

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



عنوان: درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی، جلد دوم
پدیدآورندگان:

دکتر مهناز آذرنیا	دکتر فاطمه رنجبر	دکتر ویدا کاظمی
دکتر ابوالقاسم اباسهل	زنده یاد دکتر موسی زرگر	دکتر زرین تاج کیهانی دوست
دکتر ابوالحسن احمدیانی	دکتر فرخ سعیدی	دکتر باقر لاریجانی
دکتر هدایت الله الیاسی	دکتر سیاوش صحت	دکتر سعید لک
دکتر سیدحسن امامی رضوی	سردار سرلشگر شهید دکتر حاج	دکتر مریم مجتهدزاده
دکتر عباس امیرجمشیدی	احمد سوداگر	دکتر محمدعلی محقق
دکتر محمدعلی بینات	دکتر محمدنقی طهماسبی	دکتر سیدباقر مداح
دکتر سارا ترابی کیا	دکتر عباس عباس زاده	دکتر سیدعلیرضا مرندي
نرگس توانا	دکتر کاظم عباسیون	دکتر محمداسماعیل مطلق
دکتر عباس امیرجمشیدی	دکتر حسن عراقی زاده	دکتر هادی منافی
دکتر مریم حضرتی	دکتر جلیل عرب خردمند	دکتر ایرج میرزایی دیزگاه
دکتر سیدمسعود خاتمی	دکتر ایرج فاضل	دکتر احمدعلی نوربالاتفتی
دکتر علی خاجی	سردار نصرالله فتحیان	دکتر فاطمه نوغانی
دکتر منوچهر دوایی	دکتر عباس فروتن	استاد فقید دکتر انوشیروان هدایت
دکتر عباس ربانی	زنده یاد دکتر غلی غفوری	دکتر میرجبار یحیی پورخامنه

گردآوری و تنظیم: دکتر محمدعلی محقق
مشخصات ظاهری: ۲۰۰ صفحه

شابک:

یادداشت: جلد دوم، چاپ اول، ۱۳۹۹

یادداشت: درسنامه حاضر به اهتمام نویسندگان تدوین و توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت منتشر شده است.

موضوع: فرهنگ و معارف دفاع مقدس

موضوع: علوم پزشکی (سلامت)

شناسه افزوده: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی + مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

رده بندی کنگره:

رده بندی دیویی:

شماره کتاب شناسی ملی:

دبیران اجرایی: دکتر فاطمه رنجبر، دکتر امیرمهدی طالب، عبدالناصر نوروززاده

همکاران معاونت آموزشی: دکتر حمید اکبری، دکتر محمدحسین آیتی، دکتر امیراحمد اخوان، نوراله اکبری دستک، مونا خواهشی

همکاران مؤسسه بهداری رزمی: دکتر رکن الدین سلطانی نژاد، سردار علی اصغر ملا، دکتر محسن نظام الدین

همکاران مرکز بسیج جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: دکتر صیاد یوسفی،

ویراستار: اعظم فتحی هل آباد

گرافیک و صفحه آرایی:

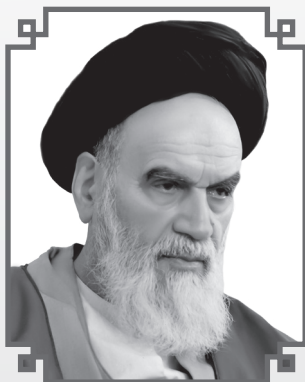
نوبت و تاریخ چاپ: اول - ۱۳۹۹

شمارگان: ۳۰۰۰

فایل الکترونیکی جلد دوم در سایت vums.ac.ir قابل دسترسی می باشد

© همه حقوق محفوظ است. نسخه برداری، ذخیره کامپیوتری، اقتباس کلی با اجازه ناشر و اقتباس جزئی در نقد و بررسی و اقتباس در گیومه و استناد در نوشتجات علمی با ذکر منبع مجاز است.

پیام بنیان‌گذار جمهوری اسلامی ایران، حضرت امام خمینی^(ره)
به پزشکان و پرستاران به مناسبت سالگرد پیروزی انقلاب



بسم الله الرحمن الرحيم

سالروز پیروزی ملت عزیز ایران بر هم‌میهنان محترم مبارک و بر مجروحان و آسیب‌دیدگان جنگ مبارک‌تر. قلم و بیان قاصرتر از آن است که بتوان از این فداکاران تشکر کرد. باید از دکترهای محترم و پرستاران و کارکنان عزیز بیمارستان‌ها که فداکاران اسلام و کشور را با گشاده‌رویی و مهر برادری و خواهری پذیرایی می‌کنند و به کمک قشری از ارزشمندترین قشرها به‌پا خاسته‌اند، تقدیر و تشکر کنم. خدمت به همهٔ بیماران محترم، خصوصاً فداکارانی که در راه هدف مقدس فداکاری کرده‌اند، ارزشی است که با موازین طبیعی و مادی نتوان ارزیابی نمود. از خداوند تبارک و تعالی برای آنان که در خدمت بیماران و فداکاران در راه هدف مقدس کوشش شبانه‌روزی می‌نمایند، طلب سعادت و رحمت می‌نمایم. امید است از این نعمت و رحمتی که خداوند تعالی نصیب آنان فرموده است، هرچه بیشتر بهره‌برداری نموده و بر حجم خدمت بر این فداکاران ارزشمند و سایر بیماران که برادران و خواهران آنان‌اند، با لطافت و مهر و عطوفت بیفزایند. از خداوند تعالی پیروزی برای اسلام و صحت و سلامت برای آسیب‌دیدگان و بیماران و رحمت برای شهیدان خواستارم. والسلام علی عبادالله الصالحین.

۱۲ بهمن ۱۳۶۰

روح‌الله الموسوی‌الخمينی
(صحیفهٔ امام، ج ۱۶، ص ۷)

فهرست مطالب

فصل	عنوان	صفحه
کلیات	پیشگفتار جلد دوم	۲۳۷
	علائم اختصاری مورد استفاده در کتاب	۲۳۹
یازدهم	تاریخچه و تحولات حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس؛ سیر تطورات تیم‌های اضطراری جبهه‌ها	۲۴۰
دوازدهم	بیمارستان‌های صحرایی و عملکرد آن‌ها در دفاع مقدس	۲۶۰
سیزدهم	پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس	۲۸۶
چهاردهم	آشنایی با تهدیدات و جنگ‌های نوین هسته‌ای، شیمیایی، بیولوژیک و بیوتروریسم و مقابله با آن‌ها؛ معرفی جنگ شیمیایی دشمن متجاوز بعثی علیه رزمندگان و مناطق مسکونی؛ تجارب منحصر به فرد دفاع مقدس	۳۰۲
پانزدهم	عوارض عصبی - روانی ناشی از جنگ	۳۲۶
شانزدهم	پرستاری در دفاع مقدس: خدمات ارزشمند و شایسته جامعه پرستاری کشور در جنگ تحمیلی، قبل و بعد از آن	۳۴۶
هفدهم	نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس و رسالت آینده ایشان در پیشرفت پایدار سلامت	۳۶۴
هجدهم	مدل معتبر کنترل ترومای جنگی برای آینده، براساس تجارب دفاع مقدس و منابع معتبر علمی؛ هم‌گرایی ترومای جنگی و ترومای شهری، و مدیریت بحران در بلایا و پدافند غیرعامل	۳۸۶
نوزدهم	شکوفایی اخلاق پزشکی و معنویات؛ دستاورد متعالی حضور مسئولانه و خدمات خالصانه جامعه پزشکی در دفاع مقدس	۴۰۸
بیستم	ادبیات مقاومت در نظام سلامت؛ درس‌هایی برگرفته از دفاع مقدس: تعالی، مرجعیت و مقاومت	۴۲۸

فهرست تفصیلی مطالب هر فصل، در ابتدای همان فصل آورده شده است.

پیشگفتار جلد دوم

فرهنگ و معارف دفاع مقدس مجموعه‌ای از حقایق باز یافته و ذخایر فاخر و دستاوردهای گران‌بار جبهه‌های نبرد حق علیه باطل است. این معارف ناب به رسم امانت از گنجینه‌ی خاطرات شاهدان و حاضران و صحنه‌گردانان دفاع مقدس به سینه‌های پاک و تشنه‌ی نسل‌های جوان و بعدی انقلاب منتقل می‌شود.

در این تلاش، مصاحبه‌ی تاریخ شفاهی و گردآوری خاطرات صحنه‌های خدمت دستمایه‌ی اولیه‌ای بوده که بعد از تطبیق با مدارک و اسناد بهداری رزم، به زیور طبع آراسته شده و با مراجعه به منابع علمی معتبر، در محک تحلیل و تفسیر قرار گرفته و در قالب درسنامه حاضر تدوین و به مشتاقان و جویندگان حقایق دفاع مقدس تقدیم شده است.

اگرچه دفاع مقدس در همه‌ی ارکان و شئون، مشحون از ارزش‌های متعالی، عبرت‌آموز، فرهنگ‌ساز و افتخارآفرین بوده، برای دانشجویان و دانش‌آموختگان حوزه سلامت، آشنایی با معارف بهداری رزم ترجیح دارد و از کارایی و کارآمدی بیشتری برخوردار است.

این درسنامه به همت والای حوزه معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت و با اهتمام مجموعه نویسندگان، پژوهشگران و ویراستاران و نیز حمایت بسیج جامعه پزشکی، در بیست فصل و دو جلد تدوین شده است.

عناوین فصول جلد اول به شرح زیر است:

۱. نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی؛ ضرورت آمادگی دائمی دفاعی حوزه سلامت
۲. فرهنگ شهادت و ایثار؛ آشنایی با شهدا و ایثارگران جامعه پزشکی، معرفی جایزه ملی شهید رهنمون
۳. تاریخچه طب رزمی در دنیا و ایران؛ سیر تطورات تاریخی دفاع مقدس
۴. بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها در شرایط جنگ تحمیلی؛ درس‌هایی برای آینده
۵. عوامل و مکانیسم ترومای جنگی؛ پرتابه‌ها و انفجارات
۶. نظام کنترل ترومای جنگی؛ تریاژ و تجاربی از دفاع مقدس
۷. امداد و انتقال مجروحان جنگی؛ مقایسه تجارب دفاع مقدس با جنگ‌های جهانی اول، دوم، کره و ویتنام
۸. کمک‌های اولیه و احیای مصدومان جنگی؛ تجاربی از دفاع مقدس و استانداردهای جاری
۹. تجارب تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در دفاع مقدس؛ ارائه مدل مناسب برای آینده
۱۰. تجارب انتقال خون در دفاع مقدس؛ تحولات جدید در انتقال خون و فرآورده‌های آن

جلد دوم نیز دربرگیرنده فصول زیر است:

۱۱. تاریخچه و تحولات حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس؛ سیر تطورات تیم‌های اضطراری جبهه‌ها
۱۲. بیمارستان‌های صحرایی و عملکرد آن‌ها در دفاع مقدس
۱۳. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس

۱۴. آشنایی با تهدیدات و جنگ‌های نوین هسته‌ای، شیمیایی، بیولوژیک و بیوتروریسم و مقابله با آن‌ها؛ معرفی جنگ شیمیایی دشمن متجاوز بعثی علیه رزمندگان و مناطق مسکونی؛ تجارب منحصر به فرد دفاع مقدس

۱۵. عوارض روانی ناشی از جنگ

۱۶. پرستاری در جنگ تحمیلی؛ خدمات ارزشمند و شایسته جامعه پرستاری کشور در دفاع مقدس

۱۷. نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس

۱۸. مدل معتبر کنترل ترومای جنگی برای آینده، براساس تجارب دفاع مقدس و منابع معتبر علمی؛

هم‌گرایی ترومای جنگی و ترومای شهری، و مدیریت بحران در بلایا و پدافند غیرعامل

۱۹. شکوفایی اخلاق پزشکی و معنویات؛ دستاورد متعالی حضور مسئولانه و خدمات خالصانه جامعه پزشکی در دفاع مقدس

۲۰. ادبیات مقاومت در نظام سلامت؛ درس‌هایی برگرفته از دفاع مقدس: تعالی، مرجعیت و مقاومت

نویسندگان کوشیده‌اند تا با انتخاب و گردآوری مطالب مفید، مرتبط و مستند، قطعه‌ای درخشان از تاریخ خدمات و ایثارگری‌های جامعه سلامت را بازآفرینی کنند و در اختیار سرمایه انسانی جوان و باانگیزه و ارزشمند امروز و نسل‌های آینده قرار دهند. دریافت نظریات اصلاحی و تکمیل‌کننده جمیع صاحب‌نظران موجب امتنان است و بر غنای این مجموعه علمی و فرهنگی خواهد افزود.

فایل الکترونیک درسنامه در سایت vams.ac.ir قابل دسترس می‌باشد.

علائم اختصاری مورد استفاده در کتاب

کلمه یا علامت اختصاری	کلمه / جمله / گزاره کامل
(ره)	رحمت الله عليه
(ع)	عليه السلام
(عج)	عجل الله تعالى فرجه الشريف
(ص)	صلى الله عليه وآله وسلّم
صص	صفحات
ارتش	ارتش جمهوری اسلامی ایران
آجا	ارتش جمهوری اسلامی ایران
جهاد	جهاد سازندگی
سپاه	سپاه پاسداران انقلاب اسلامی
شمر	شیمیایی، میکربی، رادیواکتیو
شمه	شیمیایی، میکربی، هسته‌ای
ص	صفحه / صفحات
نزاچا	نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران

Glossary of Terms and Definitions

ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment/Exposure
CCC	Combat Casualty Care
CSHs	Combat Support Hospitals
CT	Computed Tomography
EMT	Emergency Medical Team
GCS	Glasgow Coma Scale
GT	Golden Time
ISS	The Injury Severity Score(1)
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MASH	Mobile Army Surgical Hospital
NPT	Non-Proliferation of Nuclear Weapons
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

فصل یازدهم

تاریخچه و تحولات حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس؛ سیر تطورات تیم‌های اضطراری جبهه‌ها

پدیدآورندگان:

دکتر عباس ربانی، دکتر محمدنقی طهماسبی، دکتر جلیل عرب خردمند

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

تحلیل حضور حماسی، فرهنگ ساز و ارزش آفرین جامعه پزشکی در دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- آشنایی با نیازهای فوری و غیرمترقبه درمانی در دوران جنگ تحمیلی و تحولات آن
- بازگویی اهداف، فرهنگ و آداب «کار تیمی» در نظام سلامت و طب رزمی
- تبیین اهداف، روند تشکیل، عملکرد و سیر تکاملی تیمهای اضطراری دفاع مقدس
- آگاهی از رویکردهای مسئولیت محوری، اخلاق مداری، ایثار و الگوسازی در تیمهای اضطراری
- آشنایی با شیوه مدیریت و راهبری تیمهای اضطراری دفاع مقدس
- ذکر تجارب جدید «آمادگی و حضور اضطراری» و توصیه های استاندارد برای زمان حاضر
- کسب توانمندی عضویت و عملکرد در قالب تیمهای اضطراری در شرایط جنگی، بلایا و حوادث غیرمترقبه
- کسب توانمندی مدیریت تیمهای پزشکی در شرایط کاملاً بحرانی میدان جنگ و خطوط مقدم و میادین امداد و درمان در بلایا

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۲۴۳
۲. واژه‌های کلیدی	۲۴۳
۳. روش تدوین	۲۴۳
۴. ادبیات نظری موضوع	۲۴۴
۱-۴. بحران	۲۴۴
۲-۴. تیم اضطراری	۲۴۴
۳-۴. واکنش سریع	۲۴۴
۴-۴. کار تیمی	۲۴۴
۵-۴. مدیریت بحران	۲۴۴
۶-۴. کاهش خطر بلا	۲۴۵
۷-۴. مرگ قابل پیشگیری بعد از آسیب	۲۴۵
۸-۴. تیم اورژانس پزشکی	۲۴۵
۵. تاریخچه، اهداف، سیر تکاملی و عملکرد تیم‌های اضطراری جبهه‌ها	۲۴۶
۱-۵. جهاد سازندگی و بحران‌های قبل از جنگ تحمیلی و در زمان شروع آن	۲۴۶
۲-۵. تشکیل بسیج مستضعفین و بسیج جامعه پزشکی و نقش آفرینی در امداد و درمان جبهه‌ها	۲۴۶
۳-۵. روند اولیه شکل‌گیری تیم‌های اضطراری در روزها، هفته‌ها، ماه‌ها و سال اول جنگ تحمیلی	۲۴۶
۴-۵. حضور فراگیر تیم‌های اضطراری در دو عملیات فتح‌المبین و بیت‌المقدس (آزادسازی خرمشهر)	۲۴۷
۵-۵. عملکرد تیم‌های اضطراری در عملیات رمضان	۲۴۹
۶-۵. روند تکامل تیم‌های اضطراری در سال‌های بعد تا پایان جنگ	۲۵۰
۶. فرهنگ مشارکت جامعه پزشکی در حوادث و بلایا	۲۵۰
۷. ابعاد و ارکان مشارکت حوزه سلامت در سوانح و آسیب‌ها	۲۵۱
۸. تعریف، اهداف و آداب کار تیمی در سلامت و طب رزمی	۲۵۲
۹. حضور اخلاق‌مدار و اثرگذار جامعه پزشکی در عرصه‌ها	۲۵۳
۱۰. مناسب‌ترین ترکیب تیم‌های اضطراری، برای مؤثرترین عملکرد، در دشوارترین و پیچیده‌ترین شرایط جنگی	۲۵۳
۱۱. عملکردهای متنوع تیم‌های اضطراری در دفاع مقدس در شرایط اضطراری، آفندی، پدافندی و شرایط متفاوت (نظیر درمان مصدومان شیمیایی)	۲۵۴
۱۲. تجارب و خاطراتی از خدمت در قالب تیم‌های اضطراری جبهه‌ها	۲۵۵
۱۳. خاطراتی از حضور و خدمت در تیم‌های اضطراری	۲۵۷
۱۴. تجارب و درس‌هایی از حوادث غیرمترقبه اخیر در ایران و حضور به‌هنگام و مؤثر جامعه پزشکی	۲۵۷
۱۵. نتیجه	۲۵۸
۱۶. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده	۲۵۸
۱۷. منابع	۲۵۹
منابع بیشتر برای مطالعه	۲۵۹

۱. مقدمه و بیان مسئله

جامعه پزشکی و سلامت در فرازونشیب‌های انقلاب اسلامی همواره در کنار مردم و در صف اول مبارزه حضور داشته است. مجموعه نیروی انسانی سلامت در دوران جنگ تحمیلی با حضور همه‌جانبه، ارزش‌آفرین و افتخارآمیز، بزرگ‌ترین حماسه تاریخ خود را خلق کرد. تحلیل ریشه‌ها و ابعاد این حضور معنوی و عزت‌آفرین پرده‌برداری از مفیدترین گنجینه‌های گران‌بار تاریخ سلامت و راهیابی به معادن فضیلت و انسانیت در حرفه شریف طب و نظام مقدس سلامت است. در فرهنگ دفاع مقدس، عبارت مأموس تیم‌های اضطراری جبهه‌ها نماد حضور مسئولانه، داوطلبانه، جهادگرانه، ایثارگرانه و به‌هنگام جامعه پزشکی و سلامت در صحنه‌های دفاع از عزت، شرافت و اقتدار ملت بزرگ و سلحشور ایران اسلامی است. این حضور حماسی حرفه‌ای آموزش‌ها و مهارت‌های پزشکی را به‌طور اعجاب‌برانگیزی ارتقا بخشید و در حوزه‌هایی نظیر بیهوشی عمومی، جراحی و مراقبت ویژه، گنجینه‌های بی‌نظیری را برای نهاد که قابل عرضه به مجامع علمی کشور و جهان است. در این فصل، پس از مرور اجمالی تاریخچه حضور و خدمات جامعه پزشکی در دفاع مقدس، فرهنگ حضور اضطراری، و روند شکل‌گیری، اهداف، خدمات و تجارب تیم‌های اضطراری و پیام‌های آینده آن تحلیل شده است. خلاصه‌ای از ویژگی‌های ممتاز و الهام‌بخش تیم‌های اضطراری به این شرح است:

- برخورداری از ایمان و انگیزه الهی؛
- تلاش برای حصول سرآمدی علمی و مهارتی؛
- التزام به اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای؛
- آمادگی دائمی برای حضور و نقش‌آفرینی به محض فراخوان؛
- برخورداری از فرماندهی دانا، مدیر و مدبر؛
- التزام به نظم و انضباط؛
- سرعت عمل و قدرت مانور برای حضور فوری در صحنه‌های رزمی؛
- برخورداری از سازمان لازم برای مداخله در بحران‌ها؛
- مرور تجارب قبلی و عبرت‌آموزی از آن‌ها؛
- رعایت آداب و اصول کار تیمی؛
- روحیه فداکاری، جوان‌مردی و نستوهی؛
- خستگی‌ناپذیری و مقاومت در برابر سختی‌ها و فرازونشیب‌ها؛
- پابندی به انتقال تجربه به سایر همکاران به‌ویژه دانشجویان و جوانان؛
- التزام به هماهنگی با مسئولان بهداری رزمی؛
- حفظ اسرار و اطلاعات.

۲. واژه‌های کلیدی

ارزش، بحران، بلا، تیم، تیم اضطراری، جنگ، کار تیمی، مدیریت بحران، واکنش سریع.

Key words

Crisis, Disaster Management, Disaster, Emergency Squad, Rapid Response, Team, Teamwork, Value, War.

۳. روش تدوین

برای تدوین این فصل، از شیوه‌های مصاحبه تاریخ شفاهی، بحث متمرکز گروهی^(۱) و روش کتابخانه‌ای

1) focus group discussion

استفاده شده است. در روش کتابخانه‌ای، از کدواژه‌های مطالعه برای دریافت منابع معتبر بهره گرفته شده و انطباق نتایج مصاحبه‌ها و بحث‌های متمرکز گروهی با منابع موجود احراز شده است.

۴. ادبیات نظری موضوع

۴-۱. بحران

در فرهنگ فارسی عمید، بحران^(۱) «آشفته‌گی، آشوب، تشنج، تلاطم، تنش، ناآرامی، خطر و مخاطره» معنا شده است. معنای اصطلاحی این کلمه عبارت است از: «حادثه‌ای که به‌طور طبیعی یا توسط بشر به‌طور ناگهانی یا به‌صورت فزاینده به‌وجود می‌آید و سختی و مشقت به جامعه انسانی به‌گونه‌ای تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق‌العاده باشد».[۱] بعضی واژگان مرتبط با بحران عبارت‌اند از: بلا^(۲)، فاجعه^(۳)، مصیبت^(۴)، هرج‌ومرج^(۵)، شرایط اضطراری^(۶)، حادثه^(۷)، خطر^(۸)، خطرپذیری^(۹) و واقعه^(۱۰).

۴-۲. تیم اضطراری

واژه مأنوس شکل‌گرفته در دوران دفاع مقدس است. تیم اضطراری گروه حرفه‌ای داوطلب، آموزش‌دیده، رهبری‌شده^(۱۱)، هماهنگ و دارای واکنش سریع بود که از پزشکان عمومی و متخصص، پرستاران و سایر اعضای حرفه‌ای تشکیل می‌شد. تیم اضطراری پس از فراخوان در کوتاه‌ترین زمان ممکن، در اورژانس‌ها و بیمارستان‌های صحرایی دفاع مقدس حاضر می‌شد و عملیات درمانی تخصصی فوری مصدومان و مجروحان عملیات رزمی را براساس تجارب و شواهد روزآمد علمی انجام می‌داد.^(۱۲)

۴-۳. واکنش سریع

این ویژگی ناظر به مدیریت سازمان‌دهی شده حوادث و سوانح در زمان طلایی^(۱۳) به‌منظور عملکرد سریع و به‌حداقل رساندن میزان تلفات و کاهش آسیب‌هاست.[۲]

۴-۴. کار تیمی

به فعالیت مشارکت‌آمیز حرفه‌ای در حوزه سلامت گفته می‌شود که دارای ویژگی‌های تخصصی چندوجهی^(۱۴) مدیریت شده، اطلاع‌رسانی به‌هنگام، مؤثر، هماهنگ، رهبری‌شده و برنامه‌ریزی‌شده، و رویکردهای هدفمندی، اخلاق‌محوری، ارزش‌محوری، ترجیح منافع عمومی بر مصالح فردی، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی است.^(۱۵)

- 1) disaster
- 2) disaster
- 3) catastrophe
- 4) calamity
- 5) chaos
- 6) emergency state
- 7) accident
- 8) hazard
- 9) risk
- 10) incident
- 11) leadership oriented

(۱۲) تعریف پیشنهادی نویسندگان

- 13) golden time
- 14) multidiscipline

(۱۵) تعریف پیشنهادی نویسندگان.

۵-۴. مدیریت بحران^(۱)

«مجموعه فعالیت‌های اجرایی و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و سیاسی وابسته به مراحل مختلف و همه سطوح بحران، در جهت نجات، کاهش ضایعات و خسارات، جلوگیری از وقفه زندگی، تولید و خدمات، حفظ ارتباطات، حفظ محیط زیست و سرانجام ترمیم و بازسازی خرابی‌هاست. اهداف آن عبارت‌اند از:

- رفع شرایط بحرانی و اضطرار؛
- بازگرداندن سریع جامعه به حالت عادی؛
- کاهش آسیب‌های ناشی از بحران، چه جانی و چه مالی؛
- کاهش اثرهای بحران در جامعه و مقابله با آن با کمترین هزینه‌ها؛
- ایجاد آمادگی در جامعه برای مقابله با بحران؛
- بازسازی مناطق بحرانی از لحاظ فیزیکی، روانی و فرهنگی؛
- ایجاد تمرین و آموزش و مانورها در مناطق جهت آمادگی برای مقابله با بحران برای مدیران و مردم.» [۳]

۶-۴. کاهش خطر بلا

اقداماتی است که امکان کاهش آسیب‌پذیری و خطر بلا،^(۲) برای پیشگیری از اثرات ناگوار مخاطرات یا محدود کردن آن، در بستر توسعه پایدار جامعه را فراهم می‌کند. سیکل مدیریت خطر بلا یا عبارت است از چهار مرحله اصلی: کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ/امداد و بازیابی.^(۳) [۴] این اقدامات شامل مواردی همچون کاهش مواجهه با تهدیدات، کاهش آسیب‌پذیری، مدیریت هوشمندانه و آمادگی بهینه در برابر وقایع آسیب‌زا می‌شود.

۷-۴. مرگ قابل پیشگیری بعد از آسیب

در فرایند مرگ قابل پیشگیری بعد از آسیب،^(۴) زندگی مجروحان، صرف‌نظر از ملاحظات نظامی، لجستیکی یا محیطی، با دریافت مراقبت‌های مناسب و به‌هنگام پزشکی، قابل نجات است. [۵]

۸-۴. تیم اورژانس پزشکی

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، تیم اورژانس پزشکی (EMT)^(۵) گروهی از شاغلان حرفه‌های سلامت (مانند پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان)^(۶) هستند که بیماران درگیر در فوریت‌ها یا بلا را درمان می‌کنند. [۶] اعضای تیم مذکور از مؤسسات دولتی، غیردولتی و نظامی، و مؤسسات بین‌المللی نظیر هلال احمر و صلیب سرخ بین‌المللی تشکیل می‌شوند. آن‌ها مطابق طبقه‌بندی‌ها و استانداردهای حداقلی سازمان جهانی بهداشت و شرکا^(۷) کار می‌کنند و به‌گونه‌ای آموزش دیده‌اند که خودکفا باشند و برای سیستم ملی سر بار نباشند. تاریخچه این تیم‌ها طولانی است و در حوادثی نظیر زلزله هائیتی، سونامی اقیانوس هند و سیل پاکستان وارد عمل شدند و خدمت کردند. تمرکز تیم‌های اورژانس پزشکی بر تروما و جراحی بوده است؛ اما تجربه ایبولا^(۸) که طی آن ۵۸ تیم وارد عمل شدند، نشان داد این تیم‌ها در دیگر شکل‌های فوریت نیز کارایی دارند. اقتضائات و ماهیت فوریت‌های زمان حاضر ایجاب می‌کند تیم‌های اورژانس پزشکی توانمندی مراقبت در همه‌گیری‌های وبا، شیگلا و ایبولا، و امداد رسانی به جمعیت‌های گرفتار در سیل، زلزله، جنگ و بحران‌هایی نظیر خشک‌سالی را داشته باشند. [۶]

1) disaster management

2) disaster risk reduction

3) risk reduction, preparedness, response, repair

4) preventable deaths after injury

5) Emergency Medical Team (EMT)

6) paramedics

7) minimum standards set by WHO and its partners

8) Ebola

۵. تاریخچه، اهداف، سیر تکاملی و عملکرد تیم‌های اضطراری جبهه‌ها

۵-۱. جهاد سازندگی و بحران‌های قبل از جنگ تحمیلی و در زمان شروع آن

جهاد سازندگی نهادی انقلابی در ایران است که به دستور امام خمینی (ره) بنیان‌گذار جمهوری اسلامی ایران در تاریخ ۲۷ خرداد ۱۳۵۸ تشکیل شد. ضرورت تشکیل این نهاد انقلابی آبادانی روستاها و سرعت بخشی به سازندگی کشور پس از پیروزی انقلاب اسلامی بوده است.^(۱) تشکیل این نهاد با موجی از استقبال گسترده قشرهای مختلف ملت، از جمله جامعه پزشکی، همراه بود. طیف وسیعی از دانشجویان، پزشکان، پرستاران، و سایر شاغلان و فعالان بخش سلامت در سال‌های اول انقلاب، در قالب تیم‌های جهاد سازندگی، خدمات گسترده خود را در مناطق محروم، دورافتاده و کمتر برخوردار کشور انجام می‌دادند. این حضور در حوادث و بلایایی مانند سیل فراگیر بهمن ۱۳۵۸ خوزستان بسیار چشمگیر و اثرگذار بود. این فعالیت‌های سودمند و زیبایی حرفه‌ای که عمدتاً رویکرد پیشگیرانه و بهداشتی داشت، دستاوردهای مبارکی را نیز کسب کرد. یکی از نتایج این اقدامات هربخش آمادگی برای مشارکت در حوادث و بلایا بود. با شروع جنگ تحمیلی، اولین تلاش‌های امدادگرانه و اورژانس کارکنان بومی و ساختار سازمانی وقت بهداری منطقه‌ای و جهاد سازندگی در مناطق مورد تهاجم در جنوب و غرب کشور ارائه شد. اولین اعزام تیم‌های پزشکی و امدادی به مناطق جنگی به وسیله واحدهایی از جهاد سازندگی استان‌های مجاور و سپس استان‌های بزرگ و تهران صورت پذیرفت. هسته‌های اولیه امداد و اورژانس بافتی بومی داشت و متشکل از افراد بهداری منطقه‌ای و نیروهای داوطلب جهاد سازندگی بود.

۵-۲. تشکیل بسیج مستضعفین و بسیج جامعه پزشکی و نقش آفرینی در امداد و درمان جبهه‌ها

بسیج مستضعفین با فرمان امام خمینی (ره) در ۵ آذر ۱۳۵۸ تشکیل شد و پس از تصویب مجلس شورای اسلامی در دی ۱۳۵۹، به صورت قانونی رسمیت یافت. یکی از تشکلهای این سازمان، بسیج جامعه پزشکی است. تاریخچه بسیج جامعه پزشکی به حضور حماسی و مخلصانه پزشکان و پرستاران فداکار و بسیجی در دفاع مقدس بازمی‌گردد. در این تجربه تاریخی و پرافتخار ملی، بیش از ۸۰,۰۰۰ امدادگر تلاشگر، ایثارگر و گمنام، پزشک، متخصص بهداشت، پرستار و سایر رده‌های نیروی انسانی سلامت از سراسر میهن اسلامی در جبهه‌های نبرد دفاع مقدس حضور مستمر داشتند و صدها شهید و جانباز تقدیم نظام مقدس اسلامی و ملت بزرگ و سلحشور ایران کردند.^(۲)

۵-۳. روند اولیه شکل‌گیری تیم‌های اضطراری در روزها، هفته‌ها، ماه‌ها و سال اول جنگ تحمیلی

در نخستین روزهای جنگ تحمیلی، شرایط کاملاً بحرانی برقرار بود و ساختار عادی بهداشت و درمان در مناطق و شهرهای جنگی یا از رده خارج بود و یا منهدم و تعطیل شده بود. هیچ‌گونه برنامه‌ای برای امدادرسانی و درمان تعداد زیاد مجروحان وجود نداشت. همه خدمات به صورت خودجوش و مردمی و یا توسط کادر بهداشتی بومی با حداقل امکانات انجام می‌شد. با گسترش دامنه جنگ و حملات ناجوان‌مردانه و بی‌امان دشمن به مناطق مسکونی شهرها و روستاهای جنگ‌زده، این روند در هفته‌های بعد تشدید و وخیم‌تر شد. در این میان، مشکل خدمت‌رسانی به صدها هزار آواره و پناهجوی جنگی مزید بر علت بود. پناهجویان در آن شرایط بسیار آسیب‌پذیر بودند و خطر تلفات و فاجعه انسانی وسیع به شدت تهدیدکننده بود. اولین فعالیت‌های سازمان‌دهی نیروهای بهداشت و درمان به صورت غیرساختارمند، داوطلبانه و مردمی صورت گرفت و سرانجام با مهار اولیه دشمن، فرصت نظم‌بخشی به خدمات بهداشت و درمان فراهم شد.

