدهای روانشناسی این حملات بر روی مردمی که شاهد و یا قربانی این حملات بودند وجود ندارد، بنابراین پیشنهاد می شود که در آینده مطالعاتی به منظور بررسی پیامدهای روانشناسی ناشی از حملات موشک های بالستیک عراق به غیرنظامیان در شهرهای ایران در خلال ۸ سال جنگ تحمیلی صورت پذیرد.

مقاله حاضر ترجمه مقاله ای با همین عنوان است که توسط مجله تروماتولوژی چین به چاپ رسیده است. ترجمه مقاله اصلی با اجازه از سردبیر مجله مورد نظر صورت گرفته است. آدرس مقاله اصلی به شرح زیر می باشد.

Khaji A, Fallahdoost S, Soroush MR. Civilian casualties of Iranian cities by ballistic missile attacks during the Iraq-Iran war (1980-1988). *Chin J Traumatol.* 2010 Apr 1;13(2):87-90.

Abstract:

Objective: Determination of the extent and severity of Iran's casualties following ballistic missile attacks, during the 8-year Iraq-imposed war against IR Iran.

Method: The information gathered and assessed pertinent to Iraqi missile attacks on Iran's cities included the date and time of the attack, the number and type of missiles, the cities targeted, and the number of injured and martyred from missile strikes to the urban areas. Information for the purpose of this study was extracted from the Armed Forces database are based upon the reports of the Iranian military units during wartime.

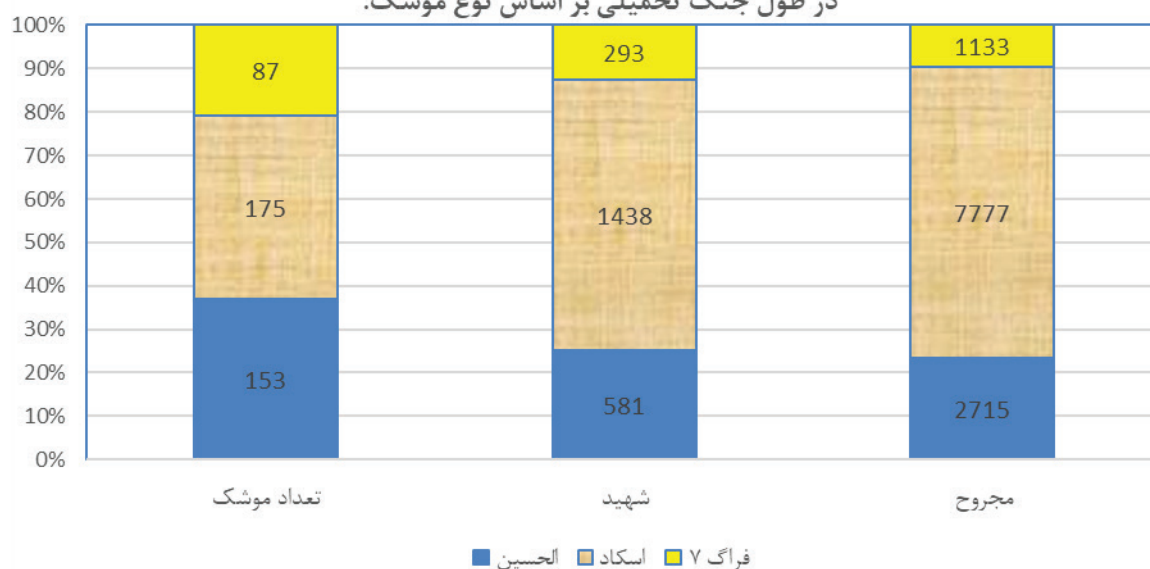
Results: During the eight-year imposed war (1980-1988), the Iraqi Army fired 533 ballistic missiles aimed at targets in Iran. Of these, 414 missiles (77.7%) landed in Iranian cities the explosion of which 2,312 Iranian citizens were martyred and 11,625 were injured. Three types of ballistic missiles were used in these attacks namely: Fargo 7, Scud B, Al Hussein (an up-graded Scud model). In the 27 cities in Iran targeted by missile attacks, the highest number of martyrs and injured was reported from Dezful

جدول ۱: ویژگیهای موشک های بالستیک که توسط ارتش عراق در جنگ تحمیلی، در شهرهای ایران مورد استفاده قرار گرفت.

نوع موشک	طول	عرض	دامنه	ظرفیت *	اصابت اول در ایران
فراگ ۷	۹/۴۰ متر	۵۴/۰ متر	۷۰ کیلومتر	۴۵۰-۲۰۰ کیلوگرم	۱۸ اکتبر ۱۹۸۰
اسکاد	۱۱/۲۵ متر	۸۸/۰ متر	۳۰۰ کیلومتر	۹۸۵ کیلوگرم	۲۷ اکتبر ۱۹۸۲
الحسین	۱۲/۴۶ متر	۸۸/۰ متر	۶۳۰ کیلومتر	۵۰۰ کیلوگرم	۲۹ فوریه ۱۹۸۸

* کلاهک به تنهایی

نمودار ۱. میزان شهدا و مجروحین حملات موشکی عراق به شهرهای ایران در طول جنگ تحمیلی بر اساس نوع موشک.



جدول ۲. فراوانی تعداد شهدا و مجروحین ناشی از حملات موشکی عراق به مناطق غیر نظامی ایران در طول جنگ تحمیلی (۶۷-۱۳۵۹)							
سال	تعداد موشک	تعداد حملات	تعداد موشک در هر حمله	شهید	شهید	مجروح	تعداد شهید به ازاء هر موشک
۱۳۵۹	۳۰	۱۴	۲/۱	۲۰۹	(۹) ۲۰۹	۷۶۸	۷
۱۳۶۰	۴۸	۲۴	۲	۸۲	(۳/۵) ۸۲	۲۷۵	۱/۷
۱۳۶۱	۱۳	۵	۲/۶	۱۰۷	(۴/۶) ۱۰۷	۵۴۴	۸/۲
۱۳۶۲	۴۹	۳۰	۱/۶	۷۰۱	(۳۰/۳) ۷۰۱	۳۱۰۹	۱۴/۳
۱۳۶۳	۵۴	۱۳	۴/۲	۲۶۸	(۱۱/۶) ۲۶۸	۱۷۳۰	۵
۱۳۶۴	۴۵	۲۴	۱/۹	۲۷۸	(۱۲) ۲۷۸	۱۸۸۲	۶/۲
۱۳۶۵	۲۲	۸	۲/۸	۸۶	(۳/۷) ۸۶	۶۰۲	۳/۹
۱۳۶۶	۸۱	۶۷	۱/۲	۲۶۲	(۱۱/۳) ۲۶۲	۹۳۹	۳/۲
۱۳۶۷	۷۲	۶۳	۱/۱	۳۱۹	(۱۳/۸) ۳۱۹	۱۷۷۶	۴/۴
	۴۱۴	۲۴۸	۱/۷	۲۳۱۲		۱۱۶۲۵	۵/۶

تن جان خود را از دست دادند و ۹۳۸۸ تن دیگر نیز مجروح شدند و به هزاران خانه مسکونی، اداری و سازمانی خسارات شدیدی وارد شد. بلافاصله پس از وقوع زلزله، سازمانهای امدادی و خدمات رسان به این ماجرا ورود کردند و نهایت تلاش خود را در فرایند امداد رسانی به کار بستند. یکی از ابعاد مهم در کنترل این بحران، حضور و نقش آفرینی گسترده نیروهای نظامی، اعم از ارتش جمهوری اسلامی، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و بسیج مستضعفان بود. با توجه به زلزله خیز بودن ایران و احتمال وقوع حوادث مشابه؛ و حضور و آمادگی نیروهای مسلح درهمه جغرافیای کشور، این تجربه می تواند با مدل سازی و ارتقای ابعاد علمی، آموزشی و مدیریتی در برنامه ریزی راهبردی مدیریت بحران کشور نهادینه شود.

در بلایای طبیعی بزرگ، مردم آسیب دیده نیاز فوری به کمک های پزشکی، غذا، آب، پناهگاه و امنیت دارند. همه این موارد، اعم از نیروهای انسانی آماده و ورزیده و حاضر در نزدیک ترین مراکز نظامی، امکانات و ابزار امدادی، وسائط نقلیه، مواد اولیه و اختیارات کامل قانونی، بصورت دائمی و در تمام فصول و ایام در اختیار نیروهای نظامی کشور قرار دارد. نیروهای نظامی با برخورداری از مزایای فرماندهی، توان فراخوانی سریع نیروها و سازماندهی آنها، دارا بودن سامانه های بهداشتی، امدادی و درمانی سیار و قابل حمل (mobile&portable) و دارا بودن تجهیزات پزشکی سبک و قابل حمل و بسته بندی آسان ویژه ارائه خدمات در شرایط بحران و رزم و همچنین دارا بودن مراکز درمانی (بیمارستان و درمانگاه) با رویکرد رزم و بحران، نظم، توانمندی های تکنولوژیک، آموزش های مستمر آمادگی، خاصه در حوزه امداد و نجات، تسلط کامل بر نقشه های جغرافیائی و راههای دسترسی در مناطق تحت امر خود، و ابتکارات، تجارب گذشته، دستاوردهای نظامی و در رأس همه آنها برخورداری از روحیه ایثار و شهامت، از موقعیت راهبردی ممتاز در کنترل بلایای

تحلیل نقش نیروهای نظامی در امداد رسانی و خدمات بهداشتی- درمانی در حادثه زلزله آبان ماه ۱۳۹۶ کرمانشاه. درس هائی برای آینده

دکتر حسن عراقی زاده ۱- دکتر سید هاشم حسینی ۲

خلاصه:

شامگاه ۲۱ آبان سال ۱۳۹۶، زلزله ای به بزرگی ۷.۳ ریشتر مناطق غربی استان کرمانشاه از جمله شهرستانهای سرپل ذهاب، ثلاث باباجانی و قصر شیرین را به لرزه درآورد. در این حادثه دلخراش طبیعی، بیش از ۵۰۰ نفر از شهروندان عزیز منطقه جان خود را از دست دادند و هزاران تن مجروح و مصدوم شدند. امداد رسانی با مداخله فوری نیروهای محلی و مردمی آغاز و با پیوستن نیروهای امدادی مناطق همجوار ادامه یافت. نقش آفرینی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در کنترل این حادثه بزرگ طبیعی بسیار بارز و سرمشقی برای حوادث آتی است. در این نوشته ضمن تحلیل حضور و اقدامات حوزه امداد و درمان در کنترل حادثه، و توصیف نقش حیاتی نیروهای مسلح، پیشنهادهائی برای ارتقاء مدیریت بحران در شرایط جاری و آینده ارائه خواهد شد.

کلمات کلیدی: بلایای طبیعی- مدیریت بحران- نیروهای نظامی- امداد و درمان- زلزله- کرمانشاه

مقدمه و بیان مسئله:

این زلزله ۷/۳ در مقیاس ریشتر، در عمق ۱۱ کیلومتری زمین، در ۵ کیلومتری از گله نزدیکترین شهر به کانون زلزله، محاسبه شد. به علت عمق کم و مدت زیاد در کل منطقه شمال غرب کشور و حتی در جنوب شرق ترکیه، غرب عراق، شمال کویت و عربستان سعودی هم احساس شد^۱. بر اساس آمار رسمی در جریان زلزله کرمانشاه، ۶۲۰

۱..... زلزله کرمانشاه، درس هایی که گرفتیم، درس هایی که نگرفتیم: تابناک، <https://www.tabnak.ir>

بزرگ برخوردارند. در تجارب قبلی و مطالعات گذشته نیز استفاده از نیروهای مسلح، بعنوان یکی از مناسب ترین راه حل های مواجهه با فجایع بزرگ مطرح شده اند (۲-۱).

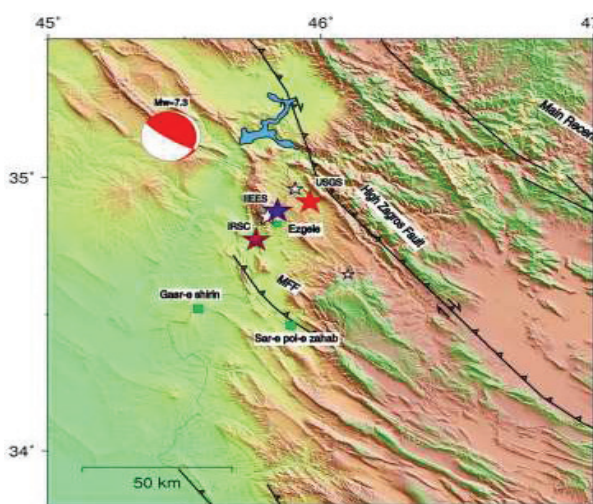
روش

این مطالعه، بصورت کتابخانه ای و نیز با جمع آوری اسناد و مدارک مرتبط با موضوع انجام شده است.

نتایج

مشخصات رویداد:

در ساعت ۲۱ و ۴۸ دقیقه به وقت محلی، روز ۲۱ آبان هجری شمسی ۱۳۹۶، مطابق با ساعت ۱۸ و ۸ دقیقه به وقت جهانی روز ۱۲ نوامبر ۲۰۱۷ میلادی، زلزله ای به بزرگای گشتاوری ۷/۳ در فاصله ۱۰ کیلومتری ازگله و ۳۷ کیلومتری شمالغرب سرپل ذهاب، از استان کرمانشاه واقع در مرز ایران و عراق به وقوع پیوست (شکل ۱). مرکز زلزله در مختصات ۳۴/۸۸ درجه عرض شمالی و ۴۵/۸۴ درجه طول خاوری قرار داشت و عمق کانونی زمین لرزه حدود ۱۸ کیلومتر برآورد شده است (۳).



شکل ۱: موقعیت مرکز سطحی زمین لرزه ۲۱ آبان ماه ۱۳۹۶ سرپل ذهاب (پژوهشگاه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله-ویرایش پنجم)

اقدامات امداد و نجات و بهداشت و درمان توسط نیروهای نظامی و انتظامی

در زلزله کرمانشاه آبان ماه ۱۳۹۶ کرمانشاه نیروهای نظامی و انتظامی (ارتش جمهوری اسلامی، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی) و سازمان بسیج جامعه پزشکی بطور گسترده در عملیات امداد و نجات و پشتیبانی بهداشت، امداد و درمان شرکت نمودند.

رئوس مهمترین اقدامات به شرح زیر بوده است:

تشکیل جلسه اضطراری اداره بهداشت، امداد و درمان

ستادکل نیروهای مسلح برای هماهنگی بهداری سازمان های نیروهای مسلح (آجا، سپاه، ناجا و ودجا) در روز اول زلزله

تشکیل مرکز عملیات اورژانس در مدیریت بهداری رزم اداره فوق

حضور فرماندهان ارشد و مسئولین بهداری رزمی ارتش جمهوری اسلامی و سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در منطقه

اعلام آماده باش صد درصد به بیمارستان منطقه ای ۵۲۰ کرمانشاه آجا (نزاجا) و امام حسین (ع) کرمانشاه سپاه (نزسا) و دستور پذیرش مجروحین به کلیه بیمارستانهای نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در سراسر کشور

دریافت گزارش روزانه از وضعیت امداد و نجات و خدمات ارائه شده از منطقه زلزله زده

بازدید از تمام بیمارستانهای ثابت و سیار و مراکز درمانی نیروهای مسلح منطقه در گستره منطقه زلزله زده

ارسال ۱۰,۰۰۰ عدد سرم مورد نیاز فوری بر اساس تقاضای وزارت بهداشت

اعزام تیم های تخصصی درمانی از طرف فرماندهی بهداری های نیروهای مسلح

اعزام سامانه جراحی سیار نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران از اصفهان به همراه کلیه امکانات و کارکنان درمانی به سرپل ذهاب

اعزام بیمارستان صحرائی با تجهیزات و نیروی انسانی کامل توسط گردان بهداری رزمی نزاجا کرمانشاه به سرپل ذهاب و ارائه خدمات فوری و حیاتی در فاصله ۶ ساعت پس از زلزله^۲

اعزام سامانه جراحی سیار و اورژانس نیروی هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران به منطقه سرپل ذهاب و ارائه خدمات بصورت ده گردشی توسط اتوبوس آمبولانس، این واحده روستاهای اطراف پادگان ابوذر مراجعه و دو دستگاه اتوبوس آمبولانس دیگر به سایر مناطق اعزام شدند

امداد هوایی و انتقال بیش از ۴۵۰ نفر از مجروحین حادثه به کرمانشاه توسط هوانیروز ارتش ج.ا.ا

انجام ۱۷۷ مورد عمل جراحی و بستری توسط بیمارستان صحرائی نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران مستقر در سرپل ذهاب

انجام ۳۶ مورد عمل جراحی در بیمارستان بعثت نیروی هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران در تهران

اعزام ۶ دستگاه آمبولانس توسط گردان بهداری رزمی کرمانشاه ارتش ج.ا.ا (نزاجا)

اعزام دو تیم تخصصی درمانی از بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) (هر تیم به استعداد ۲۰ نفر)

۲ مأموریت قبلی این بیمارستان ارائه خدمات سلامتی به راهپیمایان اربعین بوده است.

مجروحین احتمالی تریخص شده از بیمارستان و نیازمند به خدمات پرستاری فراخوانی معاونت بهداری مرزبانی استانهای همجوار (کردستان و ایلام) جهت اعزام تیمهای سیار بهداشتی و درمانی بصورت دهگردشی استقرار ۳ تیم ثابت ارائه خدمات بهداشتی، امدادی، درمانی در شهر ازگله توسط مرزبانی ناجا. سازماندهی ۳ تیم بهداشتی، امدادی، درمانی سیار شامل پزشک، پرستار و تجهیزات پانسمان زخم و داروهای مورد نیاز و اعزام به ۳ محور منتهی به مرزو ارائه خدمات بهداشتی، امدادی، درمانی به روستاهای تخریب شده مرزی (محور شیخ صله - محور گرده نور - محور ازگله) توزیع اقلام بهداشتی مورد نیاز مردم همکاری در توزیع اقلام بهداشتی اهدا شده توسط مردم و خیرین. خلاصه اقدامات در جدول ۳ منعکس است. جدول ۳: خلاصه اقدامات ارتش، سپاه و مرزبانی در زلزله کرمانشاه

ردیف	سازمان	مراجعه سرپائی	اعمال جراحی
۱	ارتش جمهوری اسلامی	۹۱۵۷	۱۷۷
۲	سپاه پاسداران انقلاب اسلامی	۴۴۴۰۹	۵۹۶
۳	نیروی انتظامی جمهوری اسلامی بویژه مرزبانی	۴۸۰۰	-
۴	جمع اقدامات	۵۸۱۶۶	۷۷۲

بحث:

مطالعه موردی مشارکت گسترده نیروهای نظامی در امداد رسانی و خدمات بهداشتی و درمانی در جریان حادثه دلخراش زلزله کرمانشاه، بسیار امیدوارکننده و درس آموز است. این خدمات ارزنده خدایسندانه و انسان دوستانه به هموطنان آسیب دیده، درس ها و عبرت های فراوانی در بردارد. از آنجا که کشور ایران در معرض حوادث و بلایای طبیعی فراوانی قرار دارد، شایسته است سیاست گذاران مدیریت بحران از این ظرفیت عظیم برای حوادث محتمل آینده نهایت بهره برداری را بنمایند. در بحث اجمالی زیر، با استفاده از منابع علمی منتشره داخلی و بین المللی به بعضی از ابعاد این مشارکت پرداخته شده است.

نقش ها و توانمندیهای نیروهای نظامی در کنترل بحران

نظامیان در همه کشورها با هدف دفاع از کشور هنگام تهدید دشمنان شکل گرفته اند. نظامیان رایشتریانظم و سازماندهی خوبی که دارند، می شناسند، این توانمندی دیگر ویژگیهای مناسبی که نیروهای نظامی

اعزام ۴ تیم تخصصی توسط بسیج جامعه پزشکی، ۳ تیم تخصصی توسط سپاه استان ایلام و ۶ تیم تخصصی توسط سپاه استان کرمانشاه اعلام آماده باش به کلیه مراکز درمانی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در سراسر کشور برای پذیرش مجروحین احتمالی افزایش ظرفیت تختهای بیمارستان امام حسین (ع) در کرمانشاه به ۲۰۰ تخت اعزام ۶ بیمارستان صحرائی با تجهیزات کامل از طرف نیروی زمینی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی به مناطق زلزله زده - به شرح جدول ۲ جدول ۲: بیمارستانهای صحرائی اعزامی از طرف نیروی زمینی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی به مناطق زلزله زده کرمانشاه

ردیف	نام بیمارستان صحرائی	محل استقرار
۱	امام حسین (ع) مشهد	بیمارستان آسیب دیده اسلام آباد
۲	امام حسین (ع) کرمانشاه	بیمارستان آسیب دیده سرپل ذهاب
۳	شهید صدوقی اصفهان	شهر سرپل ذهاب
۴	شهید محلاتی تبریز	روستای کوئیک مجید
۵	فاطمه الزهرا (س) کرمان	روستای سراب ذهاب
۶	شهید قاضی سندی	محل بیمارستان شهر جوانرود

انجام ۲۴ مورد عمل جراحی در بیمارستان بقیه الله الأعظم (عج) انتقال هوایی حدود ۲۰۰ نفر از کرمانشاه به تهران توسط نیروی هوایی آجا و سپاه استقرار ده بالگرد در فرودگاه کرمانشاه برای انتقال مجروحین از محل حادثه به کرمانشاه توسط آجا انجام ۱۹۵ مورد عمل جراحی در بیمارستان امام حسین (ع) کرمانشاه سپاه (نرسا) اعزام ۹۸ دستگاه آمبولانس به منطقه توسط هر سه سازمان نیروهای مسلح (آجا، سپاه، ناجا) ویزیت سرپائی ۴۱۹۸۲ نفر در بیمارستانهای صحرائی سپاه در مناطق ششگانه فوق (تا زمان تهیه گزارش) تهیه توصیه های بهداشتی پس از بلایای طبیعی در ۳۲ بند و ارسال به تمامی مناطق زلزله زده توسط آجا اعزام تیم مداخله در بحران روان شناسی به تعداد ۶ نفر دکترا و کارشناس مربوطه به منطقه توسط آجا آماده سازی بیمارستان حضرت ابوالفضل العباس (ع) کرمانشاه نیروی انتظامی جمهوری اسلامی، با ۳۰ تخت بستری و کلیه ملزومات کنار تخت و نگاهتگاه برای

دارند، سبب شده است در بحران و سوانح طبیعی و و انسان ساخت نیز از ظرفیت آنان بهره گرفته شود (۴).

در کشورهایی که ساختار مناسب کنترل بحران موجود نیست، نظیر پاکستان، نیروهای نظامی میدان دار اصلی و ایفاگر نقشهای اصلی در مدیریت حوادث و سوانح می باشند. بعضی از ویژگی های ممتاز نیروهای نظامی بر مشارکت و مسئولیت پذیری در کنترل بحران های طبیعی یا اجتماعی و نیز حوادث بیوتروریستی به شرح زیر است:

برخورداری از آمادگی های ضروری که از طریق فرایندهای برنامه ریزی، آموزش، سازماندهی، تجهیز و تمرین و مانور مستمر بدست می آید.

داشتن سامانه های مناسب و پیشرفته مدیریت و فرماندهی با کارکردهای اصلی هماهنگی، هدایت و فرماندهی عملیات

برخورداری از سامانه ها و زیرساختهای لجستیکی، اطلاعاتی و ارتباطی، برای پشتیبانی مناسب از عملیات امداد و نجات

در اختیار داشتن تعداد قابل توجهی از نیروهای سازمان دهی شده، با ساختاری منسجم

در اختیار داشتن سامانه های نظیر واحدهای سیاری چون درمانگاه ها و بیمارستانهای صحرایی و متخصصان خبره و کارآمد در این حوزه های کنترل بحران در حیطه گسترده پدافند غیرعامل، نظامیان مسئولیتهای ویژه ای یافته و از توانمندیهای بیشتری برخوردارند، تهدید دشمنان و مخاطرات عامدانه ای که آنان رقم میزنند جز با نقش آفرینی نیروهای نظامی قابل کنترل و مقابله نیست.

دارا بودن تجهیزات پزشکی کوچک و کم حجم و قابل حمل و بسته بندی آسان ویژه ارائه خدمات امدادی، بهداشتی و درمانی در شرایط بحران و رزم

دارا بودن سامانه های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی از راه دور (تله مدیسین)

دارا بودن ناوگان امدادی و انتقال متناسب با انواع انتقال (آمبولانس دریایی، هوایی، زمینی، اعم از زمینی جاده ای و غیر جاده ای (offroad)، و زمین عارضه دار، (شامل آمبولانسهای زرهی)

طب نظامی و بلایا^۳

امداد رسانی سریع و مؤثر و نیز ملاحظات انسان دوستانه اقتضاء می نماید در تمام مخاطرات ناشی از بلایا همکاری های همه جانبه بین نظام عمومی ارائه خدمات سلامت و سیستم طب نظامی تحقق پذیرد.

برای تضمین کیفیت خدمات و مراقبتها، ارتقای ظرفیتهای رهبری، همکاری و تصمیم گیری^۴ در مسئولین و سیستم های کنترل حوادث و بلایا الزامی است. انجام مانورهای آموزشی و آمادگی مشترک با استفاده از امکانات و ظرفیت های طب نظامی بسیار مهم است. تیم های تخصصی باید به تیم های خبره و زبردست^۵ تبدیل شوند^۶ برای تحقق بهینه همکاری باید زبان و ادبیات مشترکی برای کنترل بحران ایجاد شود. از دستورالعمل ها، واژه ها، و مانورهای مشترک باید استفاده گردد. برای اطلاع رسانی باید از رسانه های عمومی اجتماعی^۷ استفاده شود (۵).

رعایت جنبه های اخلاقی در فعالیت های کنترل بحران رعایت اخلاق حرفه ای در همه مصادیق خدمات سلامت و خاصه در موارد بحران الزامی است. اجرای دستورالعمل های تریاژ در کنترل بحران هایی که تعداد بی شمار مصدوم برجای می گذارند، ضروری و حیاتی است. در اجرای این دستورالعمل بعضاً مسائل ویژه اخلاقی بروز می کند که باید از قبل شاخته شده و برای حل آن تدابیر لازم اتخاذ شده باشد. یکی از این موارد در طب نظامی، یا حملات تروریستی در انجام تریاژ زمانی رخ می دهد که مجروحین خودی و دشمن باهم به مقر تریاژ منتقل شده باشند. وفق ملاحظات انسان دوستانه، موازین اخلاق پزشکی و کنوانسیونهای بین المللی، این نوع ملاحظات نباید در اجرای تریاژ طبق دستورالعمل تأثیر بگذارد (۶).

Abstract:

On the evening of the 21st of November, 2017, an earthquake with a magnitude of 7.3 Richters struck the western regions of the Kermanshah province, including Sar-e-Pol-e-Zahab, Sal-lath-e-Babajani and Ghasre-Shirin. This natural calamity left more than 500 victims dead and thousands injured. The relief efforts began with the immediate intervention of local and governmental forces, and continued with the arrival of relief forces from neighboring areas.

The role of the Armed Forces of the IR of Iran, in controlling this great natural disaster, was triage, search and rescue of survivors. In this paper, while describing the participation of NGO's and expedient evacuation, the vital role of the

3 Military medicine and disaster

4 Leadership/coordination and decision making capacities

5 expert teams

6 Teams of experts

7 Social media

armed forces cannot be underscored enough. Herein suggestions to promote disaster management in the current and future calamities are presented.

Key words: Natural Disasters, Disaster management, Military Forces, Search and rescue, Earthquake, Kermanshah

منابع:

- ۱- ابوالقاسمی-حسن، فروتن-قاسم، رادفر-محمدهادی، و عمید-علی: بررسی فعالیت های امدادی-بهداشتی-درمانی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در زلزله بم. طب نظامی، دوره ۴، شماره ۵، زمستان ۱۳۸۲
- ۲- عشقی-س: گزارش اولین پژوهشگاه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله: www.iiees.ir
- ۳- پژوهشگاه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله: گزارش زمین لرزه ۱۲ آبان ماه ۱۳۹۶ سرپل ذهاب، استان کرمانشاه (ویرایش پنجم). جلد اول جنبه های زلزله شناسی، ۵ دی ۱۳۹۶، <http://www.iiees.ac.ir>
- ۴- شریفی سده-مهراب: نقش نیروهای نظامی در مدیریت بحران. سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران. ۱۳۹۵/۱/۲۵، <http://tdmmo.tehran.ir>
- ۵- عراقی زاده-حسن، ثقفی نیا-مسعود، و انتظاری-وحید: بررسی مدیریت درمان در حوادث غیرمترقبه: مروری بر تجربه زلزله بم. مجله طب نظامی، دوره ۵، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۲، صفحات ۲۶۸-۲۵۹
- 6- B. Adini, A. Ohana, E. Furman, R. Ringel, Y. Golan, E. Fleshler, U. Keren and S. Reisner: Learning lessons in emergency management: the 4th International Conference on Healthcare System Preparedness and Response to Emergencies and Disasters. Disaster and Military Medicine. The Journal of Prehospital, Trauma and Emergency Care, 2016: 2:16

پروتکل روز آمد تجویز آنتی بیوتیک در مجروحین جنگی

دکتر محمد علی محقق^۱

۱- نویسنده مسئول-استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران-انستیتو کانسر-مرکز تحقیقات سرطان

خلاصه

تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک به روش سیستمیک در مجروحین جنگی مورد اختلاف است. تجارب جاری طب نظامی، علیرغم کمبود شواهد علمی آن را توصیه می کند. تمیز کردن زخم ها از اجسام خارجی و دبریدمان همه نسج های مرده و نکروزه از اصول قطعی مراقبت از زخم های جنگی است، در غیر این صورت تجویز آنتی بیوتیک ها بی فایده خواهد بود. شستشوی وسیع با آب آشامیدنی تمیز، یا محلول های ایزوتونیک استریل، در اولین فرصت و اولین مکان ممکن بعد از تروما در محور اقدامات پیشگیری کننده از عفونت در مجروحین جنگی قرار دارد و برای بسیاری از زخم های ساده کافی است. در مواردی که شستشوی زخم ها میسر نیست یا زخم های عمیق و پیچیده موجود است، و نیز در شکستگی های باز، و سایر مواردی که زخمها از نوع آلوده و پیچیده تلقی می شوند، تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک سیستمیک ضروری است. در مجروحینی که زخم های ساده دارند و شستشوی کافی انجام شده، اما بازگشت سریع به خدمت الزامی است، تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک مجاز است (۱)

کلمات کلیدی

مجروح جنگی- آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک-

عفونت- بافت نرم- تروما- دستورالعمل عملکرد بالینی- عفونت جنگی- جراحی در جنگ.

مقدمه و بیان مسئله

ارتباط بین عفونت و جراحات جنگی، موضوعی قدیمی است و به زمان بقراط برمی گردد. وی معتقد بود "هرکس می خواهد جراح شود، باید به میدان جنگ برود". عفونت زخم همواره یک عامل اصلی مرگ و میر و عوارض در مجروحین جنگی بوده است. جراحات جنگی مدرن به علت ابزار و ادوات جنگی پیشرفته حاصل می شوند که قدرت تخریب کنندگی زیاد داشته و موجب تخریب وسیع بافتی و بدنبال آن واکنش التهابی عظیم سیستمیک می شوند. این واکنش دفاعی بدن، عفونت های زودرس و بعدی را تحت تأثیر قرار می دهد. اگر اقدامات پیشگیری و درمان بصورت صحیح انجام نشود، خطر عفونت های تأخیری قارچی^۲، مجروحین و سلامت آنها را تهدید خواهد نمود. اداره صحیح زخم های پیچیده جنگی مستلزم ارزیابی های منظم میکروبیولوژیک^۳، درمانهای هدفمند آنتی بیوتیکی^۴ و دبریدمان سریع جراحی حاشیه بافت های آسیب دیده^۵ است (۲).

شرایط رزمی دشوار و آلودگی های اولیه زخم ها، خطر عفونت را افزایش می دهند. تجویز آنتی بیوتیک به میزان و روش و در زمان مناسب، نیز یکی از راهبردهای پیشگیری و درمان عفونت در زخم جنگی بوده است. بعضی مطالعات اخیر نشان داده است که عده کمی از مجروحین دارای زخم های باز جنگی، طبق پروتکل های استاندارد آنتی بیوتیک دریافت می کنند و در این گروه نیز عده کمی آنتی بیوتیک اختصاصی توصیه شده در دستورالعمل ها را دریافت می دارند (۳).

پیشرفت در استفاده از پوشش های زرهی از سوئی و ارتقای مراقبت های پزشکی از نقطه مجروح شدن تا

1..... Massive systemic inflammatory response

2 Prolonged fungal infection

3 Regular microbiological assessment

4 Targeted antibiotic therapies

5 Marginal surgical debridement of tissues

عفونی قرار دارند. میکروارگانیزم های درگیر در زخم ها و شرایط مختلف متفاوت و معمولاً مجموعه ای از بیهوازی ها و هوازی ها و فرصت طلب ها درگیر هستند. شرایط آب و هوایی در نوع آلودگی ها بعد از جراحات جنگی تأثیر گذار است. در کشت زخم های ۶۱ مجروح جنگی در عراق، ۹۳٪ از نوع گرم مثبت بودند (۷)، در حالی که در ویتنام گرم منفی ها بسیار رایج تر بوده اند (۸).

میزان عفونت در زخم های جنگی

در جنگ ویتنام عفونت سومین علت مرگ مجروحین و علت ۱۲٪ مرگ و میر بود. بیشترین علت منتهی به مرگ، عفونت های وسیع بافت های نرم و عفونت های شکمی ناشی از آلودگی های روده بزرگ بود. ۲ تا ۹٪ از مرگ های قابل اجتناب در جنگ ویتنام به علت عفونت ارزیابی شده است. در جنگ های افغانستان و عراق میزان عفونت بترتیب ۳۴٪ و ۲۸٪ ارزیابی شده است. در جنگ تحمیلی، مطالعه دقیقی در مورد میزان عفونت و میکروارگانیزم های درگیر، انجام نشده است.

عفونت های زودرس و دیررس در مجروحین جنگی

حدود یک سوم مجروحین جنگی مورد مطالعه در جنگ های عراق و افغانستان در اولین نوبت بستری شدن در بیمارستان، نوعی عفونت زخم داشته اند. در ۲۴٪ موارد عوامل مسبب عفونت، پوست، بافت نرم و استخوان بوده و میکروارگانیزم های مشخص شده در آزمایشات کشت از زخم ها، موارد زیر بوده اند.

Enterococcus faecium, *Pseudomonas*, *Acinetobacter* and *E.coli* (9)

عفونت های زودرس عمدتاً با میکروفلورای موضعی پوست مجروحین مرتبط است، تا شرایط محیطی و میکروارگانیزم های رایج در محیط جنگی. عفونت های تأخیری و عوارض ناشی از آنها، بالعکس، عمدتاً به علت عفونت های بیمارستانی عارض می شوند. گروهی از این عفونت ها به علت کلونیزاسیون سوش های مقاوم به آنتی بیوتیک در زخم ها ایجاد می شوند، نظیر

Acinetobacter-Calcoaceticus-Baumannii.

در شکستگی های باز، این نوع عفونت های تأخیری موجب استئومیلیت دیررس شده، مداخله جراحی بعدی را ایجاب می نمایند. این مداخله جراحی اغلب، آمپوتاسیون از یک سطح پروگزیمال نسبت به محل عفونت است (۲). در مجروحین جنگی، آمپوتاسیون در ماه اول بعد از مجروح شدن، به علل عروقی و بعد از ماه

مکان درمان قطعی، از سوی دیگر موجب بهبود شگرف نتایج درمانی در مجروحین جنگی شده است. بسیاری از مجروحینی که در شرایط قبلی جان خود را از دست می دادند، در فضای مراقبت های جاری در صحنه های نبرد زنده می مانند. این مجروحین وخیم، در معرض عفونت های فوری و عوارض عفونی متعدد بعدی قرار دارند. هدف این مقاله بررسی شواهد روزآمد جاری در مورد نحوه مراقبت از عفونت های جنگی و کنترل عوارض آنها است.

روش

راهبردهای پیشگیری از عفونت در مجروحین جنگی از مطالعه و مرور تجارب قبلی و نتایج و گزارشات جنگ های اخیر و از منابع معتبر، در این نوشته جمع بندی شده است. در انتها دستورالعملی برای تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در مجروحین جنگی ارائه شده است.

نتایج

باکتریولوژی زخم های جنگی

در جنگ های قبل از قرن بیستم آسیب ها و علل غیر مرتبط با جنگ، به مراتب بیش از زخم های جنگی موجب مرگ و میر می شد. در جنگ های ناپلئون این نسبت ۷/۱ بود. با بهبود مراقبت از زخم، مرگ و میر ناشی از قانقاریا "گانگرن گازی"^۶، از ۲۸٪ در جنگ جهانی اول به ۱۵٪ در جنگ جهانی دوم کاهش یافت و در جنگ کره، به این علت مرگ و میری رخ نداد. با فراگیر شدن کاربرد آنتی بیوتیک، پدیده های "مقاومت آنتی بیوتیکی"^۷ و "عفونت های بیمارستانی"^۸ رایج شد. با تحول در زمان انتقال مجروحین، که در جنگ ویتنام به ۳/۵ ساعت کاهش یافت، عده بیشتری از مجروحینی که قبلاً جان خود را از دست می دادند، شانس نجات پیدا نمودند و به بیمارستانها می رسیدند (۴).

رکورد زمان انتقال مجروحین به بیمارستانهای صحرایی در دفاع مقدس شکسته شد و به کمتر از ۱ ساعت کاهش یافت (۵). در جنگ های بعدی نیز، زمان انتقال به تسهیلات بیمارستانی هرگز به محدوده دفاع مقدس نزدیک نشد (۶). مجروحین جنگی به علت ماهیت زخم ها و آسیب های وارده، شرایط پرمخاطره و آلوده کننده میدان های نبرد، انتقال خون و آثار آن بر سیستم دفاعی بدن، و عوامل امداد و انتقال، از جمله عامل زمانی، و دیگر عوامل ناخواسته، در معرض طیفی از عوارض

6 Gas gangrene

7 Antibiotic resistance

8 Nosocomial infection

اول تا ماه دوازدهم، به علت عفونت پایدار^۹ بوده است. بعد از سال اول عفونت مزمن محل جوشگاه شکستگی ها^{۱۰} موجب آمپوتاسیون در مجروحین جنگی شده است (۲). در مطالعه Penn-Barwell و همکارانش در انگلستان، رایج ترین ارگانیزم همراه با عفونت های مزمن استخوانی در مجروحین جنگی، در ۵۹٪ از بیماران، استافیلوکوک اورئوس^{۱۱} بوده است (۱۰). میزان ازدست رفتگی استخوان، با عفونت مرتبط بود.

عفونت های قارچی در مجروحین جنگی

عفونت های قارچی از عوامل پیچیدگی در عفونت های جنگی و موجب افزایش مرگ و میر، عوارض و مدت اقامت در بیمارستان هستند. در دو سال اول بعد از جراحت جنگی، مرگ و میر خام^{۱۲} ناشی از عفونت های قارچی ۸٪ بوده است. در مطالعات، کلونیزاسیون سوش کاندیدا آلبیکانس^{۱۳} در میانه ۷ روز بعد از مجروح شدن و در مورد سوش های nonalbicans بعد از ۱۴ روز بوده است. مورد اخیر با مواجهه قبلی ضد قارچی همراه بوده است. بعد از سوش های رایج کاندیدائی، آسپرژیلوس^{۱۴} و موکورمایکوز^{۱۵} موجب آلودگی قارچی در زخم های جنگی می شوند (۲).

پروتنکل های روز آمد پروفیلاکسی و درمان ضد میکروبی زخم های جنگی

الف) اقدامات پیشگیری کننده از عفونت در میدان نبرد، توسط امدادگران

- ۱- زخم ها با گازهای استریل، پانسمان و بانداژ شوند.
- ۲- در پانسمان چشم باید حفاظت کامل این عضو تأمین و از وارد آمدن فشار به اربیت جلوگیری شود.
- ۳- در اولین فرصت انتقال به مراکز بعدی دارای امکانات درمانی و جراحی اورژانس انجام شود.
- ۴- در صورت تأخیر یا عدم امکان تخلیه سریع مجروحین به مراکز مجهزتر بعدی در زنجیره انتقال، آنتی بیوتیک طبق دستورالعمل قابل انجام توسط امدادگران تجویز شود.
- ب) زمان تجویز آنتی بیوتیک بعد از مجروح شدن در حوادث جنگی
- ۵- تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک، با هدف پیشگیری از عفونت های زودرس، شامل سپسیس، باید در اولین

فرصت ممکن بعد از ترومای جنگی انجام شود. زمان طلایی ۳ ساعت اول بعد از مجروح شدن و ترجیحاً هر چه زودتر می باشد.

۶- آنتی بیوتیک انتخابی باید طیف ضد میکروبی وسیع بر علیه فلور میکروبی مورد انتظار، ایجاد نماید. اگر ترومای متعدد ایجاد شده، آنتی بیوتیک انتخابی باید از نوع و مقداری انتخاب شود که همه انواع زخم و همه مناطق مبتلا را پوشش دهد.

۷- دوز مناسب آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در شرایط جنگی با رعایت موازین فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک، و ملاحظات و محدودیت های شرایط جنگی باید تعیین شود.

ج) نوع، راه تجویز و دوز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در مجروحین جنگی

۸- در زخم های غیر وسیع و نافذ جنگی، در همه مجروحینی که قادر به دریافت آنتی بیوتیک خوراکی هستند (۱۱): Moxifloxacin (from the CWMP)، ۴۰۰ mg یک نوبت در روز دریافت نمایند. اگر این فرآورده در دسترس نیست، از فرآورده جایگزین طبق دستورالعمل های روز آمد استفاده گردد.

۹- در زخم های مهم، وسیع، یا سایر زخم های نافذ در مجروحینی که در شوک قرار دارند، بیهوش هستند یا به سایر دلایل قادر به دریافت آنتی بیوتیک خوراکی نیستند:

Ertapenem ۱gm IV/IM، ۱ گرم وریدی یا عضلانی یک نوبت در روز تجویز شود. اگر این فرآورده در دسترس نیست، از فرآورده جایگزین طبق دستورالعمل های روز آمد استفاده گردد.

۱۰- در سوختگی های جنگی، چنانچه آسیب های وارده فقط منحصر به سوختگی است، تجویز آنتی بیوتیک اندیکاسیون ندارد، اما چنانچه با زخم های نافذ همراه است، طبق بندهای ۸ و ۹ اقدام شود.

د- در مواردی که عفونت قارچی در زخم های جنگی به اثبات می رسد (۲):

۱۱- شستشو و دبریدمان سریع و وسیع جراحی، بعنوان مهمترین و سرنوشت سازترین اقدام.

۱۲- پانسمان با گازهای مخصوص حاوی مواد ضد قارچ (Dakin-soaked Kerlix).

۱۳- استفاده از محلول ۰/۲۵ Dakin و vacuum therapy ممکن است مورد نیاز باشد.

۱۴- تجویز داروهای ضد قارچ وریدی، که خاصه در مورد

9 Persistent sepsis

10... Chronically infected bone unions

11... S. aureus

12... Crude mortality

13... Candida albicans

14... Aspergillosis

15... Mucormycosis

at the heart of the prevention of infection in the wounded, and is sufficient for many simple wounds. Administration of systemic prophylactic antibiotics is essential in cases where wounds are deep or complex, in open fractures, as well as in other complicated situations. In patients with simple wounds managed by sufficient irrigation and debridement but a quick return to service is mandatory, administration of prophylactic antibiotics is allowed (1).

Key words: Combat causality, Antibiotic prophylaxis, infection, soft tissue, trauma, Clinical practice guidelines, Combat-related infections, infections; War surgery

منابع

- 1-Gerhardt RT, Matthews JM , & Sullivan SG: The Effect of Systemic Antibiotic Prophylaxis and Wound Irrigation on Penetrating Combat Wounds in a Return-to-Duty Population. *Journal Prehospital Emergency Care*, 13(4), 2009 Oct-Dec, PP 500-504
- 2- Staruch R. MT, and Hettiaratchy S: Warzone trauma and surgical infections. *SURGERY* 37:1, 2019
- 3- Schauer SG, Fisher AD, April MD, Stolper KA, Cunningham CW, Carter R 3rd, Fernandez JRD, Pfaff JA : Prehospital Administration of Antibiotic Prophylaxis for Open Combat Wounds in Afghanistan: 2013-2014. *J Spec Oper Med*. Summer 2018;18(2):53-56.
- 4- Lindberg RB, W T, Marshall JD, et al. The bacterial flora of battle wounds at the time of primary debridement: a study of the Korean battle casualty. *Ann Surg Oncol* 1955; 141: 369e74.
- ۵- طهماسبی پور-امیرھوشنگ: سیر تحول بیمارستان صحرایی در جنگ تحمیلی. فصلنامه نگین ایران، سال ۱۲، شماره ۴۵، تابستان ۱۳۹۲
- 6- Penn-Barwell JG, Roberts SA, Midwinter MJ, Bishop JR. Improved survival in UK combat casualties from Iraq and Afghanistan: 2003 e2012. *J Trauma Acute Care Surg* 2015; 78: 1014e20

آمفوتریسین B، نسبت به داروهای خوراکی ترجیح دارد.

۱۵- آنتی بیوتیک های وسیع الطیف با پوشش علیه ارگاناسم های گرم مثبت و گرم منفی نیز ضرورت دارد.

بحث و نتیجه گیری

علیرغم این شواهد، تنظیم دستورالعمل استاندارد تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در مجروحین جنگی و رعایت آن توسط پرسنل تیم های مراقبت در سطوح مختلف ضروری است. مراقبت از زخم بخش اساسی طب و جراحی است و اهمیت حیاتی آن در مجروحین جنگی بیشتر است. اگرچه تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک سیستمیک در تجارب بالینی مراقبت از زخم های حاد و غیر پیچیده بافت های نرم مجروحین جنگی هنوز رایج است، نسبت به شستشوی وسیع و اقدامات موضعی مناسب مراقبت از زخم نظیر دبریدمان، مزیتی ندارد (۱۲).

در زخم های پیچیده، متعدد، شکستگی های باز استخوانی، زخم های نافذ احشائی، گزیدگی ها، و بیماران ایمنونوساپرسیو تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک ضروری است و درمورد آن اتفاق نظر وجود دارد (۱۳). اگرچه زخم های جنگی بطور معمول در افراد جوان و سالم اصابت می کند، اعتقاد بر این است که نسبت به زخم های مشابه شهری^{۱۶}، احتمال عفونت بیشتری دارند. پرتابه های جنگی نوعاً پرسرعت هستند^{۱۷} و ترکش های انفجاری نیز مکانیسم تخریب کننده و پتانسیل آسیب زا و آلوده کننده عمیق ترو وسیع تری نسبت به گلوله های کم سرعت^{۱۸} در درگیری های شهری دارند. علاوه بر مؤلفه بالیستیک زخم^{۱۹}، امکان آلودگی بدلیل شرایط و موقعیت های رزمی در زخم های جنگی به مراتب بیشتر است.

Abstract:

The administration of systemic antibiotics prophylactically in combat casualties is an issue of much controversy. Despite lack of sound scientific evidence, the current trend in military medicine recommends prophylactic antibiotic administration. Cleansing and debridement of all devitalized tissues and foreign bodies is crucial, otherwise, antibiotic prophylaxis will be ineffective. Irrigation with clean drinking water, or sterile isotonic solutions, at the earliest opportunity, and in the first possible place after the trauma, is

16... The civil-sector setting

17... High-velocity

18... Low-velocity

19... Wound Ballistics

- 7- Yun HC, Murray CK, Roop SA, Hospenhal DR, Gouridine E, Dooley DP. Bacteria recovered from patients admitted to a deployed U.S. military hospital in Baghdad, Iraq. *Mil Med* 2006; 171: 821e5.
- 8- Tong MJ. Septic complications of war wounds. *JAMA* 1972; 219: 1044e7.
- 9- Murray CK, Wilkins K, Molter NC, et al. Infections in combat casualties during operations Iraqi and enduring freedom. *J Trauma* 2009; 66(4 suppl): S138e44.
- 10- Penn-Barwell JG, Bennett PM, Mortiboy DE, Fries CA, Groom AFG, Sargeant ID. Factors influencing infection in 10 years of battlefield open tibia fractures. *Strat Trauma Limb Reconstr*, 2016; 11: 13e8.
- 11 TCCC Guidelines for Medical Personnel, 1 August 2018, <https://www.naemt.org>
- 12- Singer AJ, Hollander JE, Quinn JV. Evaluation and management of traumatic lacerations. [see comment]. *N Engl J Med*. 1997; 337: 1142–8
- 13- Moran GJ, Talan DA, Abrahamian FM. Anti-microbial prophylaxis for wounds and procedures in the emergency department. *Infect Dis Clin North Am*. 2008; 22(1): 117–43, vii.

توصیه‌های استاندارد و روزآمد در بهداری

رزمی

آموزش سلامت و آمادگی - درس‌هایی برگرفته از دفاع مقدس و تجارب روزآمد

موضوع: دانستنی‌های ضروری بهداشتی ویژه نظامیان

نویسندگان: دکتر احمد عامری - دکتر امیرمهدی طالب - دکتر فاطمه رنجبر

چکیده:

دانستنی‌های بهداشتی به کاهش مخاطرات کمک شایان می‌نماید. این دانستنی‌ها برای نظامیان به شیوه‌های مختلف قابل دستیابی است. آموزش رسمی در بدو و حتی قبل از ورود به خدمت، تعالیم حین خدمت، دستورالعمل‌ها و جزوات، راهنمای طبقه بندی شده دانستنی‌های ضروری بهداشتی، استفاده از فضاها، امکانات و فرصت‌های موجود در مراکز بهداشتی-درمانی، بهره بردن از ظرفیت مربیان آموزشی و مبلغین دینی، و نیز استفاده از رسانه‌های عمومی، درزمره شیوه‌های آموزشی و ترویجی بهداشت برای کارکنان نظامی است. الگوها، تجارب و دستاوردهای دفاع مقدس، از نافذترین راهبردهای ارتقای سلامت به‌طور عام و افزایش سواد سلامت پاسداران حریم امنیت و دفاع از مرزها و استقلال کشور به‌شمار می‌رود. در این مطالعه، ضمن مرور مفاهیم پایه، بسته‌های بهداشت فردی شاغلان بخش‌های گوناگون نظامی و نکات ضروری، شیوه‌های مفید و معتبر و مؤثر ارائه شده است. شایسته است این مستند در مطالعات آتی تقویت و تکمیل شود.

کلمات کلیدی:

بهداشت - بهداشت فردی - نظامیان - جنگ تحمیلی - بلایا - بهداشت جنگ - دفاع مقدس - ارتقاء سلامت

مقدمه و بیان مسئله

به مجموعه اقدامات بهداشتی که منجر به حفظ و ارتقای سطح سلامت رزمندگان در میادین جنگ می‌گردد، میتوان بهداشت جنگ اطلاق نمود. بهداشت در جنگ نه تنها به یکایک رزمندگان باز می‌گردد، بلکه به مجموعه‌ی آنانی که به نوعی در واحدهای پشتیبانی، رزمی یا خدماتی، وظایفی به عهده دارند، نیز مربوط می‌شود (۱).

هدف:

هدف اختصاصی از این مقاله توصیف اهمیت و ارائه راهبردهای آموزش و ترویج بهداشت فردی در کادر نظامی است. هدف غایی، ارتقای سلامت و کاهش مخاطرات برای عموم پرسنل نظامی و دفاعی کشور است. بازسازی تجارب دفاع مقدس و فرهنگ‌سازی ارزش محور و مبتنی بر شواهد علمی روزآمد ارتقاء بهداشت فردی نیز از اهداف والای مطالعه است.

روش:

در این مطالعه، عمدتاً از روش‌های کتابخانه‌ای و مصاحبه تاریخی شفاهی استفاده شده است. درج تجارب شخصی نویسندگان و استفاده از توصیه‌ها و آثار مکتوب استاد فقید زنده یاد دکتر محمد مهدی اصفهانی (رضوان الله تعالی علیه)، شاکله اصلی تدوین مطالب بوده است.

نتایج:

اهمیت بهداشت در اسلام

ارزش‌های معنوی والاترین ارزش‌ها هستند و وجه تمایز انسان با دیگر مخلوقات جهان آفرینش می‌باشند. کلید دستیابی انسان به ارزش‌های واقعی، جسم سالم است که چون بستری سبب می‌گردد، روح فارغ از تأثیرات و تبعات ناشی از نقص جسم، سریع‌تر به سوی تعالی گام بردارد. قرآن که کتاب آسمانی دین مبین اسلام است، دارای آموزه‌های دقیقی در مورد سلامت و بهداشت می‌باشد (۲).

پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: نظافت قسمتی از ایمان

است.^۱ در اسلام پاکیزگی پیش شرط بسیاری از عبادات و یک عمل عبادی قلمداد شده است. این پیوند بین پاکیزگی و طهارت در ابعاد فردی و اجتماعی دارای موضوعیت است. خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: **إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ**.^۲ رستگاری یکی از فواید بهداشت و پاکیزگی است؛ دوری از خبائث و پلیدی‌ها در قرآن از نشانه‌های رستگاری است.^۳ در سیره نبوی توجه به بهداشت در تغذیه (استفاده از غذای پاکیزه و حلال و پرهیز از اطعمه و اشربه ناپاک و مضر)، پوشش مناسب، طهارت و دوری از نجاسات، آراستگی ظاهری، توجه به سلامت جسمی و محیط زندگی، به عنوان برنامه دائمی رعایت شده و یکی از راه‌های ترقی معنوی انسان مطرح گردیده است.^۴

نکاتی گذرا به برخی مسائل بهداشت نظامی در عصر حضرت رسول اکرم (ص) و امیر المؤمنین (ع)

سیره رسول اکرم (ص) در جریان جنگ‌ها، استفاده از غذای سالم^۵ فراهم کردن امکانات لازم برای همه رزمندگان^۶، منع آلوده کردن آب‌ها با سموم^۷ و پرهیز از مصرف آب‌های آلوده^۸ و دستور جوشاندن آب^۹، استفاده از نیروی زنان برای پرستاری و درمان مجروحین و تهیه غذای رزمندگان^{۱۰}، اصرار بر بهداشت فردی^{۱۱} و جلوگیری از اختلاط بیماران با افراد سالم^{۱۲}، توصیه به انتخاب محل مناسب برای دفع پسماند و صدها مطلب دیگر را در گنجینه اطلاعات تاریخی موجود درباره جنگ‌های زمان حاکمیت حضرت رسول اکرم (ص) و امام متقین حضرت امیر المؤمنین (ع)، می‌توان یافت (۳) و جای تعجب نیست که در شرایط بسیار دشوار آن روز هرگز به گزارش شیوع بیماری و اگیردار و بروز اپیدمی در سپاه اسلام برخورد نمی‌کنیم.

آینده بهداشت نظامی در عصر ولی عصر (عج)

اینک که به یاری پروردگار متعال و بهره‌گیری از منویات بنیانگذار کبیر انقلاب اسلامی، ابرمرد تاریخ معاصر حضرت امام خمینی (ره) و زعامت مقام معظم رهبری (دامت برکاته) مرجع و پیشوای جهان اسلام و پایمردی امت اسلام و شهدای گلگون کفن، ایران اسلامی و جهان اسلام برای پای بوسی سلاله عترت طاهره، بقیه الله الاعظم امام زمان روحی لتراب مقدمه الفداء آماده می‌شود و درختان خشکیده امید دوباره سر سبز می‌شوند، چهره تابناک نظامیان اسلام با بهره‌گیری از عالی‌ترین سطح استانداردهای بهداشتی در کمال تندرستی و توانایی در پیشاپیش جان برکفان عاشق آن حضرت تصویرگر درخشش شادابی، عزم برخاسته از ایمان و توان رزمی آنان است و این یاران قوی که از فولاد سخت‌تر^{۱۳}، و نیروی جسم و جان هریک از توان چهل انسان افزون‌تر است^{۱۴}، می‌روند تا جهان را از ظلمت حاکمیت طاغوت‌ها و بندگی هر چه جز خدا است به روشنائی هدایت عدالت و حکومت خدا دگرگون سازند. یاری اینان اگر به رشته نخ یا سوزنی باشد مغفرت خداوند متعال را به دنبال دارد^{۱۵}، چه رسد اگر در جهت تجهیز آنان به سلاح تندرستی و توانمندی باشد و امروز که یاری دین خدا به هر طریق که میسر باشد بر همگان واجب است^{۱۶}، تأمین بهداشت نظامی در پرتو معارف اسلامی گامی در جهت یاری دین خواهد بود همان گونه که قرآن می‌فرماید: **يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَنصُرُوا اللَّهَ يَنصُرْكُمْ وَيُثَبِّتْ أَقْدَامَكُمْ**^{۱۷}.

ویژگی‌های بهداشت اسلامی

در نگاه اجمالی این ویژگی‌ها را می‌توان در قالب محورهای زیر طبقه‌بندی و عرضه نمود (۴).