(۱) ویکی‌فقه (دانشنامه فقه و اصول و علوم حوزوی)، جهاد سازندگی، در: <http://www.wikifqh.ir>

(۲) فرهنگستان علوم پزشکی، لزوم احیا و اعتلای فرهنگ تیم‌های اضطراری دوران دفاع مقدس، ماهنامه خبری داخلی، ش ۲۳، ۱۳۹۵.

علاوه بر ساختار پایه قبلی (سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان) و نیروهای داوطلب مردمی، صحنه‌گردانان بعدی مدیریت بحران بهداشت و درمان در ماه‌های اول جنگ تحمیلی عبارت بودند از: بهداری رزمی ارتش، جهاد سازندگی، هلال احمر و سازمان انتقال خون. سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان‌های جنگ‌زده ضمن آشنایی دقیق با وضعیت جغرافیایی و آب‌وهوایی منطقه، نیروهای ورزیده بومی و امکانات بسیار خوبی در اختیار داشتند. در خوزستان، تجربه امداد و نجات سیل فراگیر و ویرانگر بهمن ۱۳۵۸ موجبات آمادگی و تدارکات فراوانی را فراهم کرده بود که در نخستین دوره بسیار بحرانی جنگ بسیار راهگشا بود. سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان‌های مجاور نیز، همانند حادثه سیل، خدمات ارزنده‌ای عرضه کردند.

رئوس تحولات سرنوشت‌ساز بهداشت و درمان و بهداری رزمی در سال اول جنگ تحمیلی:

- ساختار موجود و کمابیش فعال ستاد منطقه‌ای بهداشت و درمان، اعم از مراکز بهداشتی‌روستایی، درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های تابعه، نخستین پناه مصدومان و مجروحان جنگی در روزهای نخست جنگ بود. به علت منهدم یا ناامن شدن بسیاری از این مراکز، عملاً مردم جنگ‌زده، خود خدمات اولیه را انجام می‌دادند.
- نیروهای داوطلب جهاد سازندگی و هلال احمر به سرعت اولین تیم‌های پزشکی و امدادی را روانه مناطق جنگ‌زده کردند. سازمان‌دهی این نیروهای اعزامی عمدتاً به صورت خودجوش و مردمی انجام می‌شد.
- درمانگاه بهداری جنگی ابتکاری در سرپل ذهاب با تدبیر مردم و بهداری منطقه و مدیریت شهید نجمی (که پس از شهادت در همان روزهای نخست، نامش زینت‌بخش درمانگاه شد) دایر شد و هم‌زمان به مجروحان و مردم بومی منطقه خدمت‌رسانی می‌کرد. این درمانگاه به سرپرستی خانم دکتر کیهانی‌دوست و همسرشان آقای تهرانی و با مشارکت نیروهای داوطلب اعزامی به سرعت به پایگاه مهمی در غرب کشور تبدیل شد. این الگوی ابتکاری در استان‌های خوزستان، کرمانشاه، آذربایجان غربی و ایلام به شکل‌های مشابه دیگر تکرار شد. در این مراکز مردمی، هسته‌های اولیه تیم‌های اضطراری جبهه‌ها شکل گرفت و روند تکاملی خود را گذراند. این مراکز در عملیات محدود آفندی نقش آفرینی می‌کردند.
- تشکیل ستاد امداد و درمان در استان‌های مناطق جنگی (ستاد هماهنگی میان سپاه، ارتش، جهاد سازندگی، شبکه بهداشت و درمان، و هلال احمر استان)
- پایه‌گذاری ستادهای پشتیبانی امداد و درمان‌ها در مراکز سایر استان‌های کشور.
- تأسیس ستاد مرکزی امداد و درمان در تهران (جهت هماهنگی بین ستادهای مختلف استان‌های جنگی و سایر استان‌ها).
- بهداری رزمی فعالیت‌های منسجم و مستقل خود را از عملیات طریق‌القدس شروع کرد.
- اولین بیمارستان صحرایی به صورت کانکس و چادر در منطقه سوسنگرد توسط بهداری رزمی سپاه در سال ۱۳۶۰ ساخته و در عملیات طریق‌القدس به کار گرفته شد. [۷]

۴-۵. حضور فراگیر تیم‌های اضطراری در دو عملیات فتح‌المبین و بیت‌المقدس (آزادسازی خرمشهر)

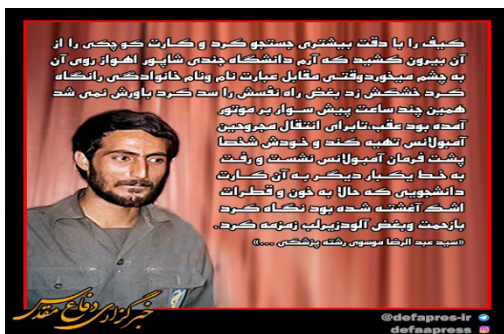
در فاصله ۱۸ ماه از شروع جنگ تحمیلی، تیم‌های اضطراری در دانشگاه‌های بزرگ شکل گرفته بود. در هر تیم، متخصصان و دستیاران جراحی و بیهوشی عمومی و ارتوپدی و گاهی از دیگر رشته‌های مرتبط با تروما عضویت داشتند. سایر اعضای تیم عبارت بودند از پرستاران، کارکنان آزمایشگاه، انتقال خون و رادیولوژی، تکنیسین‌های هوشبری و اتاق عمل، و افرادی که در مسئولیت‌های مدیریتی نقش ایفا می‌کردند. تجارب قبلی به‌منزله آموزش و آمادگی بود. با فراخوان این تیم‌ها در عملیات فتح‌المبین (فروردین ۱۳۶۱)، جمع بزرگی به خوزستان و مناطق عملیاتی این رزم بزرگ پیوستند. تجارب و خدمات پزشکی و امدادی فتح‌المبین بسیار عظیم بود. پس از طی شدن زمان اندکی از عملیات فتح‌المبین، عملیات بیت‌المقدس با هدف آزادسازی خرمشهر شروع شد.

«در عملیات فتح‌المبین دو بیمارستان صحرایی با امکانات کانکس‌های بهداشتی ارتش و مدیریت بهداشتی سپاه احداث شد. در سطح تیپ‌ها هم با پیش‌بینی یک اورژانس صحرایی براساس خط مقدم تعیین‌شده عملیاتی، تعداد ده تخت اورژانس برپا شده بود. در این عملیات برای نخستین بار، یک زنجیره انتقال مجروحان ترسیم و رانندگان آمبولانس‌ها به مسیرها توجیه شدند و تخلیه به بیمارستان صحرایی در عملیات آغاز شد. بر این اساس، ۳۰ درصد از عمل‌های جراحی در بیمارستان‌های صحرایی شهید کلانتری اندیمشک و پایگاه هوایی وحدتی دزفول، و بقیه در بیمارستان‌های اهواز و دزفول انجام گرفت.» [۸]

تیم‌های اضطراری بین مجموعه این مراکز توزیع و با حداکثر ظرفیت به خدمت‌گزاری مشغول شدند. در عملیات بیت‌المقدس، منطقه وسیعی شامل خرمشهر، نوار مرزی شلمچه، هویزه و پادگان حمید در منطقه غرب کارون در دستور آزادسازی قرار گرفت. این عملیات از نیمه‌شب ۱۰ اردیبهشت ۱۳۶۱ آغاز شد و طی سه مرحله در ۳ خرداد همان سال با فتح و آزادسازی خرمشهر به‌انجام رسید. تیم‌های اضطراری با همه توان و استعداد و بهره‌گیری از تجارب قبلی خود، در تمام مراحل حضور مؤثر داشتند و با تلاش‌های حیات‌بخش خود حلاوت پیروزی را دوچندان کردند.

در بحبوحه رزم پیروز خرمشهر به نقل از یک دوست رخدادی تلخ

«... خدمت در اورژانس‌های خطوط مقدم وصف‌ناپذیر است. مشاهده زخم‌ها و جراحات رزمندگان، جوانان مخلص و قهرمان، بندگان خالص باری تعالی، فرزندان غیور ملت ایران جانکاه و بسیار غم‌انگیز بود. از طرفی مارش پیروزی لشکر اسلام و اخبار شکست و متلاشی شدن دشمن دون، روحیه آزادی و احساس بزرگ وصف‌ناپذیری ایجاد می‌کرد. خدمات حیاتی در این بحبوحه آتش و خون توصیف‌ناشدنی است. ... برخی از دوستان ما، دکتر سادات و دکتر ربانی در مرحله دوم در قسمت‌های میانی جبهه فعالیت داشتند. بعدازظهر ۱۷ اردیبهشت، رزمنده مجروحی را با حال بسیار وخیم به اورژانس منتقل می‌کنند. این دوستان مراحل احیا را شروع می‌کنند و خیلی زود درمی‌یابند که روح بلند این فرمانده سلحشور در همان میدان نبرد از جسم رنجورش مفارقت و به ملأ اعلی پرواز کرده است. دوستانی که سرگرم عملیات احیا بوده‌اند، متوجه می‌شوند سیمای نورانی شهید بسیار آشناست. درنهایت همراهان مجروح به دکتر ربانی می‌گویند که ایشان فرمانده سلحشور سپاه خرمشهر شهید دکتر سیدعبدالرضا موسوی است. راوی با اشاره به نحوه شهادت شهید دکتر موسوی گفت: ایشان درحال سرکشی به نیروهایش در خطوط مقدم بود که مورد حمله دشمن قرار گرفت و متأسفانه وقتی به اورژانس منتقل شد، جان به جان‌آفرین تسلیم کرده و به درجه رفیع شهادت نائل شده بود. آن فرمانده سلحشور از دوستان قدیمی پزشکان اورژانس و هم‌دوره دانشجویی آن‌ها در دانشکده پزشکی بود...»^(۱)



تصویر ۱. شهید دکتر سیدعبدالرضا موسوی، فرمانده سپاه خرمشهر

(۱) محمدعلی محقق، فتح خرمشهر، یک صحنه وفاق و اتحاد کامل ملی، مصاحبه تاریخ شفاهی به‌مناسبت سالروز آزادسازی خرمشهر، روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران، وبدا، در: <http://behdasht.gov.ir>.

۵-۵. عملکرد تیم‌های اضطراری در عملیات رمضان

این عملیات در ۲۲ تیر تا ۷ مرداد ۱۳۶۱، در پنج مرحله و در محور شرق بصره به صورت گسترده با فرماندهی مشترک سپاه و ارتش انجام شد. عملیات رمضان نخستین عملیات نظامی ایران پس از آزادسازی خرمشهر در ۳ خرداد ۱۳۶۱ است. همچنین این عملیات یکی از بزرگ‌ترین عملیات‌های رزمی نظامی زمینی پس از جنگ جهانی دوم به شمار می‌رود. درگیری‌ها بسیار شدید و شمار مجروحان بیش از حد پیش‌بینی شده و شدت جراحات نیز بسیار زیاد بود. یکی از دشوارترین و غم‌انگیزترین تجارب تیم‌های اضطراری در این عملیات به دست آمد. بسیاری از خدمات فوری در اورژانس‌های سوله‌ای ارائه شد. جهاد سازندگی در کوتاه‌مدت و در اقدامی ضربتی این اورژانس‌های سوله‌ای را احداث، بهداری رزمی آن‌ها را تجهیز و تیم‌های اضطراری اداره می‌کرد (تصویر ۲).



تصویر ۲. اورژانس‌های سوله‌ای در دفاع مقدس

خاطره‌ای از تیم اضطراری عملیات رمضان^(۱)

«... در عملیات رمضان وقتی به منطقه رسیدیم هیچ چیز نبود. خاک بود و بیابان و خاکریزی کم‌ارتفاع و طولانی که برای برپایی اورژانس انتخاب شده بود. منطقه زیر آتش شدید دشمن قرار داشت... باور کنید طی ۴۸ ساعت از کف بیابان یک بهداری بیرون آمد [که در آن] از سازه‌های فلزی پیش‌ساخته استفاده شد. سازندگان افرادی بودند که با دل و جان کار می‌کردند، شبانه‌روز بی‌وقفه تلاش می‌کردند. همان‌جا که هیچ نبود، در ۴۸ ساعت شاید بیش از هزار مجروح را درمان کردیم؛ مجروحینی که جراحات بسیاری از آن‌ها بسیار وخیم بود. اتفاقاً در همان عملیات صحنه‌ای از مجروح رزمنده‌ای به یاد دارم که وقتی با برانکارد به اورژانس منتقل شد حالش خیلی بد بود. هوا بسیار گرم و سوزان بود. آن برادر مجروح هم خسته و مجروح و تشنه در بین انبوه مجروحان... دهن‌درازه کف زمین روی برانکارد قرار داشت. در نزدیکی مجروح مشک و مخزن آبی در بالا قرار داشت. همه با لیوان آب می‌نوشیدند. آبی که چکه می‌کرد در تشتی که روی زمین قرار داشت سرریز می‌شد. آن مجروح تشنه همان‌طور که روی برانکارد خوابیده بود یک لحظه خود را نزدیک آب دید، ناخودآگاه و بی‌اختیار سرش را داخل تشت آب کرد، آن‌قدر تشنه بود که رعایت مسائل بهداشتی برایش مفهوم نبود [معنایی نداشت]... دو دقیقه سرش را بیرون نیاورد...» ۱۷

(۱) مصاحبه تاریخ شفاهی، به نقل از دکتر عباس ربانی.

۵-۶. روند تکامل تیم‌های اضطراری در سال‌های بعد تا پایان جنگ

عملیات محرم در ۱۰ آبان ۱۳۶۱ در جنوب شرقی دهلران و غرب عین خوش انجام شد. در تپه‌های کنار پادگان عین خوش، یک بیمارستان صحرایی پیش‌ساخته (کانکس) برپا شده بود. تیم اضطراری ساعتی قبل از عملیات مستقر شده بود. در این عملیات در بیمارستان صحرایی عین خوش، ۳۰۶۶ مجروح درمان‌های اولیه را دریافت کردند و ۴۸ عمل جراحی هم انجام شد. [۹] در سال‌های ۱۳۶۲ و ۱۳۶۳، تحولاتی در جبهه‌ها روی داد که بهداری رزمی نیز هماهنگ با آن از انسجام، قدرت مانور، کمیت و کیفیت بیشتر و مطلوب‌تری برخوردار شد. در سلسله عملیات والفجر، تیم‌های اضطراری دارای سرعت، دقت، ترکیب و عملکرد مناسب‌تری بود. بزرگ‌ترین تجربهٔ بهداری رزمی در سال ۱۳۶۲، ساخت و تجهیز بیمارستان صحرایی خاتم‌الانبیا در منطقهٔ عمومی جفیر، سه‌راه فتح بود. در تمام مدت فعالیت این بیمارستان، تیم‌های اضطراری با نظم و برنامه‌ریزی فوق‌العاده خدمت می‌کردند. بیش از ۱۵,۰۰۰ مجروح در این بیمارستان مداوا شدند و ۲۱۷ عمل جراحی انجام شد. در مہاران این بیمارستان در بامداد ۶ اسفند ۱۳۶۲، رئیس و مدیر بیمارستان به‌شهادت رسیدند (شهید محمدعلی رهنمون و شهید مهدی خداپرست) و جمعی از پزشکان و کارکنان نیز مجروح شدند. [۹]

اوج حضور و نقش‌آفرینی تیم‌های اضطراری در عملیات والفجر ۸ بوده است. این عملیات عظیم در ۲۰ بهمن ۱۳۶۴ در منطقهٔ فاو اجرا شد. در این عملیات، از بیمارستان صحرایی فاطمه‌الزهرا (س)، که بتونی و بسیار مستحکم بود، استفاده شد. این بیمارستان چندین نوبت، درحال انجام وظیفه، مورد بمباران هوایی و سرانجام مورد حملهٔ شیمیایی ناجوان‌مردانهٔ دشمن قرار گرفت. اما تیم‌های اضطراری و کادر بیمارستان در چنین شرایط مخاطره‌آمیزی به وظایف خود ادامه دادند و حماسه‌ای ماندگار از اوج ایثار و خدمت را در تاریخ پزشکی کشور ثبت کردند.

اوج تکامل تیم‌های اضطراری سال ۱۳۶۵ بوده است. بعد از آن نیز طیف پوشش عملیات و سازمان‌دهی این تیم‌ها کامل و در عالی‌ترین شرایط قرار داشته و تا پایان جنگ نیز ادامه‌دار بوده است [۱۰]. در آزادسازی شهر مهران در تیر ۱۳۶۵، در بیمارستان‌های صحرایی امیرالمؤمنین (ع) و مهران بیش از ۱۰,۰۰۰ مجروح مداوا شدند و بیش از ۶۰۰ عمل جراحی انجام شد.

۶. فرهنگ مشارکت جامعه پزشکی در حوادث و بلایا

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، به‌طور متوسط سالیانه در سراسر دنیا حدود ۵۰۰ حادثهٔ طبیعی ثبت می‌شود. این حوادث منجر به آسیب حدود ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ نفر، مصدومیت ۷۴,۰۰۰ نفر، مرگ ۵۰,۰۰۰ نفر و جابه‌جایی ۵,۰۰۰,۰۰۰ انسان از محل زندگی خود می‌شود. [۱۱] ایران ازجمله کشورهای مستعد حوادث و بلایای گوناگون طبیعی و انسان‌ساخت و یکی از آسیب‌پذیرترین کشورهای جهان در برابر حوادث و بلایاست؛ بنابراین مشارکت جامعهٔ سلامت در فعالیت‌های پیشگیری و کنترل حوادث و بلایا باید به «فرهنگ» تبدیل شود. «کلیهٔ مراکز بهداشتی درمانی به‌طور خاص لازم است خود را برای مقابله با حوادث و بلایا آماده کنند؛ چراکه تکیه بر منابع و امکانات خارج از منطقهٔ آسیب‌دیده و انتظار دریافت خدمات سلامت از مناطق دیگر، مرگومیر و آلام انسانی بیشتری را به‌همراه خواهد داشت.» [۱۱] این آمادگی جامعهٔ سلامت نیازمند فرایندی علمی براساس الگوهای بررسی‌شدهٔ موفق در سایر کشورها و همچنین تجارب مهم در حوادث غیرمترقبهٔ اخیر کشورمان است.

جامعهٔ سلامت در همهٔ حوادث دوران معاصر، از قیام مردم تا پیروزی انقلاب و تمام رخداد‌های دوران انقلاب تا به امروز، همراه، همیار، همراز، هم‌رزم، معین و پشتوانهٔ سلامت مردم بوده است. هماهنگ با تشکیل ساختارهای انقلابی جهاد سازندگی و بسیج مستضعفان، حضور نظام‌مند جامعهٔ پزشکی نیز شکل و آهنگ کامل‌تر و منسجم‌تری یافت. شاخهٔ پزشکی جهاد سازندگی و بسیج جامعهٔ پزشکی از کامل‌ترین ابعاد این تشکلهای

انقلابی بوده و در تمام دوران چهل ساله انقلاب، جامع‌ترین خدمات را به ملت بزرگ ایران عرضه کرده‌اند. در دوران جنگ تحمیلی، تیم‌های اضطراری دفاع مقدس با ابتکار فعالان بسیج جامعه پزشکی و بهداری رزمی و براساس دستمایه‌های جهاد سازندگی پایه‌ریزی شد و با استقبال داوطلبانه طیف وسیعی از پزشکان، متخصصان، پرستاران و سایر کادر سلامت مواجه گردید. برگرداندن نظم و ترتیب به فرایندها و فعالیت‌ها، از اهداف اساسی در شرایط غیرمترقبه است. در نگاهی اجمالی می‌توان گفت این تشکل مفید و خدمت‌گزار ریشه در جایگاه ارزشی و فرهنگ دینی و ملی حرفه مقدس طب دارد. در فرهنگ اسلامی، حرفه مقدس طب واجب کفایی است و نجات جان انسان‌ها ارزش و عظمتی والا و بی‌نظیر دارد. در این مکتب حیات‌بخش، نجات نفس یک انسان معادل احیای جان همه انسان‌ها ارزش‌گذاری شده است.^(۱)

۷. ابعاد و ارکان مشارکت حوزه سلامت در سوانح و آسیب‌ها

مدیریت بحران رشته پیشرفته علمی است و در مجموعه مدیریت استراتژیک جای می‌گیرد. در این حوزه، با استفاده از دانش، تجرب، ابتکارات، تمرین‌های آمادگی و مطالعات و تحقیقات، به‌شکلی عملیاتی و پویا با حوادث غیرمترقبه (۲) مقابله می‌شود. حوادث غیرمترقبه، اعم از طبیعی و دست‌ساز، پدیده‌هایی گریزنایذیرند که وقوع آن‌ها در زمان حال و آینده حتمی است. این حوادث سلامت جامعه و آحاد آن را تهدید می‌کنند. پیشگیری، حفظ آمادگی برای مقابله و کنترل این حوادث مرهون تلاش‌های علمی، هماهنگ، جامع و میان‌بخشی همه سازمان‌ها و ساختارهای مرتبط در جامعه است. در این میان، نظام سلامت نقش کلیدی و محوری دارد. ابعاد این مشارکت به شرح زیر خلاصه شده است: [۱۲]

۱. تدوین چارچوب پاسخ ملی در حوزه سلامت برای حوادث غیرمترقبه؛
۲. تأکید بر نقش سرنوشت‌ساز مدیریت در کنترل بحران‌ها و بلایا؛
۳. پیش‌بینی حوادث و پیشگیری از آن‌ها به‌عنوان مهم‌ترین اقدام (شناخت مخاطرات، آسیب‌پذیری و ظرفیت‌های موجود در سراسر کشور و اقدامات پیشگیرانه در هر مورد)؛
۴. آموزش‌دهی به مردم در معرض آسیب و تیم‌های امدادی به‌منظور آمادگی برای مقابله با رخداد‌های احتمالی؛
۵. ارزیابی مخاطرات تهدیدکننده، اعم از فجایع و گزند‌های طبیعی یا تهدیدات انسانی (چالش‌ها و راهکارهای هریک)؛
۶. آشنایی با الگوهای معتبر علمی کنترل بحران، الگوسازی و مرور تجرب قبلی و درس‌آموزی از آن‌ها؛
۷. اقدامات و مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌های قابل انتقال در هنگام بروز گزند‌ها و پیشامدها؛
۸. آینده‌پژوهی، استفاده از دانش و فناوری‌های نوین در شناخت حوادث غیرمترقبه و پیش‌بینی مخاطرات بالقوه؛
۹. راهبرد آموزش در مدیریت بحران برای کاهش خطر، حضور مؤثر در خدمات کنترل بحران و شناخت الگوهای آموزشی مؤثر در کنترل وقایع و بلایا؛
۱۰. آشنایی با نقش زنجیره فرماندهی و هماهنگی در سوانح و مصایب؛
۱۱. نقش مشارکت اجتماعی در پیشگیری از خطر و کاهش آن؛
۱۲. تاب‌آوری، مقاومت و توسعه پایدار؛

(۱) وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا (مائده / ۳۲).

۱۳. آگاهی از موازین و اصول پدافند غیرعامل؛
۱۴. پایبندی به اخلاق، حرفه‌ای‌گری، عدالت و تعهد در حوادث و بلایا؛
۱۵. اقدامات بشردوستانه بین‌المللی در اتفاقات و آسیب‌ها؛
۱۶. سلامت روانی اجتماعی در حوادث و بلایا؛
۱۷. شناخت خطرات و مداخلات خاص درمانی در پیشامدها و فجایع؛
۱۸. درس/ عبرت‌آموزی از حوادث و بلایای طبیعی قبلی در کشور؛
۱۹. آموختن درس‌ها و تجارت‌عظیم و ارزنده از مدیریت بحران و طب رزمی در جنگ تحمیلی عراق و ایران؛
۲۰. ایجاد فرهنگ ملی آمادگی در مقابل حوادث با همکاری و هماهنگی سازمان‌های درگیر در چارچوب برنامه ملی.

۸. تعریف، اهداف و آداب کار تیمی در سلامت و طب رزمی

تعریف: به مشارکت اخلاق‌محور، مسئولیت‌محور، مدیریت‌محور و هماهنگ اعضای حرفه‌ای در ارائه خدمات سلامت «کار تیمی» گفته می‌شود.^(۱) فرایند مراقبت‌های سلامت ذاتاً ماهیت بین‌بخشی و چندعاملی^(۲) دارد و مستلزم همکاری نزدیک و مشارکت هماهنگ و تخصصی پرستاران، پزشکان، پیراپزشکان، امدادگران و سایر کارکنان سلامت است. ادبیات علمی حاکی از آن است که در ارائه مراقبت‌های ایمن به بیماران، «کارایی تیمی» عاملی مهم و تعیین‌کننده است و از عوارض و نتایج ناخواسته پیشگیری می‌کند.^[۱۳]

اهداف:

- خدمات‌رسانی جامع، کامل، به‌هنگام و مؤثر در همه مصادیق خدمات سلامت؛
- تأمین بالاترین سطح ایمنی برای گیرندگان خدمات، همکاران و خود؛
- ارائه خدمات سلامت در هزینه‌اثربخش‌ترین حالت ممکن.

آداب:

- رعایت ارزش‌های دینی تعاون (نیکوکاری و تقوای الهی^(۳))، التزام به اصول فرهنگی مشارکت و همیاری در مسئولیت‌های حرفه‌ای؛
- بیمارمداری، تبعیت از سرپرست، مسئولیت‌شناسی و انجام تام‌وتمام آن‌ها و پاسخ‌گو بودن؛
- شناخت دقیق و به‌رسمیت شناختن نقش‌ها و مسئولیت‌های دیگران و اهمیت دادن و احترام گذاشتن به آن‌ها؛
- التزام به رعایت اصول ایمنی و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران؛^(۴)
- تبعیت از هماهنگی و برنامه‌ریزی و نظم تعیین‌شده توسط مدیریت و سرپرستی؛^(۵)

در بهداری رزمی کار تیمی فرایندی حیاتی، الزامی، گریزنپذیر و اصولی است. شالوده تیم‌های اضطراری بر اصل اسلامی تعاون و فرهنگ اجتماعی مشارکت و اصل حرفه‌ای هم‌گرایی استوار است. مؤلفه‌های اصلی فرهنگ کار تیمی در بهداری رزمی عبارت‌اند از: ماهیت ذاتی حضور در بحران‌ها؛ سازمان لازم برای مداخله در امور بحرانی؛ آمادگی حضور سریع تیم‌ها در صحنه‌سازی رزمی؛ اطلاع‌رسانی ساده و سریع؛ نظم و انضباط و تبعیت از سلسله‌مراتب

(۱) تعریف پیشنهادی نویسندگان.

2) multidisciplinary

(۳) وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ (مائده / ۲).

4) quality of patient care

5) leadership

فرماندهی و رهبری؛ آموزش‌های قبلی و کسب مهارت‌های لازم در مواجهه با مجروحان و مصدومان در سطوح مختلف؛ آمادگی استقرار در محیط‌های مختلف بهداری رزمی؛ استفاده از اصل ضروری مشاوره در همه موارد مقتضی؛ رعایت هم‌زمان موازین اخلاق پزشکی و ضوابط و مقررات بهداری رزمی؛ التزام به رازداری در اطلاعات محرمانه. [۱۴]

۹. حضور اخلاق مدار و اثر گذار جامعه پزشکی در عرصه‌ها

رعایت اخلاق پزشکی در بلاياهم منجر به حفظ کرامت والای انسان‌ها می‌شود و هم موجب التزام به مشارکت تمام‌عیار جامعه پزشکی در کنترل این حوادث. در شرایط و حوادث غیرمتربقه بار سنگین سلامتی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی به جامعه و مردم تحمیل می‌شود. در این شرایط ملتهب و تنش‌زا، تصمیم‌گیری‌های منطقی و صحیح و به‌هنگام کارکنان نظام سلامت نقشی حیاتی خواهد داشت. وفق اصول اخلاقی و انسانی و موازین حقوقی، ملاحظات مانده سن، جنس، قومیت، مذهب، اعتقادات، گرایش‌های سیاسی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و مانند آن‌ها نباید موجب تبعیض یا محرومیت از دریافت خدمات فوری و حیاتی و مراقبت‌های بعدی در آسیب‌دیدگان شود. [۱۵]

«عدالت»، «حقوق بشر»، «راست‌گویی»، «رازداری»، «انجام اقدامات مناسب» و «رعایت اقدامات کاهش عوارض» همواره باید به‌عنوان اصول زیربنایی در خدمات پزشکی و خاصه در حوادث غیرمتربقه مورد توجه قرار گیرد. [۱۶] اولویت‌بندی در خدمات‌رسانی حیاتی و بعدی در حوادث و بلايا باید بر اصول علمی و اخلاقی استوار باشد. از نظر موازین علمی، تریاژ اصل حیاتی، شناخته‌شده و معتبر است که در هر نظام سلامت باید برپایه دستورالعمل‌های استاندارد بومی انجام شود. در این زمینه، پایبندی به اصول علمی مترادف با رفتار مسئولانه و حرفه‌ای است.

۱۰. مناسب‌ترین ترکیب تیم‌های اضطراری، برای مؤثرترین عملکرد، در دشوارترین و پیچیده‌ترین شرایط جنگی

تیم‌های اضطراری به‌دلیل اهداف و ماهیت مأموریت، از ویژگی‌های زیر برخوردار بودند: [۱۶]

- **ترکیب:** چند تخصصی^(۱) (جراح، جراح ارتوپد، جراح اعصاب، متخصص بیهوشی، روان‌پزشک، اورولوژیست، پرستار، متخصص آزمایشگاه و انتقال خون، امدادگر و...).
- **محل مأموریت:** تیم اعزامی که به‌صورت نزدیک و در یک محل انجام‌وظیفه می‌کردند.^(۲)
- **شرایط عضویت:** تیمی است با اعضای اصلی ثابت و سایر اعضا در شرایط ضروری.

صرف‌نظر از ویژگی و ماهیت، مؤلفه‌های مشترک اعضای تیم اضطراری برای تجارب آینده به این شرح پیشنهاد می‌شود: [۱۷]

- از تخصص یا مهارت‌های حرفه‌ای متناسب با اهداف و مأموریت تیم برخوردار باشند.
- درعین حال که داوطلب هستند، از نظم و برنامه‌ریزی و دستورات رهبری تیم تبعیت کنند.
- هریک از اعضای تیم نقش‌ها و مسئولیت‌های اختصاصی برعهده داشته باشند و برای تأمین هدف مشترک (نجات مصدوم) با سایر اعضا تعامل دائمی داشته باشند.
- همه اعضای تیم در فرایندهای تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند.
- همه اعضای تیم ملزم به ارتقای مستمر دانش، مهارت، توانمندی و آمادگی انجام‌وظیفه در شرایط بحرانی باشند.

1) multiprofessional team

2) team that work closely together in one place

- در شرایط ازدحام و مواجهه با انبوه مجروحان، اصول تریاژ را همواره حفظ و رعایت نمایند.
- در شرایط پدافندی و عادی، دارای برنامه‌های مفید و سازنده برای تجدید قوا، ارزیابی عملکرد، ارتقای توانمندی، تذکرات اخلاقی و برنامه‌های معنوی باشند.

۱۱. عملکردهای متنوع تیم‌های اضطراری در دفاع مقدس در شرایط اضطراری، آفندی، پدافندی و شرایط متفاوت (نظیر درمان مصدومان شیمیایی)

در بازخوانی حوادث دفاع مقدس از منظر فوریت و ضرورت اقدامات و مداخلات امداد و درمان، شرایط حاکم بر بهداری رزمی به شرح زیر قابل تقسیم‌بندی و اولویت‌دهی است: [۱۸]

شرایط پدافندی در بهداری رزم:

در اوضاع جنگی، به زمان‌هایی گفته می‌شود که جبهه‌ها آرام است؛ دشمن در حالت حمله قرار ندارد، ولی تهدید بالقوه حملات غافل‌گیرکننده وجود دارد؛ نیروهای خودی نیز قصد عملیات ندارند؛ آرایش نیروهای بهداری رزم نیز آماده‌باش عادی است و از نیروهای اضطراری استفاده نمی‌شود. تیم‌های اضطراری ضمن حفظ آمادگی نسبی، فعالیت‌های معمول خود را ادامه می‌دهند. در تجربه دفاع مقدس، اعضای این تیم‌ها برای درمان و بازتوانی مجروحان جنگی در بخش‌ها و مراکز بیمارستانی و توان‌بخشی فعالیت می‌کردند و بر تجربیات خود می‌افزودند. ارزیابی نتایج درمان‌های اضطراری مناطق و شرایط عملیاتی، از این‌دست تجربیات بوده است.

شرایط اضطراری در بهداری رزم

در شرایط آفندی (اضطراری) و زمان‌هایی که عملیات از قبل برنامه‌ریزی شده، نیروهای خودی در حال پیشروی است و مواجهه با حجم انبوه مجروحان قابل پیش‌بینی است، بهداری رزمی شرایط اضطراری اعلام می‌کند و سطح آمادگی را به حداکثر افزایش می‌دهد. نیز فراخوان تیم‌های اضطراری در مناسب‌ترین زمان و با در نظر گرفتن همه ملاحظات امنیتی، حفاظتی، تاکتیکی و لجستیکی انجام می‌شود. در تمام عملیات‌های مهم (طریق‌القدس، فتح‌المبین، بیت‌المقدس، رمضان و عملیات‌های بعد از آن)، تیم‌های اضطراری مشارکت سرنوشت‌ساز، فراگیر و تمام‌عیار داشته‌اند. این حضور پررنگ در شرایط پاتک‌های دشمن نیز ادامه داشت و تا زمان تثبیت خطوط عملیاتی در مواضع جدید و برگشت به شرایط پدافندی ادامه می‌یافت.

بعضی از ملاحظات شرایط اضطراری در بهداری رزمی:

- زمانی که در آن اقدامات و مداخلات اضطراری باید صورت پذیرد، زمان طلایی (GT) است.
- در صورت انجام اقدامات فوری امداد و نجات و درمان در زمان طلایی، حادثه به بحران تبدیل نمی‌شود.
- اصل حیاتی‌گره‌گشا در شرایط اضطراری کار تیمی است. در فرهنگ دفاع مقدس، این مفهوم ریشه در اصل اسلامی تعاون دارد؛ به گونه‌ای که حس همکاری و پایداری به کار تیمی در همه شئون اسلامی مشهود باشد.
- هر زمان و در هر سطح از زنجیره امداد و نجات و درمان، اگر مجموعه نیاز (تعداد مجروحان و کیفیت جراحات) بیشتر از مجموعه امکانات و نیروی انسانی باشد، تریاژ براساس پروتکل‌های از قبل تنظیم شده باید صورت گیرد.
- از قواعد حاکم بر این شرایط در زمان جنگ، خطرپذیری است. در فرهنگ تیم‌های اضطراری، استقبال از موقعیت‌ها و شرایط پرمخاطره، ترجمان ایثار و عینیت‌بخشی به آن بوده است.
- نحوه انجام وظیفه در شرایط اضطراری، ضمن رعایت نظم حداکثری و تبعیت از فرماندهی، تلاش در حداکثر ممکن (از نظر کمی و کیفی و مهارتی) بوده و در فرهنگ دفاع مقدس کار جهادی تا سرحد بذل جان مشاهده می‌شده است.

شرایط بحرانی در بهداری رزم

در زمان جنگ، بحران به شرایطی گفته می‌شود که به صورت ناگهانی، غافل‌گیرکننده و فزاینده به وجود می‌آید و برای مقابله با آن که پیش‌بینی هم نشده به اقدامات اساسی و فوق‌العاده نیاز است. مدیریت شرایط بحرانی در جنگ عبارت است از مجموعه تصمیم‌گیری‌های فرماندهی، رویکردهای سیاسی و نظامی، فعالیت‌های اجرایی و تدابیر تاکتیکی برحسب شرایط مختلف و به صورت فراگیر و دربرگیرنده تمام سطوح بحران. یکی از مهم‌ترین ابعاد کنترل بحران در بهداری رزمی، امداد، انتقال و درمان است. مدیریت هوشمندانه بحران در این شرایط، حیاتی و سرنوشت‌ساز است. در دفاع مقدس، شرایط بحرانی و دشوار بارها تجربه و مدیریت شده است و دستاوردهای آن برای آیندگان بسیار مغتنم و راهگشا خواهد بود.

نمونه‌های بارز شرایط بحرانی در بهداری رزمی در طول هشت سال جنگ تحمیلی:

- غافل‌گیری روز اول جنگ (۳۱ شهریور ۱۳۵۹) و لحظات بحرانی هفته اول جنگ؛
- عملیات امداد و نجات و اسکان موج اول پناهجویان چندصد هزار نفری مناطق جنگ‌زده؛
- موج اول حملات ناجوان‌مردانه موشکی به مناطق مسکونی شهرهای استان‌های جنگ‌زده؛
- کشاندن جنگ به شهرها و اولین تهاجمات موشکی به شهر تهران و تداوم این حملات؛^(۱)

تهاجم هم‌زمان موشکی به ده نقطه شهر تهران و ازجمله مجتمع بیمارستانی امام خمینی(ره)؛

- اولین حملات گسترده شیمیایی دشمن به رزمندگان و جبهه‌های نبرد؛
- حملات سیعانه شیمیایی دشمن به شهر سردشت و سایر مناطق مسکونی؛
- حملات ضدانسانی و فاجعه‌بار ارتش جنایتکار بعثی عراق به شهر حلبچه؛
- عملیات مرصاد در ماه آخر جنگ.
- بعضی از ملاحظات شرایط بحرانی در بهداری رزمی؛
- فراخوان آنی تیم‌های اضطراری؛
- بسیج همه امکانات و نیروها برای کنترل بحران؛
- عملیات امداد و نجات آسیب‌دیدگان خطوط مقدم و کانون‌های اصلی تهاجم دشمن؛
- تدابیر پیشگیرانه برای کاهش خسارات و تلفات انسانی؛
- تدابیر پیشگیرانه از تخریب و ازهم‌پاشی ساختار امداد و نجات در کانون‌های اصلی مورد هدف توسط دشمن و حوزه‌های پشتیبانی مجاور و سایر سطوح؛
- حفظ ارتباطات درون و برون‌گروهی؛
- ترمیم و بازسازی خرابی‌ها و جایگزینی نیروهای از رده خارج.

۱۲. تجارب و خاطراتی از خدمت در قالب تیم‌های اضطراری جبهه‌ها

توصیف تریاز در عملیات کربلای ۴:

«... از خاطرات تلخ در دفاع مقدس، عملیات کربلای ۴ بود. این عملیات لو رفته بود و ما هم تازه به منطقه رسیده بودیم. در شروع، مجروحان بسیار زیاد بودند. تیم ما نهایتاً سی نفر بودیم، هشت اتاق عمل در بیمارستان صحرایی موجود و تنها یک نفر متخصص بیهوشی (دکتر میرجبار یحیی‌پور خامنه) در آن تیم اضطراری حضور

(۱) در اولین حمله موشکی به تهران، بیمارستان عیوض‌زاده در مرکز شهر هدف قرار گرفت و موجب شهادت و مجروحیت جمعی از کارکنان، بیماران و مردم عادی شد. مجروحان، بیماران و کارکنان بیمارستان در ساعات اولیه به مجتمع بیمارستانی امام خمینی(ره) منتقل شدند.

داشت. در آن واحد می‌توانستیم هم‌زمان هشت مجروح را عمل کنیم، درحالی که در اورژانس و اطراف آن بیمارستان صحرایی، قریب ۲۰۰۰ مجروح دور و بر ما بودند. همه‌جا مملو از مجروحان بود، یکی از دیگری بدحال‌تر. می‌خواستیم همه این‌ها را نجات دهیم. مثل این بود که کنار آب ایستادی و تعداد زیادی دارند غرق می‌شوند و تو یک نفر هستی و وسیله نداری که همه را با هم از آب بیرون بکشی. علاج کار روش علمی تریاژ بود. اعضای ما ظرفیت هشت تیم جراحی را داشتند. با روش تریاژ هشت مجروح واجب‌تر را انتخاب و کار را شروع کردیم. دکتر یحیی‌پور هم با کمک چهار تکنیسین بیهوشی و چهار پرستار و با تکیه بر تجارب عظیمی که از قبل داشت، پوشش بیهوشی هر هشت اتاق عمل را با مهارت تمام عهده‌دار شد. تقریباً ۴۸ ساعت مداوم و بدون وقفه کار کردیم، طوری که حتی همدیگر را نمی‌توانستیم ببینیم. امکان خواب و استراحت به کلی وجود نداشت. آن موقع تجربه خیلی زیادی هم پیدا کرده بودیم و کارمان خیلی سریع بود. یک قاعده کلی در جراحی جنگ داریم که در کمترین زمان، بهترین استفاده را جهت نجات مجروحان انجام دهیم و بقیه کارهای غیراورژانس را در مراحل بعد مدیریت کنیم. این روش در این عملیات غم‌انگیز بسیارکارآمد بود و توانستیم اعمال جراحی سنگین و نیز درمان‌های اولیه حیاتی را برای مجروحان بسیاری انجام دهیم.»

تعاون و کار تیمی:

«...از دستاوردهای تیم‌های اضطراری و یکی از مشخصات بارز تیم‌های اضطراری حس همکاری و پابندی به کار تیمی بود. آن قدر با هم خالصانه کار کرده بودند که هرکسی جایگاه، ظرفیت و پتانسیل خود را پیدا کرده بود و خودبه‌خود تقسیم کار و مسئولیت انجام شده بود. معلوم بود چه کسی، چه کارهایی را باید انجام دهد. برای درمان بیماران خیلی بدحال و پیچیده، از مجرب‌ترین افراد تیم استفاده می‌شد و از تمام توانمندی سایرین نیز استفاده می‌گردید. درواقع با جلب مشارکت از همدیگر، آن‌ها می‌توانستند مجروحان بدحال را نجات دهند. وقتی یک مجروح بدحال با خون‌ریزی‌های وسیع می‌آمد، همه متمرکز می‌شدند و مناسب‌ترین ترکیب جراحی و بیهوشی به نجات مجروح می‌شتافت... اگر با تدبیر کار تیمی آن‌ها را نجات نمی‌دادیم، بسیاری در مدتی کمتر از نیم‌ساعت شهید می‌شدند. شاید خیلی از جانبازانی که در جامعه می‌بینید همان‌ها هستند... نجات بسیاری از اندام‌ها نیز حاصل همکاری‌های همین تیم‌ها بود...»^(۱)

تیم اضطراری، محفل درس و بحث و آموزش:

«...حضور استادان در کنار دستیاران، در تیم‌های اضطراری زمان جنگ بسیار مغتنم بود. دستیاران جوان تجربه کمی داشتند و استادان پشتیبان و تکیه‌گاه بودند. کسب تجربه از محضر اساتید خیلی مغتنم بود. در رأس استادان حاضر در صحنه، دکتر ایرج فاضل، جراح فوق‌العاده مسلط و باتجربه آن زمان بودند. ایشان از امریکا آمده و داوطلبانه به مناطق جنگی می‌آمدند. در تیم‌هایی که این استاد عالی‌قدر و امثال ایشان به‌عنوان رهبر و سرپرست تیم حضور داشتند، برنامه فعالیت‌ها در اتاق عمل، اورژانس و تریاژ توسط آنان تنظیم می‌شد. در زمان‌هایی که آرامش بر فضای جبهه حاکم بود و فراغت دست می‌داد، بحث‌های آموزشی رواج داشت، درست مانند کلاس‌های درس دانشگاه. در این میعادگاه‌های مقدس خدمت‌گزاری حرفه‌ای، استادان و دستیاران و سایر کارکنان در سنگرهایی بیست‌سی‌نفری کنار هم قرار داشتند. در زمان فعالیت، سایر جراحان با تمام توان و تجربه انجام‌وظیفه می‌کردند. هر جا مشکلی یا وضعیت حادی پیش می‌آمد، از سایر همکاران، خاصه استادان حاضر، کمک می‌خواستند و مطمئن بودند بر مشکل غلبه خواهند کرد. کار در بیمارستان‌های صحرایی و اتاق‌های عمل شبانه‌روزی بود. تمام فضای کار آموزش بود. بسیاری از آموزه‌ها و تجارب آن دوران استثنایی بود و بعد از جنگ هرگز تکرار نشد. یکی از این استادان بزرگوار حاضر در بسیاری از صحنه‌های دفاع مقدس، آقای دکتر سید محمدرضا کلانتر معتمدی بودند که قدرت روحی و بدنی و حس و

(۱) به نقل از استاد دکتر محمدرضا کلانتر معتمدی، جراح ارشد تیم اضطراری.

انرژی فوق العاده داشتند. وقتی کارکرد ایشان را می دیدیم، احساس خستگی را فراموش می کردیم. حضورشان خیلی مغتنم بود و در بسیاری از عملیات ها در خدمت ایشان بودیم. استاد بزرگوار دیگری که در بسیاری صحنه ها حضور مؤثر داشتند، آقای دکتر ابوالقاسم اباسهل بودند که در دانشگاه شاگرد ایشان بودیم. ایشان با دل و جان خدمت می کردند. استاد بزرگوار آقای دکتر مرتضی تقوی هم از اساتید دانشگاه بودند. بسیاری از چهره های شاخص پزشکی دانشگاه های بزرگ آن زمان در تیم های اضطراری حضور داشتند و علاوه بر خدمات مستقیم علمی و جراحی، موجب ارتقای روحیه رزمندگان و سایر اعضای کادر بهداشت و درمان می شدند. حضورشان فوق العاده مؤثر بود، هم در مسائل درمانی مجروحان و مهم تر اینکه تمام جراحان دیگر از آن ها درس های علمی و اخلاقی می آموختند. از مهم ترین ابعاد حضور استادان بزرگ جامعه پزشکی، ایفای نقش تکیه گاه و پشتوانه برای مجموعه بهداری رزم بود. با حضور آن بزرگواران، بقیه با خیال راحت کارشان را ادامه می دادند و هر وقت لازم بود، از کمکشان بهره می بردند...»

۱۳. خاطراتی از حضور و خدمت در تیم های اضطراری

نقش مهندسی رزمی در صیانت از مجموعه عوامل انسانی بهداری رزمی (مباران بیمارستان صحرایی در عملیات والفجر ۸):

«... در عملیات فاو با استاد دکتر کلانتر معتمدی در بیمارستان صحرایی فاطمه الزهرا سلام الله علیها داشتیم عمل می کردیم... ناگهان حمله هوایی به بیمارستان شد. همب اول قبل از بیمارستان [اصابت کرد]. یک همب مستقیماً انداختند روی سقف بیمارستان، درست روی آزمایشگاه که در مرکز بیمارستان و مجاور اورژانس و اتاق عمل قرار داشت. این بیمارستان صحرایی زیر زمین قرار داشت. با مباران، یک لحظه ظلمات شد، صدای وحشتناک انفجار و موج انفجار... نفهمیدیم چه شد! دکتر کلانتر معتمدی با روحیه عالی در تاریکی شروع به مزاح نمودن و روحیه دادن کردند... پرسنل چراغ قوه آوردند و با نور چراغ قوه در آن تاریکی عمیق عمل را ادامه دادیم. عمل آسیب شریان آگزیلا بود و بسیار حساس و به دقت و مهارت و ظرافت نیاز داشت... و الحمدلله با موفقیت به پایان رسید و آن مجروح که خون ریزی بسیار زیادی و جراحات دیگری نیز داشت، زنده ماند و چند ساعت بعد سالم به اهواز منتقل شد. اگر مهندسی رزمی این کار فوق العاده عظیم را نکرده بود، آن بیمارستان پودر شده بود و حدود ۲۰۰ نفر پرسنل که بهترین جراحان ایران در میان آن ها بودند همین آقایان که ذکر خیرشان آمد سه نفرشان بودند و بقیه از جراحان و متخصصان بیهوشی، ارتوپدی، اورولوژی و اعضای تیم های اضطراری اعزامی از تهران، اصفهان و شیراز و مشهد بودند [و] جراحان و متخصصان جوان و مسن و سایر پرسنل فداکار شاید همه شهید می شدند.»^(۱)

۱۴. تجارب و درس هایی از حوادث غیر مترقبه اخیر در ایران و حضور به هنگام و مؤثر جامعه پزشکی

از ۴۰ بلای طبیعی شناخته شده در جهان، ۳۱ مورد در ایران اتفاق می افتد. زلزله، چه از نظر تلفات انسانی و چه از نظر خسارات مادی، مخاطره بارترین بلای طبیعی است که بارها کشور ما را تهدید کرده است. [۱۹] نظام مدیریت بحران در ایران به علت مواجهه مداوم با بحران های منطقه ای، تجربه کافی دارد. این مدیریت نظام مند با بهره گیری از تجارب و امکانات اورژانس کشور، مؤسسات نظامی و انتظامی، مؤسسات غیردولتی نظیر هلال احمر و بسیج نیروهای مردمی، قادر است بحران های بزرگ را کنترل کند. بحران های فراگیر و ملی

به علت گستردگی حادثه، وجود جمعیت بزرگ تحت تأثیر و محدودیت در ظرفیت پاسخ‌دهی ارگان‌های مسئول در مدت‌زمان کوتاه، موجب ایجاد میزان زیادی تقاضاهای امدادی، بهداشتی و درمانی می‌شود. مدیریت این شرایط نیازمند استفاده هماهنگ و بجا از منابع انسانی و مادی کشوری و در صورت ضرورت ظرفیت‌های بین‌المللی است. [۲۰] نقش‌آفرینی تیم‌های اضطراری در حوادث و بلایا بسیار ضروری و حیاتی است.

- بعضی از بزرگ‌ترین حوادث غیرمترقبه کشور بعد از پایان جنگ تحمیلی عبارت‌اند از:
 - زمین‌لرزه رودبار به قدرت ۷/۳ در مقیاس ریشتر در استان‌های گیلان و زنجان، در ۳۱ خرداد ۱۳۶۹؛
 - زمین‌لرزه بم به قدرت ۶/۵ در مقیاس ریشتر در استان کرمان، در ۵ دی ۱۳۸۲؛
 - زمین‌لرزه اهر به قدرت ۶/۴ در مقیاس ریشتر در استان آذربایجان شرقی در ۲۱ مرداد ۱۳۹۱؛
 - زمین‌لرزه کرمانشاه به قدرت ۷/۳ در مقیاس ریشتر در استان کرمانشاه در ۲۱ آبان ۱۳۹۶؛
- سیل فراگیر بهار ۱۳۹۸ در ۲۴ استان کشور، با تأثیر تخریبی بیشتر در استان‌های گلستان، لرستان و خوزستان. در تمام این حوادث و عموم حوادث مشابه غیرمترقبه اخیر، جامعه پزشکی در رأس هرم امدادسانی و کنترل بحران قرار داشته و با بهره‌گیری از تجارب گران‌بار حضور در دوران دفاع مقدس، خدمات حیاتی ارزشمندی به آسیب‌دیدگان تقدیم کرده است. در حادثه سیل مهیب و فراگیر بهار ۱۳۹۸ در ۲۴ استان کشور، بزرگ‌ترین رویدادهای هم‌بستگی ملی بعد از دفاع مقدس، در امدادسانی، نجات و درمان آسیب‌دیدگان، توسط ملت بزرگ و متحد ایران به معرض نمایش گذاشته شد. تمام تیم‌های اضطراری متشکل از بسیج جامعه پزشکی، ارتش جمهوری اسلامی، سپاه پاسداران، سازمان بهداشت و درمان کشور، هلال احمر جمهوری اسلامی و ساختارهای مردم‌نهاد و خودجوش مردمی صحنه‌های زیبایی از امداد و نجات را آفریدند.

مدیریت بحران‌های فراگیر در ایران علاوه بر امداد و نجات و بازسازی بعد از حادثه، شامل ارکان مهمی نظیر آموزش، آمادگی جهت مقابله با اثرات مخرب و پیشگیری از آن و کاهش آن، و پاسخ سریع در قالب دستورالعمل‌های استاندارد و معتبر است. تیم‌های اضطراری با بهره‌گیری از دستمایه‌های دفاع مقدس و حوادث اخیر، در تمام شئون فوق می‌تواند نقش‌آفرین و پیش‌گام باشد.

۱۵. نتیجه

درمورد بلایای تهدیدکننده در آینده، درک ماهیت، ارزیابی و شناسایی آثار مخرب، شناخت میزان آسیب‌پذیری گروه‌های اجتماعی مختلف و انجام اقدامات پیشگیرانه، مانورهای آمادگی و آموزش عمومی ضروری است. پس از وقوع حوادث غیرمترقبه و بلایا، مدیریت قاطع بحران (شامل حضور اضطراری نیروهای امداد و درمان در کوتاه‌ترین زمان ممکن)، به اشتراک‌گذاری منابع (اعم از منابع امدادی، تکنولوژیکی و تجهیزاتی) و بسیج گروه‌های داوطلب و اجتماعی حائز اهمیت حیاتی است و میزان خسارات و تلفات را به حداقل کاهش خواهد داد. [۲۱]

۱۶. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده

- مطالعات راهبردی و کاربردی (تخصصی) «الگوسازی حضور به‌هنگام و مؤثر و نقش‌های جامعه سلامت در حوادث و بلایا»؛
- تدوین و ترویج فرهنگ و رفتار معتبر و اخلاق حرفه‌ای حضور و مشارکت جامعه سلامت کشور در رخدادها و فجایع؛
- الگوسازی کنترل تروما و حوادث با بهره‌گیری از مجموع ظرفیت‌های بالقوه کشور اعم از دولتی، نظامی، نهادی و مردمی.

۱۷. منابع

- [۱] مبانی مدیریت بحران. اسلایدهای آموزشی. در: <http://www.nemm.ir>.
- [۲] سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران. دستورالعمل تیم‌های واکنش سریع جمعیت هلال احمر. در: RC.RO.AP.WI.O8.00. <http://raro.ir>.
- [۳] کمالی، یحیی. میرزایی، جلال. مقایسه ساختار مدیریت بحران در ایران، ژاپن، هند و ترکیه. فصلنامه مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی. ۷۵. ش ۲۵. زمستان ۱۳۹۶. صص ۲۶۹-۲۴۵.
- [۴] اردلان، علی. شمسی، تیمن. زیر نظر دکتر حسین ملک افصلی. راهنمای مدیریت بلایای جامعه‌محور مبتنی بر مشارکت زنان. سازمان غیردولتی همیاران غذا. به سفارش سازمان جهانی بهداشت/ جمهوری اسلامی ایران. در: <http://ssu.ac.ir>.
- [5] Berwick D, Downey A, Cornett E. A National Trauma Care System: Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve Zero Preventable Deaths After Health and Medicine Division. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US). 2016 Sep 12.
- [6] WHO. Humanitarian Health Action, Emergency Medical Teams. https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams
- [۷] غنجال، علی. عامریون، احمد. بهروزی‌نژاد، ناصر. متقی، منیره. بیمارستان‌های صحرایی دوران جنگ عراق علیه ایران. طب نظامی. ش ۶. تابستان ۱۳۸۳. صص ۱۴۳-۱۵۲.
- [۸] محمدزاده، فیض‌الله. بهداری در رزم. ستاد مشترک سپاه، معاونت آموزش و نیروی انسانی، مرکز برنامه‌ریزی و تألیف کتاب‌های درسی. ۱۳۸۶.
- [۹] طهماسبی‌پور، امیرحوشنگ. سیر تحول بیمارستان صحرایی در جنگ. نگین ایران (فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس). س ۱۲. ش ۴۵. تابستان ۱۳۹۲. صص ۳۰-۵.
- [۱۰] حیدرپور، عوض. نقش جامعه پزشکی در جنگ تحمیلی. طب و تزکیه. ش ۲۶. پاییز ۱۳۷۶. صص ۹۹-۹۶.
- [۱۱] خانکه، حمیدرضا و همکاران. آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا. برنامه کشوری. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی. ۱۳۹۱.
- [۱۲] بسیج جامعه پزشکی. پنجمین کنگره بین‌المللی بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث و بلایا. تهران: سازمان بسیج جامعه پزشکی، ۱۳۹۰.
- [13] Manster T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand. 53. 2009
- [۱۴] غنجال، علی. متقی، منیره. میرهاشمی، صدیقه. دلاوری، عبدالرضا. بهداری نظامی در بحران، بلایا و حوادث غیرمترقبه. مقاله کنفرانس همایش سراسری راهکارهای ارتقای مدیریت بحران در حوادث و سوانح غیرمترقبه. ۱۳۸۵.
- [۱۵] نظری، فاطمه. امینی، حسین. طلایی شکاری، صمد. اهمیت اخلاق پزشکی در بلایا و حوادث غیرمترقبه. همایش سالیانه علمی پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی. در: <http://www.sid.ir>.
- [۱۶] کاظمیان، محمد. جایگاه اخلاق پزشکی در حوادث و بلایا. کنگره مدیریت بحران. بهمن ۱۳۹۰. در: <https://www.yjc.ir>
- [17] Ranjit DeAlwis: WHO patient safety curriculum, Guide for Medical Schools Working Group: Being an effective team player
- [۱۸] غنجال، علی. متقی، منیره. میرهاشمی، صدیقه. دلاوری، عبدالرضا. تب امداد و انتقال در جنگ عراق علیه ایران. طب نظامی. ش ۴. صص ۲۸۵-۲۹۲.
- [۱۹] سبزی، فاطمه. مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه و بلایای طبیعی. سومین کنگره بین‌المللی بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه. ۱۳۸۵. در: <https://www.civilica.com>.
- [۲۰] عراقی‌زاده، حسن. ثقفی‌نیا، مسعود. انتظاری، وحید. بررسی مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه: مروری بر تجربه زلزله بم. طب نظامی. س ۴. ش ۴. زمستان ۱۳۸۲. صص ۲۶۸-۲۵۹.
- [۲۱] رضایی، فاطمه. یارمحمدیان، محمدحسین. کیوان‌آرا، محمود. مکانیسم مدیریت جامعه‌محور خطر بلایا. اولین کنفرانس ملی تحول و نوآوری سازمانی با رویکرد اقتصاد مقاومتی. ۱۳۹۵. در: <https://www.civilica.com>.

منابع بیشتر برای مطالعه

- Seyedin H. Disaster Management System of Iran-Need to Eliminate Weaknesses and Problems. Iran J Public Health. 34 (Supple 1): 31-2.
- خلاصه مقالات همایش آمادگی سازمان‌های بهداشتی و درمانی در مدیریت حوادث و بلایا. مدیریت اطلاعات سلامت (ویژه‌نامه) ش ۳. ۱۳۸۸. در: <https://hmerc.mui.ac.ir>.
- World Health Organization. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. 2019. at: <https://www.who.int/hac>.

فصل دوازدهم

بیمارستان صحرایی و عملکرد آن در دفاع مقدس

پدیدآورندگان:

دکتر حسن عراقی‌زاده، دکتر محمدعلی بینات

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه

معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

تحلیل روند تکاملی ساختار بهداری رزمی و آشنایی با نقش‌ها و خدمات بیمارستان‌های صحرایی در دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- مطالعه تاریخچه و روند تکاملی بیمارستان‌های صحرایی در دوران جنگ تحمیلی
- آشنایی با اهداف، روند تشکیل، برپایی، تجهیز، مدیریت، نحوه عملکرد و سیر تکاملی بیمارستان‌های صحرایی در دفاع مقدس
- معرفی سازه‌های مورد استفاده در بیمارستان‌های صحرایی دفاع مقدس و روند تکاملی آن‌ها و شناساندن سازه‌های مناسب برای بیمارستان‌های صحرایی در آینده
- تبیین عملکردهای متفاوت بیمارستان‌های صحرایی در شرایط آفندی و پدافندی
- مدیریت و راهبری تیم‌های اضطراری برای حضور به موقع و مؤثر و عملکرد بهینه در بیمارستان‌های صحرایی
- ذکر تجارب جدید و توصیه‌های استاندارد برای حوادث نظامی در زمان حال و آینده
- کسب توانمندی‌های جدید برای کنترل حوادث بیولوژیکی، شیمیایی و هسته‌ای
- دستیابی به توانمندی مدیریت در شرایط کاملاً بحرانی میدان جنگ و خطوط مقدم

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۲۶۳
۲. واژه‌های کلیدی	۲۶۴
۳. روش تدوین	۲۶۴
۴. ادبیات نظری موضوع	۲۶۴
۱-۴. بیمارستان سیار	۲۶۴
۲-۴. بیمارستان صحنه درگیری	۲۶۴
۳-۴. بیمارستان نظامی متحرک	۲۶۴
۴-۴. بیمارستان کانکسی (مورد استفاده در جنگ تحمیلی)	۲۶۵
۵-۴. بیمارستان صحرایی (در ادبیات دفاع مقدس)	۲۶۵
۵. اهداف و ضرورت ایجاد بیمارستان‌های صحرایی در دفاع مقدس	۲۶۵
۶. جراحی در خطوط مقدم	۲۶۶
۷. بیمارستان‌های صحرایی در جنگ‌های قبل از دفاع مقدس در جهان	۲۶۷
۱-۷. جنگ داخلی امریکا (۱۹۶۱-۱۹۶۵م)	۲۶۷
۲-۷. جنگ‌های جهانی اول و دوم	۲۶۷
۳-۷. جنگ‌های کره و ویتنام	۲۶۸
۸. سیر تکاملی بیمارستان‌های صحرایی در دفاع مقدس	۲۶۸
۱-۸. آبادان در جنگ: شروع جنگ تا عملیات ثامن الائمه (شکست حصر آبادان، ۵ مهر ۱۳۶۰)	۲۶۸
۲-۸. به‌کارگیری بیمارستان‌های صحرایی کانکسی از عملیات طریق القدس (۸ آذر ۱۳۶۰) تا عملیات فتح‌المبین (۱ فروردین ۱۳۶۱)	۲۶۹
۳-۸. بیمارستان‌های صحرایی در عملیات بیت‌المقدس (۱۰ اردیبهشت تا ۳ خرداد ۱۳۶۱)	۲۷۰
۴-۸. بیمارستان‌های صحرایی در عملیات رمضان (مرداد ۱۳۶۱) و محرم (آبان ۱۳۶۱)	۲۷۰
۵-۸. ظهور بیمارستان‌های صحرایی با سازه سوله‌ای در عملیات والفجر	۲۷۱
۶-۸. سرگذشت بیمارستان صحرایی حمید (ایستگاه حمید)	۲۷۲
۷-۸. استفاده از نخستین بیمارستان صحرایی با سازه بتونی در عملیات والفجر ۳ (۷ مرداد ۱۳۶۲)	۲۷۲
۸-۸. احداث بیمارستان صحرایی با سازه ترکیبی بتونی و فلزی در عملیات والفجر ۴ (۲۷ مهر ۱۳۶۲)	۲۷۳
۹-۸. بیمارستان صحرایی چنانله (شهید کلاه‌دوز) با ترکیبی از سازه کانکس و سوله	۲۷۳
۱۰-۸. نخستین تجربه بزرگ در احداث بیمارستان‌های صحرایی: بیمارستان صحرایی خاتم‌الانبیاء ^(ع) در عملیات خیبر (۲۲ تا ۲۳ اسفند ۱۳۶۲)	۲۷۳
۱۱-۸. بیمارستان صحرایی امام رضا ^(ع) نخستین بیمارستان صحرایی با سازه بتونی در جنوب، در عملیات بدر (۱۹ تا ۲۶ اسفند ۱۳۶۳)	۲۷۴
۱۲-۸. ساخت بیمارستان صحرایی علی بن ابی طالب ^(ع) از شاهکارهای مهندسی جنگ، در عملیات کربلای ۴ و کربلای ۵	۲۷۵
۱۳-۸. بیمارستان صحرایی امام حسین ^(ع) با سازه بتونی در عملیات کربلای ۵ و والفجر ۸	۲۷۵
۱۴-۸. بیمارستان صحرایی کولان	۲۷۶
۱۵-۸. بیمارستان صحرایی مهران (کربلا) در عملیات والفجر ۵	۲۷۷
۱۶-۸. بیمارستان صحرایی حضرت فاطمه‌الزهرا ^(ع) در عملیات والفجر ۸: نخستین بیمارستان در طول تاریخ جنایات جنگی	۲۷۷
۱۷-۸. بیمارستان صحرایی امام سجاد ^(ع) در منطقه فاو	۲۷۸
۱۸-۸. بیمارستان صحرایی زیرزمینی کلاشین (شهدای بدر)	۲۷۸
۱۹-۸. بیمارستان صحرایی (زیرزمینی) منطقه‌ای ۵۲۸ سومار (شهید سرگرد دکتر هجرتی)	۲۷۹
۲۰-۸. بیمارستان صحرایی امام حسن ^(ع)	۲۷۹
۲۱-۸. سایر بیمارستان‌های صحرایی با سازه‌های بتونی (۱۳۶۴ تا پایان جنگ تحمیلی)	۲۸۰
۹. خاطراتی از بیمارستان‌های صحرایی دفاع مقدس	۲۸۱
۱-۹. احداث اورژانس و بیمارستان عملیاتی سوله‌ای در کمتر از یک شبانه‌روز (عملیات رمضان)	۲۸۱
۲-۹. خاطره‌ای از فعالیت و کادر تخصصی بیمارستان‌های صحرایی از دکتر خاکباز متخصص گوش و حلق و بینی	۲۸۱
۳-۹. انفجار در اتاق عمل، خاطره‌ای از دکتر تابش پزشک نیروی هوایی ارتش	۲۸۱
۱۰. اورژانس‌های شیمیایی	۲۸۲
۱۱. توسعه بیمارستان‌های صحرایی در پرتو استمرار تجربه دفاع مقدس (سازه‌های جدید و کارکردها)	۲۸۲
۱۲. بیمارستان‌های صحرایی در نبردهای اخیر و آینده	۲۸۳
۱۳. توصیه‌های راهبردی برای آینده	۲۸۴
۱۴. منابع	۲۸۵
۱۵. منابع بیشتر برای مطالعه	۲۸۵

۱. مقدمه و بیان مسئله

بعضی از دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس از ویژگی‌های استثنایی و منحصر به فردی برخوردار است که تأمل در آن‌ها درس‌ها و آموزه‌های فراوانی برای آیندگان در بر خواهد داشت. از کلان‌دستاوردهای جنگ تحمیلی ابتکارات، تجربیات، روندهای پیشرفت و عملکرد بیمارستان‌های صحرایی است. در این فصل به اجمال به این موضوع مهم پرداخته شده است.