- ۱..... النَّظَافَةُ مِنَ الْإِيمَانِ
- ۲ ای کسانی که ایمان آورده اید شراب و قمار و بت‌ها و تیرهای قرعه پلیدند [و] از عمل شیطانند پس از آن‌ها دوری گزینید باشد که رستگار شوید" مائده ۹۰
- ۳ وحیدی مهرجردی- شهاب الدین: پیوند بهداشت و عبادات در قرآن و روایات. <https://meybod.ac.ir>
- ۴ اشاره به نوع غذایی که در جبهه مورد استفاده قرار می‌گرفت و توجه آن حضرت به سلامت غذای مصرفی از جمله در قضیه مربوط به غزوه تبوک به نقل ناسخ التواریخ.
- ۵ برخی آیات قرآنی از جمله آیه ۷۹ سوره توبه شاهد این مطلب است
- ۶ عن رسول الله (ص): نَهَى أَنْ يُلْقَى الْمُمْ فِي بِلَادِ الْمُشْرِكِينَ فروغ کافی جلد ۵
- ۷ اشاره به منع حضرت رسول اکرم (ص) از مصرف آب از چاه‌های دیار حجر- درمسیر وادی القری به تبوک
- ۸ الْمَاءُ الْمَغْلَى يَنْفَعُ كُلَّ شَيْءٍ لَا يَضُرُّ- (صحیفه الرضا-ع) - الْمَاءُ الْمُسَخَّنُ إِذَا غَلِيَتْهُ سَبْعَ غَلِيَّاتٍ وَقَلْبَتْهُ مِنْ آثَانِ إِلَى آثَانِ.. (تحفه الاحباب) و موارد مشابه توصیه به جوشاندن آب
- ۹ حضور تعداد کثیری از یانوان پرستار در جنگ‌های دوران پیامبر اکرم (ص) و حضرت امیر المؤمنین (ع) که هم در "تاریخ البیمارستانات فی الاسلام" تألیف دکتر عیسی بک مصری و هم در بعضی نوشته‌های زنده یاد دکتر محمد مهدی اصفهانی (ره)، از جمله «در نظری به ویژگی‌ها و منزلت خدمات پرستاری در پرتو معارف اسلام» نگارش یافته در سال ۱۳۶۷، به تفصیل و با ذکر اسامی تعدادی از آنها درج شده است
- ۱۰ ... در کتب مربوطه و در چند تألیف استاد فقید زنده یاد دکتر محمد مهدی اصفهانی (ره) از جمله: آئین تندرستی، اصلاح تغذیه و امدادهای غذایی در بلایا و شرایط اضطرار، تندرستی در پناه اسلام و سایر آثار ارزشمند آن استاد فقید بحث شده است.
- ۱۱ ... لا يُؤْزَدُ ذُو غَاةٍ عَلَى مَصْحٍ - بحار الانوار جلد ۱۴
- ۱۲ ... (قَالَ إِنَّ الْمُؤْمِنَ أَشَدُّ مِنْ زُبُرِ الْجَدِيدِ، إِنَّ الْحَدِيدَ إِذَا دَخَلَ النَّارَ تَغَيَّرَ وَإِنَّ الْمُؤْمِنَ إِنْ قُتِلَ ثُمَّ نَشَرُ ثُمَّ قُتِلَ لَمْ يَتَغَيَّرْ قَلْبُهُ - صفات الشیعه - شیخ صدوق
- ۱۳ .. احادیثی که این مضمون از جمله در جلد ۱۳ بحار الانوار (چاپ قدیم ۲۰ جلدی
- ۱۴ .. قَالَ رَسُولُ اللَّهِ (ص) مَنْ جَهَّزَ غَازِيًا بِسِلَاحٍ أَوْ أَبْرَهَ غَفَرَ اللَّهُ مَا تَقَدَّمَ مِنْ ذَنْبِهِ وَمَا تَأَخَّرَ، وسائل الشیعه - کتاب جهاد
- ۱۵ .. وَإِنْ اسْتَنْصَرُوكُمْ فِي الدِّينِ فَعَلَيْكُمْ النَّصْرُ - آیه ۷۲ - سوره انفال
- ۱۶ ... آیه ۷ سوره مبارکه محمد "ص"

آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، توجه به کیفیت و استفاده از شواهد علمی و تجارب ملی و بین المللی در آموزش، دارای اهمیت خاص می باشد (۷).

روش های ابتکاری آموزش بهداشت برای رزمندگان در دفاع مقدس

از روشهای آموزش مستقیم مانند آموزش چهره به چهره و تشکیل کلاس گرفته تا آموزش غیر مستقیم همانند نمایش فیلم و اسلاید همگی برای آموزش رزمندگان مورد استفاده قرار گرفت. رئوس این تلاش ها به شرح زیر است:

آموزش الزامی عمومی به رزمندگان (حداقل نیم و حداکثر ۱۰ ساعت)

استفاده از امکانات رسانه ای (رادیو و تلویزیون که در آن دوران دو شبکه تلویزیونی وجود داشت)

استفاده از رادیوهای استانی (به ویژه رادیو اهواز) در آموزش بهداشت رزمندگان

بهره بردن از فرصت تعالیم دینی برای آموزش بهداشت به رزمندگان (سخنرانی در بین نمازهای جماعت و یا آموزه های فردی از آیات و روایات....)

تهیه پوستر، پمفلت و پارچه نوشته های دارای مضامین و پیام های بهداشتی در اماکن تجمعی رزمندگان و یا مسیرهای عبور و مرور)

توزیع بروشورهای بهداشتی بین رزمندگان

تغذیه رزمندگان در شرایط ویژه اضطراری (۸)

هنگامی که رزمندگان برای مدت چند روز در شرایط ویژه اضطراری قرار بگیرند کماکان دسترسی آنان به تدارکات عقبه وجود ندارد و در عین حال که باید با حداقل امکانات غذایی که در دسترس دارند، حیات و توانایی خود را حفظ کنند، می بایست قدرت دفاع و حتی تهاجم نیز داشته باشند. در چنین شرایطی مسأله تغذیه و تأمین آب آشامیدنی اهمیت فوق العاده و استثنایی خواهد داشت، به همین لحاظ از قدیم ترین ایام در جنگ ها به تدارک غذای کم حجم، قابل حمل و همچنین قابل نگهداری توجه ویژه می شد.

جیره اضطراری در شرایط بسیار سخت

آنچه که در این تحقیق مورد توجه بوده است جیره غذایی ویژه شرایط اضطراری برای امکان حفظ توانایی دفاع و حتی تهاجم در مقطع زمانی کوتاه است لیکن برای مزید اطلاع اضافه می کنیم که در شرایط بسیار دشوار تنها برای حفظ جان (نه فعالیت) دورقم زیر پیشنهاد شده است.

۱- رقمی برای دوره کوتاه حداکثر چند هفته شامل ۱۵۰۰ کالری روزانه (کیلوکالری)

۱- جامعیت به معنای دربرگرفتن ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و تکامل روحی و نیز سرچشمه گرفتن از منبع فیاض وحی و در نظر داشتن تمامی نیازهای دنیوی و اخروی

۲- هماهنگی با هدف آفرینش

۳- توجه به اصل کرامت انسان

۴- آمیختگی با عدالت در مفهوم وسیع آن

۵- اتکاء بر واقعیات مسلم

۶- عدم وابستگی به دشمنان سلطه گر

۷- آمیختگی عمیق با اخلاق اسلامی و پایش امر و نهی الهی

۸- توجه به تقدم مصلحت بر منفعت

۹- اطلاق عبادت به خدمات آن

۱۰- رشد مستمر و ارتقاء آن در حمایت فقه اسلامی.

با نگاهی دوباره به بهداشت نظامی، محیط نظامی، دانشگاهی برای بازسازی جسمی، روحی و فراگیری درس های ایشار، شهامت و پاسداری از حریم عزت مؤمنین است و به تعبیر عارفانه جایگاه تخلیه رفتارهای ناصواب و تحلیه به رفتارهای بهنجار و مطلوب و تجلیه و صیقل دادن و ملکه شدن آنها است. (اشاره به سخن امیرالمومنین (ع) - در کلمات قصار - نهج البلاغه - پائین ترین دانش، دانشی است که روی زبان متوقف باشد و بالاترین دانش، آن است که در رفتار آدمی ظاهر گردد. أَوْضَعَ الْعِلْمُ مَا وَقَفَ عَلَى اللِّسَانِ وَ أَرْفَعَهُ مَا ظَهَرَ فِي الْجَوَارِحِ وَ الْأَرْكَانِ).

اهمیت آموزش بهداشت جهت نظامیان

آنچه که بسیار حائز اهمیت می باشد این است که توانمندسازی افراد در سلامت خود و مراقبت از سلامت دیگران میتواند با به کارگیری آموزش و فرهنگ سازی، افراد را از گزند عوامل مخاطره آمیز مصون سازد. بنابراین بهداشت در شرایط گذشته به اقتضای خاص از ویژگی هایی برخوردار بوده، که با توجه به امکانات و مقدرات در حد خود مناسب بوده است. اما شرایط آینده قطعاً متفاوت خواهد بود و لازم است با استفاده از دانش روز و بهره مندی از تجارب بهداشت در دفاع مقدس به تقویت زیرساخت های امر سلامت در بعد نیروهای انسانی و عوامل مؤثر بر سلامت انسان نظر عمیق داشت تا ان شاء الله از مخاطرات در امر سلامت جلوگیری نمود (۵). سازمان جهانی بهداشت در منشور اتاوا، ارتقاء سلامت را "فرایند قادر سازی افراد برای کنترل عوامل مؤثر بر سلامت خود و نهایتاً دسترسی به سلامت خود" تعریف می کند (۶). در همین منشور توسعه مهارت های فردی یکی از ارکان اصلی و مداخلات محوری ارتقاء سلامت معرفی شده است. در راهبردهای آموزش بهداشت برای کادر نظامی کشور، تقویت بنیه علمی نیروی انسانی،

۲- رقم دیگر برای دوره چند ماهه روزانه ۱۸۰۰ کالری و چنانکه اشاره شد، این ارقام برای شرایط بسیار دشوار بوده و تنها برای حفظ جان پیش بینی شده است.

ویژگی‌های لازم برای جیره ویژه اضطراری

در تدوین رژیم‌های پیشنهادی به موارد خاصی توجه شده است. به طور خلاصه مهم‌ترین نکاتی که باید در جیره ویژه اضطراری مورد توجه قرار گیرد عبارتند از:

- ۱- تأمین انرژی مورد نیاز، لااقل در حد توصیه شده برای فعالیت‌های سبک
- ۲- قابلیت نگهداری در شرایط بحرانی و ایمنی از فساد و مسمومیت
- ۳- تأمین سایر عوامل غذایی مورد نیاز
- ۴- محدودیت حجم و آسان بودن حمل و نقل آن
- ۵- قابلیت پذیرش غذا با توجه به ذائقه و عادات غذایی رزمندگان
- ۶- عدم ایجاد عطش و افزایش غیرعادی نیاز به آب با توجه به شرایط میدان‌های لازم و دشواری‌های احتمالی دسترسی به آب
- ۷- عدم مشکلات گوارشی (نفخ، یبوست، دل درد)
- ۸- قابلیت تأمین در داخل کشور و به خصوص از محصولات و تولیدات داخلی
- ۹- امکان ارائه غذا در شکل ظاهری مطلوب و مناسب با توجه به هزینه‌های منطقی
- ۱۰- امکان بسته‌بندی غذا در بسته‌های بسیار سبک کاغذی، نایلونی، ... و عدم نیاز به فن آوری‌های پرهزینه یا غیر قابل دسترس.

برخی از مواد بهداشتی که در میادین جنگ جهت حفظ و ارتقاء سلامت رزمندگان مورد استفاده قرار گرفته‌اند

پرکلرین- قرص داراپریم- پماد ادموس- لیزول- گرد توتون و تنباکو- اسپری کیک- فیلم- ساولون- قرص کلر- پماد سنگر- قرص نمک- دستگاه سم‌پاش- کلدباکس- کلریناتور- سم بایگون- لباس مخصوص سم‌پاشی- کرزول- کاسه‌توالت بهداشتی- آب ژاول- هیبتون- ماسک- کلرسنج- امشی- سم د.د.ت- لباس فرم آشپزی- سم گامگسان- پروژکتور و ویدئو

نکاتی به عنوان اصول راهبردی مدیریت بهداشت در جنگهای آینده

تکیه بر ارتقاء سلامت فردی در کلیه آحاد جامعه به ویژه رزمندگان

سیاست گذاری بهداشت در عالی‌ترین مراتب فرماندهی تکیه بر اصل چگونگی مراقبت از سلامت خود و دیگران تندرستی باید در برگیرنده همه ابعاد (جسمی- روانی- اجتماعی و معنوی) و همه ساحات وجودی انسان

باشد.

نیروهای نظامی برخوردار از سلامت جسمی، روانی و معنوی، در انجام وظیفه موفق‌تر و مفیدتر خواهند بود.

محافظت از جان و سلامت خود و دیگران واجب و هر گونه سهل‌انگاری منجر به زیان رساندن به جسم و جان خود و دیگران حرام است. در محیط‌های نظامی رعایت اصول بهداشت فردی برای تحقق این اصل ضروری است.

بیست نکته بهداشتی ضروری برای نظامیان (۹-۱۱):

- ۱- آموزش نکات ضروری بهداشتی به عموم پرسنلی که به هر دلیل در مناطق عملیاتی باید حضور داشته باشند، دستورالعمل‌های طبقه‌بندی و موضوع‌بندی شده، سطح‌بندی آموزش، زمان‌بندی آموزش و حتی محل‌های مناسب آموزش در این بسته آموزشی باید لحاظ شود.
- ۲- کلیه پرسنل نظامی باید دارای کارت بهداشتی معتبر با تاریخ معتبر باشند.
- ۳- تجهیزات ضروری بهداشتی انفرادی- اقلام ضروری- تهیه و توزیع آنها- آموزش و دستورالعمل نحوه استفاده
- ۴- واکسیناسیون منظم طبق برنامه کشوری به طور عام و برنامه طب رزمی به طور خاص- سازمان مسئول- تهیه و نگهداری واکسن‌ها- برنامه زمان‌بندی مایه کوبی ...
- ۵- کلیه متصدیان و پرسنل نظامی که در مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی، آشامیدنی، بهداشتی، دارویی، پوشاک و امثال آن اشتغال دارند، موظفند در کلاس‌های ویژه بهداشتی شرکت و گواهی معتبر کسب نمایند. کارکنان طبخ غذا در هنگام آماده‌سازی، طبخ و توزیع غذا باید از دستکش بهداشتی مخصوص استفاده نمایند و از شستن دست در محل ظرفشویی اجتناب نمایند.
- ۶- نظامیان در تمام رده‌ها از فرماندهی تا عملیاتی، وظیفه و سایر سطوح موظفند موارد بهداشت فردی را کاملاً رعایت نموده و به دستوراتی که از طرف بازرسین بهداشت داده می‌شود، عمل نمایند.
- ۷- کارکنان و پرسنل نظامی موظفند ناخن‌ها، موی سر و صورت خود را کوتاه و همواره تمیز نگه دارند.
- ۸- کارکنان و کلیه پرسنل نظامی باید وسایل شخصی خود را در کمد انفرادی (۳ طبقه) نگهداری نمایند.
- ۹- کارکنان و کلیه پرسنل نظامی باید قبل از شروع کار، در صورت تغییر نوع کار، قبل از صرف غذا، بعد از تماس با هر نوع مواد آلاینده و بعد از توالت، دستان خود را با آب و صابون بشویند و برای خشک کردن دست‌ها از حوله شخصی، دستمال کاغذی یا دست خشککن برقی استفاده نمایند.

most effective exemplary strategies for health promotion in military personnel. In this study, helpful, valid and effective methods are presented. While reviewing the basic concepts of personal health, suitable packages for military personnel, and other essential points are presented. This documentary should be strengthened and completed in future studies.

Key words: Health, healthcare, veterans, Military personnel, Imposed war, Disasters, Combat-related health

منابع

۱- مهرابی توانا- علی: تحت نظر استادفقیذ دکتر محمد مهدی اصفهانی (ره)، احمد عامری: بهداشت در جنگ و خاطراتی از خدمات بهداشتی در جریان ۸ سال دفاع مقدس.

۲- فلاح زاده، علی، فرحزادی، رضا، و فرحزادی، محمد هادی: نقش بهداشت در تعالی بشر از دیدگاه قرآن، همایش ملی تعالی فرهنگ از دیدگاه قرآن و عترت، یزد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، ۱۳۹۰.

۳- (المغاری تألیف واقدی - وقعه صفین تألیف نصرین مزاحم منقری - ناسخ التواریخ و صدها کتاب مشابه)

۴- اصفهانی - محمد مهدی: بازنگری تعریف، محتوا و ویژگی های بهداشت نظامی در پرتو تعالیم اسلامی

۵- آشتیانی- محمدرضا، عامری- احمد، اصفهانی- محمد مهدی، و مهرابی توانا- علی: کتاب بهداشت در جنگ و خاطراتی از خدمات بهداشتی در ۸ سال دفاع مقدس. رسانه تخصصی، ۱۳۸۶

۶- WHO (۱۹۹۸). Health promotion glossary, Geneva

۷- کشاورز محمدی- نسترن، زارعی- فاطمه، و پارسی نیا- سعید: آموزش بهداشت و ارتقاء در ایران: گذشته، حال و آینده. فصلنامه علمی-پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، سال ۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲

۹- اصفهانی- محمد مهدی: تغذیه ویژه رزمندگان در شرایط ویژه اضطراری- مهرماه ۱۳۷۸

۱۰- مهرابی توانا- علی: ۴۶ نکته بهداشتی در پیشگیری از خطرات کاربرد عوامل بیولوژیک در حملات میکروبی. طب نظامی، دوره ۳، شماره ۳، پائیز ۱۳۸۰، ص ص: ۱۱۷-۱۱۳

۱۱- پمفلت بهداشت فردی: دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز آموزشی-پژوهشی و درمانی امیراعلم. قابل دسترسی از وب سایت: <http://amiralam.tums.ac.ir>

۱۰- کلیه پرسنل نظامی باید با اصول بهداشت فردی، شناسایی و تعلیم نقش افراد در ارتقاء سلامت خود (خودکنترلی) آشنا باشند.

۱۱- اهمیت هماهنگی بین فعالیت های بهداشت عمومی (آب آشامیدنی سالم- بهداشت مواد غذایی....) و فعالیت های بهداشت فردی.

۱۲- آشنایی با بسته های غذایی بهداشتی ضروری و نحوه استفاده از آنها در مواقع اضطراری و مواد پاک کننده و ضد عفونی کننده (صابون- محلول های ضد عفونی) شخصی و عمومی (برای دفع زباله و ضد عفونی محیط های مختلف) و نحوه صحیح استفاده از آنها.

۱۳- آشنایی با مقوله قرنطینه و ایزولاسیون و مصادیق و دستورالعمل های مربوطه در شرایط آفندی و پدافندی.

۱۴- آشنایی با موازین ایمنی و نحوه رفع آلودگی در بیمارستان های صحرایی، اورژانس ها و اماکن دیگر بهداشتی- درمانی در زمان جنگ و نکاتی که افراد باید در این محیط ها رعایت نمایند.

۱۵- آشنایی با خواص، ضرورت، نحوه استفاده از داروهای ضروری برای پیشگیری از بیماری ها (نظیر مالاریا)، یا درمان مخاطرات (نظیر آتروپین در حملات شیمیایی با عوامل اعصاب) و مانند آنها.

۱۶- آشنایی با وسایل انفرادی بهداشتی نظیر پشه بند، دور کننده حشرات، ماسک، لباس محافظ.....

۱۷- اطلاع رسانی سریع بیماری های اسهالی، تب دار، یا سایر بیماری هایی که به طور حاد ایجاد شده، برای بیمار و اطرافیان غیر منتظره است، به بخش بهداشت واحد نظامی مربوطه همراه با نشانی و مشخصات بیمار.

۱۸- التزام به دفع بهداشتی زباله، اعم از زباله های عفونی و عادی، طبق دستورالعمل های موجود.

۱۹- بهسازی محیط های زندگی، شامل نظافت، گندزدایی، رعایت دقیق موازین بهداشت محیط.

۲۰- تأمین شرایط و رعایت اصول ایمن در همه حالات آفندی و پدافندی، طبق دستورالعمل ها و مقررات و آموزش ها.

Abstract

Health information helps reduce risks. Essential health information for military personnel is available in a variety of ways such as formal education at the outset and before entering service, in-service teaching tutorials, educational booklets, guides, facilities of healthcare centers, educational instructors and religious missionaries etc. The use of mass media are among the most important training adjuncts for health promotion in military personnel.

Achievements of the veterans are among the

باز خوانی پرونده پزشکی شهید محمد جواد تندگویان

دکتر حسن توفیقی *

* نویسنده مسئول، استاد رشته تخصصی پزشکی قانونی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

خلاصه

شهید محمد جواد تندگویان متولد خرداد ۱۳۲۹، وزیر نفت دولت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۵۹، در تاریخ ۱۳۵۹/۸/۱۱ در حال سفر به آبادان از یک مسیر فرعی، با هیأت همراه، مورد تهاجم سربازان ارتش عراق قرار گرفته و برخلاف قوانین بین المللی ربهوده و به خاک عراق برده شدند. علیرغم اقدامات دیپلماتیک و تلاش های بین المللی و میانجیگری جنبش غیرمتعدهها، و اقدامات صلیب سرخ جهانی، دولت عراق از آزادسازی وی امتناع نمود. گزارشات منابع خبری بین المللی حکایت از شکنجه، خونریزی و وخامت حال وی داشته است. تاریخ و کیفیت شهادت آن بزرگوار نامعلوم است، اما چهارهزار و هشتاد روز پس از اسارت، پیکر مطهر وی با عزت و افتخار به ایران بازگشت. نحوه شناسائی پیکر و اثبات شکنجه و اعدام وی در زندان به استناد شواهد پزشکی قانونی در این مقاله مرور می شود.

کلمات کلیدی: شکنجه - اسیر - محمد جواد تندگویان - شهید - عزت

مقدمه و بیان مسئله

"شهید محمد جواد تندگویان در نهم آبان ۱۳۵۹ که برای نظارت به پالایشگاه آبادان به منطقه رفته بود، در جاده ماهشهر - آبادان به همراه معاون و دیگر همراهانش به اسارت رژیم بعث درآمد و به زندانهای اسیران ایرانی در عراق منتقل شد. به نقل از برخی از اسیران، وی تا مدت ها زنده بوده و حتی از شکست حصر آبادان (مهر ۱۳۶۰) و

آزاد سازی خرمشهر (خرداد ۱۳۶۱) آگاهی یافته و برای پیروزی رزمندگان دعا کرده بود. پس از پایان گرفتن جنگ و تبادل اسراء و شهدا میان دو طرف، پیکر پاک شهید تندگویان که در اثر شکنجه های دشمن به شهادت رسیده بود، پس از طواف مرقد مطهر حضرت اباعبداله الحسین (ع) در کربلا، به میهن بازگردانده و در سال ۱۳۷۰ در ایران به خاک سپرده شد" (۱). با نزدیک شدن زمان برگزاری اجلاس وزیران نفت اوپک در بالی اندونزی در ۲۴ آذر ۱۳۵۹ - ۱۵ دسامبر ۱۹۸۰ -، دولت ایران درخواست کرد که موضوع حمله عراق به ایران و اسیر شدن وزیر نفت در دستور کار اجلاس قرار گیرد. اما با تلاش عراق و چند کشور حامی آن، این موضوع از دستور کار اجلاس حذف شد و به هیئت ایرانی فقط اجازه داده شد در این خصوص بیانییه ای صادر کند. در دوران اسارت، تنها دو نامه از وی به خانواده اش رسید که آخرین نامه مورخ ۲۴ فروردین ۱۳۶۱ است (۲).

گزارش شفاهی واقعه:

بعد از پذیرش قطعنامه ۵۶۸ توسط ایران و اعلان آتش بس:

بعد از آتش بس و پذیرفتن قطعنامه توسط جمهوری اسلامی ایران، فضایی ایجاد شد تا به وضعیت اسراء و مفقودین رسیدگی شود. نویسنده که در آن زمان رئیس سازمان پزشکی قانونی جمهوری اسلامی بود، به اتفاق تیمی برای روشن شدن سرنوشت شهید تندگویان و تحویل گرفتن جسد مطهر آن بزرگوار به عراق سفر نمودند. در این سفر اتفاقات تکان دهنده ای رخ داد که به بعضی از آن خاطرات اشاره می شود. خاطرات و اتفاقات این سفر بخشی از تاریخ درخشان انقلاب و دفاع مقدس است. پس از گذشت حدود یازده سال با آزاد شدن تدریجی اسراء ایرانی در ۱۳۶۹ شمسی، اخباری حاکی از زنده بودن تندگویان انتشار یافت؛ ولی دولت عراق اعلام کرد که وزیر نفت سابق ایران در ۱۳۶۱ شمسی مقارن با ۱۹۸۲ میلادی در سلولش خودکشی کرده است. در پی انتشار این خبر، در ۱۴ آذر ۱۳۷۰ هیئتی از ایران برای روشن شدن واقعیت امر به عراق سفر کرد. نظر هیئت ایرانی این بود که تندگویان زنده است، اما عراقی

به سرپرستی آقای دکتر فهمی^۳ انجام شد. یک سرتیپ عراقی که مدعی تحصیلات پزشکی قانونی در انگلستان بود و چند نفر دیگر، تیم عراقی را تشکیل می دادند. تیمی از صلیب سرخ متشکل از نماینده صلیب سرخ و یک نفر استادیار دانشکده پزشکی وین اتریش، به صورت مرضی الطرفین در جلسات شرکت داشت. پس از رسمیت جلسه، از این هیئت خواستیم که پرونده شهید تندگویان را که مدعی بودند در بازپرسی هست، به ما ارائه کنند. آن ها قویاً و شدیداً مدعی بودند شهید تندگویان خودکشی کرده است.

از آنها خواستیم که مدارکی را که برله این ادعا دارند نشان دهند. گفتند پرونده ها در بازپرسی بود و آن بازپرسی آتش گرفته و پرونده ایداً در دسترس ما نیست. گفتیم شرح معاینه جسد ایشان را به ما بدهید. گفتند آن هم در آن جا از بین رفته است. هر مدرکی مطالبه کردیم، گفتند موجود نیست و نداریم. نتیجه گرفتیم که با افرادی طرف هستیم که به هیچ وجه منطق علمی و پزشکی و قضائی ندارند. جلسه در پایان به این ختم شد که روز بعد تیم های طرفین و تیم صلیب سرخ در گورستان بغداد حاضر و قبری که مدعی بودند متعلق به شهید تندگویان است نبش و جسد بیرون آورده و معاینه شود.

پس از نبش قبر، جسدی کاملاً فاسد شده خارج و با آمبولانس نظامی به بیمارستان الرشید نظامی بغداد منتقل شد.

بیمارستان دو نفر متخصص پزشکی قانونی داشت، یک نفر آزاد و یک نفر نظامی. از نظر تشکیلات پزشکی قانونی محلی رامعرفی کردند که سالن تشریح بود. جسد به آنجا منتقل شد. برای محکم کاری با جسد رفتیم قسمت رادیولوژی و در سه جهت روبه، مایل و از پهلو رادیوگرافی گرفتیم^۴. سه نسخه از کلیشه ها چاپ شد و یک نسخه را ما نزد خود نگه داشتیم، یک نسخه را به سرتیپ عراقی و نسخه آخر را به صلیب سرخ تحویل دادیم. با توجه به فساد نعشی طبق فرمول های پزشکی قانونی، از طریق مشخصات ثابت نظیر دندانها و استخوانهای توانستیم برای اثبات جنسیت و اثبات یا رد هویت اقدام کنیم.

طبق فرمول مندرج در کتب پزشکی قانونی از روی اندازه استخوان های دراز مثل ساق پا، بازو، ران و لگن تشخیص جنسیت مقدور می شود.

آقای پروفیسور مارکواز پزشک قانونی ایرانی درخواست کرد کالبدگشایی را انجام دهد و ایشان ناظر باشد، چون سن پزشک قانونی ایرانی هم از ایشان بالاتر بود. خواهش کردم قلم و کاغذ در دست گرفته و مشاهدات را ثبت کند. فیلم برداری هم انجام می شد و بعدها یک

ها از همان ابتدا با ارائه مدارکی شامل عکس و گواهی فوت و گزارش پزشکی قانونی، این نظر را رد کردند. (جوانبخت. ص ۲۶).

پس از قطعی شدن شهادت آزاده سرافراز، محمدجواد تندگویان، عراق از استرداد پیکر او امتناع نمود که سرانجام با پیگیری و پافشاری ایران، جنازه مومیایی شده اش پس از گذشت یازده سال از زمان اسارت، تحویل گرفته و به ایران انتقال یافت و در ۲۹ آذر ۱۳۷۰ در قطعه ۷۲ تن (شهدای ۷ تیر ۱۳۶۰) بهشت زهرا به خاک سپرده شد. هیئت ایرانی بر مبنای مشاهدات و معاینات کالبد شکافی، تاریخ شهادت وی را در فاصله سالهای ۱۳۶۸-۱۳۶۷ هجری- شمسی دانسته اند (۳).

مشخصات هویتی

در آذرماه سال ۱۳۷۰ در معیت تیمی متشکل از نمایندگان از ارگان های نظامی و امنیتی، نماینده ای از طرف خانواده شهید، یکی از آزادگان همراه شهید در زمان اسارت^۱، دندانپزشک معالج^۲ در دوره قبل از اسارت شهید، و رئیس وقت سازمان پزشکی قانونی کشور، که از طرف وزارت امور خارجه تعیین شده بود، به عراق سفر نمودیم.

قبل از سفر در جلسه هماهنگی در وزارت امور خارجه، پیشنهاد نمودم که کلیه ی مشخصه های هویتی شهید را در اختیار داشته باشیم، شامل: مشخصه های دندان و ردیف دندان ها، طول قد، آثار و علائم ظاهری روی پوست و در قسمت های مختلف بدن (که ممکن است از بین رفته باشند)، و مشخصات استخوانی (که به طور ثابت وجود دارند).

تمام مشخصات هویتی دندانی در پرونده دندانپزشکی نامبرده نزد دندانپزشک معالج و رادیوگرافی هایی که از ایشان تهیه شده بود. مثلاً از استخوان ها، دنده ها و قفسه صدری (به علت بیماری های ریوی) نزد خانواده اش موجود بود، همه را دریافت نمودیم. تا آن زمان دستگاه های تشخیص DNA و تعیین مشخصات هویتی ژنتیکی، در اختیار سازمان پزشکی قانونی قرار نداشت و در کشور عراق نیز این امکانات موجود نبود.

گزارش اجمالی جریانات مهم و مرتبط با کشف و اثبات قتل شهید تندگویان در سفر هیأت ایرانی

شروع سفر، سیزدهم یا چهاردهم آذرماه ۱۳۷۰ بود. هیأت عراقی از مرز قصر شیرین هیأت ایرانی را تحویل گرفت. ما را در هتل الرشید بغداد اسکان دادند. اولین مذاکره رسمی در وزارت خارجه عراق با تیم عراقی

۱..... آقای یحییوی، معاون و همراه و هم سلول روزهای اول اسارت شهید تندگویان

۲..... آقای دکتر اعتمادی که از دوستان صمیمی شهید در زمان حیات وی بود، و در سفر حضور داشت.

۳..... دکترای حقوق بین الملل از فرانسه

۴..... قاعده پزشکی قانونی برای تعیین وضعیت استخوان ها

نسخه از فیلم ها به کنسول گری ایران در بغداد تحویل شد. بعد از اندازه گیری استخوان ها و ثبت آنها توسط پروفیسور مارکو، آقای دکتر اعتمادی وضعیت دندان ها و دهان را بررسی نمود. محاسبات ما نشان داد که قد این جسد حدود ۱۹۰ سانتی متر است، در حالی که قد شهید تندگویان ۱۷۰ سانتی متر بوده است.

نماینده صلیب سرخ همه چیز را یادداشت می نمود. با کمک دکتر اعتمادی پس از تمیز کردن دندانها و بررسی دقیق آنها مشخص شد، مشخصات دندانی نیز تطابق ندارد. این جا برای ما محرز شد، جسد متعلق به شهید تندگویان نیست. در حضور نمایندگان صلیب سرخ و هیأت های پزشکی طرفین، نتایج را دقیقاً مرور و ثابت کردیم جسد متعلق به شهید تندگویان نیست. سرتیپ عراقی هم چنان بر ادعای خود مصر بود. شب قبل به اتفاق دکتر اعتمادی تمام مشخصات هویتی را نوشتیم و در یک پاکت مهر و موم نموده، به نماینده صلیب سرخ تحویل داده بودیم و از ایشان قول گرفته بودیم که به هیچ وجه باز نشود و تنها در جلسه ای که همه هیأت ها حضور داشته باشند، باز بشود. با توجه به عدم پذیرش هیأت عراقی، در جلسه ای با حضور همه هیأت ها از نماینده صلیب سرخ خواهش کردیم آن پاکت امانتی را باز کنند. در پاکت مشخصات هویتی شهید تندگویان ثبت شده بود. آقای پروفیسور مارکو هم مشخصه های هویتی جسد مورد معاینه را ثبت کرده بود. از ایشان پرسیدم آیا مطابقت دارد یا ندارد. پس از بررسی دقیق گفت: هیچ تطبیق نمی کند. در دل خدا را شکر کردیم که وظایف خود را به عنوان کارشناسی با امانت و صداقت ادا کردیم. بعد از اتمام جلسه قرار شد روز بعد ما را به مرز برگردانند. آقای یحیوی که روزگاری هم سلول شهید تندگویان بود، نشانه هایی داشت که به هیچ عنوان اجازه ندادند محل نگه داری پرونده و وسایل شخصی و البسه یعنی همان محل بازپرسی را بازدید کنیم. برخلاف قرار، صبح روز بعد هیأت عراقی برای انتقال ما به مرز خسروی مراجعه ننمود. بعد از ظهر آمدند و رئیس هیأت یعنی آقای دکتر فهمی اقرار کرد که جنازه قبلی متعلق به شهید تندگویان نبوده و مسئول گورستان اشتباه کرده است! و قبر دیگری باید نبش شود. با توجه به لزوم حضور هیأت صلیب سرخ، و تا زمان برگشت آنها، یک هفته دیگر در بغداد ماندیم. موقعی که نبش قبر شد، متوجه شدیم که خاک روی قبر تازه است. به هیأت صلیب سرخ و هیأت عراقی تذکر دادیم که این خاک، تازه است. آن جا فهمیدیم که این یک هفته را بهانه آوردند که جسد را بیاورند این جا به خاک بسپارند و بعد نبش قبر کنند. در زمان شروع تشریح جسد، متوجه شدیم که جسد مومیائی شده است. در جسد مومیائی شده، تمام پوست

و صورت و بدن چروکیده می شود ولی عضلات و نسوج زیر پوست به حالت تازه باقی می ماند. خاصیت مومیایی این است که از عفونت و فاسد شدن جلوگیری می کند.

روش مومیایی نیز این است که داروهایی را در رگ ها وارد می کنند تا از طریق شبکه عروقی و مویرگ ها وارد عضلات و سایر قسمت ها شده، عضلات داخلی و امعاء واحشاء را تازه نگه می دارد و از عفونت و فساد عضوی جلوگیری می شود.

مشخصات ظاهری شهید قابل تشخیص نبود. طراوت مورد انتظار از جسد مومیائی شده، تحت تأثیر یک هفته ای که زیر خاک قرار گرفته بود، از بین رفته بوده، باز هم می بایست دنبال آن مشخصه های هویتی داخلی و ثابت می بودیم (وضعیت دندان ها و اندازه گیری قد از روی استخوان های دراز). بررسی استخوان ها و آن اندازه هایی که از قبل داشتیم و استفاده از فرمول و نیز بررسی دقیق دندانها، نشان داد که جسد با مشخصات ثابت هویتی شهید تندگویان تطبیق می کند. با بررسی های دقیق تر و مشاهدات بیشتر توسط آقای دکتر اعتمادی، آزاده هم بند شهید در ابتدای اسارت، برایمان مشخص شد که مطمئناً جسد متعلق به شهید تندگویان است.

شواهد پزشکی قانونی مبنی بر شکنجه و قتل

ابتدا از جسد شهید تندگویان رادیوگرافی گردن، جمجمه، ستون فقرات، قفسه صدری و اندام ها، انجام و در سه نسخه کلیشه ها را تهیه نمودیم. به هر هیأت یک نسخه تحویل داده شد. بررسی رادیولوژی شکستگی دنده های خلفی قفسه صدری را نشان می داد. در کالبد شکافی کاملاً مشخص شد که ۴ دنده در قوس دنده ای پشت، سمت راست و چپ شکستگی واضح داشت. در کالبدگشایی، در ناحیه جلوی گردن، شکستگی استخوان لامی، بوضوح معلوم بود. استرانگولاسیون جنایی (خفه کردگی با جسم رشته مانند).

علت مرگ شهید تندگویان

با دلایل قوی مرگ در اثر خودکشی نبوده، بلکه با اقدامات خشونت آمیز و ضد انسانی جنایی صورت گرفته است.

رئوس دلائل به شرح زیر است (۴)

در خودکشی شیار دار آویختگی در ناحیه گردن برخلاف شیار استرانگولاسیون، به شکل مایل است. در خودکشی این شیار معمولاً کامل نیست و تمامی دور گردن را فرا نمی گیرد و اغلب در محل گره و آویزان شدن

محاذات یکدیگر بود. به احتمال بسیار زیاد و نزدیک به یقین، قاتل یا قاتلین، طناب را به گردن شهید انداخته، با زانو و یا پا هر جسمی دیگر، در ناحیه ی پشت قفسه ی صدری آنچنان وحشیانه و با شدت عمل و بیرحمانه فشار داده بودند، که هم دنده ها شکسته بود و هم موجب خفگی شده بود. مجموع مشاهدات، معاینات، رادیوگرافیها و رفتار متناقض هیئت عراقی، در حضور نمایندگان صلیب سرخ بین المللی، پرده از این جنایت ضدبشری برداشت. گزارش کاملی از مشروح اقدامات تهیه و با امضای هر سه هیئت و منضم به کلیه مستندات برای صلیب سرخ جهانی در اتریش ارسال شد. یک نسخه به هیأت عراقی و یک نسخه نیز به هیأت ایرانی تحویل شد. نسخه اخیر در اختیار سفارت جمهوری اسلامی ایران در بغداد قرار گرفت و به وزارت امور خارجه جمهوری اسلامی ایران تحویل گردید.

انتقال جنازه مطهر شهید به ایران و ادامه بررسی ها در سازمان پزشکی قانونی جمهوری اسلامی ایران

بعد از اتمام تشریفات قانونی و اثبات هویت و علت فوت، پیکر مطهر تحویل هیئت ایرانی شد. پس از ادای احترامات مذهبی و تشییع جنازه در نجف (حرم مطهر امیرالمؤمنین علیه السلام)، کاظمین (ضریح مطهر امام جواد و امام هادی علیهم السلام) و کربلا (طواف ضریح مطهر حضرت سیدالشهداء و حضرت ابوالفضل علیهم السلام)، پیکر مطهر شهید به ایران منتقل شد. در ایران استقبال پرشور خانواده، دوستان، آزادگان، رزمندگان، مقامات لشکری و کشوری و مردم شریف ایران، به رسم قدرشناسی و بزرگداشت آزاده ای سرفراز از سلاله شهیدان خدائی و مدافعان سلحشور اسلام و انقلاب انجام شد. پس از مراسم استقبال، جنازه مطهر برای ادامه بررسی ها تحویل سازمان پزشکی قانونی شد. کلیه مستندات در آرشیو پزشکی قانونی باید موجود باشد. بعدها علیرغم پیگیری های متعدد، از صلیب سرخ جهانی هیچ پاسخی دریافت نشد. گزارشی از مآووقع به حضرات آیت الله یزدی و آیت الله هاشمی رفسنجانی رؤسای وقت رئیس قوه قضائیه و قوه مجریه ارائه گردید. این مأموریت دشوار و غم انگیز، پرده از یکی از هزاران جنایت ضد انسانی رژیم منحوس و ضدبشری بعثی عراق برداشت.

بحث

"تکلیف پزشکان قانونی در معاینه اجساد، داشتن تخصص در امر ارجاعی، اعلام نظر آنان در ظرف زمانی تعیین شده، مورد اعتماد مرجع قضایی بودن، تقدم رجوع به پزشکان قانونی نسبت به سایر پزشکان است که در مواد مختلف مورد اشاره قانون آیین دادرسی کیفری

فرد طناب از گردن فاصله می گیرد؛ در نتیجه، شیار مایل ناشی از دار آویختگی حالت ناقص پیدا کند.

شیار در بالاترین قسمت گردن و درست زیر چانه و فک قرار دارد و ناقص است، یعنی به طور کامل گردن را دور نمیزند و علت آن فاصله گرفتن گره طناب در یک سمت با گردن خواهد بود

شیار دار آویختگی اغلب به صورت یک شیار فرو رفته است که ابتدا کم خون و رنگ پریده است و به تدریج قهوه ای رنگ شده، حالت چرمی پیدا می کند.

اغلب شکستگی یا دررفتگی مهره های گردنی و قابع نخاع یا آسیب شدید آن یا حتی در مراکز تحتانی مغز رخ میدهد. در این حال است معمولاً دررفتگی و از هم گسیختگی بین مهره های دوم و سوم یا سوم و چهارم گردنی صورت می گیرد. مهره های تحتانی گردنی به ندرت آسیب می بینند.

در استرانگولاسیون (خفه کردگی) معمولاً تنه استخوان هیوئیدیا استخوان لامی یا تنه شاخه های استخوان هیوئید می شکند. در صورتی که در حلقه آویز اگر هیوئید بشکند آن قسمت بالا، سراسخوان هیوئید ممکن است بشکند و بسیاری از مواقع هم نمی شکند. دلیل قوی دیگر مبنی بر خفه کردگی، شکستگی استخوانهای دنده پشتی در طرفین است.

بازسازی صحنه قتل شهید تندگویان در زمان اسارت

هیأت عراقی مدعی بودند که شهید تندگویان خودش را حلق آویز کرده. شواهد قطعی بالا، ثابت نمود، علت منجر به فوت، خفه کردگی با جسم طناب مانند (در اصطلاح پزشکی قانونی؛ استرانگولاسیون) بوده است. حلقه آویز هم معمولاً با جسم طناب مانند و رشته مانند انجام می شود که در کالبد شکافی علائم متفاوتی دارد. علائم ظاهری استرانگولاسیون معمولاً به صورت افقی هست که این قابل تشخیص روی آن جسد نبود. در حلقه آویز معمولاً شیار روی گردن به صورت مایل است و تاپشت سر ادامه می یابد. شیار روی جسد قابل تشخیص نبود. شاهد مهم دیگر استخوان لامی بود. در استرانگولاسیون معمولاً تنه ی استخوان هیوئید (استخوان لامی) یا تنه ی شاخه های استخوان هیوئید می شکند. در صورتی که در حلقه آویز اگر هیوئید بشکند، قسمت بالا، یعنی سراسخوان هیوئید ممکن است بشکند و بسیاری از مواقع هم نمی شکند. علت هم این است که در حلقه آویز طناب موقعی که به گردن می افتد، در قسمت بالای هیوئید قرار می گیرد و دیگر به استخوان اصابت نمی کند. در صورتی که در استرانگولاسیون طناب در قسمت وسط هیوئید قرار گرفته و کشیده می شود. در معاینه جسد تنه استخوان هیوئید شکستگی واضح داشت. شاهد دیگر شکستگی ۴ دنده ی پشتی در طرفین و در

قرار گرفته است" (۵). مصاحبه های تاریخ شفاهی در جستجوی رمزگشایی و کشف حقایق است. کشف حقایقی بسیار بزرگ و بعضاً تکان دهنده و بعضاً سرنوشت ساز، تاریخ ساز و تمدن ساز در دفاع مقدس. قطعاً یکی از آن ها جریان شهادت مظلومانه ی شهید تندگویان، اسطوره صبر و مقاومت در اسارت خواهد بود. این مطلب از دو بعد بررسی می شود. بعد اول تنظیم یک گزارش علمی از کشف یک حقیقت در دوران اسارت در دفاع مقدس است که با ادبیات علمی و برای جامعه پزشکی تنظیم شده است. بعد دیگر گزارش فرهنگی برای ترویج ارزش ها در دفاع مقدس برای همه ی مردم این نسل، این دوره و نسل های آینده. بعد اول در این گزارش علمی ارائه شده و بعد دیگر، مرهون تلاش های فرهنگی است. موضوع محوری این گزارش علمی اثبات شکنجه و قتل عمد، آزاده ای مقاوم، صبور و نستوه و در اوج مظلومیت، توسط رژیم منحوس بعثی در دوران دفاع مقدس است:

ارتکاب جنایت وحشیانه قتل عمد و شکنجه نقض همه موازین بین المللی و کنوانسیون های موجود در مورد اسیران جنگی بی توجهی به وظایف انسانی و موازین دینی در قبال جنازه مقتول

بی حرمتی نسبت به پیکر مطهر آزادگان شهید و نهایتاً؛ استنکاف از پایبندی به موازین دیپلماتیک، اخلاقی و علمی در دوره رسیدگی، با حضور نمایندگان بین المللی قتل عمد نه تنها از نظر وقوع جنایت و گرفتن جان یک انسان مظلوم، مهم است، از نظر تأثیر سوء بر جامعه، ایجاد رعب، احساس نا امنی، تزلزل سلامت و امنیت روانی حائز اهمیت مضاعف است. یکی از راه های کشف جرائم مهمی نظیر قتل، اقدامات دقیق پزشکی قانونی است. این اقدامات که بر پایه های مستندات دقیق و تجارب عمیق استوار است، در کشف حقایق و اجرای عدالت دارای ارزش فوق العاده است (۶).

از نظر جرم شناسی، در مواردی که علت مرگ معلوم نباشد و احتمال وقوع جنایت در میان باشد، با معاینه و کالبد شکافی جسد توسط پزشکی قانونی، در مورد نحوه و علت حدوث مرگ اظهار نظر می شود و مستندات جمع آوری می گردد.

بخش تشریح از حساس ترین و تخصصی ترین قسمت های پزشکی قانونی است. در اجساد که مدت طولانی از زمان مرگ سپری شده باشد و آثار و علائم موجود از بین رفته باشد، مؤثرترین اقدام در کشف قتل انجام تشریح توسط تیم پی جو (پزشکی قانونی، تشخیص هویت، ناظرین قضائی) می باشد (۷). در مورد شهید تندگویان این شرایط فراهم و در نهایت موجب کشف علت قتل (استرانگولاسیون) در آن بزرگوار شد.

موضوع بی تفاوتی سازمان صلیب سرخ بین المللی در اعلام رسمی حقیقت به اثبات رسیده در مورد محمد جواد تندگویان (تحمل شکنجه و قتل عمد به روش استرانگولاسیون در زمان اسارت توسط مأموران رژیم بعثی عراق)، مسئله حائز اهمیت دیگری است، که نیاز به افشاگری و پیگیری جدی دارد. شایسته است مسئولین وزارت امور خارجه و هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، موضوع را پیگیری نمایند تا ضمن اعلان این حقیقت تلخ واقع شده در دوران جنگ تحمیلی به مردم دنیا و وجدان های بیدار بین الملل، از نهادهای بی طرف بین المللی در مناقشات فراوان بین گروه های متخاصم در زمان جاری و آینده، استفاده صوری و یا ایزاری و یا سوء استفاده بعمل نیاید. با درود به روان پاک آزاده مظلوم و مقاوم و شهید سرفراز محمد جواد تندگویان و همه شهدای راه حق و فضیلت و انسانیت. والسلام.

Abstract

Shahid Mohammad Javad Tondgouyan, was born in June, 1950. He was the minister of petroleum of the Islamic Republic of Iran when he was attacked by Iraqi army troop in 1980, while traveling to Abadan with an envoy. Contrary to international laws, they were kidnapped and taken to Iraqi territory. Despite the diplomatic measures, international efforts, mediation of the NAM, and actions of the Red Cross, the Iraqi government refused to liberate him. International news sources reported that he was tortured and suffered bleeding and his condition was deteriorating. The date and quality of this martyr's testimony is unknown. Four thousand eighty days after captivity, his body was returned to Iran with pride and honor. The method of identifying the body and documentation of torture and execution in prison, based on sound forensic evidence is reviewed in this article

Key words: Torture, Captive, Mohammad Javad Tondgouyan, Honor

منابع

- ۱- «اوپیک و جنگ» در مجموعه اسناد بنیاد حفظ آثار و ارزشهای دفاع مقدس، پرونده مجامع بین المللی، کد ۶.
- ۲- جوانبخت- محمود: حکایت آن مرد غریب. نشر شاهد ۱۳۸۰، ص ۸۴
- ۳- محمد جواد تندگویان: دانشنامه جهان اسلام. <http://wiki.ahlolbait.ir>
- ۴- پارسی ۱: دار زدن خود. بررسی خودکشی یا قتل: <https://www.com.parsi>
- ۵- دیلمی- سعید، و رضایی- راد- عبدالحسین: مطالعه قلمرو معاینه اجساد در پزشکی قانونی. کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز، پژوهش شرکت ایده بازاری صنعت سبز، <https://www.civilica.com>
- ۶- غنی زاده- سامان، و علیزاده- اکبر: نقش پزشکی قانونی در کشف پرونده های قتل. کارآگاه، سال ۶، دوره ۲، بهار ۱۳۹۲، صص ۱۳۱-۱۱۲

عوامل و مکانیسم ترومای جنگی: مین های ضد نفر

نویسندگان: دکتر احمد رضا سروش^۱ - دکتر علی خاجی^۲

خلاصه: مین ضد نفر از مهمات جنگی است که برای انفجار با حضور، نزدیکی یا تماس شخص طراحی شده و یک یا چند نفر را معلول، مجروح کرده و یا به قتل می رساند. این جنگ افزارهای مخوف تا مدت ها پس از ترک مخاصمه، موجب آسیب رسانی به مردم غیر نظامی شده، بازتاب های انسانی و اقتصادی فراوانی دارند. از مین های زمینی و مهمات خوشه ای بصورت گسترده ایی در جهان از زمان جنگ جهانی دوم تا کنون استفاده شده است. علاوه بر استفاده معمول و در سطح وسیع در مناطق درگیری نظامی، جمع قابل توجهی از جمعیت جهان در مناطق آلوده به مین، مهمات خوشه ای، ذخایر مهمات و مهمات منفجره باقیمانده از جنگ زندگی می کنند و در معرض خطرات احتمالی هستند. اطلاع از مکانیسم آسیب زائی مین های ضد نفر برای امدادگران و سایر پرسنل حوزه سلامت ضروری و به کنترل مناسب تر و بهینه مجروحین و مصدومین و کاهش عوارض سلامتی و عواقب اجتماعی و اقتصادی کمک خواهد کرد.

کلمات کلیدی: مین- مین ضد نفر- انفجار- پرتابه

یا چوبی) قرار گرفته و دارای یک مکانیسم ماسوره ای برای منفجر کردن خرج انفجاری اصلی است. بعضی در زیر زمین دفن شده و برخی با نصب روی پایه های مخصوص یا اشیاء ثابت روی زمین قرارداد می شوند. مین ها بواسطه طیف وسیعی از مکانیسم ها شامل: فشار، کشش و قطع کشش (سیم تله)، فرمان الکتریکی یا نفوذ مغناطیسی فعال می شوند. بعضی مین های مدرن را می توان با استفاده از اشکال حس گر الکترونیکی دیگر فعال کرد^(۱). اقدامات سیاسی و بشردوستانه برای جلوگیری از توسعه مین های ضد نفر و سایر مهمات خوشه ای و وضع قوانین و مقررات بازدارنده بین المللی، مریهون تلاش های مستقل و خارج از حوزه این گزارش، ولی بسیار ضروری است. این گزارش بر مکانیسم های انفجار و آسیب زائی و شیوه های امداد رسانی و مراقبت تأکید دارد.

مین های ضد نفر، در کنوانسیون بین المللی منع مین های زمینی، و کنوانسیون منع مهمات خوشه ای چنین تعریف شده اند: "مین هائی که بگونه ای طراحی شده اند تا در اثر حضور، قرارگیری در مجاورت و یا تماس، منفجر شده و باعث از کار انداختن، مجروح کردن یا کشتن یک یا چند نفر بشود... (همان). مین های ضد نفر با توجه به سیستم اصلی آسیب رسانی که برای آنها در نظر گرفته شده به چهار دسته تقسیم میشوند: انفجاری، ترکشی، ترکشی جهنده و ترکشی جهت دار^(۱).

روش

مطالعه حاضر کتابخانه ای و شامل مرور نوشته های معتبر فارسی و بین المللی کد واژه های مطالعه است.

نتایج

نتایج شامل تاریخچه، بالیستیک، مکانیسم، مشخصات بالینی، کیفیت و شاخص کیفیت زندگی، توانبخشی، و پیشگیری، بشرح زیر است:

مقدمه و بیان مسئله

"مین های زمینی تله های انفجاری هستند که توسط قربانیان فعال می شوند، چه هدف مورد نظر انسان باشد چه وسیله نقلیه. یک مین حاوی مقداری ماده منفجره است که معمولاً در محفظه ای (عمدتاً فلزی، پلاستیکی

۱..... عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران- بیمارستان دکتر شریعتی

۲.... نویسنده مسئول- عضو هیأت علمی پژوهشی- مرکز تحقیقات تروما- دانشگاه علوم پزشکی تهران- بیمارستان سینا

تاریخچه

استفاده از مکانیسم‌های مشابه مین‌های ضد نفر امروزی تاریخچه طولانی دارد. سیر تاریخی شیوه‌های فلج سازی و کندسازی تحرک دشمنان در رزم‌های تاریخ بشر بطور اختصار به شرح زیر است (۲):

جنگجویان رومی بر سر راه دشمنان حفره‌های کوچکی به اندازه یک کف پا کنده و در آنها میخ‌های تیز پرمی کردند، سپس روی حفره‌ها را می پوشانند.

اروپایی‌ها در قرون وسطی گودال‌های کوچکی کنده و داخل آنها میخ‌های چهار شاخی به نام کالتروپ می ریختند تا حرکت صفوف دشمن را مختل کند.

در قرن سوم میلادی شخصی به نام ژوگ لیانگ از پادشاهی شو در چین گونه‌ای از مین‌های زمینی کوزه‌ای که غشای سفالی داشتند اختراع کرد که قابلیت انفجاری داشتند.

استفاده چینی‌ها از مین‌های زمینی انفجاری علیه حملات مغول‌ها در سال ۱۲۷۷ پس از میلاد.

در قرن ۱۴ یا ۱۵ میلادی، سلسله مینگ موفق شد گونه مدرن تری از مین را که با پودر سنگ و باروت ساخته می شد، به کار گیرد که برای از پای انداختن سواره نظام بکار می رفت.

در اواخر قرن پانزدهم میلادی در شهر آگزبرگ، جنوب آلمان، ایالت باواریا، یک مهندس نظامی به نام ساموئل زیمرمان نوعی مین انفجاری موسوم به فلادرمادرین را اختراع کرد که که قدرت انفجاری بسیار زیادی داشت. این گونه مین تا اواخر قرن ۱۹ کاربرد گسترده‌ای داشت که از جمله موارد استفاده آن می توان به جنگ‌های داخلی اروپا در قرن ۱۸، انقلاب آمریکا (استقلال طلبان) و جنگ شمال و جنوب (جنگ داخلی آمریکا) اشاره کرد. اولین نوع مین‌های انفجاری ضد نفر که به لحاظ مکانیزم مکانیکی بسیار مدرن بودند. در سال ۱۸۶۲ توسط نیروهای ژنرال گابریل رینز در جریان نبرد یورک تاون ساخته شد که فیوز برقی و قابلیت انفجار از راه دور را داشت.

ارتش آلمان در جنگ جهانی اول موفق شد طراح‌های بسیار مدرن تری از این مین‌های فیوزدار را ارائه کند. در مقابل نیروهای انگلیسی‌ها نیز دست به کار ساخت نوعی از مین‌های زمینی شدند که حاوی گازهای سمی بود و می توانست علاوه بر نیروی نابودکننده حاصل از انفجار، شمار دیگری از سربازان را مسموم کند. نیروی تخریبی این مین‌ها آن قدر بالا بود که شوروی تا دهه ۸۰ نیز به تولید آن مبادرت می ورزید.

مین‌های شیمیایی در ادامه راه را برای تولید مین‌های

هسته‌ای هموار کردند که در حال حاضر در ارتش بریتانیا و آمریکا ساخته می شوند. ولی گزارشی از استفاده مین‌های هسته‌ای در جای دیده نشده است.

بالیستیک مین‌های ضد نفر

مانند سایر مهمات خوشه‌ای نظیر بمب، نارنجک^۳، انواع راکت، بمب‌های خوشه‌ای و....، مین‌های زمینی ترکش‌های متعددی ایجاد می کنند که هر کدام از آنها خواص و ظرفیت یک پرتابه اولیه را دارا است (تصویر ۱). این پرتابه‌ها مشخصات فیزیکی غیر آئرو دینامیکی^۴ دارند. در مین‌های قبلی (نظیر مین‌های استفاده شده توسط ارتش عراق در جنگ علیه ایران)، ترکش‌ها از نظر اندازه و شکل نامنظم بودند. در بسیاری از مهمات خوشه‌ای زمان حاضر ترکش‌ها قطعات بسیار زیاد از قبل شکل گرفته، و در اندازه و شکل منظم هستند و معمولاً کمتر از ۱ گرم وزن دارند. ترکش‌های ناشی از انفجار این نوع مهمات، سرعت بسیار بالائی^۵ داشته، که با فاصله گرفتن از کانون انفجار سرعت کاهش می یابد (۳).

مکانیسم آسیب ناشی از مین‌های ضد نفر

مین‌های ضد نفر سه مکانیسم متفاوت آسیب زائی دارند (۴ و ۵) و تصویر ۲:

مکانیسم اول

زمانی ایجاد می شود که یک نفر روی صفحه فشار یک مین انفجار قدم می گذارد. انفجار و موج انفجاری اولیه موضعی^۶ موجب آمپوتاسیون یا صدمات شدید پا و ساق مصدوم می شود. زخم‌های متعددی نیز در ساق مقابل، نواحی ژنیتال، لگن و شکم و بازوی مقابل ممکن است ایجاد شود. شدت زخم‌ها به مقدار ماده انفجاری موجود در مین نسبت به توده بدن، بستگی دارد. زخم‌ها بشدت آلوده و حاوی خاک، شن، قطعات کفش و لباس و سایر آلودگی‌های محل انفجار هستند.

مکانیسم دوم:

در مواردی ایجاد می شود که تماس فرد با چاشنی انفجار یا سیم متصل به مین موجب تحریک انفجاری می شود. انفجار موجب تشکیل پرتابه‌های مشابه با بمب‌های دستی، نارنجک و امثال آنها می شود و صدمات مشابهی را ایجاد می کند. شدت جراحات به فاصله مصدوم با کانون انفجار بستگی خواهد داشت.