در روزهایی که نظام نوپای جمهوری اسلامی مشغول تثبیت نهادهای اجرایی و مدیریت شرایط خاص سیاسی و اجتماعی کشور، مانند درگیری‌های کردستان و سامان بخشی مشکلات اقتصادی و رفع محرومیت‌ها بود، در نتیجه توطئه و هماهنگی ابرقدرت‌های شرق و غرب، رژیم بعثی عراق به خاک میهن اسلامی تجاوز کرد. در چنین اوضاعی، درحالی رزمندگان اسلام با مقاومتی مظلومانه و مردمی به دفاع از کبان جمهوری اسلامی پرداختند که در بخش‌های مختلف دفاعی، به‌ویژه بهداری رزمی، آمادگی لازم ایجاد نشده بود.

در آغاز جنگ تحمیلی، بیمارستان صحرایی وجود نداشت. رزمندگان و غیرنظامیان مجروح با اقدامات و خدمات اولیه در صحنه نبرد درمان می‌شدند و سپس در صورت امکان، با هرگونه وسیله نقلیه در دسترس، به عقبه میدان جنگ انتقال می‌یافتند. بیمارستان‌های شهرهای جنگ‌زده واقع در خطوط مقدم نبرد، مانند «طالقانی آبادان»، «نظام مافی شوش» و «مصدق خرمشهر»، عملکرد بیمارستان‌های صحرایی را داشتند.

تجربه ایجاد بیمارستان‌های صحرایی سیار و ثابت از عملیات طریق‌القدس در سوسنگرد رقم خورد و در طول جنگ با روندی تکاملی ادامه یافت. در طول هشت سال دفاع مقدس، نزدیک ۵۰ بیمارستان صحرایی با سازه‌های کانکسی، چادری، سوله‌ای و بتونی در مناطق مختلف عملیاتی طراحی، ساخته و تجهیز شد و در عملیات‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفت. به موازات ارتقا و استحکام سازه‌ای، پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه تأسیسات، تجهیزات، مدیریت، به‌کارگیری نیروی انسانی تخصصی، روابط هماهنگ بین بخش‌ها، چرخش امور، کارایی‌ها و قابلیت‌های تشخیصی و درمانی، ظرفیت پذیرش و سرانجام در عملکرد نهایی بیمارستان‌های صحرایی حاصل شد.

همسو با دفاع عزم‌نهدانه و همه‌جانبه کشور در مقابل تجاوز رژیم بعثی و همگام با سایر عرصه‌های تخصصی، بهداری رزمی نیز با ایجاد و توسعه سامانه‌های امداد و انتقال و ساخت پست‌های اورژانس و بیمارستان‌های صحرایی، تجارب ممتازی را در تاریخ نبردهای معاصر، در کمک به رزمندگان و مجروحان به‌دست آورد. در روندی تکاملی، ابتکاری و حماسی، خدمات جراحی پیشرفته تخصصی و فوق تخصصی در سازه‌های بیمارستانی مستحکم و ایمن در فواصل بسیار نزدیک به خطوط مقدم، با حضور داوطلبانه نیروی انسانی تخصصی انجام شد و رکوردی تاریخی به ثبت رسید. فاصله زمانی مجروحیت در خط مقدم تا شروع اقدامات جراحی قطعی در اتاق‌های عمل مجهز به کمتر از یک ساعت کاهش یافت. بسیاری از مجروحان که قبلاً هیچ شانس برای زنده ماندن نداشتند، نجات یافتند و بسیاری از اندام‌ها حفظ شد و نتایج درمان و کیفیت زندگی مجروحان جنگ متحول گردید.

جانمایی، مکان‌یابی و دسترسی صحیح، سازه‌های بتونی مستحکم و ترجیحاً قرارگرفته زیر خاک، و استفاده از فیلترهای محافظ در برابر حملات شیمیایی، میکربی و هسته‌ای، از مهم‌ترین عوامل سازه‌ای و معماری است که در سیر تکاملی این سازه‌های بیمارستانی، توسط مهندسی رزمی دفاع مقدس رعایت شده است. [۱] سیر تکاملی این مراکز حیات‌بخش و منحصر به فرد جنگ تحمیلی مرهون هماهنگی و وحدت رویه و تعامل تنگاتنگ بهداری رزمی، مهندسی رزمی و مدیریت جنگ بوده است. با رعایت الزامات پدافند غیرعامل در طراحی و ساخت بیمارستان‌های صحرایی، مانند مکان‌یابی مناسب، استفاده از اصل پراکندگی، رعایت اصل کوچک‌سازی،

استفاده از تکنیک‌های استتار و اختفا و فریب و نظایر آن، می‌توان خسارات جانی و مالی را به حداقل رساند و آسیب‌پذیری را کاهش داد. [۲] در این فصل، روند پیشرفت و سیر تطور بیمارستان‌های صحرایی دفاع مقدس بیان شده است.

۲. واژه‌های کلیدی

بهداری رزمی، بیمارستان صحرایی، دفاع مقدس، سامانه امداد.

Key words

Combat Medicine, Field Hospital, Holey Defense, Relief Organization.

۳. روش تدوین

در تدوین این فصل از روش‌های مصاحبه تاریخی شفاهی، بحث متمرکز گروهی در جلسات تدوین درسنامه و روش کتابخانه‌ای استفاده شده است. در بخش مطالعه کتابخانه‌ای، مطالب مرتبط با کدواژه‌های منتخب از منابع فارسی و لاتین گردآوری شد.

۴. ادبیات نظری موضوع

۴-۱. بیمارستان سیار

سازه‌های بیمارستانی سیار^(۱) با تأسیسات، تجهیزات، منابع انسانی و پروتکل‌های تجربه‌شده ضروری برای استفاده در بحران‌ها، خدمات‌رسانی به و مراقبت‌های فوری از مجروحان و مصدومان بلایا (اعم از طبیعی یا دست‌ساز بشر)^(۲) در زمان‌های طلایی و مدیریت اساسی‌ترین نیازهای زمان بحران طراحی و ساخته شد. انواع ساختارهای مورد استفاده برای برپایی بیمارستان‌های سیار عبارت‌اند از: کانکس، چادرهای فریم بادی، چادرهای فریم فلزی، تریلرها و کشنده‌ها، و اتوبوس‌ها. [۳]

۴-۲. بیمارستان صحنه درگیری

بیمارستان صحنه درگیری^(۳) نظامی درواقع واحد کوچک سیار پزشکی است که به‌طور موقت و قبل از آنکه به‌طور ایمن امکان انتقال به مراکز مجهزتر فراهم باشد، در خدمت مجروحان صحنه‌های درگیری نظامی قرار می‌گیرد. از این تسهیلات که عمدتاً در طب نظامی^(۴) و برای شرایط نظامی کاربرد دارد، در شرایط حوادث غیرمترقبه نیز استفاده می‌شود. [۴] این نوع بیمارستان‌ها برای اعمال جراحی حیاتی و بزرگ طراحی و تجهیز نشده‌اند؛ بلکه در آن‌ها فقط تریاژ اولیه و اقدامات احیا قبل از فراهم شدن شرایط انتقال ایمن به مراکز مجهز جراحی انجام می‌شد. ظرفیت این مراکز علاوه بر فضای اورژانس و تریاژ، حدود ۲۵ تخت است.

۴-۳. بیمارستان نظامی متحرک

بیمارستان نظامی متحرک^(۵) عمدتاً در ارتش آمریکا استفاده می‌شده و مشتمل بر بیمارستان کامل عملیاتی

1) mobile emergency hospital

2) natural and/or man-made disasters

3) a field hospital

4) military medicine

5) mobile army surgical hospital (MASH)

در منطقه درگیری نظامی است. این نوع تجهیزات متحرک بیمارستانی اولین بار در سال ۱۹۴۵م طراحی و ساخته شد و در جنگ کره و درگیری‌های بعدی به کار گرفته و در فوریه ۲۰۰۶ از رده خارج شد و با نسل بعدی این دست تأسیسات با عنوان «بیمارستان جنگی پشتیبان»^(۱) جایگزین گردید. [۶-۵]

۴-۴. بیمارستان کانکسی (مورد استفاده در جنگ تحمیلی)

بیمارستان کانکسی از نوع سیار و شصت تخت خوابی بود. در سال ۱۳۴۵، تعداد شش دستگاه برای رفع نیاز بیمارستان‌های صحرایی در ارتش، از کشورهای دیگر تهیه و به سازمان پشتیبانی مناطق واگذار شد. این شش دستگاه بین لشکر ارومیه، لشکر کرمانشاه، پشتیبانی منطقه ۳ تهران در پادگان حر، لشکر اهواز در ایستگاه دغاغله، دپوی پادگان دزفول و لشکر مشهد متناسب با نیازشان تقسیم شد. در سال ۱۳۵۰ هم، بیمارستان پنجاه تخت خوابی شهپاز از باقی‌مانده جنگ دوم جهانی از اروپا خریداری شد. این بیمارستان در اختیار پادگان دزفول قرار گرفت که تا مدت‌ها در محلی نامناسب نگاه‌داری شد. پس از شروع جنگ، این بیمارستان به عقبه منطقه عملیاتی، پشت رودخانه کرخه و نزدیک دزفول، منتقل شد.^(۲)

سازه اولین بیمارستان صحرایی در دفاع مقدس تلفیقی از کانکس و چادر بود و از کنار هم قرار گرفتن چند کانتینر توسط بهداری رزمی سپاه، در منطقه طریق‌القدس، در سال ۱۳۶۰، ایجاد شده بود. این بیمارستان شامل اورژانس، تخت‌های بستری، بانک خون و آزمایشگاه و رادیولوژی پرتابل بود. برای اولین بار در عملیات طریق‌القدس که به آزادسازی بستان منتهی شد (۹ آذر ۱۳۶۰)، از اتاق‌های عمل (یک اتاق عمل کامل و مجهز با توان بیهوشی عمومی و یک اتاق عمل سرپایی) در نزدیک‌ترین فاصله از مناطق درگیری این بیمارستان استفاده شد. متعاقباً در غرب شوش و جاده اهواز نیز سازه‌های مشابهی ایجاد شد و در عملیات فتح‌المبین و بیت‌المقدس (بهار ۱۳۶۰) مورد استفاده قرار گرفت. امنیت این بیمارستان‌های سیار از طریق خاکریزهای مرتفع و استتار مناسب تأمین می‌شد.

۴-۵. بیمارستان صحرایی (در ادبیات دفاع مقدس)

سامانه‌های بیمارستانی متحرک یا ثابت دارای امنیت، استحکام، تجهیزات زیاد و نسبتاً پیشرفته و نیروی انسانی پایه و تخصصی زنده و مجرب بود که از ابتکارات و دستاوردهای بهداری رزمی دوران دفاع مقدس شمرده می‌شود. این سامانه‌ها برای مقابله با بحران و کنترل فوریت‌های جنگ در شرایط آفندی و پدافندی، افزایش توانایی نیروهای واکنش سریع بهداشتی و درمانی (تیم‌های اضطراری)، و ایجاد آرامش نسبی در مراحل اولیه عملیات در مناطق حادثه‌دیده دایر و بهره‌برداری می‌شد. در این سامانه‌ها، مسئولیت احداث، ایمن‌سازی، تأسیسات و استحکامات با مهندسی رزمی، وظیفه تجهیز، راه‌اندازی و مدیریت با بهداری رزمی و سرانجام رسالت خدمات‌رسانی اعم از فوریت‌های اولیه، تریاژ، اعمال جراحی و مراقبت‌های ویژه با تیم‌های امدادی و درمانی و اضطراری بوده است.^(۳)

۵. اهداف و ضرورت ایجاد بیمارستان‌های صحرایی در دفاع مقدس

ایده راه‌اندازی بیمارستان‌های صحرایی به‌منظور دستیابی مجروحان و آسیب‌دیدگان به خدمات پزشکی در کوتاه‌ترین فاصله ممکن (۳۰ تا ۴۵ دقیقه) از لبه جلویی منطقه نبرد و نیز ایجاد فضایی ایمن و مطمئن برای

1) combat support hospital

۲) اسماعیل اکبری (مصاحبه)، نگاهی به ساخت مراکز درمانی صحرایی در خطوط مقدم: جنگ، زندگی و مرگ زیر سقف کانکس‌ها، مجله طب نظامی، ش ۶، ۱۳۸۳، در: <https://www.farsnews.com>.

۳) تعریف پیشنهادی نویسندگان.

کادرهای پزشکی و درمانی شکل گرفت. [۷]

هدف اصلی از طراحی، راه‌اندازی و بهره‌برداری از بیمارستان‌های صحرایی در جنگ تحمیلی، برقراری مراقبت‌های تروما و جراحی در نزدیکی میادین درگیری نظامی بوده است. گفتنی است که کوتاه کردن زمان رسیدن مجروح به اولین مرکز درمانی که خدمات درمانی تخصصی و حیات‌بخش، خاصه اعمال جراحی اورژانس، را ارائه دهد، نخستین و مهم‌ترین هدف برپایی بیمارستان‌های صحرایی بوده است. باید شرایطی فراهم می‌شد تا رزمندگان مجروح که عمدتاً دچار ترومای متعدد با پرتابه‌های جنگی پرشتاب (۱) و سایر عوامل آسیب‌زا می‌شدند، در اولین فرصت ممکن تحت اقدامات درمانی پیشرفته، از جمله جراحی‌های وسیع و فوری برای کنترل خون‌ریزی، درمان شوک هموراژیک و حفظ ارگان‌های حیاتی و آسیب‌دیده، قرار می‌گرفتند.

از دیگر اهداف احداث بیمارستان‌های صحرایی می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- احیای اولیهٔ مجروحان منتقل شده از پست‌های اورژانس؛
- تریاژ اولیهٔ مجروحان انبوه (۲) و انتخاب مناسب‌ترین موارد برای اعمال جراحی فوری و مدیریت درمان دیگر افراد؛
- تشخیص صدماتی که به‌سهولت از آن‌ها غفلت می‌شود، (۳) اما ظرفیت آسیب‌رسانی شدید و مرگ‌ومیر (۴) بعدی دارد؛
- ارائهٔ خدمات اورژانس به مجروحان و مصدومان در شرایط عادی (غیر از مواقع عملیات)؛
- عرضهٔ فوریت‌های خاص نظیر حوادث شیمیایی.

۶. جراحی در خطوط مقدم

به‌طور سنتی مراقبت از مجروح جنگی به‌معنای ترمیم قطعی به‌وسیلهٔ عمل جراحی است. در عمل جراحی، به‌علت اختلالات فیزیولوژی، نتایج اقدامات جراحی اولیه ضعیف است. جراحی کنترل‌کنندهٔ آسیب (DCS) (۵) شامل اقدامات جراحی محدود و در حداقل ضرورت و متعاقباً اصلاح اختلالات فیزیولوژیک و سرانجام ترمیم قطعی و نهایی جراحی است. در شرایط جنگی، علاوه بر ملاحظات مرتبط با بیمار، محدودیت امکانات و ملاحظات نظامی، امنیتی و حفاظتی (ملاحظات غیرمرتبط با بیمار) نیز اثرگذار است. [۸] انتقال هم‌زمان (یا در یک مدت کوتاه) تعداد زیاد مجروح (به‌مراتب بیشتر از ظرفیت بیمارستان صحرایی، از نظر تعداد و کیفیت جراحات)، ظرفیت اورژانس‌های خطوط مقدم، محدودیت منابع و تجهیزات، تداوم آتشباری و شرایط جنگی و سایر ملاحظات ایجاب می‌کند برای درمان‌های جراحی مجروحان در نزدیکی‌های خطوط درگیری راهبردهای متناسبی اتخاذ شود. در تجارب قبل و بعد از جنگ تحمیلی، اقدامات جراحی خطوط مقدم به‌صورت حداقلی و با راهبردهای DCS رواج داشته و توسط پرسنل با تجارب محدود انجام می‌شده است. مجروحان نجات‌یافته نیز به مراکز مجهزتر پشت جبهه منتقل می‌شدند و اعمال جراحی قبلی در آن مراکز صورت می‌گرفت. [۹]

در این مبحث، تدابیر و ابتکارات بهداری رزمی دفاع مقدس در احداث بیمارستان‌های بسیار مجهز در نزدیک‌ترین مکان‌های ممکن به خطوط مقدم، حضور جراحان، متخصصان و سایر کارکنان بسیار ورزیده و مجرب در این مراکز و درنهایت دستاوردهای کاملاً جدید نسبت به جنگ‌های قبلی مرور می‌شود.

1) high velocity missiles

2) Mass casualties

3) injuries that are easily to miss

4) late morbidity of death

5) Damage Control Surgery (DCS)

۷. بیمارستان‌های صحرایی در جنگ‌های قبل از دفاع مقدس در جهان

۱-۷. جنگ داخلی امریکا (۱۹۶۱-۱۹۶۵م)

خونین‌ترین جنگ‌های تاریخ امریکا در ۱۰,۰۰۰ نقطهٔ مختلف واقع شد و طی آن حداقل ۲ درصد (۶۲۰,۰۰۰ نفر) جمعیت وقت امریکا گشته و تعداد بی‌شمار دیگری معلول شدند. [۱۰] در ابتدا مراکز بیمارستانی موقت (۲) در نزدیکی میادین نبرد، قبل از شروع جنگ احداث می‌شد. تا سال ۱۸۶۲م، از آمبولانس برای حمل‌ونقل مجروحان استفاده نمی‌شد. تکنیک‌های استریل و گندزدایی هنوز ناشناخته بود و ابزار جراحی و بیهوشی مؤثر ناچیزی در اختیار پزشکان بود. در اواخر جنگ مجروحان با قطار یا کشتی به بیمارستان‌های بزرگ شهری منتقل می‌شدند. این بیمارستان‌ها قبلاً وجود نداشتند و ساخت آن‌ها از سال ۱۸۶۲م شروع شد. در پایان جنگ، حدود ۴۰۰ بیمارستان با ۴۰۰,۰۰۰ تخت ساخته شد. از سربازان برای حمل‌ونقل مجروحان استفاده می‌شد. پذیرش مجروح در این بیمارستان‌ها به ۲,۰۰۰,۰۰۰ نفر بالغ شد و مرگ‌ومیر به‌طور کل ۸ درصد بود. در این جنگ، سه مورد از هر چهار جراحی به قطع عضو منجر می‌شد و مرگ‌ومیر ناشی از اعمال جراحی خشن قطع عضو ۲۶/۳ درصد بود. علی‌رغم شرایط دهشتناک شروع و میانهٔ جنگ، بعضی از پیشرفت‌های مهم پزشکی و دستاوردهای طب نظامی حاصل شد؛ نظیر استفاده از کینین برای پیشگیری از مالاریا، استفاده از برومین و ایزولاسیون برای درمان قانقاریا، ایجاد سامانهٔ حمل‌ونقل مجروحان با آمبولانس و ترن و قایق، استفاده از آنتی‌سپتیک‌ها، تکنیک لیگاتور عروق و ساخت بیمارستان‌های عمومی بزرگ شهری. [۱۱-۱۲]

۲-۷. جنگ‌های جهانی اول و دوم

در جنگ جهانی اول، بیمارستان‌های سیار نقش مؤثری داشتند. فاصلهٔ آن‌ها تا خطوط درگیری نسبتاً زیاد و تجهیزاتی هم ضعیف و اندک بود. در جنگ جهانی دوم، بیمارستان‌های صحنهٔ درگیری با ۴۰۰ تخت و بیمارستان‌های تخلیهٔ مجروحان (۴۰۰ تا ۷۵۰ تخت) طی چند روز بعد از تهاجم، در فاصلهٔ حدود سی‌مایلی نیروهای نظامی خطوط مقدم برپا می‌شد. ویژگی این بیمارستان‌ها سیار بودن آن‌ها بود. از چادر، ساختمان‌های مناسب، هتل‌ها و استادیوم برای استقرار این نوع بیمارستان‌ها استفاده می‌شد. چند روز قبل از جابه‌جایی، بیمارستان فعالیت خود را متوقف می‌کرد و مجروحان موجود را به سایر بیمارستان‌ها انتقال می‌داد. در این جابه‌جایی، تجهیزات بسته‌بندی شده و کارکنان به محل بعدی انتقال می‌یافتند و طی چند ساعت، بیمارستان در محل جدید آمادهٔ پذیرش آسیب‌دیدگان می‌شد. در فواصل بیشتر از مناطق درگیری، بیمارستان‌های ایستگاهی (۳) (۲۵۰ تا ۷۵۰ تخت)، بیمارستان‌های عمومی (۱۰۰۰ تخت) و بیمارستان‌های نقاهتگاهی (۴) (۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ تخت) موجود بود. در این بیمارستان‌ها، بیماران دارای امنیت بیشتری از مخاطرات جنگ بودند و در عین حال، در محدوده‌هایی قرار داشتند که بازگشت آن‌ها را به خطوط نبرد آسان می‌شد. آرایش بهداشتی رزمی جنگ جهانی دوم در سمت متفقین، با بیمارستان‌های مناطق مواصلاتی (۵) کامل می‌شد. مرکز استقرار این بیمارستان‌ها در اروپا، انگلستان، نرماندی و بلژیک و در مدیترانه، مراکش و الجزایر بود. در اقیانوسیه، بیمارستان‌های ثابت در هاوایی و استرالیا و سایر مناطق امن برپا می‌شد. در مجموع بیمارستان‌های سیار تجهیزات، استحکامات و نیروی انسانی ضعیفی داشتند و فقط بیمارانی از امکانات این نوع بیمارستان‌ها استفاده می‌کردند که وضعیت جراحاتشان چندان وخیم نبود. کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها، انتقال خون، و ونتیلاسیون فشار مثبت و تراکشن برای شکستگی فمور از پیشرفت‌های مهم در دوران این جنگ‌ها به‌شمار می‌رود. [۱۳-۱۴].

1) the american civil war (1861-1865)

2) temporary battlefield hospitals

3) the station hospitals

4) the convalescent hospitals

5) communications zone

۳-۷. جنگ‌های کره و ویتنام

جنگ کره به فاصله کوتاهی بعد از پایان جنگ جهانی دوم (۱۹۵۰م) شروع شد. در این جنگ نیز آمریکایی‌ها از بیمارستان‌های سیار جراحی (MASH)^(۱) استفاده کردند. برای نخستین بار در این جنگ از هلیکوپتر برای تخلیه مجروحان استفاده شد. در سال‌های بعد تلاش شد تا بیمارستان‌های سیار به خطوط مقدم نبرد نزدیک‌تر شوند (حدود بیست مایلی خطوط مقدم). در جنگ کره، آمریکایی‌ها پنج بیمارستان و نروژی‌ها یک بیمارستان شصت تخت خوابی را دایر و مهای پذیرش مجروحان کرده بودند. اقدامات احیای مجروحان و اعمال جراحی فوری و اولیه در این مراکز انجام می‌شد. بعد از اتمام ریکاوری، مجروحان با آمبولانس به مقصد بعدی اعزام می‌شدند که در آنجا دسترسی به هلیکوپتر فراهم بود. [۱۵]

جنگ ویتنام بزرگ‌ترین جنگ تاریخ قبل از جنگ تحمیلی ایران و عراق است که رکورد وسعت، شدت و زمان آن با جنگ تحمیلی عراق علیه ایران شکسته شد. در جنگ ویتنام، طب نظامی به پیشرفت‌های مهمی دست یافته بود. مهم‌ترین تحول در این جنگ، تخلیه هوایی مجروحان با هلیکوپتر بود. در اوایل جنگ، از هلیکوپترهای نظامی برای حمل مجروحان استفاده می‌شد؛ ولی بعدها هلیکوپترهای اختصاصی برای حمل مصدومان طراحی شد که ظرفیت حمل هم‌زمان نه مجروح را داشت و به تسهیلات همچون خدمات رسانی فوری به مجروحان مجهز بود. در جنگ ویتنام، مراقبت‌های پیش بیمارستانی پیشرفت کرد. امدادگران، مراقبان و نظامیان آموزش‌دیده قبل از انتقال مجروحان به بیمارستان‌های سیار، اقداماتی نظیر باز کردن جراحی راه‌های هوایی،^(۲) برطرف کردن فشار داخل قفسه صدری با سوزن^(۳) و احیای وسیع شوک^(۴) در مجروحان را انجام می‌دادند. [۱۶]

۸. سیر تکاملی بیمارستان‌های صحرایی در دفاع مقدس

۱-۸. آبادان در جنگ: شروع جنگ تا عملیات ثامن الائمه (شکست حصر آبادان، ۵ مهر ۱۳۶۰)

بیمارستان طالقانی آبادان در نقش بیمارستان صحرایی: با شروع جنگ و تداوم آن، به دلیل نزدیکی آبادان به نوار مرزی اروندرود، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی این شهر در تیررس مستقیم خمپاره و توپخانه دشمن قرار گرفت. بیمارستان طالقانی با برخورداری از موقعیت استراتژیک در جاده کمربندی آبادان به خرمشهر، با ساختمانی چهارطبقه، نوساز و مقاوم، عملاً بار تمام مجروحان جبهه‌های نبرد و مقاومت و مردم شهر را برعهده گرفت. بیمارستان طالقانی از اول تا آخر جنگ بین دو جبهه قرار داشت و نزدیک‌ترین بیمارستان به خطوط مقدم بود. این مرکز درمانی در تمام مدت زیر آتشبار بی‌امان دشمن بود. طبقات بالای بیمارستان امنیت نداشت؛ اما از طبقات پایین برای مداوای مجروحان جنگ و مردم عادی شهر استفاده می‌شد. دوره حصر آبادان سخت‌ترین شرایط برای بیمارستان طالقانی بود. دشمن با آتش توپخانه سبک و سنگین به‌طور دائم منطقه را زیر آتش قرار داده بود. سراسر شهر ناامن بود. در دوره محاصره آبادان، به قدری شدت حملات توپخانه‌ای زیاد بود که گاهی این توپ‌های خمپاره به هم اصابت می‌کرد. آرایش جنگی محاصره آبادان به صورت نعل‌اسبی بود. دشمن جاده‌های آبادان به اهواز و آبادان به خرمشهر را مسدود کرده بود. فقط از طریق دریایی و بندر ماهشهر تردد امکان‌پذیر بود. داروها، فراورده‌های خونی و ملزومات پزشکی مورد نیاز به‌طور عمده با قایق و هاورکرافت و از طریق بندر ماهشهر منتقل می‌شد. در بعضی موارد امکانات و تدارکات مورد نیاز بیمارستان و منطقه با

1) mobile army surgical hospital

2) opening surgical airways

3) thoracic needle decompression

4) aggressive shock resuscitation

هلیکوپترهای هوانیروز به بندر چوئیده، در بیست کیلومتری آبادان، منتقل می‌شد و از آنجا با تدابیر دشواری به بیمارستان می‌رسید. بیمارستان شهید بهشتی نیز زیر آتش بود و اکثر توان خود را از دست داده بود. همه تیم‌های پزشکی و جراحی در بیمارستان طالقانی متمرکز شده بودند. بیمارستان بسیار شلوغ بود. مرتب مجروح می‌آوردند. بیمارستان هم به جبهه فیاضیه آبادان نزدیک بود و هم نزدیک‌ترین بیمارستان به خرمشهر محسوب می‌شد. نیروهای ما بعد از سقوط خرمشهر، از سمت کوت‌شیخ و قسمت‌های دیگری که دشمن نتوانسته بود تصرف کند، با آن‌ها درگیر بودند و اگر جراحت می‌یافتند، آن‌ها را به بیمارستان می‌آوردند. در عملیات ثامن‌الائمه، بیمارستان‌های شهر آبادان (طالقانی، شهید بهشتی و شرکت نفت) که در فاصله بسیار کوتاهی از خطوط مقدم و در محاصره نظامی دشمن قرار داشتند، در نقش بیمارستان صحرایی خطوط مقدم ظاهر شدند. [۱۷] (تصویر ۱).



تصویر ۱. نمایی از بیمارستان آیت‌الله طالقانی آبادان در زمان حمله هوایی دشمن در روزهای اول جنگ (نفوذ دشمن متجاوز تا پانصد متری بیمارستان)

۲-۸. به کارگیری بیمارستان‌های صحرایی کانکسی از عملیات طریق‌القدس (۸ آذر ۱۳۶۰) تا عملیات فتح‌المبین (۱ فروردین ۱۳۶۱)

اولین سامانه‌های صحرایی از ترکیب و اتصال چند کانتینر (کانکس) و چادر، در عملیات طریق‌القدس در سوسنگرد مورد استفاده قرار گرفت. پس از آن در سال‌های ۱۳۶۰-۱۳۶۱ در عملیات‌های فتح‌المبین و بیت‌المقدس، امکان برخورداری از اتاق عمل با کنار هم قرار دادن چند سامانه فراهم آمد و به این ترتیب، نخستین نسل بیمارستان‌های صحرایی مورد بهره‌برداری قرار گرفت. اولین اتاق‌های عمل نیز در این بیمارستان‌ها از کنار هم قرار دادن چند کانتینر ایجاد شد. در ۲۵ اسفند ۱۳۶۰، اندکی قبل از عملیات بزرگ فتح‌المبین، بیمارستان کانکسی سیار پنجاه‌تخت‌خوابی سپنتا جمعی لشکر ۱۶ قزوین، با ظرفیت ده کانکس، در محل کارخانه نورد (سپنتا)، در هشت کیلومتری جاده اهواز به خرمشهر مستقر شد. این بیمارستان علاوه بر عملیات فتح‌المبین، در عملیات‌های بیت‌المقدس و رمضان نیز فعال بود. بعد از ۱۰ مرداد ۱۳۶۱ تغییر فعالیت داد و با افزایش ظرفیت به ۴۲۷ تخت‌خواب (شامل ۱۲ تخت اورژانس، آسایشگاهی با ۱۵۰ تخت‌خواب و سالی با ظرفیت ۲۷۷ تخت‌خواب) پذیرای انبوه رزمندگان شیمیایی شد. مأموریت این بیمارستان به‌علت تغییر موقعیت واحدهای رزمی در تاریخ اول اسفند ۱۳۶۵ متوقف شد. [۱۸] مزیت بیمارستان‌های کانکسی جابه‌جایی و حمل آسان آن‌ها بود؛ ولی ضعف بزرگشان این بود که قابل استتار نبودند و دشمن به راحتی آن‌ها را هدف قرار می‌داد.

۳-۸. بیمارستان‌های صحرایی در عملیات بیت‌المقدس (۱۰ اردیبهشت تا ۳ خرداد ۱۳۶۱)

در این عملیات که در چهار مرحله اجرا شد و در نهایت به آزادسازی خرمشهر انجامید، سامانه و شبکهٔ بهداری سپاه کامل شد و بهداری تیپ، بهداری قرارگاه و بهداری قرارگاه مرکزی تشکیل شد. جبههٔ نبرد در این عملیات در سه محور شمالی، میانی و جنوبی گسترش یافت و برای هریک بیمارستان صحرایی خاص خود در نظر گرفته شد. بیمارستان صحرایی قرارگاه قدس در محور شمالی در دشت آزادگان قرار داشت. در محور میانی، بیمارستان صحرایی قرارگاه فتح در جادهٔ خرمشهر، سمت نورد و بالاتر در حدود پادگان حمید واقع شده بود. سرانجام بیمارستان صحرایی محور جنوب با ظرفیت چهار اتاق عمل و اورژانس برای قرارگاه نصر در جادهٔ آبادان به دارخوین آماده شد.^(۱) تیم‌های پزشکی این بیمارستان‌ها از مجرب‌ترین جراحان، متخصصان بیهوشی و بهترین کادر درمانی آن روزهای کشور تشکیل شده بود. سه بیمارستان صحرایی یادشده در مجموع بیش از ۲۰۰۰ مجروح را جراحی کردند. برخی از عمل‌های جراحی بسیار سنگین و گسترده با تیم‌های جراحی کامل انجام می‌گرفت. در مرحلهٔ سوم عملیات بیت‌المقدس (۱۹ اردیبهشت ۱۳۶۱)، بیمارستانی صحرایی به نام شهید کلاهدوز در جادهٔ خرمشهر به اهواز در پانزده کیلومتری خرمشهر به صورت کانکس برپا شد که در مرحلهٔ آخر عملیات، به عنوان عقبهٔ اصلی انتقال مجروحان استفاده شد. عمدهٔ مجروحان به این بیمارستان منتقل می‌شدند و تریاژ اولیه در آنجا انجام می‌شد. یک پل هوایی با بالگردهای شنوک ارتباط این مراکز صحرایی را با بیمارستان اهواز برقرار می‌کرد که بسیار کارآمد بود. در این عملیات، بیمارستان صحرایی شهید کلاهدوز بسیار فعال و پذیرای ۱۴,۵۰۵ مجروح بود.^[۱۹]

۴-۸. بیمارستان‌های صحرایی در عملیات رمضان (مرداد ۱۳۶۱) و محرم (آبان ۱۳۶۱)

پس از آزادسازی خرمشهر، اقدامات نظامی ایران با عملیات رمضان در شرق بصره آغاز شد. هدف از این عملیات حضور نیروهای نظامی ایران پشت رودخانهٔ اروند و در شرق بصره و تسلط بر این شهر بود. منطقهٔ عملیات وسیع بود و از شمال به کوشک و طلائیه و پاسگاه‌های مرزی، از جنوب به هویزه و حاشیهٔ جنوبی هورالهویزه، از غرب به رودخانهٔ اروند (در نقطهٔ تلاقی دجله و فرات به نام القرنه) تا شلمچه در غرب خرمشهر و از شرق به خط مرزی شمالی جنوبی و از کوشک تا شلمچه منتهی می‌شد. عملیات در پنج مرحله انجام شد. شمار مجروحان بسیار زیاد و جراحات نیز عمیق و متعدد بود. در این عملیات، مهندسی رزمی با استفاده از ساختارهای سوله‌ای (که قاب‌های فلزی آن از قبل آماده و به محل احداث منتقل می‌شد) اورژانس‌های خطوط نبرد را به صورت ضربتی و بسیار سریع احداث می‌کرد و بهداری رزمی هم کار تجهیز آن را عهده‌دار می‌شد و بلافاصله مورد استفاده قرار می‌گرفت. بنابراین طراحی و ساخت ساختارهای سوله‌ای در بهداری رزمی به عملیات رمضان برمی‌گردد (تصویر ۲).

در دورهٔ دوماهه بعد از عملیات رمضان، رکود نسبی در جبهه‌ها برقرار بود. در آبان ۱۳۶۱، عملیات محدودی در دستور کار قرار گرفت. قرارگاه‌های عملیاتی مناطق سومار و عین خوش را برای انجام عملیات محدود انتخاب کردند. عملیات محرم در ۱۰ آبان ۱۳۶۱ در جنوب شرقی دهلران و در غرب عین خوش، با هدف تصرف ارتفاعات منطقه طرح‌ریزی شد. در این عملیات، از بیمارستان صحرایی پیش‌ساخته (کانکس) مستقر در تپه‌های کنار پادگان عین خوش استفاده شد.^[۷] در بیمارستان صحرایی عین خوش در عملیات محرم، ۳۰۶۶ مجروح مداوای اولیه شدند و ۴۸ عمل جراحی صورت گرفت.^[۱۹]



تصویر ۲. اورژانس‌های سوله‌ای در عملیات رمضان

۵-۸. ظهور بیمارستان‌های صحرایی با سازه سوله‌ای در عملیات والفجر

این بیمارستان‌ها دارای سازه سوله‌ای بودند و عمدتاً در زیر خاک استتار می‌شدند. اولین بیمارستانی که به این شکل ساخته شد، بیمارستان صحرایی شهید باقری در غرب دزفول بود که مهندسی رزمی سپاه در سال ۱۳۶۱ آن را احداث کرد و در عملیات والفجر مقدماتی (۱۷ بهمن ۱۳۶۱ تا ۲۱ بهمن ۱۳۶۱، شمال چزابه) به‌کار گرفته شد. این بیمارستان ۱۸۱ متر زیربنا داشت. از این نوع بیمارستان‌های سوله‌ای ۱۳ مورد دیگر طی سال‌های ۱۳۶۲-۱۳۶۳ در نقاط مختلف خطوط عملیاتی ساخته شد؛ از جمله بیمارستان‌های شهدا در جنوب شرق دهلران، شهید بروجردی در مهران، شیخ صله در جوانرود، شهید ردانی‌پور در مریوان، ولی‌عصر (عج) در سرپل ذهاب، چم امام حسن (ع) بین قصر شیرین و سرپل ذهاب، شهید بروجردی در بانه، شهید رادمنش در مریوان، خاتم‌الانبیا در سه‌راهی جعفر، رمضان در جاده اهواز به خرمشهر، شهید بهشتی در هویزه، ظفر در پانزده کیلومتری آبادان و بیمارستان کربلا در ۱۵۰ کیلومتری مهران. از این مراکز صحرایی در عملیات‌های والفجر ۱، والفجر ۴، والفجر ۵، خیبر، بدر، والفجر ۸ و والفجر ۱۰ استفاده شد.^(۱) ایده ساخت و اداره بیمارستان‌های صحرایی با شرایط مستحکم و استقراری برای پشتیبانی عملیات والفجر مقدماتی شکل گرفت و اجرایی شد. در این عملیات چون فاصله از شهرهای عقبه زیاد و دسترسی جاده‌ای نیز محدود بود، اولین بیمارستان صحرایی استقراری طراحی و اجرا گردید و منجر به ساخت بیمارستان شهدای والفجر شد که در عملیات والفجر ۱ (فروردین ۱۳۶۲) مورد بهره‌برداری قرار گرفت.^[۱۹] با نزدیک شدن به زمان اجرای عملیات والفجر ۱ در ۲۱ فروردین ۱۳۶۲، مهندسی رزمی سپاه پاسداران بیمارستان صحرایی شهدا (شهید باقری) را در نزدیک پاسگاه ربوط، جنوب شرقی دهلران تکمیل کردند.^[۲۰] همچنین در این عملیات، بیمارستان صحرایی بیت‌المقدس ۳۳،۶۵۶ مصدوم را پذیرا شد.^[۱۲] این بیمارستان‌ها گرچه امکانات کمتری از بیمارستان‌های شهری

(۱) مدارک و نقشه بیمارستان‌های صحرایی دوران دفاع مقدس، ۱۳۶۳، آرشیو مهندسی رزمی سپاه پاسداران تهران.

داشتند، به دلیل نزدیکی به خطوط درگیری، در نجات جان مجروحان بسیار مؤثر بودند و از ازدحام مجروحان در بیمارستان‌های شهری می‌کاستند.

۶-۸. سرگذشت بیمارستان صحرایی حمید (ایستگاه حمید)

در اول اسفند ۱۳۶۲، ارتش جمهوری اسلامی ایران برای پشتیبانی منطقه ۳ نیروی زمینی در منطقه جاده اهواز به خرمشهر در محل ایستگاه حمید، بیمارستان زیرزمینی صحرایی حمید معروف به ایستگاه حمید را دایر کرد. در این بیمارستان، کانکس‌های شصت تخت خوابی سیار در فضاهای ساخته شده سنگری مستقر شد. کانکس‌ها حدود یک متر از سطح زمین بلندتر قرار گرفت و از نظر استتار در برابر حملات هوایی دشمن آسیب‌پذیر بود. تیم‌های جراحی و پزشکی از طریق اداره بهداشت و درمان نازجا تأمین می‌شد. بعدها برای خدمات‌رسانی به مصدومان شیمیایی پنج کانکس جداگانه در محلی نزدیک به بیمارستان و دو سالن هریک به ظرفیت ۲۰۰ تخت به بیمارستان اولیه اضافه شد. در ۲۵ اسفند ۱۳۶۳، این بیمارستان مورد حمله هوایی دشمن قرار گرفت و به کلی تخریب شد. این بیمارستان پیش از انهدام، در مقابله با حملات شیمیایی منطقه خدمات ارزنده‌ای ارائه کرده بود. از ظهر ۲۲ اسفند تا صبح ۲۴ اسفند ۱۳۶۳، تعداد ۴۱۲ نفر و تا شب همان روز در مجموع ۷۲۰ نفر از نیروهایی که در عملیات شرق دجله شرکت داشتند، به علت مجروحیت با عوامل شیمیایی، درمان و مرخص شده بودند. این بیمارستان در پذیرش مجروحان عملیات والفجر ناحیه جنوب، عملیات خیبر طلائی و جزایر مجنون و عملیات بدر جنوب فعالیت‌های چشمگیر داشت. [۱۸]

۷-۸. استفاده از نخستین بیمارستان صحرایی با سازه بتونی در عملیات والفجر ۳ (۷ مرداد ۱۳۶۲)

پس از عملیات والفجر مقدماتی و والفجر ۱، به منظور جلوگیری از رکود جبهه‌ها، بار دیگر هدف‌های محدودی که بیشتر در مناطق غرب و شمال کشور قرار داشتند، برای عملیات انتخاب شدند.^(۱) کوهستانی بودن مناطق عملیاتی انتخاب شده تطبیق بیمارستان‌های صحرایی با شرایط اقلیمی جدید را ضروری کرد. عملیات والفجر ۳ در منطقه مهران حفاصل جنوب کانی سخت تا ارتفاع قلعه آویزان واقع در شرق مهران انجام شد که ارتفاعاتی همچون زالواب و نمکلان‌بو را در برمی‌گرفت. در این عملیات، شهید معتمدی که از برادران جهاد سازندگی بود، با همکاری جهاد استان کرمانشاه در نزدیکی مهران یک واحد بیمارستان صحرایی بتونی را با همکاری نیروهای بهداری رزمی سپاه احداث کرد. همچنین بیمارستان دیگری به نام شهید بروجردی با به کارگیری امکانات یک شهرک نیمه‌کاره در جاده مهران به ایلام راه‌اندازی شد. [۱۹]

۸-۸. احداث بیمارستان صحرایی با سازه ترکیبی بتونی و فلزی در عملیات والفجر ۴ (۲۷ مهر ۱۳۶۲)

عملیات والفجر ۴ در ۲۷ مهر ۱۳۶۲ در شمال غرب کشور در دو محور منطقه عمومی شیلر و منطقه آلان سردشت، در منطقه‌ای به وسعت ۶۰۰ کیلومتر مربع در سه مرحله توسط سپاه پاسداران و با همکاری ارتش جمهوری اسلامی ایران و تحت نظارت قرارگاه حمزه سیدالشهدا اجرا شد. این عملیات به سبب داشتن ویژگی‌های محیطی و محدودیت‌های خاص، در میان عملیات‌های هشت سال دفاع مقدس از جایگاهی ویژه برخوردار است؛ زیرا کوهستانی بودن منطقه، وجود ارتفاعات صعب‌العبور، حضور ضدانقلاب، شرایط جوی نامساعد، فاصله طولانی بین منطقه عملیاتی با شهرهای مرکزی برای انتقال مجروحان، طولانی شدن زمان عملیات و احتمال استفاده دشمن از سلاح‌های شیمیایی محدودیت‌های فراوانی ایجاد کرده بود. [۲۱-۲۲] در طول این عملیات، بهداری سپاه، با وجود محدودیت‌هایی، برای

(۱) نقش سازه‌های مستحکم بیمارستانی در فعالیت‌های پزشکی و کاهش آمار شهدا در دفاع مقدس، عراقی‌زاده حسن*، حیدرپور عوض، فراست کیش رسول، ملاصدیقی غلامعلی. مجله پزشکی کوثر تابستان ۱۳۸۰، دوره ۶، شماره ۲؛ از صفحه ۱۳۹ تا صفحه ۱۴۶.

نخستین بار برای کمک‌رسانی به مجروحان از شیوه‌های خاص امداد و انتقال کوهستانی استفاده کرد. در شهرهای مجاور، بیمارستان با ۱۶ اتاق عمل، و ۳ بیمارستان صحرایی شامل شهید بروجردی در محور شمالی، شهید ردانی‌پور در محور جنوبی و شهید رادمش در محور میانی منطقه عملیاتی با ۱۲ اتاق عمل، ۲۰ اورژانس صحرایی، ۱۸۸ تخت معاینه و ۴ نقاهتگاه تجهیز و آماده شد. تعیین محل احداث بیمارستان‌های صحرایی و نقاهتگاه‌ها با نیروهای عملیاتی هماهنگ شده بود. در این عملیات، بیمارستان صحرایی شهید بروجردی پشتیبانی لشکرهای نجف اشرف و ۴۱ ثارالله، بیمارستان شهید ردانی‌پور پشتیبانی لشکرهای امام حسین (ع) و بیمارستان شهید رادمش پشتیبانی تیپ قمر بنی‌هاشم و تخلیه‌گری لشکرهای عمل‌کننده را برعهده داشتند. طی این عملیات، دشمن یعنی دو بار اقدام به بمباران شیمیایی با گاز خردل کرد که به مصدوم شدن عده‌ای از رزمندگان و مردم منجر شد. [۱۵] بیمارستان شهید بروجردی در شیار کنار روستای نی توسط مهندسی سپاه و بیمارستان شهید رادمش در حاشیه جاده مریوان به شیار شیلر توسط جهاد سازندگی ساخته شده بود. این دو بیمارستان ترکیبی از سازه‌های بتونی و فلزی بودند.^(۱) در این عملیات، بیمارستان صحرایی رادمش ۱۱,۶۰۷ مصدوم را پذیرش کرد و ۲۰۱ عمل جراحی را انجام داد. بیمارستان شهید بروجردی نیز افزون بر پذیرش ۴۱۳۵ مصدوم، ۳۲۱ عمل جراحی را انجام داد. [۱۹]

۹-۸. بیمارستان صحرایی چنانه (شهید کلاهدوز) با ترکیبی از سازه کانکس و سوله

ارتش جمهوری اسلامی نیز با تجربه‌ای که از بیمارستان‌های چادری به‌دست آورده بود، در ۱ اسفند ۱۳۶۲، بیمارستانی با ظرفیت شصت تخت‌خواب به‌صورت سنگری و زیرزمینی، در محور اندیمشک دهلران، سهرای چنانه، به‌نام بیمارستان صحرایی زیرزمینی چنانه (شهید سرلشکر غلامرضا مخبر) ایجاد کرد.^(۲) این بیمارستان در طراحی اولیه به‌صورت راهرویی به عرض ۵ متر بود که در طرفین آن کانکس‌های بیمارستان صحرایی متحرک در سنگر قرار داده شده بود. به‌علت مشکلات متعدد، کانکس‌ها از محل خارج و به‌جای آن از اتاق‌های سوله‌ای در زیر زمین استفاده شد. این بیمارستان در عملیات خیبر در طلائیه در ۳ اسفند ۱۳۶۲ و در عملیات بدر در جزیره مجنون در ۲۰ اسفند ۱۳۶۳ خدمات ارزنده‌ای ارائه کرد و تا آخرین روزهای دفاع مقدس فعال بود و کارایی خوبی داشت. در منابع از این بیمارستان به‌نام شهید کلاهدوز نیز نام برده شده است. [۲۰]

۱۰-۸. نخستین تجربه بزرگ در احداث بیمارستان‌های صحرایی: بیمارستان صحرایی خاتم‌الانبیا(ص) در عملیات خیبر (۳ تا ۲۲ اسفند ۱۳۶۲)

عملیات خیبر در مرداب‌های هورالهویزه طراحی شده بود و بهداری رزمی باید برای شرایط جدید و سطح انتظارات راهبردی جدید ارتقا می‌یافت. بر این اساس، مهندسی نیروی رزمی سپاه در سال ۱۳۶۲ اقدام به ساخت بیمارستان خاتم‌الانبیا(ص) در سهره فتح، منطقه عمومی جفیر کرد. این بیمارستان در ۹۳۶ مترمربع، شامل داروخانه، رادیولوژی، بانک خون، آزمایشگاه، ۳۵ تخت اورژانس سرپایی و بستری و قابل افزایش به ۴۰ تخت، ۴ تخت ریکاوری، درمانگاه و ۸ اتاق عمل بود. در ساخت این بیمارستان از سوله‌های فلزی پنج‌ضلعی در ابعادی با دهانه چهار متر و ورق گالوانیزه موج‌دار استفاده شد. این بیمارستان باوجود عملکرد خارق‌العاده و چشمگیر در عملیات خیبر، در بامداد ۶ اسفند ۱۳۶۲ مورد حمله هوایی و اصابت گلوله‌های دشمن قرار گرفت. در جریان این حملات، رئیس و مدیر پرتلاش و جان‌برکف بیمارستان، دکتر محمدعلی رهنمون و مهدی خداپرست، به شرف شهادت نائل شدند. در این بیمارستان صحرایی در عملیات خیبر، ۱۵,۶۰۶ مجروح پذیرش و مداوا شدند و نیز ۲۱۷ عمل جراحی در آن انجام شد. [۷، ۱۹]

در این عملیات نیروهای عراقی از سلاح‌های شیمیایی استفاده کردند. از بیمارستان خاتم‌الانبیا(ص) در عملیات

(۱) عراقی‌زاده و دیگران، ۱۳۸۰، ص ۱۴۱

(۲) طب رزمی ارتش جمهوری اسلامی ایران در دفاع مقدس: آغاز جنگ و اقدامات طب رزمی ارتش، در: <https://www.aja.ir/> portal/Home

بدر (۱۹ اسفند ۱۳۶۳) نیز استفاده شد و تقریباً به مدت دو سال تا اوایل عملیات والفجر ۸، عملیاتی بود. علی‌رغم عملکرد مطلوب، به دلیل آسیب‌پذیری در برابر بمباران دشمن و شرایط محیطی مثل نشت آب، ساخت بیمارستان‌های ایمن‌تر و مجهزتر در مرکز توجه قرار گرفت.

۱۱-۸. بیمارستان صحرائی امام رضا(ع) نخستین بیمارستان صحرائی با سازه بتونی در جنوب، در عملیات بدر (۱۹ تا ۲۶ اسفند ۱۳۶۳)

بیمارستان خاتم‌الانبیا(ص) که نخستین تجربهٔ احداث بیمارستان صحرائی بزرگ در منطقهٔ جنوب بود، چند مشکل اساسی داشت؛ ازجمله استحکام کافی نداشت و منطقهٔ جغرافیایی آن مناسب نبود (در تیررس دشمن قرار داشت و خاک منطقه رملی بود و در بارندگی‌های شدید، آب وارد بیمارستان می‌شد).^(۱) به این دلایل بیمارستان دیگری به نام امام رضا(ع) در همین منطقه و با موقعیت جغرافیایی و استحکامات بهتر ساخته شد. از کنار هم قرار گرفتن قطعات پیش‌ساخته پالتی‌شکل، اولین بیمارستان از این نوع در سال ۱۳۶۳ به نام بیمارستان امام رضا(ع) در محور جزیرهٔ مجنون شروع به فعالیت کرد. بیمارستان صحرائی امام رضا(ع) در دشت جُفیر و در یک کیلومتری چهارراه صاحب‌الزمان (عج) و هشت کیلومتری شرق هورالهویزه و دو کیلومتری پاسگاه مرزی بزرگ واقع شده است. ساخت این بیمارستان بعد از عملیات خیبر و در اوایل سال ۱۳۶۳ شروع شد و پس از عملیات بدر به بهره‌برداری رسید و تا پایان جنگ فعالیت داشت. این بیمارستان نخستین بیمارستان بتونی در جنوب بود که با مساحت ۳۲۰۰ مترمربع زیربنا زیر نظر قرارگاه خاتم‌الانبیا(ص) توسط قرارگاه مهندسی صراط‌المستقیم و با همکاری ادارهٔ کل مسکن و شهرسازی استان خراسان احداث شد و دارای ظرفیت ۱۴ تخت اورژانس، ۷ تخت اتاق عمل و رادیولوژی، ۱ پد بالگرد و سایر تأسیسات جانبی بود.

هدف اصلی از ساخت بیمارستان صحرائی امام رضا(ع) ایجاد مرکز درمانی مناسب در منطقهٔ عملیاتی هورالهویزه بود؛ چراکه فاصلهٔ خطوط مقدم جبهه از هور تا اهواز، به‌خصوص بعد از عملیات خیبر، بسیار زیاد بود که این امر باعث می‌شد تا خودروی حامل مجروحان پس از چندین ساعت حرکت در مناطق پرخطر، مجروح را به اهواز یا سایر مراکز درمانی انتقال دهد. انتقال مجروحان از جاده‌هایی که در دید دیده‌بانان و خلبانان هواپیماهای مهاجم قرار داشتند، چه بسا باعث شهادت مجروحان می‌شد. از دیگر اهداف احداث بیمارستان امام رضا(ع) پشتیبانی درمانی از یگان‌های مستقر در منطقهٔ عملیاتی بدر بوده است. محور عملیاتی طَبَر، دریاچهٔ ام‌النجاج، شط‌علی، پاسگاه ترابه تا پاسگاه ابوذر عراق، جادهٔ خندق، منطقهٔ عملیاتی بدر و جزایر مجنون شمالی و جنوبی، طلائی، سهره فتح، سهره جفیر و محدودهٔ بیست کیلومتری شهر هویزه تا شرق هورالهویزه مناطق عملیاتی تحت پوشش این بیمارستان بودند. [۲۴] این بیمارستان دارای ۴ اتاق عمل و ۲۰ تخت اورژانس بود و در عملیات بدر به ۱۱،۹۳۰ مجروح خدمات درمانی ارائه داد و ۹۱ عمل جراحی هم در آن انجام شد. در عملیات بدر، بیمارستان دیگری به نام بیمارستان صحرائی شهید بهشتی در شمال بیمارستان خاتم‌الانبیا(ص) به‌طرف هویزه ساخته شد و مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

نمونه‌ای از خلق حماسه‌های ماندگار در بیمارستان‌های صحرائی:

بیمارستان امام رضا(ع) در برد آتش مؤثر توپخانهٔ دشمن قرار نداشت؛ اما از آنجا که در یک کیلومتری چهارراه صاحب‌الزمان (عج) واقع شده بود و جادهٔ پرتردد شهید همت از کنار آن می‌گذشت، همواره در معرض تهاجم هوایی دشمن بود. دشمن در دو مرحله به ساختمان بیمارستان حملهٔ هوایی کرد. در ابتدا یک راکت در محوطهٔ بیمارستان منفجر شد و بار دوم زمانی که نیروها در مسجد بیمارستان جهت اقامهٔ نماز تجمع کرده بودند، دو فرزند هواپیمای دشمن چهار نقطه از بیمارستان را مورد تهاجم قرار داد. هنگامی که دشمن جهت گرفتن جزایر مجنون از سلاح‌های شیمیایی در مقیاسی وسیع استفاده کرد، شمار مصدومان شیمیایی اعزامی به بیمارستان

امام رضا(ع) بسیار زیاد بود و به علت پیشروی نیروهای دشمن از طرف جزیره جنوبی مجنون تا سهراب فتح و جاده شهید همت احتمال داشت که این بیمارستان به دست نیروهای دشمن بیفتد. در چنین شرایطی، باوجود خطراتی که جان کارکنان و مجروحان داخل بیمارستان را تهدید می کرد، کادر درمانی تا آخرین لحظه مقاومت کردند و به کار درمان ادامه دادند. بیمارستان صحرایی امام رضا(ع) اکنون در ردیف آثار ملی دفاع مقدس و تحت حفاظت قرارگاه حفظ ابنیه و آثار دفاع مقدس استان خوزستان قرار گرفته و مورد بازدید راهیان نور است. [۲۴]

۱۲-۸. ساخت بیمارستان صحرایی علی بن ابی طالب(ع) از شاهکارهای مهندسی جنگ، در عملیات کربلای ۴ و کربلای ۵

بیمارستان صحرایی علی بن ابی طالب یکی از شاهکارهای مهندسی جنگ سپاه بود؛ به نحوی که دشمن بعثی عراق از وجود چنین بیمارستانی اطلاع نداشت. سازه ساختمانی این بیمارستان نیز در نوع خود ابتکار عمل بزرگی محسوب می شد. این بیمارستان در پاییز ۱۳۶۴، در منطقه مارد واقع در یازده کیلومتری آبادان در مساحتی بالغ بر ۲۸۹۴ مترمربع بنا گردید. در قطعات کف، دیوار و سقف این سایت از بتن پیش ساخته ترکیبی استفاده شده بود. در عملیات کربلای ۵، تعداد ۲۳ پست امدادی، ۱۶ اورژانس عملیاتی، ۲ بیمارستان صحرایی (علی بن ابی طالب(ع) و امام حسین(ع)) و ۱۹ نقاهتگاه شهری مسئولیت درمان مصدومان را عهده دار بودند. در عملیات کربلای ۵، در بیمارستان صحرایی علی بن ابی طالب(ع) ۱۹۶۰ عمل جراحی در ۸ اتاق عمل انجام شد. این بیمارستان با ۲۰ تخت اورژانس، ۳۰ تخت ریکاوری، ۲ پد بالگرد و اورژانس شیمیایی با ۱۶ تخت آی سی یو خدمات بی نظیری به مجروحان و مصدومان ارائه کرد.

۱۳-۸. بیمارستان صحرایی امام حسین(ع) با سازه بتونی در عملیات کربلای ۵ و والفجر ۸

این بیمارستان در کیلومتر ۷ جاده شهید شرکت (جاده انشعابی از شرق جاده اهواز به خرمشهر و بین ایستگاه حسینی و دارخوین) قرار داشت. این بیمارستان صحرایی در سال ۱۳۶۱ در ابتدا به صورت سوله هایی با آهن و پلیت ساخته شد. بعدها و هم زمان با عملیات کربلای ۴، بیمارستانی بتونی با مساحت ۳۵۵۱ مترمربع در کنار آن احداث شد که جهت پشتیبانی و مداوای مجروحان عملیات کربلای ۵ و والفجر ۸ به کار رفت. این بیمارستان را بهداری رزمی جنوب اداره می کرد. بیمارستان امام حسین که با ارتفاع ۱/۵ متر خاک کاملاً استوار و با ۵/۰ متر ماسه و قطعات بتونی در برابر بمباران و موشک باران مقاوم شده بود، یکی از مجهزترین بیمارستان ها در نوع خود به شمار می رفت و در آن تقریباً تمام امکانات بیمارستان شهری تدارک دیده شده بود. این بیمارستان علاوه بر پذیرش مجروحان جنگی، به مصدومان شیمیایی نیز رسیدگی می کرد. این بیمارستان دارای رادیولوژی، بانک خون، ۸ اتاق عمل، ۲۵ تخت اورژانس برای مجروحان عادی و ۲۰ تخت اورژانس برای مصدومان شیمیایی، داروخانه، بخش آی سی یو و آزمایشگاه بود. اورژانس آن که از دو سالن عمود بر هم تشکیل می شد، در موقع پدافند، به جای نقاهتگاه استفاده می شد و در هنگام آفند، پذیرای مجروحان بدحال بود. مناطق زیر پوشش این بیمارستان صحرایی از خرمشهر (محلی که رودخانه کارون، آبادان را از خرمشهر جدا می کند) تا زید و در صورت نیاز حداکثر تا صحرای کوشک امتداد می یافت. اورژانس های مستقر در محورهای عملیاتی شلمچه، زید، کوشک، طلائی و خرمشهر مجروحان خود را از طریق جاده های خرمشهر، شهید صفوی، امام رضا(ع) و زید به این بیمارستان منتقل می کردند. در سال ۱۳۶۷ و پس از پذیرش قطعنامه ۵۹۸، در جریان هجوم مجدد ارتش عراق به جاده اهواز به خرمشهر و سهراب حسینی، بیمارستان امام حسین(ع) در آستانه سقوط قرار گرفت. واحدهایی از سربازان دشمن وارد بیمارستان شدند، بخش هایی را تخریب کردند و جمعی از کارکنان را نیز به اسارت درآوردند. این بیمارستان در طول جنگ منشأ خدمات بسیار ارزنده به رزمندگان اسلام بود و در مداوای مجروحان جنگی و خصوصاً مصدومان بمباران شیمیایی دشمن نقش برجسته ای داشت. [۲۴] بیمارستان مذکور یکی از مستحکم ترین و مجهزترین بیمارستان های صحرایی در زمان دفاع مقدس بوده است. ساختمان

اصلی این بیمارستان در سال ۱۳۶۴ و در کمتر از ۸ ماه ساخته شد و در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۶۷ پشتیبان بسیاری از عملیات‌ها بود. این بیمارستان دارای ۸ اتاق عمل، ۲۵ تخت اورژانس، بخش‌های رادیولوژی، بانک خون، آزمایشگاه داروخانه و تصویربرداری بود و همچنین به یکی از بهترین سایت‌های شیمیایی مجهز بود که در دل تپه‌ای کوچک قرار داشت و به‌طور کامل استتار شده بود. ساختمان درون تپه‌ای محصور شده و سقف هلالی شکل آن از سه لایه تشکیل شده بود. لایه اول بتونی با مقاومت زیاد، لایه دوم از جنس سرب و لایه سوم از جنس ماسه بادی و گل رس به قطر ۵ متر بود؛ به این ترتیب، سقف بیمارستان مقاوم بود و قدرت تحمل بمب‌های پانصدپوندی را داشت و به‌طور کامل هم استتار شده بود. این بیمارستان دارای باند فرود بالگرد نیز بود و به همین دلیل نقش مهمی در مدیریت فرایند امداد و انتقال مجروحان منطقه داشت. در سال‌های دفاع مقدس، ۲۷,۳۶۶ رزمنده مجروح به این بیمارستان انتقال یافت و ۱۷,۷۸۰ عمل عمل جراحی در آن انجام شد. پس از پذیرش قطعنامه ۵۹۸، این مرکز به مدت ۴۸ ساعت در تصرف عراقی‌ها بود و از آن زمان آثار دو گلوله تانک بر دیوار بیمارستان برجای مانده است. این بیمارستان صحرایی که نمادی از تلفیق دانش مهندسی و پزشکی نظامی تلقی می‌شود، بازسازی و هم اکنون به موزه بهداری رزمی تبدیل شده است و محل یادمان تخصصی راهیان نور دانشجویان و استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی محسوب می‌شود.