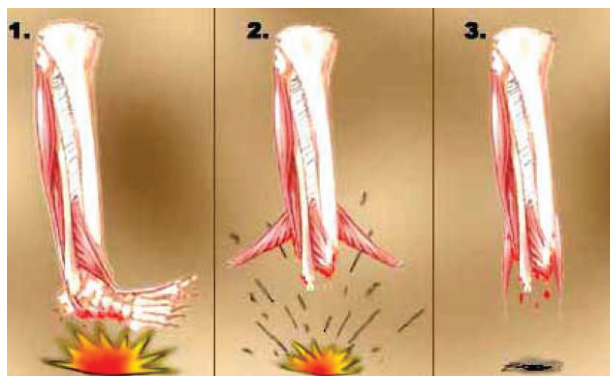
مکانیسم سوم

3 Grenade

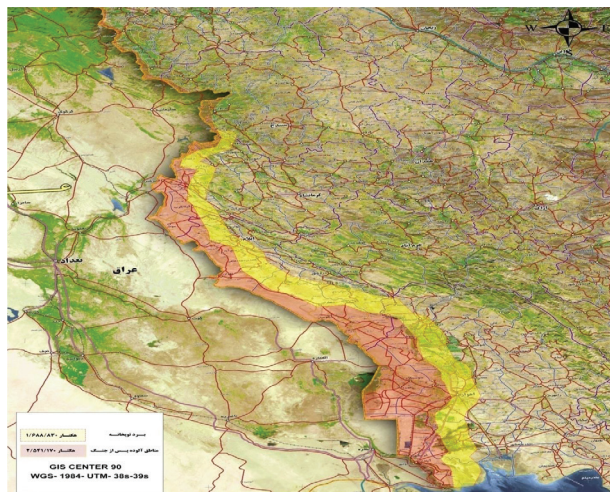
4 non-aerodynamic character

5 Very high velocity projectiles

6 Local primary blast effect



تصویر ۲: مکانیسم آسیب ناشی از مین های ضد نفر



تصویر ۳: نقشه میادین مین باقی مانده در پایان جنگ
تحمیلی:

(مناطق زرد رنگ: آلوده به مهمات منفجر نشده - مناطق
صورتی رنگ: مناطق آلوده به مین - مناطق قهوه ای:
پایگاههای موردی آلوده به مین)

مشخصات زخم ها و آسیب های ناشی از مین های ضد نفر
هرچه فاصله مجروح نسبت به کانون انفجار بیشتر باشد، زخمها سطحی تر خواهند بود (به علت خاصیت غیرآثرو دینامیکی ترکش ها و افت قابل ملاحظه سرعت با دور شدن از کانون انفجار). بالعکس در فواصل بسیار نزدیک به محل انفجار به علت اصابت ترکش های متعدد و پر سرعت و نیز تحت تأثیر موج انفجار، صدمات عمیق و ناتوان کننده و اغلب مرگبار ایجاد می شود. قربانیان مین های زمینی و گلوله های عمل نکرده را می توان به سه گروه تقسیم نمود:

۱- سربازان و نیروهای نظامی که در زمان جنگ و درگیریهای نظامی روی مین می روند.

۲- غیرنظامیانی که بعد از پایان جنگ در مناطق آلوده تردد دارند

۳- نیروهایی که برای پاکسازی مناطق آلوده به مین و گلوله های عمل نکرده باقی مانده از جنگ تلاش می

درموردی است که فرد یک مین را منتقل می کند، یا برای خنثی سازی آن تلاش می کند، یا کودکی با مین بازی می کند (مین به شکل اسباب بازی). انفجار موجب آسیب های شدید و متعدد به دست ها، ساعد و بازو، صورت و چشم ها، و قفسه صدری می شود.

پرتابه های ثانویه

انفجار موجب خرد شدن و تلاشی سنگ ها و سایر اشیاء مجاور و ایجاد قطعات نامنظمی می شود که هرکدام با سرعت به حرکت درآمده و مانند یک پرتابه مستقل عمل می نمایند که به آنها پرتابه های ثانویه می گویند. این خاصیت آلودگی های محیطی منطقه انفجار را به عمق زخم ها منتقل می نماید.



تصویر ۱: انواع مین های زمینی

کنند.

گزارشی از آسیب های ناشی از انفجار مین های زمینی در مطالعه غرب کشور (تصویر ۳)

یک مطالعه در مورد قربانیان غیرنظامی ناشی از انفجار مین و گلوله های عمل نکرده در غرب کشور، نشان داد که در طول سال ۱۴ (۱۳۶۷-۱۳۸۳) حدود ۳۷۱۳ نفر آسیب دیده اند (۵)، بیشترین قربانیان ناشی از انفجار مین و گلوله های عمل نکرده با ۳۴/۴٪ از استان کرمانشاه و کمترین آن با ۱۲/۱٪ از خوزستان گزارش شده است. اکثریت قربانیان با ۹۳/۳٪ مذکر بودند. از نظر تحصیلات ۶۷/۸٪ دارای تحصیلات مقطع راهنمایی و کمتر بودند. ۴۰/۶٪ از قربانیان در زمان وقوع حادثه دارای سنی برابر ۱۸ سال یا کمتر بودند. میانگین سنی قربانیان ۲۴/۲ سال بوده و کم سن ترین و مسن ترین افراد به ترتیب ۲ و ۹۸ سال داشته اند. تعداد قربانیان از سال ۱۳۶۸ به مرور افزایش یافته تا جایی که در سال ۱۳۷۵ به بالاترین تعداد (۲۳۹ نفر) رسیده و سپس به مرور کاهش یافته است. در خصوص فعالیت هایی که منجر به آسیب دیدن شده است، نتایج این طرح نشان داد که شایعترین فعالیت با ۱۰۵۶ نفر (۲۸/۴٪) چرای دام بوده است. دریافت مراقبت های پیش بیمارستانی در ۲۹۱ نفر (۷/۸٪) تصریح شده و در مورد اکثریت افراد (۶۱/۶٪) نامعلوم بود. ۱۳۹۷ نفر (۳۷/۷٪)، جان خود را از دست دادند و ۱۴۹۲ نفر (۴۰/۳٪) دچار قطع عضو شدند. ۳۷/۲٪ از موارد منجر به فوت، دارای سن ۱۸ سال یا کمتر بوده اند. بیشترین میزان مرگ (۴۰/۶٪)، از استان کرمانشاه گزارش شده است.

کیفیت زندگی قربانیان

شدت آسیب و نوع قطع عضو بر کیفیت زندگی آسیب دیدگان تأثیر مستقیم دارد. بررسی ها نشان داده است که افرادی که قطع عضو در آنها تنها به یک اندام ختم می شود با کمک گرفتن از اعضاء مصنوعی می توانند فعالیت های معمولی نزدیک به آنچه که قبل از حادثه داشته اند را پیدا نمایند. اما زمانی که قطع اندام دو طرفه باشد و یا اینکه در هر دو اندام فوقانی و تحتانی اتفاق بیفتد، منجر به محدودیت های فراوانی در انجام فعالیت های روزانه و انجام کارهای شخصی افراد مصدوم می گردد (۶). کیفیت زندگی این مصدومین از جمله مباحثی است که مورد توجه پژوهشگران این حوزه قرار گرفته است. مطالعه گنج پرور و همکاران (۷) بر روی نوجوانان قربانی مین و مهمات عمل نکرده در استان های مرزی غرب و جنوب کشور نشان می دهد که کیفیت زندگی این افراد در تمام حیطه های مورد بررسی، نسبت به جامعه ۱۹-۱۴ ساله ایرانی، پایین تر بوده است. این افراد نسبت به هم سن و سالان خود در

حوزه هایی همچون عملکرد فیزیکی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و غیره، از کیفیت پایین تری برخوردار می باشند. مقایسه کیفیت زندگی کودکان آسیب دیده از انفجار مین و گلوله های عمل نکرده با افراد هم سن و سال آنها که در همان محل زندگی می کنند، نشان داده است که این قربانیان از جهات مختلف دارای کیفیت زندگی ضعیف تری می باشند. بررسی انجام شده نشان می دهد که جراحات و آسیب های ناشی از انفجار مین می تواند در ابعاد جسمی و روانی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی قربانیان داشته باشد. به خصوص زمانی که وقوع آسیب ها و مجروحیت در سنین پائین و فعال رخ داده باشد (۸).

بعضی از شاخص های کیفیت زندگی در قربانیان مین های

زمینی

الف) درد

وجود درد یکی از مهم ترین و شایع ترین شکایات قربانیان مین و گلوله های عمل نکرده می باشد. در بررسی شیوع درد در میان نوجوانان آسیب دیده از انفجار مین و گلوله های عمل نکرده، مشخص گردید که شایع ترین شکایت وجود درد، به ویژه کمردرد می باشد. با اینکه فراوانی قطع اندام فوقانی در این افراد بیشتر از اندام تحتانی بوده است، اما شکایت از درد در میان افرادی که مبتلا به قطع اندام تحتانی بودند بیشتر بوده است. پس از کمردرد، درد در اندام های حرکتی تحتانی، فراوان تر بوده است. احساس همیشگی درد ناشی از قطع عضو، یکی از آزار دهنده ترین شکایات و مشکلات این افراد می باشد، و در کودکان به دلایلی همچون تحمل کمتر، از شدت و حدت بیشتری برخوردار است (۹).

ب) رضایتمندی

یکی از مباحث خیلی مهم در خصوص آسیب دیدگان از مین های زمینی و انفجارات مشابه، مسئله رضایت از زندگی می باشد. بررسی انجام شده در این خصوص در کودکان زیر ۱۸ سال استان های مرزی کشور، حاکی از آن است که، میزان رضایت از زندگی پایین است. بیشتر از دو سوم افراد شرکت کننده در این مطالعه دارای نمره ای بین (۵-۱۹) بودند که کمتر از حد متوسط می باشد (۱۰). رضایت کودکان آسیب دیده از خدمات ارائه شده در حد متوسط می باشد. بررسی نشان می دهد که در میان خدمات ارائه شده (فرهنگی، ورزشی، تحصیلی، معیشتی، رفاهی، توانبخشی، بهداشتی- درمانی و مسکن)، از کیفیت ارائه خدمات بهداشتی- درمانی نسبت به دیگر خدمات رضایت بیشتری وجود دارد. علی رغم این مسئله در خصوص انواع مختلف خدمات بهداشتی درمانی، بیشترین مشکلات اعلام شده توسط

۳۸ نفر (۴۸/۷٪) به پروتز، ۱۸ نفر (۲۳٪) نفر به ارتز، و ۸ نفر (۱۰/۳٪) به وسایل دیگر نیاز داشته اند. سطح پایین رضایت مندی در این گروه از مصدومین توجه بیشتر به موارد زیر را گوشزد می کند: ۱- انجام توانبخشی - ۲- افزایش کیفیت وسایل کمک حرکتی مورد استفاده کم توانی و ضعف در انجام فعالیت های روزانه، می تواند منجر به افسردگی و اضطراب در میان قربانیان مین و گلوله های عمل نکرده، بویژه در مجروحین سنین پایین تر، گردد. توجه به این مسئله و ارائه مشاوره به آسیب دیدگان، می تواند در کاهش پیامدهای روانشناختی آسیب های مین موثر باشد (۱۶-۱۵).

پیشگیری

تلاش برای پاکسازی میادین و مناطق آلوده اولین و مؤثرترین اقدام برای از بین بردن تلفات ناشی از مین و گلوله های عمل نکرده برجای مانده از دوران جنگ می باشد. با توجه به زمان بر بودن و هزینه های پاکسازی، اقدامات دیگری همچون آموزش و ارائه خدمات پیش بیمارستانی نیز کمک کننده خواهد بود. بررسی ها نشان داده است که آموزش افراد در معرض خطر، یکی از مؤثرترین روش ها برای کاهش تلفات و خسارات انسانی ناشی از مین و گلوله های عمل نکرده می باشد (۱۶). بعلاوه آموزش و مهیا نمودن ابزار برای ارائه خدمات و کمک های اولیه به مصدومین و همچنین ارائه خدمات پیش بیمارستانی نقش غیر قابل انکاری در کاهش تلفات و معلولیت ها دارد (۱۷).

همان گونه که مشاهده می شود، عمده گزارشات موجود به غیر نظامیانی مربوط می شود که پس از پایان جنگ و بر اثر انفجار گلوله های عمل نکرده و مین های باقی مانده از زمان جنگ آسیب دیده اند. افرادی که اقدام به پاکسازی میادین مین می کنند، گروه دیگری از قربانیان به شمار می روند. اطلاعات در خصوص این افراد در کشورمان محدود می باشد. در تنها گزارش موجود اشاره شده است که شایعترین آسیب در میان مصدومینی که برای مداوا به بیمارستان انتقال داده شده اند، ترومای اندام ها (۸۶٪) بوده است. پس از آن، آسیب های چشم و فک و صورت به ترتیب با ۵۶٪ و ۵۰٪ در رتبه های بعدی قرار دارند (۱۸).

مقاله حاضر ترجمه مقاله ای با همین عنوان است که توسط مجله تروماتولوژی چین به چاپ رسیده است. ترجمه مقاله اصلی با اجازه از سردبیر مجله مورد نظر صورت گرفته است. آدرس مقاله اصلی به شرح زیر می باشد.

شرکت کنندگان این مطالعه شامل موارد زیر می باشد: ۱) پرداخت هزینه های درمان (۲) مشکلات دسترسی به وسیله نقلیه برای دریافت خدمات (۳) معطل شدن زیاد برای ملاقات با پزشک (۴) عدم اطمینان از حل شدن مشکل در مراکز درمانی. میزان رضایت مندی در پنج استان غرب و جنوب کشور متفاوت بود (۱۱).

پ) فعالیت روزمره

قطع عضو اندام تحتانی یکی از شایع ترین آسیب ها در میان قربانیان مین های زمینی باقیمانده از دوران جنگ است. این فاجعه می تواند به شکل چشمگیری منجر به محدودیت فعالیت های روزانه قربانیان شود. از عوامل تأثیر گذار بر شدت و وسعت محدودیت، موانع محیطی و اجتماعی، فاکتورهای فردی (سن، جنس، سطح تحصیلات)، توانایی فرد در تطبیق دادن خود با شرایط بعد از مجروحیت است. موضوع تأثیرگذار مهم دیگر، محل و سطح قطع عضو و همچنین آسیب ها و بیماری های همراه است. مطالعه صورت گرفته در ایران نشان می دهد که اکثر کودکان آسیب دیده، دارای فعالیت روزانه مناسبی بوده و اغلب نیازهای خود را می توانند انجام دهند و بیشترین محدودیت های آنها، در پوشیدن لباس، حرکت در سطوح ناهموار و استفاده از پله می باشد (۱۲).

ت) کاهش شنوایی

از جمله آسیب هایی که ممکن است بر اثر انفجار مین و سایر گلوله های بازمانده از جنگ به وجود آید، مشکلات شنوایی است. نتایج بررسی در گروه کودکان نشان داد که حدود ۷۸٪ از کاهش شنوایی رنج می برند. علاوه بر این، وجود مشکلات دیگر همچون وزوز گوش^۷ (۸۷٪) و سرگیجه^۸ و سردرد^۹ (۶۹/۵٪)، از جمله مسائلی است که باعث بروز مشکلاتی برای این آسیب دیدگان می شوند (۱۳).

باز توانی در قربانیان مین های زمینی

استفاده از ارتز پروتز^{۱۰} در افراد قطع عضو شده، برای تسهیل و بازگشت ایشان به فعالیت های روزانه اجتناب ناپذیر می باشد. مطالعه صورت گرفته بر روی کودکان آسیب دیده از مین نشان می دهد که رضایت مندی آنها از ارتز/ پروتزی که در اختیارشان گذاشته شده است مناسب نیست (۱۴). از میان ۷۸ نوجوان مورد مطالعه، تعداد ۴۱ نفر (۵۲/۶٪) نفر دچار قطع عضو شده بودند.

7 Tinitus

8 Vertigo

9 Headache

10... Orthosis and prosthesis

Khaji A, Fallahdoost S, Soroush MR. Civilian casualties of Iranian cities by ballistic missile attacks during the Iraq-Iran war (1980-1988). Chin J Traumatol. 2010 Apr 1;13(2):87-90.

The Factors and Mechanisms of war trauma: Anti-Personnel Mines

Ahmad Reza Soroush, MD, and Ali Khaji, Ph.D

Abstract:

The anti-personnel landmine is a type of warfare placed beneath the soil designed to explode when one walks on it causing disabling injury or death of one or more people. This dreaded weapon can damage the civilian population long after evacuating the conflict zone; taking a huge human and economic toll. Landmines and cluster munitions have been widely used in the world, since World War II. In addition to conventional and widespread use in military conflicts, a significant proportion of the world's population lives in areas infested with mines, cluster munitions, ammunition and explosive remnants of war and are prone to explosive risks. Knowledge of the mechanisms of anti-personnel mines is essential for rescuers and other personnel.

Key words: Landmines, Anti-personnel mines, Explosion, Projectile

منابع

- ۱- امانی-نسب رضا (مترجم)، و دکتر ایمیل صافی (بازبین): راهنمای مبارزه با مین، مرکز بین المللی مین زدایی بشردوستانه ژنو (GICHD)، چاپ پنجم، ژنو، مارس ۲۰۱۴ میلادی. <https://www.gichd.org>
- ۲- بازیار-عیسی: مین: کابوس کودکان مرزنشین، www.ketabesabz.com
- ۳- Ryan's Ballistic Trauma: A Practical Guide: ,,,, ۲۰۱۱.
- ۴- C. Giannou & M. Baldan: War Surgery, vol. 1, International Committee of the Red Cross (ICRC), May ۲۰۱۰
- ۵- سروش-احمد رضا و همکاران (دکتر موسی زرگر-دکتر محمدرضا سروش-دکتر علی خاجی-دکتر شهریار خاطری): اپیدمیولوژی خسارات ناشی از انفجار مین های زمینی در استانهای غربی کشور از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۳. پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ۱۳۸۵
- ۶- عراقی زاده حسن، معصومی مهدی، سروش محمدرضا، مدیریان احسان. قطع دو طرفه اندام فوقانی ناشی از مین و مواد منفجرنده باقی مانده از جنگ تحمیلی. طب جانباز. ۱۳۸۷؛ ۱(۱): ۱۱-۱.
- ۷- گنجپور زهره، موسوی بتول، سروش محمدرضا، شکوهی حمید، خاطری شهریار، منتظری علی. کیفیت زندگی نوجوانان قربانی مین و مهمات عمل نکرده. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی. ۱۳۹۰؛ ۱۹(۹۶): ۱۱-۱۸.
- ۸- فلاحتی فرحناز، سروش محمد رضا، حقانی حمید، خاطری شهریار. تاثیر انفجار مین و مهمات عمل نکرده بر روی کیفیت زندگی قربانیان در استان غربی کشور. طب جانباز. ۱۳۸۸؛ ۱(۴): ۸-۱.
- ۹- پورزمانی مهتاب، معصومی مهدی، مدیریان احسان، نوری فرشاد، خاطری شهریار، شکوهی حمید، و همکاران.. میزان شیوع درد در نوجوانان قربانی مین و مهمات عمل نکرده و ارتباط آن با

- مشکلات اندام حرکتی. طب جانباز. ۱۳۹۴؛ ۷(۳): ۱۷۵-۱۸۲.
- ۱۰- موسوی بتول، گنجپور زهره، سروش محمدرضا، خاطری شهریار، شکوهی حمید، منتظری علی. تعیین رضایت از زندگی در میان مصدومان مین و مهمات عمل نکرده زیر ۱۸ سال. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی. ۱۳۹۲؛ ۲۱(۱۰۷): ۱۵-۲۲.
- ۱۱- عباسپور عبدالرضا، سیدحسینی داورانی حسین، معصومی مهدی، مدیریان احسان، خاطری شهریار، موسوی بتول، و همکاران.. رضایتمندی کودکان قربانی مین از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران. دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی. ۱۳۹۴؛ ۲۲(۱۱۸): ۴۳-۵۰.
- ۱۲- گنج پرور زهره، موسوی بتول، خاطری شهریار، سروش محمد رضا، معصومی مهدی، شکوهی حمید. فعالیتهای روزمره نوجوانان قربانی مین و مهمات عمل نکرده. طب جانباز. ۱۳۹۳؛ ۶(۴): ۱۳۷-۱۴۲.
- ۱۳- حیدریان مقدم محمد، سیدحسینی داورانی سید حسین، شکوهی حمید، میرصادقی سید عباس، عرب شیبانی غلامحسین، معصومی مهدی، و همکاران. و همکاران.. میزان شیوع مشکلات شنوایی در قربانیان مین زیر ۱۸ سال. طب جانباز. ۱۳۹۳؛ ۷(۱): ۲۹-۳۴.
- ۱۴- معصومی مهدی، کامیاب مجتبی، علامی مصطفی، مدیریان احسان، یآوری امیر، سروش محمد رضا، و همکاران.. وضعیت استفاده از ارتز و پروتز در نوجوانان قربانی مین و مهمات عمل نکرده. طب جانباز. ۱۳۹۴؛ ۷(۲): ۸۱-۸۹.
- 15- Masoumi M, Soroush M, Modirian E, Mousavi B, Hemmati A, Shokoohi H, Mokhber N, Khateri S, Sheibani G, Seyed hoseini davarani S-H, Hosseini M. The Relationship between Depression and Anxiety Symptoms and Activity of Daily Living in Landmine Explosion Adolescent Survivors. The International Journal of Indian Psychology. 2014;2(1): ID: B00261V2I12014
- 16- Hemmati MA, Shokoohi H, Masoumi M, Khateri S, Soroush M, Modirian E, Poor Zamany Nejat Kermany M, Hosseini M, Mousavi B. Mental health disorders in child and adolescent survivors of post-war landmine explosions. Mil Med Res. 2015 Nov 13;2:30. doi: 10.1186/s40779-015-0052-3. eCollection 2015.
- ۱۷- ثقفی نیا مسعود، نفیسی ناهید، ناصری محمد حسن. بررسی کاهش مرگ و میر ناشی از مین در طی مطالعه مداخله های چهار ساله در مناطق مرزی استان ایلام. مجله طب نظامی. ۱۳۸۵؛ ۸(۲): ۹۷-۱۰۱.
- ۱۸- ثقفی نیا مسعود، نفیسی ناهید، عراقی زاده حسن، محبی حسنعلی، محرمزاد یاشار. نتایج درمان شوک ناشی از تروما در مصدومان غرب کشور به دنبال آموزش عملی احیاء. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۳۸۶؛ ۱۶(۶۴): ۷۶-۸۳.
- ۱۵- اخوان اصغر، ثقفی نیا مسعود. بررسی ۶ ساله صدمات عضوی مصدومین گروه های مینروب سپاه در بیمارستان بقیه... الاعظم «عج» و راههای کاهش آسیب آن. مجله طب نظامی. ۱۳۸۴؛ ۷(۴): ۲۹۹-۳۰۳.

بازسازی ترومای شدید نیمه راست صورت ناشی از صدمه انفجاری

دکتر علی ابراهیمی^۱، نگار ابراهیمی^۲
 ۱- نویسنده مسئول، فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی دانشیار
 دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)
 ۲- دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه:

در این مقاله ترومای شدید نسج نرم و سخت فک فوقانی و تحتانی در طرف راست صورت در جوان ۲۸ ساله عراقی معرفی می شود. درمان این بیماران شامل چهار مرحله می شود: راه هوایی مناسب - کنترل خونریزی- شناسایی صدمات همزمان و نهایتاً درمان قطعی صدمه صورت. این بیمار بدنبال صدمه انفجاری شدید به صورت و گردن و انجام اقدامات اولیه اورژانسی، از عراق اعزام و در بیمارستان بستری شد. در مجموع، طی چهار نوبت عمل جراحی نیمه راست صورت، شامل نسج نرم، استخوانهای فک بالا و فک پایین بازسازی شد. در دوره پیگیری، در فاصله زمانی یک سال ونیم زندگی قابل قبولی داشت.

کلمات کلیدی: ترومای صورت- صدمات انفجاری- بازسازی- ترومای جنگی- سرو گردن- نیمه راست صورت- ماگزیلا-ماندیبول-پرتابه های پرسرعت

مقدمه و بیان مسئله

آسیب های جنگی در ناحیه سرو گردن از ویژگی های بسیار متفاوتی، بسته به ماهیت پرتابه ها و مکانیسم های آسیب زائی، نسبت به ترومای غیر جنگی برخوردارند. صدمات تروماتیک انفجاری در ناحیه صورت

موجب اختلالات شدید عملکردی و زیبایی میشوند. بسیاری از این مجروحین بدلیل صدمه راه هوایی و خونریزی یا صدمات مغزی همزمان در صحنه حادثه از بین می روند. درمان این صدمات، در مرحله بحرانی اولیه، شامل حفظ راه هوایی، کنترل خونریزی و سپس ارزیابی و کنترل صدمات همراه است. پس از رفع مخاطرات حیاتی و تثبیت شرایط عمومی، برنامه ریزی، مرحله بندی و اولویت بندی مراحل درمان در مراکز تخصصی باید انجام پذیرد. در ترومای شهری^۱ در ناحیه سرو گردن، بر اساس نتایج مطالعه ملی در کشور، بیشترین صدمات وارده، شکستگی استخوان ماندیبول می باشد (۱). در تروما جنگی^۲ ناحیه سرو گردن، بستگی به محل اصابت گلوله یا سایر پرتابه ها، طیفی از ضایعات، دربرگیرنده همه عناصر تشریحی سر، صورت و گردن در معرض آسیب های شدید قرار می گیرند. همزمان با پیشرفت سلاح های جنگی، که از دقت هدف گیری و قدرت تخریب بیشتر برخوردارند، میزان صدمات سرو گردن نیز رو به افزایش است. با توجه به وسعت صدمات مراحل مختلف بازسازی نسج نرم و سخت و اعضای حیاتی مستقر در صورت ضرورت دارد.

گزارش مورد

در این گزارش، صدمه شدید نیمه راست فک و صورت در یک مجروح عراقی که بدنبال صدمه جنگی به بیمارستان اعزام شده بود، معرفی می شود. صدمات وسیع و شدیدی ناشی از اصابت پرتابه های جنگی پرسرعت^۳، شامل تخریب شدید طرف راست صورت (فک پایین و بالا، گونه، قسمتی از بینی، عصب صورتی، حفره دهان و زبان) در بیمار عارض گردید (شکل-۱). ترکش های انفجاری، از فاصله نزدیک در واقع نیمه راست صورت مریض را نابود کرده بود. پس از انجام اقدامات اولیه احیاء و پایدار نمودن وضعیت تنفسی و قلبی- عروقی، بیمار از عراق اعزام و در این مرکز درمانی بستری شد. در

1..... Civilian trauma

2 War-related trauma

3 High velocity missile

معاینه تخریب شدید نیمه راست صورت، از بین رفتن نسج نرم و سخت، آثار اصابت ترکش های متعدد، در نواحی صورت و گردن، و سوختگی انفجاری گردن و دستها ملاحظه شد. درسی تی اسکن انجام شده (شکل ۲) شدت صدمات واضح می باشد. بعد از دبریدمان اولیه و مراقبت از زخم ها، بررسی ها و مشاوره های ضروری انجام و بیمار برای شروع اقدامات بازسازی آماده شد.

اقدامات درمانی

با بررسی تصاویر رادیولوژی، طراحی درمانی جراحی، شامل بازسازی نواحی آسیب دیده نیمه راست صورت (فک پایین و بالا، لبها، بینی، گونه، زبان، استخوان فک پایین، اربیت و بخش آسیب دیده حفره دهان) در ۴ مرحله درمانی انجام شد. در بررسی دقیق، مشخص شد، بدلیل ترکشهای متعدد گردن و سوختگی و التهاب شدید، عملاً امکان انتقال فلاپ های آزاد^۴ و آناستوموز عروقی میکروسکولار در طرف آسیب دیده گردن وجود نداشت. گزینه بعدی استفاده از فلپ رژیونال^۵ بود.

مرحله اول

در این مرحله دبریدمان وسیع زخم و دیفکت صورت انجام و سپس بازسازی موقت استخوان ماندیبول با کمک پروتز کوندیل و پلیت، ترمیم زبان و لب بالا، و ترمیم کف اربیت به کمک مش تیتانیوم، انجام شد در نهایت فلپ دلتوپکتورال از ناحیه قفسه صدری آزاد و به منطقه دیفکت منتقل و بازسازی نسج نرم نیمه راست صورت توسط این فلپ انجام شد (شکل ۳). بازسازی استخوان های فک بالا و پایین به کمک انواع پلیت ها صورت گرفت. نمای رادیوگرافیک بعد از بازسازی نشان داده شده است (شکل ۴).

مرحله دوم

حدود یک ماه بعد از عمل اول، در جراحی بعدی، پایه فلپ قطع و بقیه نسج صورت و بینی و سقف دهان ترمیم شد. تراکئوستومی نیز خارج شد.

مرحله سوم:

حدود شش ماه بعد، طی سومین مرحله، گرافت استخوانی لگن از ایلیاک چپ، بازسازی ماندیبول و کف اربیت با گرافت استخوانی انجام شد و پلیت^۶ خارج شد. ضمن تکمیل بازسازی سقف دهان (شکل ۵)، تا حدودی بازسازی بینی نیز انجام شد.

مرحله چهارم

حدود یک سال بعد فلپ بازبینی و با تزریق چربی، اکتروپسیون پلک تحتانی تا حدودی اصلاح شد (شکل ۶).

مراحل درمانی در مجموع یک سال طول کشید و بیمار به زندگی معمولی بازگشت.

بحث

ترومای شهری و جنگی ناحیه فک و صورت، هردو در مردان شایعتر است (۱). روشهای متعددی در بازسازی دیفکت های فک و صورت وجود دارد (۲). همه روش ها چند مرحله ای است. در روش های چهار مرحله ای (۱)، برقراری راه هوایی مناسب (۲) کنترل خونریزی (۳) شناسایی صدمات همزمان، و نهایتاً (۴) درمان قطعی آسیب ها و دیفکت های نسج نرم و استخوانی فک و صورت بترتیب انجام می شود (۳).