۱۴-۸. بیمارستان صحرایی کولان

بیمارستان صحرایی کولان نیز در ۲۰ تیر ۱۳۶۲ به‌وسیله ارتش جمهوری اسلامی ایران، در کنار ستاد عملیاتی در محدوده استقرار تیپ مستقل مریوان ابتدا به‌صورت مرکز اورژانس تأسیس شد و سپس در عملیات والفجر ۴، توسعه داده و در قالب بیمارستان صحرایی از نوع سوله‌ای آماده خدمت‌رسانی شد. این بیمارستان در ۲۷ مهر ۱۳۶۲ در عملیات والفجر خدمات شایانی ارائه کرد. مجروحانی که به خدمات درمانی پیشرفته‌تری نیاز داشتند، از طریق زمینی یا به‌وسیله بالگرد به بیمارستان شهر مریوان یا بیمارستان الله‌اکبر میان‌راهی سنج‌دج یا خود بیمارستان منطقه‌ای ۵۲۴ سنج‌دج منتقل می‌شدند. در ۵ اسفند ۱۳۶۶ با توجه به شرایط منطقه، بهداری نیروی زمینی این بیمارستان را به داروها و تجهیزات مقابله با حملات شیمیایی مجهز کرد. تا اسفند ۱۳۶۶، این بیمارستان ۱۷۲۰ رزمنده مجروح و ۱۸۶۰ مصدوم شیمیایی را پذیرش کرده بود. به دلیل پیش‌بینی‌های صورت‌گرفته، احداث مرکز اورژانس در داخل پادگان مریوان، تأمین اقلام دارویی و حضور کارکنان آموزش‌دیده، درمان‌های لازم برای همه مجروحان انجام شد. تعدادی از مجروحان نیز به‌طور مستقیم از محل درگیری به بیمارستان‌های میان‌راه توحید و الله‌اکبر اعزام شدند. [۲۵]



شکل ۱. موقعیت بیمارستان صحرایی امام حسین (ع)



تصویر ۳. بیمارستان صحرائی امام حسین (ع)

۱۵-۸. بیمارستان صحرائی مهران (کربلا) در عملیات والفجر ۵

این بیمارستان در سال ۱۳۶۳، توسط مهندسی رزمی سپاه، در پانزده کیلومتری مهران، سهرای کانی سخت، در مساحت ۹۰۵ مترمربع، با سازه سوله‌ای (قاب‌های پنج‌ضلعی، دهانه ۳/۷۰ متر و قاب هلالی با دهانه ۴ متر) ساخته شد که با ۲ متر خاک استتار شده بود. این بیمارستان در والفجر ۵، پشتیبانی عملیات را برعهده داشت. [۲۰]

۱۶-۸. بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهرا (س) در عملیات والفجر ۸؛ نخستین بمباران شیمیایی بیمارستان در طول تاریخ جنایات جنگی

این بیمارستان قبل از عملیات مهم والفجر ۸، در چوئیده در نزدیکی رودخانه بهمنشیر ساخته شد و از استحکام و طراحی مناسب‌تری برخوردار بود و در درمان مجروحان عادی و شیمیایی عملیات فاو نقش حیاتی داشت. ساختار بیمارستان بتونی و در برابر بمباران هوایی مقاوم بود. بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهرا (س) هدف چهار حمله قرار گرفت: ^(۱)

بمباران شیمیایی در ۲۶ بهمن ۱۳۶۴: در این حادثه پنج‌شش نقطه از اطراف بیمارستان، در طول یک خط مستقیم با بمب‌های دودزا بمباران شد و سپس دود خاکستری مایل به آبی از آن نقاط متصاعد شد. به فاصله کمتر از یک دقیقه، هواپیماها مجدد ظاهر شدند و اقدام به بمباران شیمیایی کردند؛ به‌طوری که یکی از بمب‌ها در مجاور خاکریز بیمارستان افتاد. جهت جریان باد نسبت به بیمارستان که با بمب‌های دودزا بررسی و شناسایی شده بود، خلبان را راهنمایی کرد تا بمب شیمیایی را در محلی پرتاب کند که جریان باد، گازهای آن را به سمت هدف یعنی بیمارستان صحرائی برد. از بلندگوی بیمارستان خطر حمله شیمیایی اعلام شد و همه ماسک زدند. علی‌رغم حرکت ابر شیمیایی به سمت بیمارستان، به دلیل وزش بادی ملایم خوشبختانه به کسی آسیب نرسید. بمباران شیمیایی در ۲۸ بهمن ۱۳۶۴: این حمله به صورت بمباران جنگی و شیمیایی در اطراف بیمارستان صورت گرفت و هیچ‌گونه تلفات جانی نداشت. جریان هوا بسیار گند بود و ابر شیمیایی به مدت پنج دقیقه در کنار بیمارستان مشاهده، ولی به تدریج پخش و دور شد.

بمباران شدید انفجاری بیمارستان در ۳۰ بهمن ۱۳۶۴: در این بمباران از بمب‌های انفجاری بسیار قوی استفاده

(۱) به روایت دکتر عباس فروتن، شاهد عینی بمباران مکرر شیمیایی بیمارستان.

شد. دو فروند هواپیما در دو مسیر هب‌ها را رها کردند. تعدادی از هب‌ها به تأسیسات، وسایل نقلیه و مجاور برخی سنگرها اصابت کرد. یکی از هب‌ها مقابل مسجد فرودآمد و چند نفر که در فضای بیرون بودند، به‌شهادت رسیدند. هب دیگری روی بیمارستان منفجر شد. در آن زمان، حدود ۱۰۰ نفر از کارکنان بیمارستان و مجروح در اورژانس حضور داشتند و تعداد زیادی از استادان بیهوشی، جراحی و دستیاران دانشگاهی نیز مشغول کار بودند؛ ولی خوشبختانه به هیچ‌کس آسیب نرسید و عملیات پزشکی با عزم و اراده استوار کارکنان شجاع و فداکار ادامه یافت. همه مجروحان هم‌ارن نیز به همان بیمارستان منتقل شدند و در اورژانس و اتاق‌های عمل تحت درمان فوری قرار گرفتند.

هم‌ارن جنایتکارانه تاریخی بیمارستان صحرایی حضرت فاطمه الزهرا (س) در ۸ اسفند ۱۳۶۴: سرانجام بیمارستان صحرایی حضرت فاطمه الزهرا (س) بر اثر هم‌ارن ناجوان‌مردانه شیمیایی برای مدت طولانی از فعالیت بازایستاد. حدود ساعت ۳:۰۹، صبح روز پنجشنبه، ۸ اسفند ۱۳۶۴ بیش از ۱۰ فروند هواپیمای عراقی بیمارستان را هم‌ارن کردند. این حمله که بیش از یک ربع ساعت ادامه داشت، با هم‌ارن تخریبی آغاز شد و با هم‌ارن شیمیایی خاتمه یافت. دو هب از هب‌های شیمیایی در نزدیکی بیمارستان منفجر شد. عامل اصلی آلودگی یکی از هب‌هایی بود که در فاصله کمتر از پانزده متری در اورژانس بیمارستان اصابت کرده بود. هب شیمیایی دیگری تقریباً در پنجاه متری در اورژانس منفجر شد. شرایط حاکم بر بیمارستان بحرانی و توصیف‌ناشدنی بود؛ با این حال جراحان و متخصصان بیهوشی و کادر اتاق عمل با شهامتی بی‌نظیر اعمال جراحی را متوقف نکردند. ابر شیمیایی فضای اورژانس را اشغال و به‌طرف اتاق عمل حرکت کرد. تعدادی از مجروحان شیمیایی که بر اثر اصابت ترکش، به عمل جراحی فوری نیاز داشتند، پیش از رفع آلودگی در اورژانس شیمیایی در اتاق‌های عمل بیمارستان جراحی شدند. در این فضای بسته، علاوه بر آلودگی ناشی از حرکت ابر شیمیایی به داخل اورژانس، عمل جراحی مصدومان نیز بسیاری از کارکنان اتاق عمل را آلوده کرد. به‌دلیل دوره کمون گاز خردل، بیشتر کارکنان مصدوم در ساعات اولیه احساس ناراحتی نکردند؛ اما اغلب آن‌ها تا بعدازظهر دچار علائم بالینی شدند. باینکه تلاش‌های زیادی صورت گرفت تا بیمارستان با محلول‌های خنثی‌کننده تمیز شود، عملاً مشکل حل نشد و آلودگی پایدار خردل هفته‌ها بیمارستان را غیرقابل استفاده کرد. خوشبختانه اورژانس شیمیایی مجاور بیمارستان آلوده نشده بود و همچنان به کار خود ادامه داد^(۱) [۲۵] و از سوی دیگر به‌سبب موقعیتی که داشت، از طریق رودخانه بهمن‌شیر با قایق نیز پذیرای مجروحان بود. در این بیمارستان، ۱۴,۲۰۰ رزمنده مجروح تحت درمان قرار گرفت و ۱۴۵۰ عمل جراحی انجام شد. درمان‌های اولیه بسیاری از مصدومان شیمیایی نیز در سایت شیمیایی این بیمارستان محقق شد. همچنین اولین بیمارستان صحرایی بود که یونیت مجهز دندان‌پزشکی در آن فعال و راه‌اندازی شده بود.

۱۷-۸. بیمارستان صحرایی امام سجاد(ع) در منطقه فاو

این بیمارستان زیرزمینی بنابه ضرورت تاکتیکی جنگ در منطقه فاو داخل خاک عراق ساخته شد و شامل اورژانس با ۲۴ تخت، ۸ اتاق عمل، ۲ رادیولوژی، ۲ آزمایشگاه و ۱۸ تخت ریکاوری بود. سایت مخصوص مصدومان شیمیایی خارج از سایت بیمارستان اصلی واقع بود. طراحی و ساخت این بیمارستان برعهده قرارگاه خاتم‌الانبیا(ص) بود. این بیمارستان ۲ سال فعال بود و پس از عقب‌نشینی رزمندگان از آن منطقه، بیمارستان با تجهیزات کامل به دست عراقی‌ها افتاد. [۷]

۱۸-۸. بیمارستان صحرایی زیرزمینی کلاشین (شهدای بدر)

بیمارستان صحرایی زیرزمینی کلاشین (شهدای بدر) در ۱۰ تیر ۱۳۶۴ توسط پشتیبانی منطقه ۴ با سازه سوله‌ای

در حوالی اشنویه، مجاور مرز ایران و عراق ساخته شد. نیازهای ترابری و پشتیبانی این بیمارستان را پشتیبانی منطقه ۴ تأمین می‌کرد و اعزام تیم‌های جراحی و بیهوشی و گروه پزشکی در قالب مأموریت را اداره بهداری نزاجا انجام می‌داد. این بیمارستان در سال ۱۳۶۶ در عملیات نصر ۱، کربلای ۷، نصر ۲، نصر ۳، نصر ۴، نصر ۵، نصر ۶، نصر ۸ و در ۱ آذر ۱۳۶۶ در عملیات نصر ۹ فعالیتی چشمگیر داشت. [۱۸]

۱۹-۸. بیمارستان صحرائی (زیرزمینی) منطقه‌ای ۵۲۸ سومار (شهید سرگرد دکتتر هجرتی)

این بیمارستان در ۲ اردیبهشت ۱۳۶۲ توسط گردان ۵۱۳ لجستیک پشتیبانی منطقه ۱ کرمانشاه با سازه سوله‌ای استوار شده در جاده کرمانشاه به سومار دایر گردید و در مقابل در ورودی آن از کانکسهای سیار رادیولوژی، آزمایشگاه و دندان پزشکی که استوار شده بود، استفاده شد. اداره بهداری نزاجا تأمین نیازمندی‌های دارویی و اعزام تیم‌های جراحی و پزشکی آن را برعهده گرفت. ضمناً در جلسه هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۱۰ بهمن ۱۳۶۲ توافق شد که آن وزارتخانه به‌خصوص در مواقع عملیات نیازمندی‌های لازم را رفع کند در تاریخ ۹ اردیبهشت ۱۳۶۴ بعضی از تجهیزات بیمارستان‌های صحرائی جنوب که عملیات در آن مناطق کاهش یافته بود، به این بیمارستان منتقل شد. با تداوم عملیات در این منطقه و تشدید آن، در ۲۶ مهر ۱۳۶۵ در جلسه هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بازرسی سماجا، آن وزارتخانه اعزام رزیدنت‌های دوره‌های تخصصی جراحی و بیهوشی و واگذاری آمبولانس و دارو را برعهده گرفت؛ ولی در عمل نیازها به‌شکل مطلوب از آن طریق تأمین نشد و لذا در ۷ دی ۱۳۶۵ وسایل و لوازم اتاق عمل و اقلام مصرفی بیمارستان‌های صحرائی سینتا و حسینیه جنوب به این بیمارستان منتقل شد. سرانجام در ۱۰ دی ۱۳۶۵ نیروهای دشمن یعنی خارج از همه ضوابط بین‌المللی و انسانی در ساعت ۱۶ منطقه را مورد تهاجم بمب‌های شیمیایی از نوع خردل قرار دادند که به‌علت عدم امکان استفاده از ماسک و لباس محافظ، تعداد زیادی از کارکنان بیمارستان مصدوم شدند و شماری نیز به‌شهادت رسیدند. تعدادی از مصدومان به محل تجمع آسیب‌دیدگان در کرمانشاه منتقل و پس از انجام اقدامات اولیه، با ترابری هوایی به تهران اعزام شدند.

در این حادثه تأسف‌آور یکی از پزشکان بیمارستان به‌نام دکتر هجرتی که رزیدنت جراحی دانشگاه تهران و جزو کادر ثابت ارتش جمهوری اسلامی ایران بود، به‌شهادت رسید و نامش زینت‌بخش بیمارستان شد. دو نفر دیگر از پزشکان در تهران و هنگام اعزام به کشور بلژیک جهت مداوا به مقام شهادت نائل آمدند. در این حادثه، تعدادی از کارکنان و پزشکان دچار ازکارافتادگی شدند؛ ولی نیروی انسانی آن مجدداً تأمین شد و به منطقه مراجعت کردند. در ۲۳ دی ۱۳۶۵، تیم‌های جراحی و پزشکی جهت مداوای مجروحان شیمیایی، میکروبی و هسته‌ای (ش‌مه) به منطقه اعزام شدند. متعاقب این اقدامات در عملیات کربلای ۶ که با رمز یا فاطمه‌الزها (س) در تاریخ ۲۳ دی ۱۳۶۵ آغاز شد، بیمارستان مزبور فعالیت چشمگیر داشت. بدین ترتیب، بیمارستان تا ۱۹ اسفند ۱۳۶۶ به فعالیت خود ادامه داد و نیازمندی‌های عمده‌اش را از طریق پشتیبانی منطقه و اداره بهداری نزاجا تأمین می‌کرد.^(۱)

۲۰-۸. بیمارستان صحرائی امام حسن (ع)

این بیمارستان در پانزده کیلومتری شهرستان بستان، در مسیر این شهر به سوسنگرد و پس از پل سابله قرار دارد و در اواخر جنگ برای پوشش مجروحان نوار مرزی بستان و منطقه سوسنگرد ساخته و از کامل‌ترین بیمارستان‌های صحرائی بود و سازه بسیار محکمی داشت. به‌دلیل خامه جنگ، این بیمارستان تجهیز و عملیاتی نشد. [۷] درحال حاضر این بیمارستان پس از بازسازی، مورد بازدید کاروان‌های رهایی نور است (تصویر ۴).

(۱) طب رزمی ارتش جمهوری اسلامی ایران در دفاع مقدس: آغاز جنگ و اقدامات طب رزمی ارتش، در: <https://www.aja.ir/> portal/Home

۲۱-۸. سایر بیمارستان‌های صحرایی با سازه‌های بتونی (۱۳۶۴ تا پایان جنگ تحمیلی)

در این بیمارستان‌ها، علاوه بر استتار مطلوب و برخورداری از ایمنی بالا در حملات هوایی دشمن، فضاهای مناسب درمانی برای پذیرش، بستری و درمان مجروحان و امکانات رفاهی مورد نیاز برای استقرار و فعالیت کارکنان پیش‌بینی شده بود. از نظر ظرفیت خدمات‌رسانی نیز، به تدریج به گونه‌ای برنامه‌ریزی و مدیریت شده بود که اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز (آزمایش و تصویربرداری) میسر باشد و اعمال جراحی ساده تا اعمال جراحی پیچیدهٔ عروقی و عمل‌های مهم و حیاتی جراحی اعصاب نیز انجام شود. با فعال‌سازی و توسعهٔ ظرفیت‌های ارائهٔ خدمات تخصصی، در بیمارستان‌های صحرایی حضور پراکندهٔ پزشکان و پرستاران به حضور مؤثر و نظام‌مند تیم‌های اضطراری متشکل از استادان دانشگاه، پزشکان متخصص، پرستاران و پیراپزشکان با انسجام و سازمان‌دهی هدفمند تغییر وضعیت داد.



تصویر ۴. بیمارستان صحرایی امام حسن (ع) (تصویر بالا استحکامات درونی و تصویر پایین نمای بیرونی)

۹. خاطراتی از بیمارستان‌های صحرائی دفاع مقدس

۹-۱. احداث اورژانس و بیمارستان عملیاتی سوله‌ای در کمتر از یک شبانه‌روز (عملیات رمضان)

«... در مقطعی از این عملیات در قالب تیم‌های اضطراری در اهواز مستقر بودیم. یک روز صبح زود بعد از نماز ما را احضار کردند و گفتند شما باید به یکی از مناطق عملیاتی بروید. به همراه ما تمام تجهیزات اورژانس حمل می‌شد. فرمانده این اکپ اضطراری دکتر محسن کاظمی بود. بعد از عبور از مناطقی که زیر برد سنگین توپخانه‌های دشمن بود، به صحرائی بزرگ رسیدیم، وسیع و رملی که هیچ استحکاماتی هم نداشت. در آنجا دیدیم یک لودر در حال خاک‌برداری است. روبه‌روی آن هم تپه‌ای مشرف به گلوله‌های دشمن وجود داشت و آن قدر گلوله‌باران شده بود که از فراوانی ترکش‌ها، رنگش به سیاهی می‌زد و ترکش‌های خمپاره در آنجا به وفور دیده می‌شد. با کمال تعجب دیدیم نوجوانی کم‌سن‌وسال که اجازه حضور در مناطق رزمی را نیافته بود، روی لودر کار می‌کرد. بعد از خاک‌برداری، ماشین‌های جهاد سازندگی با سازه‌های سوله‌ای آمدند و هربار که یک قسمت آماده می‌شد، سوله‌ها نصب می‌شدند، رویشان سقف می‌گذاشتند و در آخر هم روی آن‌ها خاک می‌ریختند. به این ترتیب فضایی برای تیم‌های پزشکی آماده می‌شد و ما هم سریعاً برانکاردها، سرم‌ها و... را آماده می‌کردیم. در غروب همان روز که هنوز هوا روشن بود، اولین مجروحان را آوردند و با برانکارد روی زمین گذاشتند. اوایل شب هم درگیری بسیار شدید شد و حجم مجروحان بسیار زیاد و جراحات فوق‌العاده سنگین بود. آن شب تا صبح نزدیک به ۱۰۰۰ مجروح در بیمارستانی که ۲۴ ساعت قبل اصلاً وجود نداشت، درمان شدند و بسیاری از آن‌ها نجات یافتند. نزدیک صبح درگیری‌ها آرام شد، وقتی از سوله بیرون آمدم، دیدم جایی که دیروز صحرائی بیش نبود، به یک بیمارستان تبدیل شده و آمبولانس‌ها هم در حال تردد بودند. درعین حال این بیمارستان‌ها امنیت هم داشتند و خمپاره‌ها صدمه‌ای به آن‌ها نمی‌رساند. بعداً نیز بیمارستان‌های صحرائی با اتاق‌های عمل و تجهیزات پیشرفته ایجاد شد...» [۲۶]

۹-۲. خاطره‌ای از فعالیت و کادر تخصصی بیمارستان‌های صحرائی از دکتر خاکباز متخصص

گوش و حلق و بینی

«... اسفند ماه سال ۶۱، درحالی که هنوز دانشجوی پزشکی بودم، به جبهه رفتم. از بیمارستان شهید کلانتری اندیشمک به منطقه چانه اعزام شدم. فاصله پست اورژانس از خط مقدم زیاد نبود. در یکی از روزها، دقایقی پس از نماز صبح، سنگر و رزمندگان اسلام مورد اصابت خمپاره دشمن قرار گرفته بود و چند نفر از آنان شهید و تعدادی نیز مجروح شده بودند. آنان را به بیمارستان صحرائی اعزام کرده بودند. پس از رسیدگی به وضع مجروحان توسط تیم درمان، درحالی که به شدت متأثر بودم، چهره‌ای توجهم را جلب کرد که با متانت و آرامش خاصی در کنار تابوت یکی از شهدا نشسته و به ذکر و دعا مشغول بود. او به همراه مجروحان از خط آمده بود. امدادگران و پزشک‌یاران او را به خوبی می‌شناختند. به او تسلیت گفته، از خداوند برایش طلب صبر و استقامت داشتند. کنجکاو شدم و از همکاران پرسیدم. گفتند که این سومین فرزند شهید این رزمنده بسیجی است. نالان و گریان شده بود. باینکه گریه می‌کردم، با خود به صبر، استقامت، بزرگی، ایثار و توکل آن رزمنده گمنام درود و آفرین می‌گفتم.»

۹-۳. انفجار در اتاق عمل، خاطره‌ای از دکتر تابش پزشک نیروی هوایی ارتش

«سال ۶۵ رزمنده‌ای مورد اصابت بمب خوشه‌ای قرار گرفته بود. این رزمنده مجروح به بیمارستان افشار دزفول اعزام شده بود. در ارزیابی اولیه، این بمب، جسم فلزی و سپس پوکه خالی ضدهوایی تصور شده بود. [ولی] وقتی مشخص گردید که با یک بمب عمل‌نشده مواجه شده‌اند، شرایط خاصی در بیمارستان افشار دزفول حاکم شد. بیمارستان تخلیه و مجروحان بستری جابه‌جا شدند. درمورد مسئولیت شروع عمل جراحی بین ارتوپدها

و جراحان عمومی حاضر در بیمارستان اختلاف نظر بود. برخی پیشنهاد اعزام بیمار به تهران را داشتند؛ [اما] کادر پرواز به دلیل شرایط خاص بیمار و ضرورت تأمین ایمنی پرواز، آن را نپذیرفت. دکتر تابش جراح بیمارستان نیروی هوایی ارتش برای کمک در این شرایط فراخوانده شد. او بلافاصله آمادۀ عمل جراحی شد و آقای بهمن بلند هم به عنوان دستیار، آمادۀ کمک به دکتر تابش شد. اضطراب سنگین بر فضای بیمارستان سایه افکنده بود. بیمار با احتیاط بیهوش شد و به علت خطر انفجار، قرار شد از دستگاه الکتریکی استفاده نشود. لباس‌های حفاظتی پیشنهادی به تیم جراحی به علت سنگین بودن، قابل استفاده نبود. صدای ماشین بیهوشی، صدای عقربه‌های ساعت، و نفس‌هایی که کارکنان اندک اتاق عمل گاهی آن را در سینه حبس می‌کردند، زمان را به‌گندی جلو می‌برد. سعی بر این بود که ابزارهای فلزی با مِب تماس پیدا نکنند [تا اینکه یک باره] صدای بسیار اندک از استخوانگیر شنیده شد. ناگهان همگی بر روی زمین دراز کشیدند. مِبی که سر و دم آن از پلاستیک شفاف و تیز تشکیل شده بود، از نسج خارج شد. کارشناس خنثی‌سازی مِب پیچ انتهایی آن را که ماسوره بود، باز و چاشنی را خارج کرد. [در آن لحظه تمام] اضطراب و نگرانی از اتاق عمل و بیمارستان رخت بربست. همه خوشحال [بودند] و ایثار را کامل می‌دانستند.»

۱۰. اورژانس‌های شیمیایی

در طول سال‌های حماسۀ دفاع مقدس، دشمن بعثی ۲۴۲ حملۀ شیمیایی به کشورمان داشته که نخستین مورد ثبت شده از استفاده از عوامل شیمیایی مربوط به دی ماه ۱۳۵۹ در منطقه غرب ایلام بوده است. پس از آن علاوه بر استفاده از عوامل شیمیایی در صحنۀ نبرد، حملۀ شیمیایی به مناطق مسکونی را نیز آغاز کرد که گسترده‌ترین آن، تهاجم ددمشانه شیمیایی به شهرستان سردشت بوده است که طی آن بیش از هشت‌هزار نفر دچار مصدومیت شیمیایی شدند. پس از عملیات خیبر که حملات ناجوان‌مردانه شیمیایی مکرر و گسترده گردید، در نزدیکی بیمارستان‌های صحرایی، اورژانس‌های شیمیایی به‌عنوان یکی از اجزا و بخش‌های تحت مدیریت بیمارستان صحرایی پیش‌بینی و ایجاد شد.

اورژانس‌های شیمیایی در بیمارستان‌های صحرایی امام حسین(ع)، امام رضا(ع)، علی‌بن ابی طالب(ع) و فاطمه‌الزهرا(س) نقش برجسته‌ای را در درمان اولیه مصدومان شیمیایی در دوران دفاع مقدس ایفا کردند. محور اصلی فعالیت این اورژانس‌ها، پذیرش انبوه مصدومان شیمیایی، رفع آلودگی^(۱) از آنان، درمان فوری‌تری از طریق تثبیت وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی و استفاده از آنتی‌دوت‌های اختصاصی بود. پس از رفع آلودگی و رسیدن به ثبات اولیه، مصدومان به نقاهتگاه‌های آسیب‌دیدگان شیمیایی منتقل می‌شدند. این نقاهتگاه‌ها نقش مهمی در پشتیبانی از اورژانس‌های شیمیایی برعهده داشتند. در اهواز مجموعه‌های نقاهتگاهی سیدالشهدا(ع)، سپنتا، دانشگاه شهید چمران و امیدیه با ظرفیت چهارهزار تخت، دارای نقش مهمی در زنجیرۀ امداد و انتقال مصدومان بودند. پس از درمان اولیه، رزمندگان را به بیمارستان‌های پشتیبانی انتقال می‌دادند.

۱۱. توسعه بیمارستان‌های صحرایی در پرتو استمرار تجربه دفاع مقدس (سازه‌های جدید و کارکردها)

در دوران دفاع مقدس، بیمارستان‌ها با صحرایی با ایفای نقشی برجسته، مؤثر و ماندگار در درمان رزمندگان مجروح و مصدوم سیر تکاملی خود را طی کردند و در دایره‌المعارف طب نظامی کشور دارای جایگاه تاریخی شدند. این بیمارستان‌ها در سال‌های پس از دفاع مقدس و در عرصۀ سازندگی ایران اسلامی نیز، همچنان در

1) decontamination

مسیر رشد و بالندگی قرار گرفتند. متناسب با مقتضات زمانی، این سامانه‌ها از سازه‌های ثابت و استقراری به سمت سامانه‌های متحرک و سیار تغییر الگو یافتند. لیکن روح اصلی فعالیت این بیمارستان‌ها که مبتنی بر حضور داوطلبانه و ایثارگرانه کادر تخصصی است، همچنان موجد خدمات اثر بخش و ماندگار در پاسخ به نیازهای جامعه است.

سامانه‌های سیار اورژانس دارای امکانات پیشرفته در زمینه خدمات آزمایشگاهی، تصویربرداری در حد سی تی اسکن و دندان پزشکی سیار مطابق آخرین استانداردهای فنی هستند. این سامانه‌ها در الگوهای مختلف سازه‌ای (شامل چادر، کاننیر و اتوبوس)، با خوداتکایی کامل در زمینه پشتیبانی‌های مورد نیاز و داشتن ظرفیت‌های مختلف تخت‌های بستری، قابلیت تطبیق با مأموریت‌های مختلف را دارند. در طول این سال‌ها، بیمارستان‌های صحرایی نیروهای مسلح در قالب عملیات مردم‌یاری، در مناطق محروم حضور یافته و خدمات تخصصی و فوق تخصصی ارائه کرده‌اند. از دیگر فعالیت‌های بیمارستان‌های صحرایی سیار، خدمات‌رسانی در حوادث غیرمترقبه مثل سیل و زلزله است که در کشور فراوان رخ می‌دهد. این سامانه‌ها به‌طور مکرر توانسته‌اند در کوتاه‌ترین زمان ممکن، در مسافت‌های طولانی چندصدکیلومتری در محل حادثه حضور یابند و به کمک آسیب‌دیدگان بشتابند. حصول کارنامه درخشان، به‌ویژه در ارائه خدمات در زلزله کرمانشاه، بیش از گذشته بر نقش تعیین‌کننده آن‌ها در مدیریت حوادث صحنه می‌گذارد. آخرین بهره‌برداری از این بیمارستان‌ها (تا تاریخ نگاشت نهایی ویراست اول این درسنامه) استفاده گسترده از سامانه‌های متحرک بیمارستان صحرایی در عملیات کنترل سیل ویرانگر بهار ۱۳۹۸ در ۲۴ استان کشور، خاصه استان‌های گلستان، خوزستان و لرستان، بوده است. در پرتو بهره‌مندی از تجارب ارزنده دفاع مقدس و پژوهش‌های کاربردی دانشمندان جوان، امروز نیروهای مسلح و صنایع کشور ما از پیشتاژان صاحب‌سبک در طراحی و ساخت سامانه‌های نوین درمانی سیار و صادراتی در عرصه بین‌المللی هستند. سامانه‌های متحرک جدید برخوردار از فناوری‌های ارتباطی، امکان ارائه خدمات پزشکی از راه دور (تله مدیسین) را فراهم کرده است.

۱۲. بیمارستان‌های صحرایی در نبردهای اخیر و آینده

سرعت تغییر در آرایش و صحنه درگیری در نبردهای جدید منطقه‌ای که حاصل طراحی استکبار جهانی علیه جبهه مقاومت است، در موضوع امداد و انتقال و درمان مجروحان، الزامات جدیدی را ایجاد می‌کند. گاهی به‌کارگیری سامانه‌های متحرک درمانی نیز دچار ناامنی، محدودیت و دشواری می‌شود.

در تحلیل شرایط جدید، باید این آمادگی را پدید آورد که در صورت عدم امکان بهره‌گیری از سامانه‌های سیار، در هر محل استقراری قابل دسترس مثل بقایای مدرسه یا مرکز درمانی را در کوتاه‌ترین زمان ممکن، با به‌کارگیری بسته تجهیزات تخصصی و فعالیت نیروی انسانی داوطلب و بانگیزه یک مرکز جراحی نجات‌بخش را ایجاد کرد. در طراحی بیمارستان‌های صحنه‌های نبرد^(۱) برای آینده، براساس تجارب اخیر و گذشته باید ویژگی‌های زیر لحاظ شود:

- دارای ظرفیت‌های تجمیعی جراحی و داخلی باشد.
- وسیع، انعطاف‌پذیر و چابک باشد.
- در شرایط حمله (آفندی) و دفاع (پدافندی) و عادی (ثبات) قابل بهره‌برداری باشد.
- در شرایط غیرجنگی برای اهداف ترومای شهری قابل بهره‌برداری باشد.
- بیمارستان‌های صحنه نبرد و بیمارستان‌های پشتیبان رزمی (CSHs)، مراقبت‌های ضروری با رویکرد

1) field hospitals

بازگرداندن سربازان به وظایف قبلی یا فراهم کردن شرایط انتقال به مراکز بعدی (خارج از منطقه نبرد) برای درمان‌های قطعی را برعهده دارد.

- ظرفیت مناسب برای بیمارستان‌های صحنه نبرد ۳۲ تخت (قابل افزایش به ۴۸) و برای بیمارستان‌های پشتیبان رزمی (CSHs) ۴۴ تخت ارزیابی و پیشنهاد شده است.
- بیمارستان‌های صحنه نبرد با اتصال به مراکز پشتیبان داخلی و جراحی و مراقبت ویژه در آرایش و ظرفیت نهایی یک مجموعه ۲۴۰ تخت خوابی با کارکردهای متنوع را تشکیل می‌دهند (دارای بخش‌های داخلی، جراحی و مراقبت ویژه). [۲۷]

۱۳. توصیه‌های راهبردی برای آینده

امروزه توانمندی نظام سلامت هر کشور در خدمات‌رسانی امدادی و درمانی به‌ویژه در بحران (حوادث غیرمترقبه و جنگ‌ها) اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. این توانمندی و آمادگی یکی از شاخص‌های مهم در ارزیابی کارآمدی نظام مدیریت اجرایی هر کشور تلقی می‌شود. بی‌تردید بالندگی و کارآمدی روزافزون نظام سلامت کشور در این عرصه با توجه شایسته به مؤلفه‌های زیر ارتقا خواهد یافت:

۱. احیا، مرمت و بازسازی بیمارستان‌های صحرایی بازمانده از دوران دفاع مقدس؛
۲. ثبت علمی تجارب نرم‌افزاری و سخت‌افزاری سامانه‌های صحرایی دفاع مقدس و استفاده از آن برای نیازهای جاری و آتی طب رزمی، طب اورژانس و کنترل بحران و بلایا؛
۳. آموزش تخصصی دانشجویان و حرفه‌مندان علوم پزشکی به‌منظور ایفای نقش در هنگام بحران؛
۴. برگزاری تمرینات مستمر و منطبق بر سناریوهای نزدیک به واقعیت در راستای ارتقای آمادگی تخصصی؛
۵. بهره‌وری از فناوری‌های نوین به‌منظور چابک‌سازی و ارتقای استانداردهای فنی سامانه‌ها و تجهیزات به‌ویژه با اولویت و توجه خاص به شرایط محتمل ناشی از مواجهه با عوامل نامتعارف مثل آلودگی‌های شیمیایی، میکروبی و هسته‌ای؛
۶. استفاده نظام‌مند از ظرفیت‌های موجود در طب رزمی برای کنترل بحران در بلایا؛
۷. پیش‌بینی الزام حقوقی و قانونی در فرایند ارزیابی و فعالیت مراکز درمانی کشور در راستای ایجاد و ارتقای ظرفیت سامانه‌های متحرک درمانی به‌منظور توسعه ظرفیت‌ها و آمادگی مواجهه با انبوه بیماران و مصدومان ناشی از حوادث و ارائه خدمات مورد نیاز در فضاهایی متفاوت و دورتر از مراکز درمانی مادر.

۱۴. منابع

- [۱] منوچهری، شهرام. حسین‌زاده، سامان. رسولی، حمیدرضا. صفری، مهدی. الزامات مهندسی در احداث بیمارستان‌های صحرایی از دیدگاه پدافند غیرعامل، با استفاده از تکنیک دلفی. دوماهنامه هوزان. ۲۵. ش. ۶. ۱۳۹۶. در: <https://civilica.com>.
- [۲] آتش‌پنجه، حجت‌الله. دست‌داده، فرشاد. پرپین، زهرا. بررسی بیمارستان‌های صحرایی از منظر پدافند غیرعامل. کنفرانس ملی پدافند غیرعامل و توسعه پایدار. وزارت کشور. ۱۲ و ۱۳ مهر ۱۳۹۵.
- [۳] درخشان‌نیا، احسان. بیمارستان سیار. مهندسی پزشکی. ش. ۱۹۸. مهر ۱۳۹۶. صص ۶۴-۷۱.
- [4] Canadian Red Cross. The Future of Field Hospitals in Disaster Response (Sidney; British Columbia: Department of Foreign Affairs, Trade and Development, Canada, 2014). p. viii.
- [5] King B, Jatoi I. The Mobile Army Surgical Hospital (MASH). Journal of the National Medical Association. 97 (5). May 2005: 650-651.
- [6] Mobile army surgical hospital (United States). from: Wikipedia, the free encyclopedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Mobile_army_surgical_hospital. last edited on 14 June 2018.
- [۷] طهماسبی‌پور، امیرھوشنگ. سیر تحول بیمارستان‌های صحرایی در جنگ تحمیلی. نگین ایران، فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس. س. ۱۲. ۴۵. تابستان ۱۳۹۲. صص ۳-۵.
- [8] Brig Pankaj P Rao, and Maj Gen DV. Singh. Combat surgery: Status of tactical abbreviated surgical control, Med J Armed Forces India. 2017 Oct. 73(4): 407-409.
- [9] Matthew J. Martin, Alec C. Beekley, Matthew J. Eckert-MedicalFront Line Surgery: A Practical Approach. 2017.
- [10] Hacker JD. A census-based count of the Civil War dead. Civ War Hist. 2011. 57: 307-348
- [11] Beller SP. Medical Practices in the Civil War. Charlotte, VT: OurStory, 1998: 57-62.
- [12] Robert F. Reilly. Medical and surgical care during the American Civil War. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2016. 29(2): 138-142.
- [13] Sarah Sundin: Hospitalization in World War II-Mobile and Fixed Hospitals. <http://www.sarahsundin.com>.
- [14] Blackburne LH, Baer DG, Eastridge BJ, Kheirabadi B et al. Military medical revolution: Prehospital combat casualty care. J Trauma Acute Care Surg. vol. 73. No. 6. Supplement 5, 2012.
- [15] CPTScott C Woodard. The AMSUS History of Medicine Essay Award. The Story of the Mobile Army Surgical Hospital. Military Medicine. vol. 168. July 2003.
- [16] Medical Advancements of the Vietnam war. <https://www.vietnamwar50th.com>.
- [۱۷] وزیران، پرویز. ضیائی، مجتبی. شاه‌حسینی. نوروززاده، ناصر. محقق، محمدعلی. معرفی مراکز بهداشتی‌درمانی نقش‌آفرین در دوران دفاع مقدس: بیمارستان طالقانی آبادان. نشریه فرهنگی ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. س. ۲. ش. ۱. تابستان ۱۳۹۷.
- [۱۸] نامجوی‌نیک، خسرو. تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان هشت سال دفاع مقدس. تهران: انتشارات ایران سبز. ۱۳۸۹.
- [۱۹] محمدزاده، فیض‌الله. بهداری در رزم. تهران: ستاد مشترک سپاه، معاونت آموزش و نیروی انسانی، مرکز برنامه‌ریزی و تألیف کتاب‌های درسی، ۱۳۸۶.
- [۲۰] حسینی، سیدبهشید. طراحی در بحران، مراکز درمانی صحرایی. تهران: بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش‌های دفاع مقدس. ۱۳۸۶.
- [۲۱] نویدی، علی‌اصغر. غنجال، علی. صدري، علی. ابوالقاسمی، حسن. تجربیات دارو و درمان بهداری سپاه در عملیات والفجر ۴. مجله طب نظامی. س. ۳. ش. ۴. صص ۱۵۱-۱۵۶.
- [۲۲] غنجال، علی. صدري، ارحامی. بصام، سیدمحمد. تجربیات امداد و انتقال بهداری سپاه در عملیات والفجر ۴. مجله طب نظامی. س. ۵. ش. ۲. صص ۹۸-۹۱.
- [۲۳] رشید، محسن. گزارشی کوتاه/ مرکز مطالعات و تحقیقات جنگ سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، ویرایش مهدی انصاری. تهران: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، مرکز مطالعات و تحقیق جنگ، ۱۳۷۸.
- [۲۴] پورجباری، پژمان. اطلس جغرافیای حماسی. ج. ۱: خوزستان در جنگ. نشر مریر. ۱۳۹۰.
- [۲۵] فروتن، سیدعباس. روایتی از تاریخ پزشکی دفاع مقدس. فرهنگستان علوم پزشکی. ۱۳۹۷.
- [۲۶] ردپای «سپیدپوشان» از «تهران» تا «قصر شیرین» میتینگ‌های سیاسی در بیمارستان‌ها و شرایط تمام‌عیار جنگی در اتاق‌های عمل. ایسنا. ۱۵ مهر ۱۳۹۶. در: <https://www.isna.ir/news>.
- [27] LaBrecque M. F., Honsberger M. A. Army field hospitals and expeditionary hospitalization. at: <https://www.army.mil>

۱۵. منابع بیشتر برای مطالعه

- مروری بر تجربیات بهداری سپاه در دفاع مقدس. فصلنامه طب نظامی.
- نقش سازه‌های مستحکم بیمارستان در فعالیت‌های پزشکی و کاهش آمار شهدا در دفاع مقدس. مجله پزشکی کوثر.
- چگونگی امدادسانی در دفاع مقدس. ماهنامه صنعت درمان.
- مدارک و نقشه بیمارستان‌های صحرایی دوران دفاع مقدس. ماهنامه اقلیم شفا.
- کتابچه بیمارستان‌های صحرایی دوران دفاع مقدس.
- اردفالی، سیدحسین. اصول راه‌اندازی بیمارستان صحرایی. دومین همایش علمی تحقیقی مدیریت امداد و نجات. تهران: مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران. ۱۳۸۴. ۲۰۲-SRM-Paper-۱۴-SRM. <https://www.civilica.com>

فصل سیزدهم

پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس

پدیدآورندگان:

سردار نصرالله فتحیان، دکتر سیدمسعود خاکی، دکتر ابوالحسن احمدیانی

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

تبیین پیامدها و دستاوردهای کلان بهداری رزمی و نظام سلامت در دفاع مقدس در حوزه‌های ارزشی، معنوی، اخلاقی و فرهنگی، سیاسی، امنیتی و اجتماعی، علمی، حرفه‌ای، فناوری و مدیریتی، اقتصادی و معیشتی، و داخلی، منطقه‌ای و بین‌المللی

اهداف اختصاصی:

- معرفی دستاوردهای ارزشی، معنوی و اخلاقی جامعه پزشکی از حضور فراگیر و مؤثر در دفاع مقدس
- شرح پیامدهای اختصاصی سیاسی و امنیتی حضور و نقش‌آفرینی بهداری رزمی دفاع مقدس
- آشنایی با پیامدهای اختصاصی اجتماعی و فرهنگی حضور و نقش‌آفرینی بهداری رزمی دفاع مقدس
- ذکر پیامدهای اختصاصی اقتصادی در نظام سلامت و اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت
- تحلیل پیامدهای اختصاصی علمی و فناوری حضور و نقش‌آفرینی بهداری رزمی دفاع مقدس
- آگاهی از دستاوردها و نوآوری‌ها در حوزه طب نظامی و طب مقاومت
- شناساندن دستاوردها و نوآوری‌های دفاع مقدس در عرصه بین‌المللی
- آشنایی با دستاوردهای مدیریتی در حوزه طب رزمی، کنترل بحران و طب در بلایا
- بیان راهبردهای نوین دفاعی از نگاه پیشگیری و کنترل، در برابر تهدیدات نظامی آینده

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۲۸۹
۲. واژه‌های کلیدی	۲۹۰
۳. روش تدوین	۲۹۰
۴. ادبیات نظری موضوع	۲۹۰
۱-۴. پیامد	۲۹۰
۲-۴. پیامد اعمال تهدید	۲۹۰
۳-۴. دستاورد	۲۹۰
۴-۴. نظام سلامت (بیان تعاریف لغوی، مفهومی و عملیاتی)	۲۹۰
۵-۴. فرهنگ	۲۹۲
۶-۴. فرهنگ سلامت	۲۹۲
۷-۴. معارف	۲۹۲
۸-۴. معارف دفاع مقدس	۲۹۲
۹-۴. دستاوردهای حرفه‌ای (سلامت)	۲۹۲
۱۰-۴. مقاومت	۲۹۳
۵. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در زمینه ارزشی، اخلاقی و معنوی	۲۹۳
۶. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه سیاسی و امنیتی	۲۹۳
۷. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در حوزه اجتماعی و فرهنگی	۲۹۴
۸. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در حیطه اقتصاد سلامت: ضرورت و ظرفیت اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت	۲۹۵
۹. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه علم و فناوری و خدمات سلامت	۲۹۶
۱۰. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه بین‌المللی	۳۰۰
۱۱. درس‌هایی برای آینده و توصیه‌های راهبردی و کاربردی	۳۰۰
۱۲. منابع	۳۰۱

۱. مقدمه و بیان مسئله

دستاوردهای برجسته و فاخر دوره هشت سال دفاع مقدس مرهون رهبری داهیانه امام خمینی راحل، عزم و اراده ملی و حمایت همه جانبه ملت سلحشور ایران اسلامی، اهدای خالصانه جان‌های عزیز شهیدان، ایثار مظلومانه جانبازان و تلاش‌های عظیم و هزینه‌های فراوان بوده است. از برکات مهم دفاع مقدس پیشرفت همه جانبه و تحکیم نظام سلامت، ارتقای سلامت عموم جامعه و رشد شاخص‌های سلامت در طول هشت سال جنگ تحمیلی و بعد از آن بوده است. اساسی‌ترین تحولات در حوزه سلامت کشور و آرمانی‌ترین نیاز، یعنی «عدالت در سلامت»، در آن دوران پایه‌گذاری شد. شرایط جنگی و فوق‌العاده اضطرابی، نیازهای روزافزون، کمبودها و نبودها و سایر تهدیدات، یکی از بهترین فرصت‌های تاریخی را برای رشد و تعالی در حوزه سلامت فراهم کرد. در پاسخ به شرایط پیچیده آن دوران، صحنه‌گردانان متعهد و مؤمن با خلاقیت و ابتکار، دست به فعالیت‌های نوآور وسیعی جهت رفع نیازهای روزمره مردم و نیازهای وسیع جبهه‌های نبرد زدند. فارغ از تمام مصائب، ویرانی‌ها، محدودیت‌ها، خسارت‌ها و سختی‌ها، همان گونه که رهبر فرزانه انقلاب فرمودند، دوران دفاع مقدس گنجینه‌ای عظیم و مظهر حماسه، آرمان‌خواهی، ایثار، پایداری، تدبیر، حکمت و برترین صفات ملی، معنوی، اخلاقی، دینی و حرفه‌ای است: «حادثه عظیم هشت سال دفاع مقدس، مجموعه‌ای است از صفات والا، فرهنگ‌های پسندیده و برگزیده و ممتاز، عقاید و معارف والایی که ملت ما در طول تاریخ ارث برده یا استعدادش را در خودش حفظ کرده بوده که با انقلاب اسلامی این استعدادها بروز کرد. دفاع مقدس صرفاً یک امتداد زمانی و فقط یک برهه زمانی نیست؛ گنجینه عظیمی است که تا مدت‌های طولانی ملت ما می‌تواند از آن استفاده کند، آن را استخراج کند و مصرف کند و سرمایه‌گذاری کند. دوران دفاع مقدس برای ملت ما ظرفیت و موقعیتی بود که این ملت بتواند اعماق جوهره خودش را در ابعاد مختلف نشان دهد و نشان داد، و ملت ایران با الهام از اسلام به قدرت، عزت و کرامت واقعی دست یافت. این هشت سال مظهر برترین صفاتی است که یک جامعه می‌تواند به آن‌ها ببالد و از جوانان خودش انتظار داشته باشد؛ یعنی دفاع مقدس مظهر حماسه است، مظهر معنویت و دین‌داری است، مظهر آرمان‌خواهی است، مظهر ایثار و از خودگذشتگی است، مظهر ایستادگی و پایداری و مقاومت است، مظهر تدبیر و حکمت است^(۱)».

با گذشت بیش از سی سال از دوران دفاع مقدس، این مسیر همچنان تداوم داشته است. در محور مقاومت، پامردان گران قدری همچون «شهید محسن حججی» پرچم حق‌طلبی و دفاع از اسلام و میهن عزیز اسلامی را با خون خود برافراشته نگاه داشته‌اند. بازگویی دستاوردهای دفاع مقدس و بازآفرینی پیامدهای طب رزمی، دراصل تعظیم شعایر و ترویج برترین صفات حماسی، ملی، معنوی و دینی برای نسل جدید و نسل‌های آتی است. دوران دفاع مقدس بی‌شک سرمشق همیشگی ملت بزرگ ایران و موفق‌ترین الگوی الهام‌بخش برای عموم ملت‌های مسلمان است. مجموعه عظیم این دستاوردها مرهون رهبری هوشمندانه امام خمینی راحل و فرمانده کل قوا در دفاع مقدس است و در پرتو حضور، نقش‌آفرینی، حمایت، کمک و مشارکت همه جانبه مردمی، و هماهنگی و پشتیبانی دولت جمهوری اسلامی، سازمان‌های نظامی و انتظامی، نهادهایی نظیر بسیج مستضعفان، جهاد سازندگی، هلال احمر جمهوری اسلامی، سازمان‌های مردم‌نهاد و سایر بخش‌های مختلف حاصل شده است. مجموعه دستاوردهای دفاع مقدس را می‌توان در ابعاد مختلف طبقه‌بندی کرد: «ارزشی، معنوی، اخلاقی و فرهنگی»، «سیاسی، امنیتی و اجتماعی»، «علمی، حرفه‌ای، فناوری و مدیریتی»، «اقتصادی و معیشتی» و «داخلی، منطقه‌ای و بین‌المللی».

در این فصل، دستاوردهای تخصصی حوزه سلامت (ابعاد بهداشتی و پیشگیری؛ امداد و انتقال مجروحان و مصدومان؛ تریاژ و تروما؛ زنجیره تأمین دارو؛ خون و تجهیزات پزشکی؛ کنترل حوادث شیمیایی؛ بهداشت و بهزیستی پناه‌جویان؛ پیشگیری از فاجعه انسانی در میان غیرنظامیان؛ کنترل خسارت‌های انسانی ناشی از حملات به مناطق مسکونی و غیرنظامی؛ بازتوانی و نوتوانی معلولان و آسیب‌دیدگان؛ سلامت روان؛ سلامت اجتماعی؛ سلامت معنوی و سایر

ابعاد مرتبط با سلامت همه‌جانبه) به اجمال و با تأکید بیشتر، و در فصول دیگر تفصیل منتخبی از موضوعات و محورهای بیان شده است.

۲. واژه‌های کلیدی

بهداری رزمی، بهداشت و درمان، دستاورد، دفاع مقدس، فرهنگ، معارف.

Key words

Achievement, Combat Medicine, Culture, Health, Holly Defense, Wisdom.

۳. روش تدوین

برای تنظیم این فصل از درسنامه، از روش کتابخانه‌ای استفاده و مطالب و آمار مورد نیاز از منابع معتبر استخراج شده است. از روش‌های بحث متمرکز گروهی در کارگروه تدوین، مصاحبهٔ تاریخ شفاهی، برداشت از انتشارات قبلی و ثبت تجارب شخصی نویسندگان نیز بهره گرفته شده است.

۴. ادبیات نظری موضوع

۴-۱. پیامد

پیامد^(۱) مترادف با «بازتاب، عارضه، عقبه، عکس‌العمل و واکنش»^(۲) است. «پیامد در اصطلاح، حالت، رویداد یا پدیده‌ای است که ممکن است در نتیجهٔ تحقق یک برنامه، فرایند، پیشامد، تلاش یا هر اقدام و رخداد مشابهی، در سازمان‌ها، جوامع و حتی وضعیت افراد رخ دهد و آثار و نتایج متفاوتی را در پی داشته باشد. اما از نظر سیستمی، تأثیر (پیش‌بینی‌شده یا پیش‌بینی‌نشده و غیرمنتظره) برون‌دادهای (خروجی‌های) یک سیستم بر روی محیط پیرامونی آن را پیامد می‌نامند. در برخی از منابع شروع این فرایند با ورود منابع (درون‌دادها) آغاز، با انجام فعالیت‌های مختلف در مسیر تولید ادامه و به خروج محصول (برون‌داد) منتهی می‌شود. در "برنامه‌ریزی استراتژیک پیامدنگر"، دو گام دیگر: "پیامدها" و "اثرات و نتایج بر محیط، سازمان و انسان" نیز مورد توجه قرار می‌گیرد.» [۱]

۴-۲. پیامدِ اعمال تهدید

اعمال تهدید^(۳) به معنای انجام دادن عملی برای از بین بردن امنیت است و «پیامدِ اعمال تهدید» یعنی برهم زدن امنیت بر اثر کنشی تهدیدآمیز که شامل افشای اطلاعات، تقلب، ایجاد اختلال و سوءاستفاده می‌شود.^(۴)

۴-۳. دستاورد

دستاورد درواقع چیزی است که در راه بهبود به دست آمده است (پیشرفت^(۵)). در این درسنامه، منظور از دستاورد «بهره‌برداری از دفاع مقدس و نتایج مثبت آن است.» [۲]

۴-۴. نظام سلامت (بیان تعاریف لغوی، مفهومی و عملیاتی)

1) consequence

2) <https://dictionary.abadis.ir>

3) consequence of the threat

(۴) واژهٔ مصوب فرهنگستان.

(۵) در دیکشنری فارسی به انگلیسی، واژگان discovery و accomplishment آمده است.

سلامت پدیده‌ای چندبُعدی، چندعلتی و چنددلالتی مرتبط با الگوهای جمعی رفتار است که با پرداختن به مسائل تهدیدکننده و پیشگیری از آن‌ها، تضمین‌کننده حالت تعادل و بهزیستی (افراد و جامعه) خواهد بود. [۳]

در منابع معتبر مختلف، تعریف سلامت آمده است. جرجانی در کشف اصطلاحات فنون در تعریف سلامت گفته است: سلامت در علم عروض بقای جزاست بر حالت اصلیه. در فرهنگ عمید، سلامت «بی‌عیب شدن و بی‌گزند شدن» معنا شده است:

چه خوش گفت آن نکوگوی نکوکار که سر خواهی سلامت، سر نکه دار

برای سلامت در فرهنگ فارسی معین هم این معانی قید شده است: عافیت، تندرستی، امنیت، نجات، رستگاری، آرامش، صلح، خلوص، صداقت، خلاص از بیماری و شفا. بنابراین تندرستی یا سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی انسان. سلامت معادل Health است و با بهداشت که معادل Public Health است، تفاوت دارد. ^(۱) بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، تندرستی فقط فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست؛ بلکه «تندرستی نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه است». به این موارد، سلامت معنوی ^(۲) نیز اضافه و تحلیل و تأمین آن متناسب با فرهنگ و آداب هر ملت، برعهده کشورهای عضو گذاشته شده است. حکیم نظامی گنجوی در کتاب پنج گنج، با بهره‌گیری از صنعت ایجاز در شعر فارسی، مفاهیم فوق را با دو کلمه «سلامت» و «آسودگی» بیان کرده است:

سلامت در اقلیم آسودگی‌ست کزین بگذری جمله بیهودگی‌ست ^(۳)

تعریف مفهومی نظام سلامت:

میدان اصلی خدمات سلامت، جامعه است. نظام سلامت، متولی کلان تأمین مراقبت‌ها و خدمات سلامت مورد نیاز جامعه و آحاد آن است. برای تأمین سلامت و تسری آن به آحاد جامعه، تحقق نیازهای زیر ضروری است: [۴]

- شناخت مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت، به‌ویژه عوامل اجتماعی؛ ^(۴)
- شناسایی و طبقه‌بندی زمینه‌های مخاطره‌آمیز سلامت؛
- معرفی و اولویت‌بندی عوامل و علل ابتلا به بیماری‌ها، معلولیت و مرگ؛
- شیوه مدیریت این علل و عوامل؛
- آشنایی با ساختارها و نهادهای اجتماعی مسئول و مؤثر بر تأمین خدمات سلامت در جامعه و تعیین کردن نقش هرکدام؛
- آشنایی با وضعیت موجود سلامت براساس شاخص‌های معتبر در کشور، منطقه و سایر مناطق دنیا و نیز روند شاخص‌ها در طول زمان.

تعریف عملیاتی نظام سلامت:

نظام سلامت مجموعه‌ای است هم‌گرا و ادغام‌یافته از زیرنظام‌های آموزش، پژوهش و ارائه خدمات به این شرح:

در سطح آموزش سلامت: ایجاد زمینه آشنایی، باور و کسب مهارت در تشخیص و درک عموم ابعاد سلامت و بیماری مورد نیاز در سطوح فردی و اجتماعی، و توانمندی خدمات‌رسانی متناسب حسب شرایط و نیازهای متفاوت در سرمایه انسانی سلامت؛

در سطح پژوهش سلامت: شناسایی، اولویت‌بندی، پشتیبانی و انجام تحقیقات در حیطه‌های «علوم پایه» ^(۵)،

(۱) ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد.

2) spiritual health

(۳) خمسه نظامی گنجوی، خردنامه، بخش ۳۱، خردنامه افلاطون.

4) social determinants of health (SDH)

5) basic sciences research

«نظام‌های مراقبت و خدمت»^(۱)، «همه‌گیرشناسی بیماری‌ها»^(۲) و «بالینی»؛

در سطح نظام ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت: تحقق کلان جمیع نیازهای سلامت جامعه، (پیشگیری، تشخیصی، درمانی، بازتوانی و آموزش عمومی برای ارتقای فرهنگ و سواد سلامت مردم) با شاخص‌های کمی و علمی قابل اندازه‌گیری.

۵-۴. فرهنگ

امام خمینی (ره)، بنیان‌گذار نظام جمهوری اسلامی، فرهنگ را چنین تبیین کرده‌اند: «فرهنگ عبارت است از دانش، ادب، تعلیم و تربیت، اعتقادات، اخلاق و عمل، گرایش‌های فکری، هنجارها، باورها، ارزش‌ها، برداشت‌ها، و هنر اجتماع و قواعد آن‌ها در جامعه». [۵] فرهنگ کلیت به‌هم‌تافتۀ باورها، ارزش‌ها، آرمان‌ها، دانش‌ها، هنرها، متون و آداب و اعمال جامعه، و مشخص‌کننده ساخت و تحول کیفیت زندگی است. [۶] مقام معظم رهبری فرهنگ را مایه اصلی هویت ملت‌ها دانسته و چنین فرموده‌اند: «فرهنگ یک ملت است که می‌تواند آن ملت را پیشرفته، عزیز، توانا، عالم، فناور، نوآور و دارای آبروی جهانی کند. اگر فرهنگ در کشوری دچار انحطاط شد و یک کشور هویت فرهنگی خودش را از دست داد، حتی پیشرفت‌هایی که دیگران به آن کشور تزریق کنند، نخواهد توانست آن کشور را از جایگاه شایسته‌ای در مجموعه بشریت برخوردار و منافع آن ملت را حفظ کند».

۶-۴. فرهنگ سلامت

تجلی هنجارها، ارزش‌ها، دانستنی‌ها، آداب، بایدها و نبایدهای حوزه سلامت در شناخت، باور و رفتار مردم.^(۳)

۷-۴. معارف

معارف (جمع معرفت) ناظر به این مفاهیم است: فرهنگ، مکتب تفکیک یا مکتب معارف، رشته الهیات و معارف اسلامی.^(۴)

۸-۴. معارف دفاع مقدس

منظور از حوزه معارف دفاع مقدس، ابعاد مشروحه زیر است:^(۵)

- تولید علم و نظریه‌سازی در ابعاد علوم و معارف دفاع مقدس؛
- فرهنگ‌سازی و توسعه معارف دفاع مقدس از طریق پژوهش‌های بنیادی و کاربردی؛
- احیای ارزش‌های دفاع مقدس از طریق ایجاد درس و رشته‌های هنری دفاع مقدس؛
- بسترسازی برای جلوگیری از فراموشی و تحریف تاریخ دفاع مقدس؛
- بسترسازی برای تبیین مبانی اعتقادی، اخلاقی و رفتاری شهدای دفاع مقدس.

۹-۴. دستاوردهای حرفه‌ای (سلامت)

منظور دستاوردها و پیامدهای اختصاصی در حوزه‌های مختلف بهداری رزمی به‌طور مستقیم است و این ابعاد را دربرمی‌گیرد: بهداشت و پیشگیری؛ کمک‌های اولیه و احیا، امداد و انتقال مجروحان و مصدومان؛ تریاژ و تروما؛ زنجیره تأمین دارو، خون و تجهیزات پزشکی؛ کنترل حوادث شیمیایی، بیولوژیکی و هسته‌ای؛ خدمات گسترده بهداشتی به رزمندگان؛ بهداشت و بهزیستی پناه‌جویان جنگی؛ خدمات مستمر بهداشتی به مردم ساکن در استان‌های مرزی در مناطق جنگ‌زده؛ پیشگیری از فاجعه انسانی در حملات به غیرنظامیان؛ کنترل خسارت‌های انسانی در

1) health system research

2) epidemiologic research

(۳) تعریف پیشنهادی نویسندگان.

(۴) ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد.

(۵) نشست پژوهشی: اهداف و راهبردهای پژوهشگاه علوم و معارف دفاع مقدس، در: <http://www.iribnews.ir/fa/news>.

تهاجم به مناطق مسکونی و غیرنظامی؛ بازتوانی و نوتوانی معلولان؛ آسیب دیدگان؛ ارتقای سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی؛ و سرانجام سایر ابعاد مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با شرایط جنگی و کاربرد آن‌ها در شرایط غیرجنگی، اعم از حوادث، بلایا، فوریت‌های روزمره و شرایط عادی.

۴-۱۰. مقاومت

ایستادگی در راه خدا با اتکا به ایمان، صبر، توکل و استقامت. مقاومت یعنی انسان راهی را انتخاب کند که آن را راه حق و درست بداند و در این راه شروع به حرکت کند و موانع نتواند او را از حرکت در این راه منصرف یا متوقف کند. در گفتمان انقلاب اسلامی و دفاع مقدس، از مقاومت تعبیر و مصادیقی به شرح ذیل ارائه شده است: «ایستادگی و تسلیم نشدن درمقابل زورگو»، «استقامت برای آزادی و عدالت»، «صبر کردن یعنی تسلیم نشدن، دچار ضعف نشدن، دچار تردید نشدن، با شجاعت و عقل جلوی دشمن را گرفتن و دشمن را مغلوب کردن»، «دعوت به حق همراه با استقامت»، «ایستادگی در برابر نظام سلطه»، «ایستادگی درمقابل طاغوت‌ها و مستکبرین در سایه ایمان به خدا»، «دشمن شناسی و با بصیرت و استقامت خنثی کردن توطئه‌ها».

۵. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در زمینه ارزشی، اخلاقی و معنوی

دستاوردهای معنوی جامعه پزشکی در دفاع مقدس ریشه در تعالیم و ارزش‌های دینی و مذهبی و آداب و ارزش‌های ملی و بومی ملت بزرگ ایران دارد و دارای این ویژگی‌هاست:

- عموم ارزش‌های دینی و ملی و دستاوردهای معنوی در نظام سلامت فراگیرند. [۷]
- عینی، شفاف و متعین هستند و در قلب شعائر و معارف دینی و ملی قرار دارند.
- ریشه‌دار (دیرساله) و زنده (پویا) و جاری و ساری در تاریخ و فرهنگ ملت ایران هستند.
- پویا و متعالی هستند و در شرایط و دوره معینی (جنگ تحمیلی) متجلی، مجسم و شکوفا شده‌اند.
- به‌طور خاص و آرمانی در میان قشرهایی که بیشترین ارتباط آگاهانه و داوطلبانه (از روی اراده و اختیار) را با جنگ برقرار کردند، تجسم یافتند (نمادها و الگوها) و در میان دیگر گروه‌های جامعه هم با احترام پذیرفته شدند.
- دارای بار «معرفتی و الهام‌بخشی»، «فرهنگی و ترویجی» و «نمادین و الگوسازی» برای نسل‌های معاصر و آینده و سایر ملل مسلمان و کشورهای منطقه هستند و نیز ارزش «تحقیق و تأمل» برای سایر ملت‌ها را دارند.

شکوفایی و ارتقای اخلاق و معنویت در جامعه سلامت و ظهور و تجلی شخصیت‌های الگو و الهام‌بخش، فداکار و اینثارگر در دوران جنگ تحمیلی و بعد از آن، والاترین و ارزشمندترین دستاورد مبارک این مقطع نورانی از حیات طب و سلامت در تاریخ ملت بزرگ و حماسی ایران است. در فصل نوزدهم (شکوفایی اخلاق پزشکی و معنویات) این درسنامه، جنبه‌های یادشده به اجمال بررسی و تحلیل شده است.

۶. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه سیاسی و امنیتی

مقاومت جانانه ملت بزرگ ایران دستاورد ستروک «امنیت پایدار ملی» را به دنبال داشت که سلامت از ارکان اصلی آن است. بازدارندگی دشمنان از تعرض به ملت و سرزمین ایران، معرفی و نشر اسلام و عظمت آن در جهان، توجه مردم دنیا به اسلام و احیای اسلام واقعی، و اثبات گوشه‌ای از توانمندی‌های عظیم ملت ایران از مهم‌ترین دستاوردهای سیاسی و امنیتی دفاع مقدس است. بی‌تردید بزرگ‌ترین دستاورد دفاع مقدس را می‌توان تثبیت و صدور انقلاب دانست؛ همان‌گونه که رهبر کبیر انقلاب حضرت امام خمینی (ره) فرمودند: «ما انقلابان را در

جنگ به جهان صادر نمودیم» و محصول این پایداری و پیروزی سند افتخاری است که امروز دشمنان نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران حتی از تصور آسیب زدن به این کشور هراس دارند و در توطئه‌های شوم خود ناامید و سرخورده از عزم ملت سلحشور ایران، به عقب رانده می‌شوند. این دستاورد مهم حاصل تمام مجاهدت‌های فرماندهان و نیروهای عملیاتی و پشتیبانی درگیر در دفاع مقدس است. نقش بهداری رزمی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بازوهای پشتیبانی، در حصول به همهٔ دستاوردها اساسی و حیاتی است. بهداری رزمی با برگریزی از حضور همه‌جانبهٔ جامعهٔ سلامت وقت ایران، در طی دوران دفاع مقدس، نه‌فقط خدمات تخصصی خود را عرضه می‌کرد، بلکه به‌عنوان یکی از یگان‌های پشتیبان خدمات رزمی، در کنار فرماندهان و نیروهای رزمنده، علاوه‌بر خدمات سلامتی، نقشی تعیین‌کننده و اطمینان‌بخش در ابعاد معنوی، روانی و اجتماعی برعهده داشت. حضور کادر درمانی در کنار رزمندگان و دوشادوش آن‌ها در خط مقدم، روحیهٔ مضاعفی را در آن‌ها پدید می‌آورد و انگیزه‌های دفاعی و حماسی را تقویت می‌کرد. مهم‌ترین پیامدهای سیاسی و امنیتی دفاع مقدس عبارت‌اند از:

۱. تثبیت اقتدار نظام جمهوری اسلامی؛
 ۲. تخریب باور و کابوس شکست‌ناپذیری کشورهای بزرگ؛
 ۳. تثبیت جایگاه و نقش ویژهٔ ایران در تأمین امنیت منطقه؛
 ۴. جلوگیری از گسترش رژیم صهیونیستی در منطقهٔ خاورمیانه و شعله‌ورتر شدن «انتفاضهٔ ملت فلسطین» و «مقاومت حزب‌الله ملت لبنان» با الهام از مقاومت جانانهٔ مردم سلحشور ایران اسلامی؛
 ۵. تردید در عملکرد و رفتار سازمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای، خصوصاً شورای امنیت سازمان ملل؛
 ۶. مطرح شدن انقلاب مردمی ایران به‌عنوان الگوی مبارزهٔ مردمی در سطح منطقه و جهان؛
 ۷. اعلام متجاوز بودن رژیم بعثی عراق توسط سازمان ملل متحد با تأخیر طولانی چندین ساله.
- دستاوردهای سیاسی و امنیتی دفاع مقدس با تأکید بر نقش‌های نظام سلامت و بهداری رزمی، در فصل دوم این درسنامه به‌طور جامع و مفصل بیان شده است.