در بازسازی های فک و صورت یکی از گزینه های مناسب فلپ های آزاد می باشند. در بعضی موارد (نظیر همین بیمار)، بدلیل شدت انفجار و ترکش های متعدد و سوختگی های همزمان، امکان استفاده از عروق گردن برای آناستوموز فلپ وجود ندارد. گزینه جایگزین در این شرایط، استفاده از فلپ های رژیونال است (نظیر فلپ های پکتورال، لاتیسیموس دورسی، یا دلتوپکتورال). انتخاب نوع فلپ با توجه به شرایط بیمار و آناتومی نواحی طبیعی و تجربه و ترجیح جراح معالج خواهد بود. نکته مهم طولانی بودن این بازسازی ها و نیاز به اعمال متعدد است. لازم است بیمار نسبت به درمانها و اقدامات بازتوانی بعدی، توجه و آمادگی های ذهنی لازم را پیدا نماید. بعضاً مراحل درمان، طی چندین سال باید انجام شود. این بیماران با توجه به صدمه شدید حفره دهان، در معرض عفونت های هوازی و بی هوازی قرار دارند. ترکیب مناسبی از آنتی بیوتیک ها که پوشش ضد میکروبی مناسبی ایجاد نماید، باید از راه مناسب و با دوز کافی تجویز شود. در بازسازی هدف اول حفظ کارکرد ارگانها و سپس زیبایی چهره است. درمان مجروحین جنگی نسبت به مجروحین ترومای شهری و جاده ای مشکل و به درجات متفاوت است و به تجربه بیشتری نیاز دارد.

Complex reconstruction of Severe hemifacial firearm injury

Ali Ebrahimi⁷, Negar Ebrahimi⁸

A Case Report

Our hospital is a referral center for trauma management; firearm injuries continue to be a major public health problem. The management of patients with facial gunshot wounds varies and involve four main steps namely securing an airway, control of haemorrhage, identifying concomitant injuries and finally definitive repair of the facial deformity. In this case report , a young man from Iraq with severe explosive injury to right face and destruction of soft tissue and bones of upper and lower jaws referred for multiple stage reconstructions. Primary survey was done at another center in Iraq. His facial trauma was reconstructed in four stage during two years; we used a delto-pectoral flap from the chest wall for soft tissue reconstruction and bone grafting and miniplates for bone reconstruction.

Key words: Maxillofacial trauma, Blast injuries, Reconstruction

References:

- 1- Mohammad Hosein Kalantar Motamedi, DDS, Esmaeel Dadgar, DDS, Ali Ebrahimi, MD,etal Pattern of maxillofacial fractures: A 5-year analysis of 8,818 patients. J Trauma Acute Care Surg Volume 77, Number 4 630-6342- Ebrahimi A, Nejadsarvari N. Experience with cervicofacial flap in cheek reconstruction. J Craniofac Surg 2013;24:e372-4
- 3- MHK Motamedi, A Ebrahimi, A Shams. Current trends in the management of maxillofacial gunshot injuries: critical review. Annals of Oral & Maxillofacial Surgery 2013 Feb 01;1(1):8

7 Associate professor of plastic surgery, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran,

8 Dentistry student, Tehran university of medical sciences. Tehran, Iran



شکل ۱: مجروح پس از اقدامات اولیه و اعزام به بیمارستان



شکل ۴: نمای گرافی رادیولوژی بیمار بعد از بازسازی مرحله اول با انواع پلیت ها و پیچ



شکل ۲: نمای سی تی اسکن اولیه صدمات شدید صورت در طرف راست



شکل ۵: نمای بیمار بعد از گرافت استخوانی از لگن و خارج نمودن پلیت ها حدود شش ماه بعد از صدمه



شکل ۳: نمای بیمار بعد از مرحله اول بازسازی صورت



شکل ۶: نمای ریویژن فلیپ و تزریق چربی حدود یک سال ونیم بعد از صدمه اولیه

بخش دوم:

امداد رسانی در جنگ های صلیبی
شرمی برای بشریت در روزگار تکریم حقوق بشر دوستانه: تحلیل استفاده گسترده سلاح شیمیایی علیه نظامیان و غیرنظامیان ایران توسط ارتش رژیم بعثی عراق، از منظر اخلاق و حقوق بشر
مروزی برنقاهاگاه های عملیات دفاع مقدس
معرفی کمیته بین المللی طب نظامی (ICMM)
گزارش چهارمین کنگره منطقه ای ICMM در ایران

1..... International Committee of Military Medicine

امداد رسانی در جنگ های صلیبی

نویسندگان: امیرمهدی طالب^۱ - سید محسن نظام الدین^۲

مقدمه و بیان مسئله

جنگ های صلیبی پیام ها و درس های عبرت فراوانی برای مسلمانان در بردارد. در تحلیل تاریخی، تضعیف ارکان وحدت و تشتت جوامع اسلامی، زمینه ساز طمع ورزی و سلطه طلبی غریبان و حمله به سرزمین های اسلامی شد. به دنبال جنگ های صلیبی، تضعیف حکومت های ممالک اسلامی، به نوبه خود، موجبات هجوم و سلطه مغول بر بخش هایی از جهان اسلام را فراهم و علاوه بر آسیب های مادی و از دست رفتن ذخایر فرهنگی، دنیای اسلام از شمار کثیری از دانشمندان و متفکران اسلامی نیز محروم شد. مراکز فرهنگ و تمدن از شرق به غرب منتقل گردید و دوران طولانی عقب ماندگی بسیاری از ممالک اسلامی آغاز شد. بزرگ ترین درس از جنگ های صلیبی این است که عظمت و مجد جهان اسلام جز در پرتو وحدت مسلمانان تحقق نخواهد پذیرفت (۱). در منابع تاریخی اطلاعات محدودی درباره امداد رسانی در جنگ های صلیبی موجود است. به هر حال در منابع تاریخ طب این اطلاعات بیشتر به چشم می خورد (۲).

روش

این مطالعه به صورت کتابخانه ای انجام شد. اطلاعات مورد نیاز در منابع نظامی، باستان شناسی، مستندات قانونی مربوط به قرون وسطی، مستندات تاریخی، تقویم های قدیمی، مقالات و مآخذ علمی و در نهایت کتب تاریخ علوم پزشکی و جراحی، قابل دستیابی است. برای این منظور منتخبی از مستندات تاریخ طب و تاریخ

چکیده

جنگ های مشهور به صلیبی به علت اختلاف بین مسلمانان و مسیحیان بر سر تصرف اورشلیم (بیت المقدس)، در قرن یازدهم میلادی شعله ور و در قرن چهاردهم با پیروزی مسلمانان فرو نشست. بهانه زمینه ساز این جنگ ها، اختلافات، صبغه و سابقه دینی و انگیزه های وسوسه کننده دنیوی، آوازه، شکوه و رونق اقتصادی و گردشگری شهرهای مهم مشرق زمین بوده است. از نظر تاریخی نیز، این جنگ های خونین در شرایطی در گرفت که دنیای اسلام دچار اختلافات درونی و تعدد مراکز قدرت و دنیای مسیحیت نیز دچار اختلاف کلیسای لاتین با کلیسای ارتدوکس و تفرقه و تزلزل عمیق بودند. در بعد امداد رسانی، این جنگ های ویرانگر، صحنه هلاکت جمع بسیار زیادی از مسلمانان و مسیحیان و جراحت و معلولیت جمع بیشمار دیگری بود. در این نوشته به استناد بعضی از منابع تاریخی موجود، جنبه های امداد و درمان مجروحین و سایر ابعاد امداد رسانی و خدمات انسان دوستانه به طرف های درگیر و مردم مناطق جنگی، مورد بررسی قرار گرفته است.

کلمات کلیدی: جنگ صلیبی- امداد رسانی- تاریخ طب- بیت المقدس- اسلام- مسیحیت- مراکز تمدنی- قرون وسطی

۱..... عضو هیأت علمی معاونت آموزشی ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲ معاونت فرهنگی، هنری موسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

جراحی جهت انجام مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها:

وجه تسمیه جنگ های صلیبی:

تعبیر "جنگ صلیبی" معادل واژه انگلیسی Crusade است که از ریشه اسپانیایی Cruzada (دارای نشان صلیب) برگرفته شده است. مسیحیان شرکت کننده در این جنگ به دستور پاپ اوربانوس دوم (دوره پاپی ۱۰۹۹-۱۰۸۸ میلادی)، منادی این جنگ ها، بر روی شانه راست لباس یا زره خود، نشان صلیب می دوختند (۳). مورخان غربی معاصر نخستین جنگ صلیبی، اغلب از واژه هایی چون «سفر حج»، «حمله»، «سفر به سرزمین مقدس»، «جنگ مقدس»، «حمله صلیب»، «حمله عمومی»، «طرح عیسی مسیح»، استفاده کرده اند (۴). مورخان معاصر اسلامی نیز، در حالی که مورخان مسلمان معاصر جنگ های صلیبی مثل ابن قلانسی، عمادالدینکاتب، ابن اثیر، ابن عدیم، ابن شداد و ابنو اصل، هیچگاه از کلماتی چون صلیبها و جنگ صلیبی استفاده نکرده و کلمه «فرنچ یا فرنجه (فرنگان/ فرنگیان)» را به کار برده اند، زیرا فرانسویها بیشترین سهم را در برانگیختن این جنگها داشتند.

علت وقوع

این جنگ های طولانی، به دعوت مقامات کلیسای کاتولیک رومی و همراهی و حمایت امپراتور روم شرقی، با هدف آزادسازی بیت المقدس (اورشلیم)، زادگاه حضرت مسیح علیه السلام و دیگر نشانه های مسیحیت در فلسطین، از دست مسلمانان و ایجاد دولت مسیحی (صلیبی) در نقاط مختلف فلسطین، و مجموعاً هشت بار، صورت گرفت (۳). اهداف اقتصادی و اجتماعی متقابل و طمع اروپاییان برای دستیابی به ثروت های عظیم مشرق زمین، از انگیزه های اصلی این جنگ های ویران گربوده است.

تاریخ

مجموعه لشکرکشی های اروپای غربی به رهبری پاپ و کلیسای کاتولیک، به سرزمین های اسلامی در فاصله ۱۰۹۶ تا ۱۲۹۱ میلادی، مقارن با ۴۸۸ تا ۶۹۰ هجری قمری صورت گرفته است (۵).

امداد رسانی و مداوای مجروحین در جنگ های صلیبی:

خانم زیگزید هونکه در تحقیق خود مطالب مبسوطی در باب امداد و درمان مجروحان و سایر بیماران در قرون وسطی مطرح نموده است. وی درباره چگونگی درمان مجروحین در این دوره چنین می نویسد: "فرانکی ها

وقتی زخمی های جنگی خود را با زخم های شدید به بیمارستان می آوردند، ابتدا می بایست به گناهان شان اعتراف کنند، و بعد نانی بخورند که آن را "بدن عیسی" می نامیدند، و بعد از این جایی به آنان داده می شد و کمک هایی در موردشان انجام می شد" (۶). بعضی از وجوه طب و درمان و به عبارتی امداد رسانی در دوره جنگ های صلیبی، قبل و بعد از آن، به شرح زیر است:

حضور ۸۰۰ ساله مسلمانان در اندلس (۹۲ تا ۸۹۷ هجری) موجبات آشنائی اروپاییان با شیوه طبابت پزشکان مسلمان را فراهم ساخته بود.

کتب پزشکی مسلمانان توسط مترجمینی نظیر قسطنطین (کنستانتین) آفریقایی و جرارد کرمونایی از اسپانیا به زبان لاتین ترجمه و بر طب اروپاییان تأثیر عمیق گذاشته بود. فرج ابن سلیم نخستین بار در سال ۱۲۷۹ میلادی کتاب الحاوی رازی را به لاتین ترجمه نمود. این ترجمه تا سال ۱۵۴۲ میلادی ۵ بار در اروپای آن زمان تجدید چاپ شد (۷).

در قرون وسطی اطلاعات پزشکی مردم مغرب زمین بسیار محدود و اغلب آمیخته با خرافات بوده است.

آمیختگی طبابت پزشکان اروپایی با خرافات و عقاید باطل دینی.

فراهم شدن زمینه ارتباط مسیحیان با مسلمانان در جریان جنگ (۶).

جراحی در قرون وسطی در انحصار آرایش گرانی قرار داشت که تعالیمی در مورد جراحی آموخته و در میدان های جنگ مهارت های مفیدی برای کمک به مجروحین به دست می آوردند.

جنگ های صلیبی در دوران تاریکی اتفاق افتاد که علم پزشکی در اروپا از رکود وحشتناک و طولانی رنج می برد. مورد استثناء جراحی بود که به علت نیازهای درمانی مجروحین بی شمار در میادین جنگ، با پیشرفت هایی همراه شده بود.

مقابله اخلاق پزشکی با شرارت در جنگ های صلیبی

روحانیون مسیحی به مردم خود می گفتند هرکس به این فکر بیفتد که پیش پزشک مسلمان یا کلیمی برود تکفیر خواهد شد، چون در این هنگام سلامت روحش مستقیماً در خطر است. برخی طبیبان مسلمان با اعتقاد به این اصل که "طبيب باید حتی دشمنانش را با همان روح دلدادگی مداوا کند که دوستانش را"، حاضر به معالجه بیماران مسیحی بودند (۶). نوع دیدگاه به انجام وظایف حرفه ای در رفتارها تجلی می نمود. در بعضی مواقع طبیبان مسلمان در حال معالجه بیماران مسیحی با ممانعت طبیبان مسیحی مواجه می شدند. خانم زیگزید هونکه در تحقیق خود یکی از این موارد را با عنوان

بیماران روانی و اشخاص درمانده دیگر در آنجا نگهداری می شدند. هتل «دیو» که در سال ۵۴۲ میلادی توسط چیلدبرت اول شاه فرانک ها بنا نهاده شد قدیمی ترین بیمارستان فرانسه است. قدیمی ترین بیمارستان در انگلیس توسط ساکسونها در سال ۹۳۷ میلادی بنا شد. در طی جنگ های صلیبی در قرن دوازدهم ساختن بیمارستان ها اولویت بیشتری یافت. در قرن سیزدهم تعداد کثیری بیمارستان به خصوص در ایتالیا بنا نهاده شد. بیشتر از دوازده بیمارستان به تنهایی در میلان ساخته شدند. تا انتهای قرن چهاردهم فلورانس بیشتر از ۳۰ بیمارستان داشت که برخی از آنها از لحاظ معماری جزء آثار هنری محسوب می شدند. شیوع طاعون در قرن چهاردهم حتی ساخت بیمارستان های بیشتری را باعث شد. (۹).

Abstract

Famous Crusade's conflicts, flames in the eleventh century, due to the Muslim-Christian differences over Possession of the Beit-al-moghaddas (Jerusalem), and continues to the fourteenth century, when it reflowed with the victory of the Muslims. The root for these wars, included the religious discrepancies, tempting motives of eastern world, celebrity, majestic and economic prosperity and tourism of the major cities of the Orient. Historically, these devastating wars occurred, when the Muslim world suffered from internal disputes and the plurality of power centers. In the same time, the Christian world, was involved by the disparity of the Latin Church with the Orthodox Church, and the deep divisions and insecurity.

From the relief point of view, these distressing wars were the scene of killing of a large number of Muslims and Christians, and injuries and disabilities of numerous others, too. Trauma management and other relief aspects of the wounded and the humanitarian services to the affected parties, as well as people of war zones have been discussed in this survey.

Key words: Crusade conflicts, Relief, History, history of medicine, Beit-al-moghaddas (Jerusalem), Islam, Christianity, Civilization centers, Middle Ages.

برخورد پزشکی مسلمان به نام ثابت با دو بیمار مسیحی، به تفصیل نقل نموده است (۸).

بحث

"در قرون وسطی، پزشکان اروپایی علاوه بر روش های یونانی، رومی و اسلامی، از وردخوانی و شیوه های خرافی برای درمان بیماران خود استفاده میکردند. کلیسا اصرار میورزید که سنت های جادویی با دعاها و مراسم مذهبی مسیحی جایگزین شوند. تحقیق، پیشرفت و مشاهده جای خود را به نظام های مستبدی دادند که تفکر علمی را تضعیف میکردند. هیچ بودجه ای برای سیستم های بهداشت عمومی وجود نداشت. قلمروها اکثر اوقات در حال جنگ با یکدیگر بودند. کلیسای مستبد مردم را مجبور به پذیرش کورکورانه مطالب می کرد. این شرایط منجر به این شد که اکثر مردم فکری کردند بیماری ها تنبیه خدایان هستند و در نتیجه هیچ امیدی به یافتن درمان برای آن ها نمی دیدند. مردم فکر می کردند ندامت و پشیمانی از گناهان شان آنان را نجات می دهد" (۹). هنوز مینیاتورهای تاریخی این گونه باورهای خرافی که موضوع آن مردمانی معلول با دست و پای قطع شده و به "آتش (خشم) سنت آنتونی" معروف است، حتی در موزه های گیاه شناسی معروف دنیا در معرض بازدید عموم قرار دارد (تصویر ۱). باور به این گونه اعتقادات، شرایط درمان مجروحین جنگی جبهه صلیبیان را به شدت تحت تأثیر قرار داده بود و مجروحین مبتلا به جراحات عمیق هیچ امیدی به نجات توسط امدادگران و طبیبان خرافی و بی تجربه، نداشتند (۱۰). در جبهه مقابل مسلمانان از پیشینه تاریخی و فرهنگی و دانش و تجربه پزشکی عمیقی برخوردار بودند و مجموعه تجارب قبلی را در درمان مجروحین خود، و حتی بیماران جبهه دشمن، به کار می گرفتند. "برخی مسیحیان با پزشکان برجسته ای در ارتباط قرار گرفتند. در دوران جنگ های صلیبی بسیاری از مسیحیان به خاورمیانه سفر کردند و پزشکی علمی را یاد گرفتند. در قرن دوازدهم میلادی کتب و اسناد متعددی در زمینه پزشکی از عربی ترجمه شدند. دانشمندان مسلمان اکثر متون یونانی و رومی را ترجمه کرده بودند" (۹). مورخان بر این باور هستند که دوره رکود طولانی در پزشکی یک استثناء داشت و آن هم جراحی بود. در جنگ های مختلف صلیبی، ۱۵ تا ۲۰ هزار رزمنده شرکت می کردند که جمع قابل توجهی از آنان مجروح می شدند یا جان خود را از دست می دادند (۱۱-۱۲).

ساخت بیمارستان ها در قرون وسطی در اروپا

"بیمارستان در قرون وسطی شبیه مهمان سرا یا خانه هایی برای افراد سال خورده و نیازمند بود. علاوه بر بیماران، فقرا، نابینایان، زائران، مسافران، یتیمان،

منابع

- ۱- استیون رانسیمان، مترجم: کاشف-منوچهر: تاریخ جنگ های صلیبی-جلد اول. انتشارات علمی-فرهنگی، چاپ پنجم، ۱۳۸۴
- ۲- BG (RET), Lim Meng Kin: MILITARY MEDICINE THROUGH THE AGES. SAF Medical Corps Monograph, <https://www.min>
- ۳- جنگ های صلیبی: ویکی فقه، دانشنامه حوزوی، www.wikifeqh.ir
- ۴- قاسم عبده قاسم، ماهیه الحروب الصلیبیه: الایدیولوجیه، الدوافع، النتائج، ص ۱۲، النتائج، کویت ۱۹۹۰/۱۴۱۰
- ۵- Riley-Smith, Jonathan. The Oxford History of the Crusades New York: Oxford University Press, ۱۹۹۹. ISBN. ۰-۱۹-۲۸۵۳۶۴-۳
- ۶- تاج الدینی-ژاله: طب اسلامی و تأثیر آن بر علم پزشکی. طب و تزکیه، شماره ۴۶، پائیز ۱۳۸۱، صفحات ۵۵-۵۹
- ۷- براون-ادوارد: تاریخ طب اسلامی، چاپ اول، تهران، مؤسسه علمی و فرهنگی، سال ۱۳۶۴، ص ۱۰۵
- ۸- زیگزید-هونکه: مترجم: مرتضی رهبانی: فرهنگ اسلام در اروپا، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، جلد ۲، چاپ ۱، ۱۳۶۲، صفحات ۳۱۲-۳۱۰
- ۹- میربهاء الدین-سید خشایار (مترجم): پزشکی اروپا در قرون وسطی. روزنامه سپید، ۱۰ آبان ۱۳۹۳، <http://sepidonline.ir>
- 10- The Herbs Museum of Vancouver, Canada. <http://www.herbmuseum.ca/content/st-anthonys-fire>.
- 11- Sofya la Rus, Mka Lisa Kies: Military Medicine in the Middle Ages. Updated 17 June 2007, <http://www.sofyalarus.info/Medicine/military>
- 12- Sokolov: Battlefield Medicine & Surgery Medieval Ages, <https://forum.kingdomcomer-pg.com>

تصویر ۱: مینیاتور معروف آتش سنت آنتونی



استفاده گسترده سلاح شیمیایی علیه نظامیان و غیر نظامیان ایران در جنگ عراق

تحلیل استفاده گسترده سلاح شیمیایی علیه نظامیان و غیرنظامیان ایران توسط ارتش رژیم بعثی عراق، از منظر اخلاق و حقوق بشر
نویسنده: دکتر سید مسعود خاتمی^۱

(ژون ۱۹۸۱) دی ماه ۱۳۵۹ چند ماه پس از شروع جنگ ایران و عراق (شهریور ۱۳۵۹ سپتامبر ۱۹۸۰)، گزارش هایی از مناطق جنگی می رسید که نیروهای عراقی از گلوله هایی استفاده می کنند که پس از اصابت گردی از آن آزاد و اطراف پخش می شود و سربازانی که با این سلاح مواجه می شوند دچار سوزش چشم، آبریزش مخاط، تهوع و به هم خوردن تعادل بدن می شوند و حتی مواردی از مرگ ناگهانی هم گزارش شده است.

در ابتدا این گزارشات محدود و پراکنده بود، و بعداً مشخص شد در مرحله آزمایش و سنجش حساسیت به این سلاح ها بوده است. همزمان با این حوادث در مناطقی از غرب کشور خبری توسط خبرگزاری ها منتشر شد که وسائل انفرادی سربازان عراقی که در بعضی مناطق عقب نشینی کرده اند و وسایل خود را نبرده اند، حاوی ماسک های مخصوصی است که در زمان مواجهه با گازهای شیمیایی استفاده می کنند. این اتفاقات در کنار هم ابهام موضوع را بیشتر می کرد و به نظر می رسید که حوادث ناگواری در پیش است.

اگرچه استفاده از این سلاح های مخرب در تاریخ سابقه دارد ولی به نظر می رسد استفاده وسیع از آنها به جریان جنگ جهانی اول بازمی گردد. ساعت ۲ بامداد آوریل ۱۹۱۵ ارتش آلمان حدود شش هزار سیلندر حاوی دو هزار تن گاز کلر در میان اردوگاه متفقین شلیک کرد. آمار تلفات آن را ۵۰۰۰ نفر گزارش کرده اند. مرکز این حمله دهکده ایپر بود که این محل به طور کلی از منطقه زیستی خارج شد.

در کنوانسیون منع سلاح های شیمیایی ۱۹۹۷، سالن کنوانسیون را به نام ایپر نامگذاری شد و روز استفاده حجیم از

گاز را The birthday of chemical modern warfare نامگذاری کردند.

به دنبال این حمله متفقین عقب نشینی کرده و مواضع آنها به اشغال آلمان درآمد. انگلیسی ها و فرانسوی ها در تلافی این حمله در ۲۵ سپتامبر ۱۹۱۵ علیه نیروهای آلمان از گاز کلر استفاده کردند و در آخرین روزهای سال ۱۹۱۵ گاز خردل، فسژن، اعصاب استفاده کردند. در سال ۱۹۱۶ در جبهه zomme به طول ۱۷ مایل و تا شعاع ۱۲ مایلی ابری غلیظ کل خطوط آلمان ها را دربرگرفت که علاوه بر نابودی انسانها حتی حیوانات و گیاهان نیز در آن منطقه نابود شدند.

مجدداً آلمان ها در سالهای ۱۹۱۶ و ۱۹۱۸ با تمرکز ۱۴۰۰ قبضه توپ و خمپاره در جبهه ای به طول ۶ کیلومتر و به مدت شش روز دو میلیون و پانصد هزار گلوله خفه کننده شلیک کردند که ده ها هزار نفر از نیروهای فرانسوی جان باختند.

۱۲ ژانویه ۱۹۱۷ در جبهه ایپرس بلژیک چندین هزار گلوله حامل گاز خرد بر علیه انگلیسی ها و فرانسوی ها شلیک شد.

چهار سال عملیات متحدین و متفقین علیه یکدیگر بسیار سنگین و پر حادثه بود. بطوریکه ۷۰٪ تلفات متفقین در جنگ جهانی اول به دنبال استفاده از سلاح شیمیایی اتفاق افتاد.

حاصل استفاده از ۳۶ نوع گاز سمی کشته شدن حدود ۱۲۰ هزار نفر و مصدومیت ۱/۵ میلیون نفر از هر دو جبهه بود. آنچه در تاریخ ضبط شده عمده گازهای بکار گرفته شده کلر-فسژن-خردل-مخلوط کلر و فسژن، خردل و مخلوطی از آنها به همراه هیدروژن سیانید، کلراید و سیاتورن و گازهای اشک آوری که شوری به کار می گرفت.

ترس و هراس از آثار مخرب این سلاح ها به امضای پروتکل منع کاربرد سلاح های شیمیایی و میکروبی در ۱۷ ژوئن ۱۹۲۵ گردید. در این پروتکل تولید و ذخیره گازها به دلیل نفوذ دولت های دارنده سلاح ها تحریم نگردید و فقط استفاده از آنها منع شد. آمریکا، ژاپن، برزیل و آرژانتین این معاهده را امضا نکردند.

دولت ایران در ۵ نوامبر ۱۹۲۹ (۹ تیر ماه ۱۳۰۸) و دولت عراق در تاریخ ۸ سپتامبر ۱۹۳۱ (۱۷ شهریور ۱۳۱۰) به جمع معاهدان کنوانسیون ژنو پیوستند.

در طول جنگ جهانی دوم با وجود تولید و انباشت ۲۵۰ هزار تن از انواع گازهای عامل اعصاب، تاول زا، و عوامل خونی، به دلیل ترس از مقابله به مثل از گازهای شیمیایی کمتر استفاده گردید. در پایان جنگ جهانی دوم با ورود متفقین به برلین و

۱..... مسئول بهداری سپاه پاسداران در دوران جنگ. استاد گروه جراحی عمومی و عروق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

سقوط آلمان گازهای شیمیایی و میکروبی تولید شده و کارشناسان مربوطه به آمریکا و شوروی منتقل شدند و مطابق با مفاد اعلانی کنوانسیون یوتسدام در مه ۱۹۴۵، ۲۰۰ هزار تن مواد شیمیایی که ۱۲۵ هزار تن آن گاز اعصاب تاین بود با تجهیزات و دانشمندان مربوطه به آمریکا، انگلیس و شوروی منتقل شدند.

متأسفانه پس از جنگ جهانی دوم بار دیگری سلاح های شیمیایی در جنگ های مختلف به کار گرفته شد.

شش سال پس از پایان جنگ جهانی، آمریکا در سال های ۵۳-۱۹۵۱ بر علیه کره شمالی آن را به کاربرد.

انگلیس نیز بر علیه مردم بومی مالیا در آفریقا از سلاح شیمیایی استفاده کرد.

پس از آنکه امریکایی ها در جنگ ویتنام مغلوبه شدند، حملات وسیع و گسترده بمباران شیمیایی توسط آمریکا علیه ویت کنگ ها (ویتنام جنوبی) در سال های ۱۹۷۵-۱۹۶۵ انجام گرفت. آمریکا حدود ۵۰ هزار تن مواد سمی خطرناک را در ۴۵ حمله هوایی بر سر مردم ویتنام فرو ریخت. طبق اظهارات مسئولین ویتنام هنوز هم آثار مواد سمی و شیمیایی به کار گرفته بر علیه مردم ویتنام باقی مانده است و آنها مدعی اند که حتی عوارض ژنتیکی آنها در نسل های بعدی نیز تظاهر پیدا کرده است. طبق اظهارات اعضای کمیسیون منع سلاح های شیمیایی سازمان ملل تاکنون استفاده از بیش از ۷۰ هزار تن از عوامل مختلف شیمیایی به این کمیسیون گزارش شده و آمار واقعی بیش از اینهاست.

از ژوئن ۱۹۸۱ تا اکتبر ۱۹۸۳ گزارشات استفاده از سلاح شیمیایی به صورت پراکنده و محدود گزارش می شد. در سوم آبان ماه ۱۳۶۲، منطقه وسیع تری در در ناحیه سردشت بمباران شیمیایی شد که علاوه بر نیروهای نظامی ساکنین غیرنظامی نیز آسیب دیدند. در هفتم آبان ماه همان سال منطقه بانه مورد حمله مشابه قرار گرفت. سربازان و افراد غیرنظامی به دنبال مواجهه با این مواد که تا آن زمان برای ما ناشناخته بود، دچار سوختگی سر و صورت، عوارض چشمی، تهوع و استفراغ می شدند و عده ای ظرف چند ساعت با تابلوی نارسایی شدید تنفسی از بین رفتند. حدود نه نفر در این حملات جان باختند تعدادی کودک و زن و افراد خردسال و عده ای هم سرباز بودند که طبق گفته شاهدان عینی همه این جانباختگان تنگی نفس شدید و دیسترس تنفسی داشته اند و در فاصله زمانی حداکثر ۷۲ ساعت بعد از مواجهه با گازهای شیمیایی از بین رفته اند.

کادر پزشکی که مسئولیت رسیدگی به مجروحین عادی را با تاسیس مراکز اورژانس در خطوط مقدم جبهه ها، بیمارستان های صحرایی نزدیک به مناطق درگیری، تریاژ مجروحین پس از اقدامات فوری و حیاتی و اعزام مجروحین به مراکز درمانی سراسر کشور انجام می داد، به طور ناگهانی با انبوهی از مصدومین شیمیایی مراجعه کننده به اورژانس های خط اول رو به رو شد. ماجرا فقط یک حادثه نبود؛ موضوع همچون شوک بر پیکر تیم درمانی وارد شد می رفت تا "گردونه حرکت را از مسیر خارج کند." همه چیز در هاله ای از ابهام بود؛ سوال هایی که در روزهای اول پاسخ مشخصی نداشت.

در مواجهه با این موضوع چند سوال اساسی مطرح بود: ماهیت این مواد چیست؟

هنگام مواجهه با آن چه اقدام محافظتی باید انجام داد؟ اقدامات درمانی فوری بخصوص برای گازهای سریع الاثر چگونه باید باشد؟

پروتکل درمان مصدومین در مراحل اولیه و بعد از آن چیست؟ تریاژ این بیماران چگونه باید انجام شود؟

بعضی از این ابهامات باید سریعاً روشن می شد. از سوی دیگر حملات شیمیایی با شدت در مناطق مختلف ادامه داشت و فرصت هر کاری را از کادر درمانی می گرفت.

عده ای از مصدومین برای مداوا به کشورهای اروپایی اعزام شدند. تیم های تخصصی برای پیگیری درمان آنها به این مراکز رفتند. در این بین دو نکته جلب نظر می کرد؛ اول اینکه مشخص شد کادر پزشکی در مراکز فوق هم اطلاعات چندانی ندارد و بعضاً با متخصصین سایر مراکز درمانی کشورهای دیگر مشاوره کرده بودند. دوم اینکه بعضی از اقدامات انجام شده جنبه درمانی نداشت و به نظر می رسید کارهای صورت گرفته عمدتاً جنبه تحقیقاتی دارند مثل نمونه برداری از بافت های صدمه دیده. آسیب های مختلف ریه، چشم و پوست، که عمدتاً جنبه پژوهشی داشته است. خلاصه اینکه متخصصین سایر کشورها هم اطلاعات درمانی چندانی در این موارد نداشتند. اینکه چرا کشورهای اروپایی که خود سازندگان اصلی این سلاح های مرگبار هستند، اطلاعات جامعی در موضوع مقابله و درمان آن ندارند نکته قابل تاملی است.

علیرغم حملات شیمیایی که در جنگ جهانی و بعد از آن در مناطق مختلف گزارش شده است، مراجع رسمی پزشکی و بین المللی اطلاعات چندانی از نحوه مقابله و خنثی سازی و درمان این سلاح مرگبار ثبت نکرده اند.

برای پاسخ سریع و روشن به ابهامات پیش رو به کتب و منابع تخصصی مراجعه کردیم که متأسفانه پاسخ راه گشایی نیافتیم. حداقل در آن مقطع از زمان، اطلاع از نحوه مقابله و درمان در کتب مرجع بین المللی خیلی موجود نبود.

ابتدا بعضی از بمب های عمل نکرده و یا قسمتی از موادی که از بمب های عمل کرده باقی مانده بودند به مراکز آزمایشگاهی دانشگاهی منتقل شدند و متخصصین ماهیت گازهای به کار رفته را سریعاً شناسایی کردند. عمده گازهای به کار رفته در آن زمان سولفور موستارت (خردل)، گازهای عامل اعصاب، تابون و ساردین و گازهای عامل خون بود. برای محافظت اولیه و اقدامات فوری در لحظات اولیه مواجهه با آلودگی، توکسیکولوژیست ها و سایر متخصصین فعالیت های شبانه روزی را شروع کردند. ویژگی های گازهای مختلف شناسایی و نحوه مقابله اولیه مشخص و پروتکل هایی تنظیم و به سربازان آموزش داده شد. اورژانس های مخصوص مصدومین آماده شد و برخورد اولیه در مواجهه شامل جدا کردن لباس ها و وسایل آلوده، دوش گرفتن و زدودن آلودگی از سطح پوست، شستشوی چشم ها به مدت طولانی برای به حداقل رساندن مدت تماس با آلودگی و کاهش عوارض دراز مدت برنامه ریزی شد، پروتکل تریاژ مجروحین بر مبنای نوع آلودگی تهیه و تدوین گردید. آنتی دت های گازهای سریع الاثر آتروپین اتوماتیک، آمیل نیتريت در مراکز علمی داخلی تهیه شد و نحوه استفاده از آن به سربازان آموزش داده شد و وسایل همراه هر سرباز به آنها تحویل داده شد. ماسک های محافظ تهیه شد و سربازان به این ماسک ها مجهز شدند. کاورهای

آن دشت مظلومانه قربانی جنایات جنگی صدام شدند و مجامع بین المللی صحنه را دیدند ولی اقدام عملی نکردند و این سبوعانه ترین و وحشیانه ترین جنایات شیمیایی صدام بود.

حملات شیمیایی پس از فاجعه حلبچه همچنان ادامه پیدا کرد؛

فروردین ۱۳۶۷، حمله شیمیایی به منطقه مسکونی نودوشه، خرداد ماه ۱۳۶۷، حمله به مناطق جنگی، یازده مرداد ۱۳۶۷، حمله به روستای شیخ عثمان در اشنویه کردستان که پنجاه و یک شهید و ۲۸۰۰ مصدوم به جای گذاشت و این آخرین حمله شیمیایی صدام بود.

و خلاصه حملات شیمیایی از بیست و هفت مهر ماه ۱۳۵۹ تا اواسط شهریور ماه ۱۳۶۷ انجام گرفت.

مطابق آمار رسمی:

۵۸۲ بار حمله شیمیایی به وسیله

هواییمای بمب افکن

هلی کوپتر

گلوله های توپ و خمپاره

موشک کاتیوشا

و در مجموع: حدوداً ۲۰۰۰۰ بمب و راکت

۷۰۰۰ گلوله جنگی

۲۷۰۰۰ گلوله کاتیوشا

به وزن تقریبی:

۱۸۰۰ تن گاز خردل

۱۴۰ تن گاز تابن

۶۰۰ تن گاز سارین

و همچنین استفاده از بعضی از عوامل ناشناخته که به نظر ترکیبی از گازهای فوق بود.

مطابق با آمار رسمی حدود صدها هزار نفر در معرض گازهای شیمیایی قرار گرفتند و تعداد زیادی از مصدومین به علت عوارض دیررس مصدومیت تحت درمان می باشند.

در حال حاضر حدود ۴۵۰۰۰ نفر تحت مراقبت ویژه می باشند. و بعضی از عوارض دیررس هنوز ناشناخته است و این گوشه ای است از جنایات جنگی که بر خلاف قوانین انسانی و بشر دوستانه انجام شد.

و این شرمی برای بشریت در روزگار تکریم حقوق بشر دوستانه است

مخصوص برای محافظت از صدمات پوستی تهیه و در مراکز مورد استفاده توزیع شد. از سوی دیگر استفاده از این سلاح های شیمیایی روز به روز شدت بیشتری می یافت. در یک مرکز اورژانس در مدت ۴۸ ساعت گاهی تعداد بیش از ۲۰۰۰ مصدوم شیمیایی مراجعه می کردند.

کادر درمانی در میدان های جنگ در مراکز درمانی پشت جبهه ها برای مقابله با این فاجعه غم بار خود را آماده و مجهز می کرد. تیم های مخصوص مصدومان شیمیایی متشکل از پزشکان و پرستاران، موضوع بمباران شیمیایی و وضعیت مجروحان را با دقت پیگیری می کردند. حملات جنگی صدام هر لحظه ابعاد جدیدتری به خود می گرفت.

ساعت ۹:۳۰ صبح یک روز اسفند ماه ۱۳۶۴، ده فروند هواییمای بمب افکن بیمارستان صحرایی حضرت فاطمه (سلام الله علیها) را بمباران کردند درحالیکه در این مرکز آسیب دیدگان جنگ تحت درمان بود. حادثه آنقدر شدید بود که عده ای از افراد کادر درمانی مجروح و مصدوم شدند و بیمارستان برای رفع آلودگی چند روزی کاملاً تعطیل گردید.

در دی ماه ۱۳۶۵، بیمارستان صحرایی سومار در غرب کشور هم مورد حمله شیمیایی قرار گرفت و عده ای از کادر درمانی و پزشکان نیز شدیداً مصدوم شدند.

از آغاز حملات شیمیایی به طور پراکنده مراکز مسکونی مورد حملات بمباران شیمیایی قرار می گرفتند.

در تاریخ هفتم تیر ماه ۱۳۶۶، شهر سردشت مورد حمله نسبتاً وسیع شیمیایی قرار گرفت و عده زیادی از مردم عادی مصدوم شدند و حدود ۱۳۰ نفر از زن و مرد و پیر و جوان جان باختند.

و خلاصه هفتم اسفند ماه ۱۳۶۶ (۲۶ فوریه ۱۹۸۸)؛ فاجعه حلبچه مردم حلبچه به دلیل انزجاری که از دولت مرکزی صدام داشتند چندین بار مورد حمله هوایی قرار گرفته بودند. پس از آزادسازی این شهر از سیطره صدام و استقبال مردم از این حادثه، به ناگهان صدام به قصد انتقام و وحشیانه، ظرف چهل و هشت ساعت حدود پانصد بمب و راکت شیمیایی بر سر مردم بی پناه این شهر فروریخت.

به نظر می رسد بمباران اولیه عمدتاً گاز عامل اعصاب بوده است آن هم علیه مردمی که حتی پناه گرفتن از سلاح شیمیایی را نمی دانستند و بعضاً به زیرزمین و مراکز عمیق پناه برده و همه آنها دردم جان باخته بودند. معلوم نیست در تاریخ کشتارهای جمعی فاجعه ای به شدت و عمق این حادثه رخ داده باشد. در کوچه و خیابان و خانه و مزرعه، انسان های مختلف از زن و مرد و پیر و جوان در حالات مختلف، به صورت دسته جمعی یا فردی جان باخته بودند. در بعضی خانه ها همه اهل خانه در کنار سفره خانوادگی جان داده بودند. در هرکجا صحنه های دلخراش مشاهده می شد، حتی حیوانات اهلی در مزارع نیز جان سالم به در نبرده بودند. صحنه هایی غم بار از مادر و فرزندی که فرزند خود را به قصد فرار از حادثه به آغوش کشیده و هر دو در همین حال جان داده بودند. عده ای در وسایل نقلیه به قصد فرار از محل حادثه جمع شده بودند و این راننده و سرنشینان همه با هم جان باخته بودند. در هر نقطه از این شهر زیبای مرزی و آن هم در طلیعه بهار که باغ و بوستان ظهور سال جدید را به استقبال رفته بودند، صحنه های قتل و جنایت به وفور دیده می شد. ساکنین بی پناه و مظلوم

ثبت تاریخ شفاهی بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس در موزه انقلاب اسلامی و دفاع مقدس

قسمت دوم: مروری بر نقاهتگاه های عملیات دفاع مقدس

نویسنده: احمد اخوان مهدوی^۱

خلاصه: در عملیات نظامی در دوران دفاع مقدس، بعضاً پیش بینی ها حاکی از درگیری های بزرگ با حجم بالائی از تلفات و جراحات بود. در این موارد امکانات موجود در زنجیره امداد و انتقال، در این موارد برای درمان انبوه مصدومین و مجروحین تکاپوی خدمت رسانی مطلوب را نمی نمود. راه اندازی و تدارک مجموعه هائی با عنوان نقاهتگاه، برای غلبه بر این شرایط، گامی مهم، ساده، راهگشا و از ابتکارات حیات بخش بهداری رزمی دفاع مقدس بوده است. در این مطالعه که توسط موزه دفاع مقدس انجام شده، فرآیندهای مربوط به طراحی، برپایی، اداره، نگهداشت و ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات فوری و سایر مراقبت های سلامت در این مراکز، ارائه می شود. اسامی و مشخصات نقاهتگاه های مهم مورد استفاده در دفاع مقدس نیز ضمیمه شده است.

کلمات کلیدی: نقاهتگاه - دفاع مقدس - طب رزمی - موزه دفاع مقدس

نوع و ماهیت عملیات و باهدف مقدس و ضروری حفظ سلامت و صیانت از رزمندگان در عرصه های نبرد، ابتکارات فراوانی برای بهره گیری از ظرفیت تمامی بخش هادر حفظ جان رزمندگان سلحشور انجام داده است. در عملیاتی که برآوردها نشان از سطح بالائی از درگیری ها و حجم بالائی از تلفات و جراحات می داد، و امکانات برای درمان انبوه مصدومین و مجروحین محدود بود، ایجاد و راه اندازی نقاهت گاه، گامی بزرگ و ساده بود. فرماندهان بهداری رزم در این بحران ها، با بهره گیری از تجارب دیگر نبردها، با بکارگیری پزشکان و پرستاران بسیجی و داوطلب، و جذب کمک های مردم و سایر سازمان ها و دستگاه های مسئول، چاره اندیشی می کردند. فراخوان داوطلبین همیاری با بهداری رزم، نیازهای نیروی انسانی زنجیره امداد و انتقال را تأمین و ثمرات آن غلبه بر شرایط ناخواسته و بحرانی و کسب توفیقات بزرگی بود که در عملیات های گسترده نصیب جبهه اسلام می شد. مروری بر نقاهتگاه ها و عملکرد آنها در عملیات مختلف دوران دفاع مقدس، موضوع این گزارش است. اطلاعات این مطالعه براساس تشکیل کارگروه بهداشت و درمان در موزه انقلاب اسلامی و دفاع مقدس و ثبت تاریخ شفاهی وقایع و فرآیندهای مربوط به اداره، نگهداشت و ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات فوری و سایر مراقبت های سلامت در این مراکز، بدست آمده است.

ادبیات نظری مطالعه

در مسیر توسعه زنجیره امداد و انتقال و ارتقاء خدمات بیمارستانی در دوران دفاع مقدس، مراکزی در سطح مناطق عملیاتی و پشتیبانی تاسیس گردید و در آنها خدمات مراقبتی به مجروحین و مصدومینی که مداوای آن ها فوریت نداشت، ارائه می گردید که نام آن ها نقاهتگاه بود. انگیزه ساخت نقاهتگاه، استفاده حداکثری از امکانات درمانی و مراقبتی برای طیف وسیعی از مجروحین در مناطق امن تر، با فاصله بیشتر از

مقدمه و بیان مسئله

دوران دفاع مقدس تابلوی تمام نمای ایثار و از خودگذشتگی سپیدپوشانی است که همواره با تمامی وجود و با گذشتن از سد منیت ها، توانستند نگارینه های جادوئی بر سپهر سلامت ایران اسلامی بیارایند. در سیر تکامل زنجیره امداد و انتقال در نبردها هشت ساله دفاع مقدس، بهداری رزمی با توجه

۱..... کارشناس ارشد مدیریت، معاون بهداری رزمی نیروی زمینی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی

در نقاهتگاه می‌بایست حداقل وسایل و امکانات درمانی برای ارائه حداکثر مراقبت و درمان عده کثیری که احتیاج به درمان دارند مهیا باشد. از نظر فیزیکی متشکل از سالن‌های وسیع و منظم و مجهز به تخت‌های چوبی یا فلزی هستند که با تشک و ملحفه‌های سفید آنکارده شده، تا در مواقع اضطراری رزمندگانی را که دچار حادثه شده و نیاز به درمان‌های مراقبتی دارند، در خود جای دهد. از نظر امکانات، داروها و تجهیزات، برحسب پیش‌بینی و موقعیت و طبق دستورالعمل، لیستی از این موارد باید در دسترس باشد. نیروی انسانی نقاهتگاه نیز برحسب عملکرد مورد انتظار و وفق دستورالعمل‌های از قبل تعیین شده باید فراهم گردد و در زمان استفاده حضور داشته باشند.

تکامل نقاهتگاه‌ها در هشت سال دفاع مقدس

اولین نقاهتگاه رسمی عملیاتی

نقاهتگاه شهید کلانتری به عنوان نخستین نقاهتگاه در جنوب در عملیات فتح المبین محلی که بیمارستان شهید کلانتری بود (خودش بیمارستان بود که ۲۲ تخت و ۲ اتاق عمل و رادیولوژی و آزمایشگاه داشت و شرایط پذیرش اورژانس را نداشت. یک مجموعه به عنوان مهمانسرا بود (برای پذیرایی وزارت راه (راه آهن) و همان مهمانسراها را کردند بخش‌های بستری (نقاهتگاه) این مکان اولین جایی بود که بصورت اختصاصی تبدیل به نقاهتگاه شد و از آنجا مجروحین را به ستاد تخلیه برای اعزام به عقبه منتقل می‌کردند. نقاهتگاه‌ها در عملیات بالاترین حجم تخت در کربلای ۵ با گنجایش ۳۱۰۰ تخت بود.

نمونه‌ای از تکامل نقاهتگاه‌ها در جنگ تحمیلی

نقاهتگاه شهید رهنمون ICU داشت. ۲ نقاهتگاه دیگر CSR داشتند. نقاهتگاه سیدالشهدا (ع) آزمایشگاه و رادیولوژی پرتابل داشت.

موقعیت مکانی و نقش نقاهتگاه شهید کلانتری در جنگ

همجواری اندیمشک به جبهه‌های غرب کرخه و شوش حجم مجروحینی که از این محور به اندیمشک آورده می‌شدند و پایین بودن ظرفیت بیمارستان شهید بهشتی در رسیدگی به مجروحین سبب شد تا جهت احداث بیمارستانی جدید در اندیمشک تصمیماتی اتخاذ شود تا در صورت انجام عملیات‌های آینده جهت بازپس‌گیری سرزمین‌های اشغالی غرب کرخه، کار رسیدگی به مجروحین بدون مشکل و محدودیت انجام گیرد و بدین ترتیب بیمارستان شهید کلانتری شکل گرفت. در این راستا ساختمان اورژانس شرکت تراورس بتنی اندیمشک، جهت ایجاد یک بیمارستان به سپاه

مناطق جنگی بوده است. این نقاهتگاه‌ها ظرفیت بالایی داشته و بعضاً بیش از ۱۰۰۰ تخت‌خواب و امکان پذیرش تعداد زیادی از مصدومین را داشته‌اند. در حین ارائه خدمات مجروحین سطحی مرخص و مجروحان دیگری که نیاز به رسیدگی بیشتر و احتمالاً درمان‌هایی نظیر اعمال جراحی داشتند، غربال و به نزدیک‌ترین بیمارستان‌های شهرستانها و سایر استان‌ها منتقل می‌شدند. قبل از بکارگیری رسمی نقاهتگاه، در سال‌های نخست جنگ، در بهداری رزمی دفاع مقدس، مجروحان و بیماران از واحدهای اورژانس به بیمارستان‌های صحرایی و از آنجا به راه آهن و فرودگاه منتقل و از آنجا به بیمارستان‌های مجهز سایر شهرها اعزام می‌شدند. در سال‌های بعد این واحدهای نقاهتگاهی ساخته شد تا از فشار کار کاسته شود و در عین حال فرصت و امکانات بیشتر برای رسیدگی به حال مجروحان بد حال، پیش از انتقال آنها به بیمارستان‌های مجهز در استان‌ها ایجاد شود. در عملیات والفجر ۴ در منطقه مریوان نیز از همین روش استفاده شد. قبل از عملیات، نقاهتگاهی ساخته شد و مجروحان از منطقه عملیاتی به این منطقه که از امنیت بالایی برخوردار بود، منتقل می‌شدند. نمونه‌ای از این نقاهتگاه‌ها، باشگاه‌های شرکت نفت در مجاورت بیمارستان نفت بود. سالن‌های ورزشی و حتی سالن غذاخوری به وسایل مورد نیاز مجهز و برای پذیرش مجروحین تا پایان عملیات برپا بود.

نقاهتگاه

نقاهتگاه به عنوان محلی برای نگه داشتن و تکمیل مراحل درمانی بیماران که مراحل حاد درمانی خود را می‌گذرانند و در عمل ناتوان از حفاظت خود تا بهبودی و سلامتی کامل هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیماران و مجروحین با گذراندن دوره نقاهت و ضعف ناشی مصدومیت در این اماکن بهداشتی-درمانی، خود را برای پذیرش مجدد مسئولیت‌های قبل از مجروحیت یا بیماری، آماده می‌سازند.

موقعیت نقاهتگاه در زنجیره امداد و انتقال

نقاهتگاه محلی است که بیمارستان شهری را با مراکز بازسازی نیرو پیوند و ارتباط می‌دهد. این نوع مراکز در زمان جنگ در سطحی وسیع و با فاصله نسبتاً زیاد و در محل‌های مختلف و در مکان‌های متفاوت قرار دارند. ذکر این نکته ضروری است نقاهتگاه مختص جنگ نبوده و در زمان صلح و آرامش کامل و یا در مناطق زلزله زده و سیل زده نیز می‌تواند وجود داشته باشد. و در طب رزمی منظور از نقاهتگاه همان مرکزی است که تقریباً یا صدر - صد نظامی است.

امکانات مورد نیاز در نقاهتگاه

پاسداران تحویل داده شد. با آغاز جنگ عراق علیه ایران و پیش آمدن ضرورت‌های جدید درزمینه‌ی جبهه‌های جنگ و به علت نزدیکی شرکت تراورس بتنی به خطوط راه آهن و بلا استفاده بودن آن و وجود یک اورژانس در محوطه آن سبب شد تا این مکان جهت بیمارستان مورد توجه قرار گیرد. استعداد اولیه این بیمارستان، ساختمان اورژانس شرکت تراورس بتنی بود که با توجه به خطرناک بودن محیط و شرایط تولید تراورس جهت کارکنان شرکت به وجود آمده بود و مساحت زیربنای آن ۱۲۰۰ مترمربع بود و در ضلع غربی مجموعه و نزدیک به رستوران و سوپرمارکت شرکت و سینمای منطقه واقع شده بود. در سال ۱۳۶۳ نیز شرکت تراورس بتنی در همان محوطه شرکت اما با فاصله‌ای جداگانه کار خود را آغاز نمودند و از این زمان به بعد بیمارستان شهید کلانتری و شرکت تراورس بتنی بدون آن که خللی در کاریکدیگر وارد آورند در کنار هم مشغول فعالیت شدند.

به طوری که در زمانهایی که حجم رزمندگان مجروح بسیار بالاتر از ظرفیت بیمارستان بود کارمندان و کارگران شرکت تراورس بتنی دست از کار میکشیدند و درزمینه‌ی تخلیه‌ی مجروحین، جابجایی آنها و ... به پرسنل بیمارستان کمک مینمودند. بیمارستان شهید کلانتری از استعداد تخصصی قابل توجهی برخوردار بود و دارای اورژانس، آزمایشگاه، دو باند فرود چرخ بال، بخش داخلی، ارتوپدی، بخش جراحی و ... بود. با مشخص شدن نیازهای بیمارستان جدید، توسط بهداری رزنی قرارگاه کربلا تجهیز و آماده بهره‌برداری شد.

اهداف تاسیس نقاهتگاه‌ها

هدف کلی: کنترل و سازماندهی مجروحین، مصدومین و بیماران از جهات مختلف؛ بهداشتی درمانی، امداد و انتقال و استفاده بیشتر از سایر ظرفیتها

اهداف فرعی

کمک به افزایش ظرفیت بیمارستان‌های شهری کاهش اعزام به شهرهای عقبه مرکز جمع آوری مجروحین برانکاردی کاهش هزینه‌های مراکز درمانی در ابعاد مختلف (مدیریت اقتصاد سلامت) پیشگیری از ایجاد جَو روانی و اجتماعی نامناسب در شهرهای عقبه از اعزام‌های دسته جمعی و بی مورد پیشگیری از ایجاد جَو روانی و اجتماعی دریگان‌های رزم کمک به حفظ و افزایش توان رزمی یگان از طریق بازسازی جسمی و روحی نیروهای رزمی پیشگیری از افزایش آمار کاذب کمک به نگهداری و بازتوانی مجروحین موج انفجاری ظرفیت نقاهتگاههای مناطق مختلف در جدول ۱

خلاصه شده است.

اسامی و ظرفیت نقاهتگاههای غربی شمال غربی	اسامی و ظرفیت نقاهتگاههای غرب	اسامی و ظرفیت نقاهتگاههای جنوب
۱- ارومیه ۲۰۰ تخت. ۲- نقده ۱۰۰ تخت. ۳- مهاباد ۱۵۰ تخت. ۴- مراغه ۱۰۰ تخت. ۵- میاندوآب ۱۰۰ تخت. ۶- اشنویه ۵۰ تخت. ۷- پیرانشهر ۵۰ تخت. ۸- سردشت ۱۰۰ تخت. ۹- بوکان ۱۰ و تخت. ۱۰- بانه ۱۰۰ تخت. ۱۱- سقز ۱۰۰ تخت. ۱۲- ن- قدس سنج ۳۰۰ تخت (در عملیات داخلی و محدود ۳۰ تخت ولی در عملیتهای بزرگ تا سقف ۵۰۰ تخت فعال بود) ۱۳- مریوان ۵۰ تخت. ۱۴- سروآباد ۵۰ تخت. ۱۵- مرکز بازسازی نیروی انسانی قرارگاه (سقز) ۱۰۰ تخت (در سال ۶۶-۶۷ در بمباران شیمیایی شهر سردشت، نقاهتگاه یاد شده مورد اصابت گلوله شیمیایی قرار گرفت و کلیه کارکنان مجروح و دو نفر از آنها شهید شدند)	۱- شهدای ایلام ۲۰۰ تخت. ۲- بهمن کرمانشاه ۱۰۰۰ تخت. ۳- فارابی کرمانشاه ۲۰۰ تخت. ۴- ستاد تخلیه فرودگاه اسلام آباد ۸۰ تخت. ۵- الهیه منطقه غرب ۳۰۰ تخت. ۶- پادگان الله اکبر اسلام آباد غرب ۴۰۰ تخت. ۷- باشگاه شرکت نفت کرمانشاه ۵۰۰ تخت. ۹- پادگان ابوذر سرپل ذهاب ۱۵۰ تخت. ۱۰- گیلانغرب (جهاد آذربایجان شرقی) در استان کرمانشاه ۱۰۰ تخت. ۱۱- شهید نجمی سرپل ذهاب ۵۰ تخت. ۱۲- تازه آباد استان کرمانشاه ۵۰ تخت. ۱۳- پاه ۵۰ شهرپاوه ۵۰ تخت.	۱- نقاهتگاه (انصارالحسین) در ورزشگاه تختی شهر اهواز ۵۰۰ تخت. ۲- شهید خداپرست (دارویی) اهواز ۲۰۰ تخت. ۳- سیدالشهدا (گلف) اهواز ۱۲۰۰ تخت. ۴- ولیعصر (عج) دزفول ۵۰ تخت. ۵- شهید باکری استان خوزستان ۱۵۰ تخت. ۶- نقاهتگاه شوشتر ۵۰ تخت. ۷- شهید باکری سپنتا اهواز ۶۰۰ تخت. ۸- دانشگاه چمران اهواز ۴۰۰ تخت. ۹- پایگاه هوایی دزفول ۲۰۰ تخت. ۱۰- مرکز بازسازی نیروی انسانی قرارگاه اهواز ۴۰۰ تخت. ۱۱- خاتم الانبیاء استان خوزستان ۶۰۰ تخت. ۱۲- فاطمه الزهرا (س) مناطق عملیاتی جنوب ۱۲۰۰ تخت. ۱۳- شهید رهنمون (مرکز مبارزه با بیماریهای سرطانی) استان خوزستان ۴۰۰ تخت. ۱۴- شهید دشتیان (ملاتانی) اهواز ۴۰۰ تخت. ۱۵- ثامن الائمه (گمرک) استان خوزستان ۵۰۰ تخت. ۱۶- ن ثارالله (کارخانه ابرسازی) استان خوزستان ۷۰۰ تخت
جمعاً ۱/۵۶۰ تخت	جمعاً ۳/۳۰ تخت	جمعاً ۷/۵۵۰ تخت

جدول ۱- ظرفیت نقاهتگاههای مناطق مختلف

نقاهتگاه های مجروحین و مصدومین استان های پشتیبانی کننده

در استان های تهران، اصفهان، خراسان، فارس، مازندران و گیلان و توسط سازمان های حمایتی نظیر جمعیت هلال احمر و ... نقاهتگاه هایی جهت ارائه خدمات مراقبتی به افراد واجد شرائط تشکیل و منشاء خدمات شایسته ای در این حوزه شد.

ساختار و سازمان نقاهتگاه

مسئول (دبیرخانه)

مدیر فنی تخصصی (نظارت تخصصی بردرمان، تریاژ، سازماندهی کارکنان تخصصی و...)

مدیر داخلی (پذیرش و اعزام، نیروی انسانی، انصار، امور خوابگاهها، حفاظت فیزیکی و دژبان، ترابری امداد و انتقال، تبلیغات، تعاون)

مدیر پرستاری: مسئول اداره سالنها، آزمایشگاه، C.S.R، I.C.U، آمار و مدارک پزشکی و دارو و تجهیزات پزشکی مدیر آمار و پشتیبانی و خدمات عمومی: مخابرات، تهیه و توزیع غذا، تهیه و توزیع البسه، فنی و مهندسی (آب، برق، حمامها) نظافت عمومی و...

اداره نقاهتگاهها: به عهده سپاه بود ولی در زمان آفند تیمهای مختلف از سازمانهای مختلف آنها را اداره می کردند (هلال احمر، اداره تربیت بدنی، استانداری ها و...)

فضاها و امکانات مورد نیاز در نقاهتگاه

بخش های بستری عمومی و ایزوله: که شامل سالن ها و... می باشد.

بخشهای پاراکلینیکی مطابق نیاز: تصویر برداری، آزمایشگاه، داروخانه و...)

فضاهای خدماتی و پشتیبانی شامل: آشپزخانه، استراحتگاه کارکنان، رختشویخانه، ترابری، سرویسهای بهداشتی و...

فضاهای اداری: حوزه مدیریت (دبیرخانه، دفتر، مالی، نیروی انسانی و...) حوزه بهداشت و خدمات بهداشتی، تریاژ، پذیرش و ترخیص، اتاق معاینه، اسناد و مدارک پزشکی

تاسیسات: موتورخانه، مخابرات و رایانه، سپتیک و تصفیه خانه فاضلاب، منابع ذخیره آب، منابع ذخیره سوخت.

انواع نقاهتگاه بر اساس زمان فعالیت و خدمات

نقاهتگاه دائمی در پدافند (بیماران، مجروحین، مصدومین و مجروحین موج انفجار)
نقاهتگاه دائمی در آفند (مصدومین)
نقاهتگاه موقت در آفند (مجروحین)
نقاهتگاه موقت در آفند (P.T.S.D مجروحین موج

انفجار)

نقاهتگاه موقت پشتیبان در آفند (بیماران، مجروحین، مصدومین و مجروحین موج انفجار قابل بازسازی)
توضیح: در آفندهایی که تعداد مجروحین و مصدومین کم بود نقاهتگاه های دائمی همزمان چند نوع مجروح و مصدوم را خدمات ارائه می نمودند.

پذیرش مجروح و...

از بیمارستانهای شهری (نظامی و کشوری در آفند و پدافند)

از بیمارستانهای صحرایی (در آفند و پدافند)
مستقیم از خطوط مختلف جبهه ها (در آفند)
از نقاهتگاههای مختلف

توضیح

۱- در هر حالت بخصوص ۲ و ۳ حتما تریاژ انجام می شد.
۲- تقسیم بندی بر اساس گروه بندی انجام می شد.
۳- مصدومین بر اساس گروههای A و B و C و D و مجروحین برانکاردی (اعزام هوائی، زمینی، ریلی)، غیربرانکاردی به گروههای دیگر تقسیم بندی می شدند.

اعزام مجروح و...

اعزام به بیمارستانهای شهری (نظامی و کشوری)
اعزام به فرودگاه، اعزام به راه آهن، اعزام زمینی
اعزام به سایر نقاهتگاهها، اعزام به بازسای، ترخیص

نحوه پذیرش بیمار (مجروحین، مصدوم و بیمار)

پذیرش تا سالن، پذیرش از درب سالن تا تخت، پذیرش مجروحین شیمیایی عادی، پذیرش مجروحین شیمیایی بد حال، پذیرش مجروحین خیلی بد حال مرحله رسیدگی

معاینات و سایر رسیدگی ها

سازماندهی سوله (افراد مورد نیاز در یک سالن)

۱- نحوه هماهنگی پرسنل ۲- تابلوهای سوله دستورالعملها و نحوه تقسیم مجروحین و مصدومین به گروه های مختلف

۱- نقاهتگاه مجروحین فیزیکی، ۲- نقاهتگاه مصدومین شیمیایی، ۳- نقاهتگاه مصدومین روانپزشکی

مصدومین روانی ناشی از جنگ

به کلیه افرادی که تحت عناوین مختلف ناراحتی اعصاب، شوک ناشی از انفجار، موج گرفتگی، نوروز جنگ، سایکوتیک، اختلال سازگاری و ...، همه افرادی که همراه با صدمات جسمی و یابدون صدمه جسمی رفتاری غیرمعمول و غیرطبیعی از خود نشان داده اند و

از خطوط مقدم جبهه یا مناطق جنگی به مراکز درمانی آورده شده و به عنوان بیمار با مشکلات روانی تحت درمان قرار گرفته اند اطلاق می گردد.

Post-Traumatic Stress Disorder) P.T.S.D) اختلال استرس پس از ضایعه، اختلال تنش زای پس از رویداد- استرس پس از سانحه) (توضیح در مورد درمان در فصل های دیگر)

پایگاه منتظران جهاد (طرح بازسازی نیروی انسانی)

از آن جایی که کلیه مجروحین اعم از سربازی و برانکاردی از جبهه جنگ خارج می شوند و در ادامه هر آفندی باید منتظر پدافندهای سهمگین دشمن باشیم، طرح بازسازی نیروی انسانی در حین عملیات توسط ستاد امور نقاهتگاه ها پیشنهاد و با همکاری سایر واحدها به مورد اجرا گذاشته شد تا مشکلات فراوانی که در ادامه تخلیه بی مورد مجروحین سربازی به شهرهای عقبه پیش خواهد آورد، حل شود.

دستورالعمل تشکیل و سیر مرحله کاری اردوگاه بازسازی نیروی انسانی در حین عملیات (پایگاه منتظران جهاد) به شرح زیر می باشد.

مقدمه: تجربیات چندین ساله در عملیاتیهای متفاوت نشان داده که در حین عملیات شمار زیادی از نیروهای رزمنده به دلایل مختلف و عمدتاً جراحت های مختصر سربازی از منطقه عملیاتی به عقب آمده و تعدادی از آنها در شهرها سرگردان می شوند و عده ای به صورت کاذب بیمارستان ها و امکانات پزشکی را در آن مقطع به خود اختصاص داده و عده ای به عقبه ی یگان ها مراجعه کرده و عده ای بدون هماهنگی و اجازه به شهر خود بر می گشتند. این امر مشکلات زیادی را در رابطه با بهداری و امور پرسنلی و تعاون آنها پیش می آورد از سوی دیگر در زمانی که نیاز شدید به نیروی انسان به منظور مقابله با پاتک های دشمن و ترمیم و آماده سازی به منظور ادامه و استمرار عملیات بود درصد و حجم نیروها از مجموعه یگان رزم خارج می شدند و به دلیل روحیات به وجود آمده، عودت آنها به یگان مربوطه وجود نداشت. به منظور جلوگیری از ضایعات فوق و اثرات مثبت دیگر پیش بینی تشکیل پایگاه منتظران جهاد به منظور بازسازی نیروهای انسانی در حین عملیات گرفته شد که به شکل زیر به انجام امور مذکور مبادرت خواهد کرد.

پایگاه بازسازی نیروی انسانی

الف) اهداف

۱- جلوگیری از انتقال بی مورد نیروهایی که پس از رسیدگی جزئی توانایی شرکت در عملیات را دارند و بالطبع جلوگیری از کاهش توان رزمی یگان های سپاه در حین عملیات.

۲- جلوگیری از افزایش کاذب آمار مجروحین و مصدومین عملیات و هجوم بی رویه آنها به شهرهای عقبه و اثرات سوء

۳- خلوت شدن بیمارستان ها و نقاهتگاه ها و استفاده از امکانات درمانی و رسیدگی بهتر به مجروحین اصلی

۴- روشن بودن وضعیت آماری و پرسنلی نیروها (به دلیل اینکه به علت عدم اطلاع پرسنلی و تعاون از نیروها بعضاً به عنوان مفقود الاثر منظور شده است و اثرات سوء جانبی دیگری هم در پی خواهد داشت)

۵- جلوگیری از سرگردانی نیروها و مشخص شدن مرکزی به عنوان سرپرستی نیروها در عقبه و معرفی نیروها به محل خدمت

ب) کلیات

تشکیل اردوگاه به عهده نیروی زمینی می باشد و فرمانده اردوگاه از جانب فرماندهی نیروی زمینی مشخص خواهد شد. راه اندازی و هماهنگی با معاونتها و مدیریتهای ذیربط به عهده فرماندهی اردوگاه بوده و عناصر موجود در اردوگاه (واحدها و مدیریتها) تحت امر فرماندهی اردوگاه انجام وظیفه خواهند کرد. محل اردوگاه در اولین شهر عقبه منطقه جنگی (...) خواهد بود. معاونت های ذیربط دستورالعمل مربوط خود را تنظیم و نسبت به اجرای آن با هماهنگی فرمانده اردوگاه اقدام خواهند کرد.

ج) اقدامات اولیه (قبل از شروع عملیات)

۱- مشخص شدن محل اردوگاه: فرمانده اردوگاه و مسئولین واحدهای ذیربط (هماهنگی با معاونت ها و مدیریت های ذیربط)

۲- راه اندازی اردوگاه از جهات تدارکاتی (ترابری، تغذیه و خدمات دیگر)

۳- توجیه فرماندهان یگانها و مسئولین مربوط به منظور به کارگیری مجدد نیروهای بازسازی شده و پیش بینی های لازم و آمادگی نیروی انسانی یگان، به منظور بکارگیری آنها.

۴- انجام کار تبلیغی و فرهنگی در مجموعه یگان های رزم و به منظور آماده سازی زمینه های لازم در بین نیروها (تهیه دستورالعمل توسط معاونت فرهنگی)

۵- ابلاغ تشکیل، محل و سایر مراحل کاری اردوگاه به یگان های و... مربوطه و هماهنگی های لازم.

۱- مدیریت اردوگاه و هماهنگیهای لازم با واحدهای مختلف و اقدامات هریک

۲- تعاون

۲/۱. پرداخت پول و مساعده به مجروحینی که نیاز به پول دارند

۲/۲. تهیه آمار مجروحین ترخیص شده و هماهنگی با آمار تعاون قرارگاه
۲/۳. تهیه امکانات ارتباطی جهت مجروحین (تلفن، تلگراف و...)
۲/۴. دادن پلاک به مجروحینی که پلاکهایشان مفقود شده است

۳- معاونت فرهنگی

۳/۱. انجام فعالیت های تبلیغی و توجیهی متناسب با شرایط روحی نیروها
۳/۲. انجام برنامه های آموزشی و دعوت از مبلغین و شخصیت های سیاسی و مذهبی که معمولاً در حین عملیات در دسترس می باشند به منظور روحیه دادن به نیروها و آمادگی جهت سازماندهی مجدد.

۴- معاونت لجستیک

۴/۱. تامین امکانات ترابری در حد نیاز به منظور نقل و انتقال مداوم نیروها به مقرهای مربوطه
۴/۲. تهیه اقلام تدارکاتی، تجهیزات و پوشاک و...، تامین نیازمندی ها و امکانات دیگر.
۴/۳. تغذیه نیروها با امکانات و برآورد نیروی انسانی مورد پذیرایی

۵- بهداری

۵/۱. ارتباط با اورژانس ها، بیمارستان ها و نقاهتگاه ها به منظور هماهنگی جهت انتقال نیروهای قابل اعزام به اردوگاه
۵/۲. کنترل، تشخیص و تایید وضع جسمی نیروهای اعزامی به اردوگاه با هماهنگی مراکز درمانی اعزام کننده نیرو.
۵/۳. نظارت بر وضعیت جسمی نیروها و ادامه خدمات مربوطه و دایر نمودن درمانگاه در حدمورد نیاز در اردوگاه.
۵/۴. ارائه گواهی مرخصی استعلاجی به نیروها و اقدامات دیگر
۵/۵. تفکیک نیروها بر حسب نوع جراحت، آسیب دیدگی، طول درمان و استراحت (مجروحین فیزیکی، موج گرفتگی، شیمیایی و...)

۶- مدیریت داخلی

۶/۱. هماهنگی امور اجرایی مربوط به واحدها در داخل اردوگاه
۶/۲. انتظامات و حفاظت اردوگاه نیروها

۷- حفاظت و اطلاعات

در چهارچوب وظایف محوله و متناسب با شرایط در اردوگاه فعالیت خواهد کرد.
* تبصره: چنان چه واحد یا قسمت دیگری لازم باشد در

اردوگاه باشد با هماهنگی فرمانده اردوگاه و واحد مربوطه در نیروی زمینی تشکیل خواهد شد.

ه) وظایف نمایندگان یگان های

۱- هماهنگی و همکاری در تفکیک و تنظیم لیستهای اسامی و دریافت مشخصات از نیروهای تحت پوشش
۲- جوابگویی به مراجعات و سئوالات نیروها تحت پوشش و انجام امور خدماتی و پرسنلی آنها
۳- راهنمایی و اعزام نیروهای تحت پوشش به عقبه یگان و معرفی به پرسنلی و بسیج جهت اقدامات مقتضی
۴- هماهنگی با یگان مربوط به منظور مشخص نمودن محل و زمان تحویل نیروها به یگان
۵- رسیدگی به محاسبه حضور و غیاب، مرخصی استعلاجی غیبت، فرار نیروهای تحت پوشش و تهیه گزارشات مربوطه و انجام هماهنگی های لازم به منظور پیگیری گزارشات.
* تبصره ۱: مرخصی استعلاجی فقط به تشخیص بهداری مستقر در اردوگاه و یا مرکز دیگری که بهداری مشخص می کند میبایستی صادر گردد.
تبصره ۲: ترخیص، تسویه حساب و مرخصی استحقاقی نیروها الزام بایستی عقبه و پادگان یگان مربوطه صورت گیرد.
۶- معرفی و اعزام نمایندگان سپاه ها و یگان های تابعه و استقرار آنها در اردوگاه همزمان با شروع عملیات (نماینده سپاه ها و یگان ها بهتر است از نیروهای پرسنلی و بسیج باشند)
۷- هماهنگی با دژبان و منطقه جهت کنترل و توجیه نیروها و جلوگیری از خروج نیروها از منطقه عملیاتی و شهر عقبه و هدایت نیروهای سرگردان به اردوگاه

د) پرسنلی

۱/۱- تهیه لیست اسامی و مشخصات نیروهای اعزامی به اردوگاه و تفکیک آنها به جهت سپاه و یگان های مربوطه در فرم های مربوط
۱/۲- تهیه و تنظیم فرمهای کارگزینی مورد نیاز (فرم معرفی برگه مرخصی، استعلاجی و...)
۱/۳- هماهنگی با آمار قرارگاه در حین عملیات به منظور ارائه لیست اسامی و کسر نمودن آنها از آمار مجروحین
۱/۴- هماهنگی با نمایندگان سپاه ها و یگانها با ارسال لیست به یگان ها به همراه نیروها و نمایندگان مربوطه
* تبصره ۲: ترخیص، تسویه حساب و مرخصی استحقاقی نیروها الزام بایستی عقبه و پادگان یگان مربوطه صورت گیرد.
والسلام صلوات خداوند بر شهیدان هشت سال دفاع مقدس

Abstract

In military operations during the Iraq-Iran war (1980-1988), sometimes situations with huge conflicts, and a large amount of casualties were predicted. In these instances, the facilities did not allow for relevant treatment and care of the numerous casualties. Setting up and provision of recovery centers under the name of the "Neghahatgah", to overcome these conditions, were an important, simple, life-saving and effective strategy of combat medicine. In this study, conducted by the "Holy War Museum", processes for designing, establishing, managing, maintaining and promoting the quantitative and qualitative level of emergency services and other health care services, at these centers are presented. The names and characteristics of the important recovery centers, used during the war have been appended.

Key words. Recovery center, Combat Medicine, Holy War Museum

ردیف	عنوان	تعداد/مشخصات / شرح	قرارگاه	مستقر در	فعالیت از تاریخ تا	تعداد/مشخصات / شرح
۱	نام نفاهتگاه		۱۷	عنوان		تعداد/مشخصات / شرح
۲	مالکیت محل نفاهتگاه		۱۸	تعداد تخت مرگهای ویژه		
۳	آدرس محل نفاهتگاه		۱۹	تعداد مجروح پذیرفته شده		
۴	نام مسئولین نفاهتگاه		۲۰	تعداد مصدوم پذیرفته شده		
۵	سال تأسیس		۲۱	تعداد پذیرفته شده		
۶	تاریخ بهره برداری		۲۲	سازمان اداره کننده		
۷	تعداد سالن		۲۳	میانگین کارکرد درمانی		
۸	نوع خدمات		۲۴	میانگین کارکرداری-پشتیبانی و خدماتی		
۹	پشتیبانی از عملیاتهای		۲۵	تعداد حمام (چشمه)		
۱۰	تعداد خوابگاه و ظرفیت		۲۶	تأمین آب		
۱۱	مساحت فضای درمانی		۲۷	میزان مصرف متوسط		
۱۲	ظرفیت تخت		۲۸	تأمین برق		
۱۳	ظرفیت قابل افزایش		۲۹	سیستم گرمایش		
۱۴	بخشهای پاراکلینیکی		۳۰	سیستم سرمایش		
۱۵	داروخانه		۳۱	تعداد واحد آزمایشگاه		
۱۶	C.S.I		۳۲			

شناسنامه نفاهتگاه:



جانمایی نفاهتگاه

معرفی کمیته بین‌المللی طب نظامی (ICMM)

تنظیم: تحریریه

مقدمه:

کمیته بین‌المللی طب نظامی، کمیته‌ای که بین‌دولتی بوده و از سال ۱۹۲۰ و پس از جنگ جهانی اول، با آشکار شدن نیاز به همکاری‌های نزدیک‌ترین بخش‌های بهداشت و درمان نیروهای مسلح در سراسر جهان تشکیل شد. کمیته دائمی کنگره‌های بین‌المللی پزشکی و داروسازی نظامی به طور رسمی در تاریخ ۲۱ ژوئیه ۱۹۲۱ تأسیس شد. کشورهای بنیانگذار عبارت بودند از: بلژیک، برزیل، فرانسه، ایتالیا، اسپانیا، سوئیس، انگلستان و ایالات متحده آمریکا. به دنبال آن اولین کنگره بین‌المللی طب نظامی در جولای ۱۹۲۱ در بروکسل بلژیک برگزار شد. کمیته بین‌المللی طب نظامی در حال حاضر ۱۱۷ کشور عضو و ۶ کشور ناظر دارد و ۴۲ کنگره جهانی برگزار کرده است. شانزدهمین کنگره منطقه‌ای در سال ۱۹۱۸ در تهران برگزار شد.

موقعیت بین‌المللی

این نهاد با سازمان‌های بین‌المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، سازمان جهانی سلامت حیوانات، برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز، شورای بین‌المللی ورزش‌های نظامی، انجمن جهانی دامپزشکی و انجمن جهانی پزشکی همکاری دارد.

اهداف اصلی:

حفظ و تقویت پیوند میان بخش‌های بهداشت و درمان کشورهای عضو
ارتقاء فعالیت‌های علمی پزشکی نظامی
شرکت و پیشبرد عملیات بشردوستانه در زمینه پزشکی نظامی

ماموریتها:

۱. حفظ و تقویت همکاری حرفه‌ای بین اعضای خدمات

۲. برگزاری دوره‌های منظم کنگره‌های بین‌المللی پزشکی نظامی (جهان و منطق‌های)
۳. سازماندهی جلسات مطالعات بین‌المللی، درمقیاس وسیع و محدود، در موضوعات مورد علاقه پزشکی نظامی، به ویژه دوره‌های پیشرفته بین‌المللی برای افسران جوان خدمات پزشکی نیروهای مسلح.
۴. احترام به قوانین بین‌المللی بشردوستانه و استفاده از آن، به ویژه با سازماندهی یا حمایت از دوره‌های بین‌المللی حقوق بشری که قابل اجرا برای درگیری‌های مسلحانه برای اعضای خدمات پزشکی نیروهای مسلح است.
۵. برقراری ارتباط با سازمان‌های مختلف بین‌المللی مرتبط با سرنوشت و حفاظت از مجروحان و بیماران نیروهای مسلح
۶. ترویج گسترش آموزش‌های پزشکی مورد استفاده برای مراقبت‌های پزشکی در مواردی که تعداد زیادی مجروح و بیمار در هر دو بخش نظامی و شهری وجود دارد.

منابع:

- ۱- فعالیت‌های کمیته بین‌المللی «طب نظامی»
دفاع پرس: خبرگزاری دفاع مقدس، ۲۴ خرداد ۱۳۹۷،
<http://defapress.ir>

- ۲- تیموری-فاطمه، و فارسی-زهرا: گزارش علمی از حضور کمیته پرستاری نظامی در چهارمین کنگره بین‌المللی طب نظامی. علوم مراقبتی نظامی، مجله دانشکده پرستاری ارتش جمهوری اسلامی ایران. سال ۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۷



کمیته بین‌المللی طب نظامی (ICMM)

گزارش چهارمین کنگره منطقه ای آسیا اقیانوسیه طب
نظامی در ایران
۲۰ تا ۲۳ مهر ماه ۱۳۹۷ - (۱۲ تا ۱۵ اکتبر ۲۰۱۸ میلادی)

تهیه و تنظیم: دکتر حسن عراقی زاده

محورهای اصلی کنگره:

جنبه های پزشکی سلاح های شیمیایی، بیولوژی،
پرتویی، هسته ای، انفجاری
سلامت روان و علوم شناختی در جوامع نظامی
مدیریت بحران و تروماتولوژی نظامی
آموزش پزشکی نظامی و همکاریهای بین المللی

محورهای فرعی کنگره

طب هوافضا و زیرسطحی
حفظ سلامتی و بازتوانی در جامعه نظامی
دندانپزشکی نظامی و سلامت دهان در واحدهای
نظامی
مراقبتهای پرستاری نظامی در شرایط نامتعارف
دامپزشکی، بهداشت مواد غذایی و تغذیه برای نیروهای
نظامی
آینده پژوهی در طب نظامی
اخلاق پزشکی در پزشکی نظامی آینده
طب مکمل و جایگزین برای سربازان و رزمندگان
جزئیات اجرایی:

این کنگره از سوی ستاد کل نیروهای مسلح برگزار شد.
کمیته علمی در دانشگاه علوم پزشکی ارتش و کمیته
اجرایی در بهداری ناجا تشکیل گردید. همچنین دانشگاه
علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج) هماهنگی برگزاری
مجمع منطقه ای در حاشیه کنگره را عهده دار شد. کمیته
اجرایی شامل ۱۳۱ نفر بود (۱۲ نفر اعضای اصلی و ۱۱۹ نفر
اعضای فرعی). کمیته علمی نیز از ۱۷۷ نفر (۱۲ نفر
اعضای اصلی و مابقی افراد، داوران چکیده مقالات
بودند).

با توجه به سیاستهای ستاد کل نیروهای مسلح و تدابیر
شورای عالی سیاست گذاری از ۵۴ کشور جهت شرکت در
کنگره دعوت به عمل آمد که از میان آنها، ۳۱ کشور در
کنگره شرکت نمودند.

مرکز همایش های بین المللی صداوسیما به دلیل دارا
بودن امکانات برگزاری کنفرانسها و همایشها در سطح
بین المللی و همچنین گواهینامه مدیریت و کیفیت، به
عنوان محل برگزاری این رویداد انتخاب گردید. هتل ۵

مقدمه

ICMM که یک سازمان بین المللی و بین دولتی است که
۱۱۷ عضو دارد. البته همه کشورهای عضو سازمان ملل
متحد میتوانند از طریق پذیرش مقررات آن عضو سازمان
شوند، اما پذیرش زمانی معتبر است که درخواست توسط
مجمع عمومی تصویب شود. این سازمان کنگره های
بین المللی خود را به صورت دوسالانه در یکی از
کشورهای عضو برگزار میکند که آخرین اجلاس بین
المللی ICMM سال گذشته در دهلی نو برگزار شد و
متخصصان کشورمان پس از کشور میزبان از نظر تعداد
مقالات بیشترین مشارکت را داشتند و حضور ارتش و
ناجا همواره در این اجلاس زبانزد بوده است. همچنین در
فاصله کنگره های بین المللی اجلاس های منطقه ای
تشکیل می گردد. اولین کنگره منطقه ای آسیا پاسیفیک
ICMM در سال ۲۰۱۰ و در کشور چین برگزار شد، دومین
کنگره آن در سال ۲۰۱۲ در تایلند و سومین کنگره در سال
۲۰۱۶ در فدراسیون روسیه برگزار شد.

جمهوری اسلامی ایران که از سال ۱۳۹۴ و با تصویب
مجلس شورای اسلامی به عضویت این نهاد بین المللی
در آمد، میزبان چهارمین کنگره منطقه ای در سال ۲۰۱۸
میلادی شد. این کنگره توسط ستاد کل نیروهای مسلح
جمهوری اسلامی ایران، با همکاری ارتش، سپاه، وزارت
دفاع و نیروی انتظامی در تعامل با کمیته بین المللی
طب نظامی و با شعار "افق آینده طب نظام" برگزار شد. با
برگزاری این کنگره جمهوری اسلامی ایران به مدت دو
سال رئیس کارگروه منطقه ای آسیا اقیانوسیه گردید.

شرکت کنندگان خارجی با فرهنگ و تمدن ایران اسلامی سازماندهی شد که شامل مراسم خوشآمدگویی، شام ویژه در برج میلاد، بازدید از موزه دفاع مقدس و انقلاب اسلامی، بازدید از طبیعت دربند، گردش در بازار تهران و شام خداحافظی همراه با بازدید از پل طبیعت بود.

در ادامه اجرای مانور CBRNE در بیمارستان بقیه الله الأعظم (عج) ترتیب داده شد که شرکت کنندگان به طور مستقیم با اجرای سناریو حادثه شیمیایی و با کلیه فرایندها و اقدامات درمانی آشنا و با مراکز درمانی و تجهیزات پیشرفته جمهوری اسلامی ایران در این زمینه آشنا شدند.

بر اساس بازخوردهای اخذ شده از شرکت کنندگان، اساتید و نخبگان و بویژه مسئولین کمیته مرکزی طب نظامی، این دستاوردهای علمی این کنگره شامل ۱۱ پنل سخنرانی، ۲۱ کارگاه، ۶ سخنرانی کلیدی، ۱۲ میزگرد، ۳ نشست خبرگان و یک جلسه مجمع منطقه ای بود.

کنگره در سطح بسیار عالی علمی و اجرایی برگزار گردیده و به عنوان یک نمونه موفق در جمع بندی کنگره‌های ICMM در نشست اخیر بلژیک معرفی گردیده است. کلیه مستندات در دبیرخانه موجود است.

ستاره پارسیان آزادی به دلیل نزدیک بودن به محل برگزاری کنگره جهت اقامت مهمانان خارجی در نظر گرفته شد.

تعداد ثبت نام کنندگان داخلی ۲۶۲۷ نفر بود که جمعاً با ۱۱۷ مهمان خارجی به ۲۷۴۴ نفر رسید که به نوبه خود در تاریخ برگزاری کنگره های مشابه ICMM بی سابقه بود. تعداد کل مقالات دریافتی ۸۵۴ مقاله از ایران و ۱۵ کشور خارجی بود که از این تعداد، ۳۲۴ چکیده مقاله (۳۸٪) پذیرفته شد. از میان مقالات پذیرفته شده ۸۸ عنوان جهت ارائه سخنرانی، ۸۱ عنوان جهت ارائه پوستر الکترونیکی و ۱۵۵ عنوان در بخش پوستر مجازی برگزیده شدند. لازم به ذکر است تعداد کل داوری های انجام شده به بیش از ۳۰۰۰ مورد رسید. در حاشیه برگزاری کنگره نمایشگاه تجهیزات پزشکی و دارویی نیز با حضور ۳۰ شرکت که اکثراً از شرکتهای دانش بنیان بوده، با همکاری ستاد وابسته به معاونت و توسعه و فناوری ریاست جمهوری برگزار شد که فرصت آشنایی با نوآوریها در زمینه های مختلف پزشکی و تجهیزات پزشکی را به شرکت کنندگان ارائه می نمود و یکی از جذابترین بخشهای کنگره بویژه برای مهمانان خارجی بود. علاوه بر آن، بخش فرهنگی جهت آشنایی بیشتر



مراسم افتتاحیه چهارمین کنگره بین المللی طب نظامی (ICMM) ۲۰۱۸

In the Name of God the Compassionate the Merciful

Journal Information

Publication Title: Iranian Journal of Combat Medicine

Abbreviated title: IJCM

Content Type: Scientific and research-based (Medicine and Military Trauma)

Inaugural edition: Winter 2018

Frequency: Biannually

Language: Persian

Date of first issue: Winter 2017

Affiliation: BMSU (baqiyatallah university of medical sciences) – CMOHD (Combat Medicine Organization of holley Defence)

CEO: Dr. Hassan Araghizadeh

President: Dr. Seyed Masoud Khatami

Head of Combat Medicine Organization: General Nasrollah Fathian

EIC: Dr. Mohammad Ali Mohagheghi

Managing Editor: Dr. Fatemeh Ranjbar, Dr. Soltani Nejad

Editorial board (A-Z): Ali Ebrahimi, Behrooz Tavana, Hasan Abolghassemi, Abolhasan Ahmadian, Mehdi Akhavan, Yunes Panahi, Saeed Bayenat, Abdolmajeed Cheraghali, Rahmatollah Hafezi, Vahid Hamidi, Solayman Haydari ,

Alireza Jalali, Khosro Jadidi, Gholamreza Jalali, Hadi Khoshmohabat, Sadegh Rajaie, Nsaser Simforoosh, Siavash Sehat, Seyed Rahim Safavi, Sadegh Rajaie, Hamd Taghi Tahmasbi, Mohammad Reza Zafarghandi, Jaleel Arab Kheradmand, Bahram Einollahi, Ali Ghafoori, Iraj Fazel, Abbas Frootan, Mostafa Ghanei, Seyed Nohammadreza Kalantar Motamedi, Mohammad Hosein Lashkari, Seyed Alireza Marandi, Ali Asghar Molla, Shaaban Mehrvarz, Ali Mehrabi Tavana, Amir Nezami Asl, Ahmad Ali Noorbala Tafti

Graphic Design and Artwork: Hadi Askarifar

Farsi Editor of this volume: Dr. Fatemeh Ranjbar

English Editor of this volume: Dr. Mohammad Hosein Kalantar Motamedi

Place of publishing: Tehran

Tel: 021-880-53766

Fax: 021-880-53766

Address: BMSU Combat and Trauma Research Center

Zip code: 145916471

PO Box: 19395-5487

Email: ircjcm@gmail.com



Scientific and research-based

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

* second year - number 1- winter2018