۷. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در حوزهٔ اجتماعی و فرهنگی

در عرصهٔ اجتماعی و فرهنگی، نقش بهداری رزمی در بسیاری از زمینه‌ها به‌وضوح قابل رؤیت است. حضور پزشکان در دفاع مقدس تجلی از خوگندشتگی جامعهٔ بهداشت و درمان کشور را به‌نمایش می‌گذارد که به‌راستی مصداق جهاد اکبر است. رشادت و ایثار جامعهٔ پزشکی و سلامت در دوران دفاع مقدس زمینه‌ساز پیشرفت‌های بزرگی شده و نظام سلامت ملت ایران را به نظامی مقاوم و تضمین‌کنندهٔ سلامت ملت در هر شرایطی تبدیل کرده است. حضور مقتدر و به‌هنگام در عرصه‌های خدمت‌گزاری و عموم حوادث بعد از جنگ، از جمله زلزلهٔ اخیر استان کرمانشاه و سیل فراگیر بهار ۱۳۹۸ در ۲۴ استان کشور، شاهد این مدعاست. درواقع این روحیه منبعث و ملهم از ایثار و فداکاری کادر بهداشت و درمان در دوران جنگ تحمیلی بوده است. حماسه‌آفرینی و ایثار امدادگران جان‌برکف و پرسنل خدمت اعم از پزشکان، متخصصان، پرستاران و سایر کادرهای بهداشت و درمان در نزدیک‌ترین اورژانس‌های خطوط مقدم و بیمارستان‌های صحرایی، مداوای عموم مجروحان در همهٔ شرایط جنگی، و صبر و مقاومت در حوادث و فرازونشیب‌ها تجارب بی‌بدیلی است که در میراث بزرگ ملی نظام سلامت ماندگار خواهد ماند. مهم‌ترین دستاورد فرهنگی دفاع مقدس، ارتقای فرهنگ مقاومت در بین قشرهای مردم است. از دیگر دستاوردها می‌توان این موارد را نام برد:

۱. انسجام و هم‌بستگی ملی؛
۲. بالندگی روحیهٔ ایثارگری و حق‌طلبی؛
۳. تحول و بازتعریف ارزش‌های انسانی و اجتماعی؛
۴. تجلی ایمان، ایثار و شهادت‌طلبی و عشق به معبود ازل؛

۵. ایجاد تحرک عمومی و خروج ملت و جوانان از سستی؛
۶. افزایش تحمل و استقامت ملت ایران؛
۷. تحکیم شعارهای اصلی انقلاب: استقلال خواهی، آزادی طلبی و نظام حکومتی اسلامی؛
۸. تحول معنوی مردم ایران و رشد باورهای دینی و فضایل اخلاقی و معنوی؛
۹. نجات از گرداب انحطاط فرهنگی؛
۱۰. رشد خلاقیت‌ها و ظرفیت‌ها؛
۱۱. خودباوری و اعتماد به توان داخلی؛
۱۲. رواج فرهنگ ساده‌زیستی به‌جای فرهنگ رفاه‌طلبی و سرمایه‌داری.

اگرچه با برنامه‌های متنوع نظیر راهیان نور سعی شده این گنجینه عظیم فرهنگی در دسترس عموم قرار گیرد و این دستاوردها ترویج شود، همچنان ظرفیت وسیعی از آن‌ها بهره‌برداری نشده است؛ به‌خصوص در بخش مجازی و سایبری، دستاوردهای دفاع مقدس، به‌عنوان مهم‌ترین ابزار دفاعی، به‌صورت بالقوه باقی مانده است. شایسته است با استفاده از ابزار گوناگون، به‌ویژه فعالیت‌های هنری و فرهنگی در حوزه‌های مختلف، در شکوفایی این سرمایه‌های بی‌بدیل ملی اهتمام شود. جامعه پزشکی ظرفیت فرهنگی و اجتماعی والایی دارد و با برگزینی از تجارب دفاع مقدس برای ترویج فرهنگ و معارف سلامت و ارتقای سلامت جامعه، از موقعیت ممتازی برخوردار است.

۸. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در حیطه اقتصاد سلامت: ضرورت و ظرفیت اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت

تحریم اقتصادی جمهوری اسلامی ایران از ابتدای پیروزی انقلاب اسلامی آغاز و کشور آمریکا در اوایل سال ۱۳۵۹ آن را به‌صورت رسمی اعلام کرد. این تحریم‌های غیرانسانی بخش بزرگی از نیازهای ضروری مردم، به‌ویژه در عرصه سلامت، را با مشکلات جدی مواجه کرد. از مهم‌ترین دستاوردهای اقتصادی دوران جنگ تحمیلی، دستیابی به شیوه «اقتصاد مقاومتی» است؛ راهبرد دشمن‌شکنی که در تمامی سیاست‌های آن دوران و همه شئون زندگی مردم جاری و ساری شد. ملت ایران در دوران دفاع مقدس با تکیه بر روحیه قناعت و صرفه‌جویی در برابر این تحریم‌ها و مشکلات تاب آورد و حتی در تأمین بخش مهم و زیادی از نیازمندی‌های خود در زمینه‌های عمومی و تخصصی تا مرز خودکفایی پیش رفت. جامعه پزشکی نیز از این امر مستثنا نبوده و به تولید داخلی بسیاری از نیازهای ضروری اولیه در حوزه‌های مختلف نظیر دارو، تجهیزات پزشکی، ملزومات مصرفی، فناوری‌های پیشرفته و سایر زیرساخت‌ها همت گماشته است. با برنامه‌ریزی صحیح و همت دانشمندان و متخصصان حیطه‌های مختلف، این دستاوردها به‌گونه‌ای بود که به‌رغم جنگ و تحریم‌های گسترده تسلیحاتی و اقتصادی، فاجعه انسانی در کشور بروز نکرد. شمه‌ای از دستاوردهای ستارگ اقتصادی حوزه سلامت به برکت مقاومت و تلاش در دفاع مقدس به این شرح است:

۱. طرح ژنریک دارویی و خودکفایی در نیازهای دارویی اساسی و طیف بزرگی از داروهای تخصصی؛
۲. پایه‌گذاری نظام شبکه خدمات بهداشتی و درمانی و برخورداری عموم روستاییان و شهرنشینان از خدمات پایه سلامت (این شبکه هم‌زمان با دفاع مقدس پایه‌گذاری شد و به اذعان سازمان‌های بین‌المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت، موفق‌ترین و هزینه‌آثربخش‌ترین شبکه خدمات‌رسان پایه سلامت در بین همه کشورهاست)؛
۳. ارتقای شگفت‌انگیز شاخص‌های سلامتی، باوجود تنگناهای عظیم بودجه‌ای و شدیدترین تحریم‌های گسترده و ناجوان‌مردانه دشمنان؛
۴. دستیابی به شرایط مطلوب در حوزه‌های مهم بهداشتی، نظیر آب سالم شهرها و روستاها، دفع بهداشتی فاضلاب، با صرفه‌جویانه‌ترین و اثربخش‌ترین هزینه ممکن (وزارت بهداشت با شناخت راهبردی اهمیت

آب آشامیدنی سالم و نقش برجستهٔ آن در سلامت جامعه، مسئولیت لوله‌کشی و تأمین آب آشامیدنی روستاهای کشور را رأساً برعهده گرفت؛

۵. تعمیم بیمهٔ عمومی سلامت و حمایت بیمه‌ای از قشرهای محروم و کم‌درآمد جامعه؛
۶. صرفه‌جویی کلان ارزی با حذف ضرورت اعزام بیمار به خارج از کشور از طریق اجرای سیاست‌های ارتقای نیروی انسانی تخصصی، سرمایه‌گذاری در تجهیزات بیمارستان‌های تخصصی و تأمین داروها و فناوری‌های لازم دانشگاهی؛
۷. ارتقای کمی و کیفی نیروی انسانی حوزهٔ سلامت و حذف نیاز به نیروی انسانی خارجی و در نتیجه صرفه‌جویی کلان ارزی و ایجاد اشتغال و درآمدزایی در حوزهٔ وسیعی از نظام سلامت.

امروزه به مدد دستاوردهای اقتصادی کلان که بسیاری از آن‌ها ریشه در پایمردی و تجربهٔ خودبستگی و خوداتکایی در دوران دفاع مقدس دارد، باوجود تحریم‌های بی‌سابقه و فراگیر، نظام سلامت کشور به درخت تناور و مقاومی تبدیل شده که تضمین‌کنندهٔ سلامت آحاد ملت بزرگ ایران در هر شرایطی خواهد بود.

۹. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصهٔ علم و فناوری و خدمات سلامت

در دوران جنگ تحمیلی، پزشکان ایرانی و سایر پرسنل بخش سلامت طب رزم را متحول کردند و موجب ارتقای سریع آن شدند. مجموعهٔ درس‌آموخته‌های دفاع مقدس و تجربیات جنگ باعث شد جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان یکی از مراجع علمی در حوزهٔ علوم پزشکی در بخش‌های مختلف بهداشت، درمان و آموزش تثبیت گردد. کسب تجارب میدانی و آموزش‌های عملی کم‌نظیر و گاه بی‌نظیر طب رزمی در دوران دفاع مقدس، باعث پیشرفت‌های شگرفی در همهٔ حوزه‌های سلامت و افزایش چشمگیر سطح مهارت‌ها در نیروی انسانی سلامت و پزشکی کشور شد. تحریم دشمنان، چه در زمینهٔ دارو و تجهیزات پزشکی و چه در انتقال فناوری‌های نوین و دستاوردهای علمی جدید در حوزهٔ بهداشت و درمان، موجب گردید تا نیروی انسانی متعهد و میهن‌دوست با تکیه بر خلاقیت و توان و امکانات داخلی، اختراعات بزرگی خلق کند و به پیشرفت‌های خارق‌العاده در حوزهٔ سلامت دست یابد. بیشتر دستاوردهای فعلی حوزهٔ درمان نتیجهٔ ابتکارات و نوآوری‌های روزهای پرفرازونشیب دفاع مقدس است. برخی از مهم‌ترین دستاوردها در این عرصه عبارت‌اند از:

درمان بیش از ۶۰۰,۰۰۰ مجروح: در مجموعهٔ سلامت کشور و جامعهٔ بسیج پزشکان در دوران دفاع مقدس، بیش از ۶۰۰,۰۰۰ مجروح درمان شدند.

انجام بیش از ۱۰۰,۰۰۰ عمل جراحی حیات‌بخش: در آمار بهداری رزمی علاوه بر ثبت اقدامات حیات‌بخش در پست‌های امدادی و اورژانس‌های خطوط مقدم جبهه‌ها، تعداد زیادی از اعمال جراحی اورژانس و حیاتی در بیمارستان‌های صحرایی انجام شده است. این تعداد عمل جراحی، در مقایسه با آمار بین‌المللی و جنگ‌های طولانی قبلی، خود رکورد محسوب می‌شود. پزشکان و استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی از تجربیات بهداری رزمی در حوزه‌های جراحی، بیهوشی عمومی و مراقبت ویژه به‌خوبی بهره گرفتند. نیز بسیاری از این تجربیات در قالب مقالات برتر علمی در مجلات داخلی و بین‌المللی چاپ شد. گفتنی است بهره‌برداری‌های علمی، عملی و حرفه‌ای از تجارب بهداری رزمی دفاع مقدس همچنان ادامه دارد.

درمان بیش از ۱۰۰,۰۰۰ مصدوم شیمیایی: در دوران جنگ اقدامات شایسته و مبتکرانه‌ای برای درمان جانبازان شیمیایی صورت گرفت که هنوز هم ادامه دارد. بیشترین مقالات منتشرشدهٔ علمی در نشریات معتبر بین‌المللی در زمینهٔ درمان جانبازان شیمیایی متعلق به پژوهشگران ایرانی است. مداوای بیش از ۱۰۰,۰۰۰ جانباز شیمیایی ناشی از حملات رژیم متجاوز بعثی به رزمندگان و غیرنظامیان ساکن شهرها و روستاهای مناطق جنگ‌زدهٔ ایران، تجربهٔ منحصر به فردی است که از ظرفیت‌های والای علمی و پژوهشی برخوردار بوده و محققان و کنشگران

ایرانی بخش سلامت از این مجرا خدمات بی‌نظیری به بشر تقدیم کرده‌اند. قبل از ارتکاب جنایات جنگی توسط رژیم منحوس بعثی عراق در کاربرد گستردهٔ سلاح‌های شیمیایی، هیچ سابقهٔ پژوهش علمی، به‌خصوص در سطح بالینی، وجود نداشت.

کاهش ۳۰ تا ۵۰ درصدی تلفات مجروحان جنگی نسبت به جنگ‌های بزرگ قبلی: رویکرد جدید و ابتکاری بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس انتقال اورژانس‌های مجهز و احداث بیمارستان‌های صحرایی مجهز و پیشرفته و درعین حال ایمن و مستحکم در نزدیک‌ترین فاصله به خطوط مقدم درگیری نظامی بوده است. این تجربه منحصر به بهداری رزمی دفاع مقدس است و در هیچ جنگی، قبل و بعد از آن، سابقه ندارد. ذکر این نکته لازم است که تغییر آرایش پزشکی خط اورژانس و بیمارستان و برپایی مراکز امدادی و درمانی در نزدیک‌ترین منطقه به خطوط دفاع مقدس باعث کاهش شدید تلفات شد؛ به‌گونه‌ای که در همان بیمارستان‌های نزدیک به خط مقدم، اقدامات درمانی برای جراحات بزرگ صورت می‌گرفت و مجروحان با جراحات کوچک‌تر به شهرهای اطراف فرستاده می‌شدند. همین وارونه‌سازی اثری شگرف در نجات جان مجروحان جنگ داشت. ایجاد بیمارستان‌های صحرایی در فاصلهٔ شش تا بیست کیلومتری خط مقدم (به‌جای فاصلهٔ چهل تا پنجاه کیلومتری در جنگ‌های قبلی) موجب کاهش چشمگیر تلفات شد. در مطالعات صورت گرفته پس از جنگ مشخص شد احداث و راه‌اندازی همین بیمارستان‌های صحرایی به میزان ۳۰ تا ۵۰ درصد در کاهش تلفات اثر داشته است.

ایجاد رکورد جدید در انتقال مجروحان جنگی: یکی دیگر از موفقیت‌ها و دستاوردهای بهداری رزمی در دفاع مقدس شکستن رکورد انتقال مجروحان بود. بهترین رکورد قبلی تخلیهٔ مجروح از خط مقدم تا اتاق عمل، در دنیا، حدود ۴۵ دقیقه (در ارتش آمریکا) بوده است. با تمهیدات به‌کار گرفته‌شده در زنجیرهٔ امداد و انتقال توسط بهداری رزمی، این زمان به ۲۵ دقیقه کاهش یافت که یکی از مهم‌ترین موفقیت‌های بهداری رزمی محسوب می‌شود.

کاهش دورهٔ بهبودی مجروحان به کمتر از ۴۸ ساعت: با مدیریت صحیح در زنجیرهٔ درمان و استفاده از نقاهتگاه‌ها در نزدیکی خطوط عملیاتی، چرخهٔ بازگشت مجروحان به صحنهٔ نبرد، به میزان قابل توجهی کاهش یافت و به حدود ۴۸ ساعت رسید. این امر در ارتقای روحیه، بازتوانی جسمانی و تجدید قوا و تداوم مقاومت در بین رزمندگان بسیار اثرگذار بود. برای مثال در عملیات کربلای ۵، بیش از ۷۰,۰۰۰ نیرو وارد عملیات و بیش از ۵۰۰۰ شهید نیز تقدیم انقلاب شد. این عملیات بیش از ۴۰,۰۰۰ مجروح برجای گذاشت. بسیاری از مجروحان که امکان رسیدگی و درمان و بهبودی در کوتاه‌مدت را داشتند، در نقاهتگاه‌ها و مکان‌های مناسب دیگر مورد مراقبت‌های ضروری و لازم قرار می‌گرفتند و دوباره به صحنهٔ رزم برمی‌گشتند.

رکورد احداث بیمارستان‌های صحرایی: ایجاد و تجهیز بیش از ۶۰ بیمارستان صحرایی و ۲۰۰۰ اورژانس در خطوط مقدم جبهه‌های نبرد در طی دوران دفاع مقدس از دیگر دستاوردهای ارزشمند بهداری رزمی است. در هیچ‌یک از جنگ‌های قبل و بعد از دفاع مقدس، این رکورد حاصل نشده است. تجربیات سال اول جنگ باعث احداث و به‌کارگیری بیمارستان‌ها و اتاق عمل‌های صحرایی در سال دوم جنگ شد که در فصول قبل به‌تفصیل توضیح داده شد.

احداث بیمارستان‌های مقاوم به بمباران: مهندسان ایرانی در بخش عمرانی خدمات مبتکرانه و ایثارگرانهٔ فراوانی برای توسعه و تأمین اهداف بهداری رزمی انجام دادند. از آنجا که دشمن بعثی عراق از هیچ جنایت و اقدام غیراخلاقی نظیر حمله به بیمارستان‌ها و بمباران آن‌ها فروگذار نمی‌کرد، ضرورت مقاوم‌سازی سازه‌های بیمارستانی صحرایی درمقابل بمباران هوایی بسیار مبرم بود. باید بیمارستان‌هایی مستحکم در زیر زمین و مصون از بمباران ساخته می‌شد که بتواند خدمات درمانی و اورژانس و اعمال جراحی پیشرفته را، حتی در شدیدترین بمباران‌ها، ارائه کند. این اقدام به‌حدی مؤثر بود که نیروهای بعثی جنایتکار مرتکب غیراخلاقی‌ترین و وحشیانه‌ترین حملهٔ ممکن به مکان‌های بهداشتی و درمانی شدند: بمباران شیمیایی بیمارستان‌ها (ر.ک: فصل دوازدهم درنامه). این تجربیات و ضرورت آمادگی دائمی در برابر خطرات احتمالی موجبات ارتقای این سامانه‌ها و سایر ساختارهای

بیمارستانی و بهداشتی درمانی در نیروهای مسلح را فراهم کرده است.

تشکیل ستاد امداد و درمان مناطق جنگی: یکی از مهم‌ترین اقدامات در حوزه مدیریت در بهداری رزمی، تشکیل «ستاد امداد و درمان مناطق جنگی» بود. این ستاد درواقع مجموعه هماهنگ‌کننده میان ارتش، جهاد، شبکه بهداشت و درمان استان و هلال‌احمر به‌شمار می‌رفت. مهم‌ترین فعالیت ستاد مذکور، برآوردن نیازمندی‌های پزشکی جبهه‌های نبرد از طریق مسئولان بهداری‌های سپاه و ارتش در مناطق عملیاتی بود. فعالیت بعدی آن نیز انعکاس نیازمندی‌ها به تهران و سایر مراکز اصلی درمانی کشور بود. در پی تجربیات حاصل‌شده در ادامه جنگ، به‌تدریج «ستادهای پشتیبانی امداد و درمان در مراکز استان‌ها» نیز تشکیل شد. به این ترتیب در استان‌های مختلف درگیر جنگ، نیازهای پزشکی به ستاد مرکزی منعکس می‌شد و ستاد مرکزی نیز مشکلات را به ستادهای زیرگروه ارجاع می‌داد. این ساختار شبکه‌ای مدیریت در بهداری رزمی نقش بسیار مهمی در تأمین نیروی انسانی و کادر پزشکی و ارائه خدمات متنوع در مجموعه نظام سلامت داشت.

تشکیل تیم‌های اضطراری: یکی دیگر از درس‌آموخته‌ها و دستاوردهای مدیریتی و حرفه‌ای در بهداری رزمی دفاع مقدس، تشکیل تیم‌های اضطراری جبهه‌ها بود. این تیم‌های تخصصی داوطلب و آماده، بنابه درخواست مناطق عملیاتی، به جبهه‌ها اعزام می‌شد. تیم‌های اضطراری معمولاً زمانی در جبهه‌ها حضور می‌یافت که کمترین زمان تا آغاز عملیات باقی مانده بود. بخش مهمی از تیم‌های اضطراری مستقیماً در لشکرها و بیمارستان‌های صحرایی خط مقدم فعالیت می‌کرد و نقش تعیین‌کننده‌ای در عملیات داشت. با این ابتکار عمل، خدمات فوق تخصصی و جراحی‌های پیشرفته در کمترین فاصله زمانی و مکانی ممکن از خطوط مقدم درگیری فراهم شد. در فصل یازدهم این درسنامه به‌طور مبسوط درباره تیم‌های اضطراری جبهه‌ها توضیح داده شده است.

حضور پزشکان در خط مقدم خدمت‌رسانی به مجروحان جنگ: حضور پزشکان در خطوط مقدم نبرد در هیچ جنگی (قبل و بعد از جنگ تحمیلی) سابقه نداشته است. تعداد رزمندگان بهداری دفاع مقدس، اعم از امدادگران، پرستاران، پزشکان عمومی و متخصص، داروسازان، دندان‌پزشکان، کارشناسان رادیولوژی، هوشبری و اتاق عمل که در دوران هشت‌ساله دفاع مقدس شانه‌به‌شانه رزمندگان و نیروهای عملیاتی شرکت کردند، به ۱۰۰,۰۰۰ نفر می‌رسد. این مجموعه انسانی سلامت بیش از ۳۰۰۰ شهید به ملت بزرگ ایران و آرمان‌های مقدس انقلاب و دفاع مقدس پیشکش کرده است. حضور و حماسه بزرگ جامعه سلامت کشور در دوران دفاع مقدس همواره بر تارک افتخارات ملت ایران خواهد درخشید. در دوران دفاع مقدس، در مقایسه با سایر درگیری‌های نظامی بزرگ قبلی نظیر جنگ‌های کره و ویتنام، هیچ‌گونه کمبودی در بخش نیروی انسانی در حوزه بهداری رزمی مشاهده نگردید (شامل همه رده‌ها و رسته‌های بهداری رزم از امدادگران تا متخصصان).

عدم شیوع اپیدمی گسترده و مشکلات فراگیر بهداشتی: مدیریت مسئولانه و مدبرانه در حوزه بهداری رزمی موجب شد در دوره هشت سال دفاع مقدس و بعد از آن، هیچ گونه اپیدمی بیماری عفونی و مُسری و فراگیر رخ ندهد. این رویداد مهم محصول تلاش جمعی مدیران، نیروهای داوطلب متخصص بهداشت و تمام عوامل کلیدی در زنجیره بهداشت و مبارزه با بیماری‌ها بوده است. این مساعی مدبرانه و پیشگیرانه در حوزه‌های بهداشت محیط، بهداشت عمومی و فردی و آموزش بهداشت، نقش بسزایی در سلامت رزمندگان و مردم بومی مناطق جنگی، پناه‌جویان و سایر مردم در آن دوران پرمخاطره ایفا کرد و از تلفات بالقوه بسیار و بروز فاجعه انسانی پیشگیری نمود. چنین دستاوردی در هیچ‌یک از جنگ‌های بزرگ تاریخ معاصر حاصل نشده و در اغلب آن‌ها، تلفات انسانی ناشی از اپیدمی بیماری‌های مُسری به مراتب بیشتر از تلفات نظامی بوده است. عوامل متعددی نظیر مدیریت صحیح بهداشتی در بخش‌های مختلف مانند غذا، شرایط اسکان و رعایت بهداشت فردی و اجتماعی، زیست محیطی و تدابیر درمانی، در این دستاورد بزرگ اثرگذار بوده است. واکسیناسیون گسترده علیه مننژیت منوگوکوکی توسط بخش بهداشت و درمان نیروهای مسلح باعث شد در سال ۱۳۷۹ موارد ابتلا به این نوع مننژیت به صفر تقلیل

یابد. توسعه و تعمیم مدل‌های واکنش‌ناشیون و به‌روزرسانی برنامه واکنش‌ناشیون کشور برای ارتقای سلامت عمومی با الگوبرداری از برنامه‌های دوران دفاع مقدس حاصل شده است. در فصل چهارم درسنامه، دستاوردهای بهداشتی دفاع مقدس به تفصیل بیان شده است.

لجستیک و تأمین آمبولانس: یکی از دستاوردهای بزرگ و مهم بهداری رزمی در طول دفاع مقدس در شرایط عملیاتی و دفاعی، ایجاد پست امداد ثابت و سیار بوده است. این امر باعث شد در نزدیک‌ترین فاصله از محل مجروح شدن رزمندگان، خدمات امدادی حیات‌بخش ارائه گردد که خود نقش بسزایی در کاهش تلفات داشت. در فصل هفتم درسنامه، دستاوردهای مهم این حوزه تشریح شده است.

کاهش عوارض روانی ناشی از جنگ:^(۱) کاهش معنادار بروز اختلالات روانی ناشی از جنگ بین رزمندگان، به‌رغم آتش سنگین و بمباران‌های شدید در عملیات مختلف، ناشی از دو موضوع بسیار مهم بوده است. در وهله نخست، داشتن روحیه معنوی و باورهای دینی و ملی قوی در بین رزمندگان و دیگر افراد حاضر در میدان‌های نبرد باعث می‌شد میزان شیوع عوارض روانی کاهش یابد. تخصص و تجربه پزشکان حادثی که در میدان‌های جنگ حضور می‌یافتند و به مجروحان خدمات درمانی ارائه می‌دادند، نقش بسزایی در کنترل این عوارض داشته است. در فصل پانزدهم (عوارض روانی ناشی از جنگ) درسنامه این موضوع به تفصیل تبیین شده است.

خودکفایی در تأمین دارو و تجهیزات پزشکی: در طول هشت سال دفاع مقدس، به دلیل تحریم‌های بین‌المللی علیه ایران، امکان تأمین بسیاری از داروها و تجهیزات و ملزومات پزشکی ضروری وجود نداشت. این امر باعث شد متخصصان دارویی کشور به تولید داخلی بسیاری از داروهای ضروری و اساسی همت گمارند. تداوم این روند موجب شد در تولید بسیاری از این داروها به خودکفایی کامل دست یابیم. بدون تردید پیشرفت‌های حوزه دارویی حال حاضر و تأمین بیش از ۹۸ درصد نیاز کشور توسط تولیدکنندگان داخلی حاصل دستاوردهای دفاع مقدس و روحیه خودباوری و تلاش ملت رزمنده و سلحشور ایران و جامعه علمی کشور است. در فصل نهم (تجارب تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در دفاع مقدس) این درسنامه، دستاوردهای این حوزه‌ها تشریح شده است.

دستاوردهای مدیریتی در نظام سلامت: سیر تکاملی بهداری رزمی، تجارب موفق مدیریتی، و دستاوردها و ابتکارات بی‌نظیر آن دوران به الگویی موفق برای اعتلای نظام سلامت و ارتقای مدیریت سلامت تبدیل شده است. مدل زنجیره‌ای، شبکه‌ای، ریسک‌پذیر و داوطلبانه برای مدیریت بهینه و تأمین نیازهای بسیار مبرم سلامت، با توجه به منابع بسیار محدود و شرایط بسیار خطرناک جنگی، دستاورد شگرفی است که کارایی خود را علاوه بر جنگ در حوادث غیرمترقبه و مدیریت عادی بهداشت و درمان کشور نیز نشان داده است. تشکیل شبکه‌های بهداشت و درمان در زیرمجموعه وزارت بهداشت به منظور مدیریت هرچه بهتر و تأمین عدالت در خدمت‌رسانی به همه قشرها از دستاوردهای درخشان دوران جنگ تحمیلی است. این الگو که بعد از جنگ نیز روند شکوفایی خود را ادامه داد، امروزه به یکی از بهترین الگوهای ارائه خدمت در حوزه نظام سلامت در دنیا تبدیل شده و برای بسیاری از کشورهای دنیا الهام‌بخش است. در آن دوران علاوه بر مسائل و مصائب معمول بیماری‌ها، رشد شدید جمعیت و همچنین تهدید شرایط بهداشتی به علت افزایش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم جنگ، شرایط بسیار دشواری را برای مسئولان وقت نظام سلامت و مردم فراهم کرده بود. اجرای این الگو نقش شایانی در مدیریت بهینه منابع ایفا کرد. گفتنی است که توسعه نیروی انسانی در حوزه نظام سلامت از دیگر پیامدهای مدیریتی بود. ارتقای شبکه‌های بهداشت و درمان و استفاده بهینه و به‌روزرسانی آن با توجه به شرایط و اقتضات جاری و آتی، از پایه‌ای‌ترین راهبردهای پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت جامعه است.

در آینده، با همت و تلاش بی‌وقفه، برگیری از تجارب دفاع مقدس، متوازن‌سازی منابع با نیازهای نظام سلامت، اجرای سیاست‌های اولویت‌بندی و ابتکارات دیگر می‌تواند مانند دوران دفاع مقدس تمام معضلات و نیازها را سامان‌دهی

1) Post-traumatic stress disorders

و مدیریت کرد و به‌طور مسئولانه‌ای پاسخ‌گوی نیازمندی‌های سلامت ملت بود. در فصل بیستم درسنامه، ابعاد مقاومت در نظام سلامت با بهره‌گیری از الگوی دفاع مقدس تبیین شده است.

سایر دستاوردهای بهداری رزمی در حوزهٔ سلامت عبارت‌اند از:

- تأسیس و توسعهٔ دانشکده‌های بهداشت (در راستای تجارب بهداشت دوران دفاع مقدس) و توسعهٔ سرمایه‌های انسانی در بخش پیراپزشکی؛
- راه‌اندازی مرکز تحقیقات بهداشت نظامی برای تحقیقات ضروری کاربردی و بنیادی؛
- تعمیق و گسترش سلامت رزمندگان با به‌کارگیری تمام توان ممکن از طریق سپردن مسئولیت بهداشت به فرماندهان و آموزش آن‌ها و نیز تألیف کتب مرجع در این زمینه (نظیر کتاب بهداشت و فرماندهی اثر مشترک دکتر علی مهرابی توانا و استاد مرحوم دکتر محمدمهدی اصفهانی)؛
- توسعهٔ بهداشت در تمام یگان‌ها و سازمان‌های نیروهای مسلح (با استفاده از طرح هم‌افزایی حوزهٔ سلامت و تعمیم آن به یکایک بخش‌ها و واحدهای نیروهای مسلح: «طرح امام رضا (ع)»؛
- بازنگری برنامه‌های بهداشتی به‌ویژه برنامهٔ واکسیناسیون نیروهای مسلح؛
- تقدم بهداشت بر درمان و تأکید بر شعار «مراقبت از سلامت خود و دیگران» (از پیامدها و دستاوردهای دفاع مقدس، به‌خصوص در بخش نیروهای مسلح)؛
- عجلین کردن آموزش تخصصی بهداشت با تجارب بهداشت دفاع مقدس به‌ویژه در دوره‌های علوم پایهٔ پزشکی.

۱۰. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصهٔ بین‌المللی

دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس را می‌توان در همه بخش‌های ذکرشده در مقیاس بین‌الملل نیز بررسیید. اما بی‌شک بزرگ‌ترین دستاورد بین‌المللی، در عرصهٔ سیاسی و امنیتی است. صدور انقلاب و تثبیت جایگاه جمهوری اسلامی مهم‌ترین دستاورد دوران دفاع مقدس به‌شمار می‌رود که این مهم حاصل عملکرد تمام بخش‌ها و نیروهای درگیر در دوران دفاع مقدس از جمله بهداری رزمی بوده است. بخش مهم دیگر دستاوردهای بهداری رزمی در حوزهٔ علمی است. تجربه‌ها و دستاوردهای حاصل از بهداری رزمی باعث شده است پزشکان ایرانی همواره در بحث جراحی و تروما سرآمد پزشکان جهان و مرجع علمی در این خصوص باشند. همچنین در درمان مصدومان و مجروحان شیمیایی، پزشکان ایرانی مقالات و پژوهش‌های بسیاری را به حوزهٔ پزشکی جهان عرضه کرده‌اند. دستاوردهای بین‌المللی پزشکی ایران در عرصهٔ بین‌الملل در بخش پیوند اعضا و درمان ضایعات نخاعی یکی دیگر از تجربیات مرهون دوران دفاع مقدس است.

۱۱. درس‌هایی برای آینده و توصیه‌های راهبردی و کاربردی

تمام درس‌آموخته‌ها و دستاوردهای بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس به حوادث و سوانح شهری نیز تعمیم‌پذیر است. همان‌گونه که بروز سیل در منطقهٔ خوزستان در سال ۱۳۵۸ باعث آمادگی و بسیج مناسبی در حوزه‌های گوناگون به‌خصوص در بخش بهداشت و درمان شد، دستاوردهای بهداری رزمی نیز در تمام حوادث و بلایای طبیعی قابل تعمیم و بهره‌برداری است. برای نمونه در زلزلهٔ بم و کرمانشاه، بخش درمانی نیروهای مسلح و به‌خصوص سپاه، اولین گروهی بودند که با حضور در مناطق زلزله‌زده به خدمات‌رسانی درمانی پرداختند و با تکیه بر تجربیات دفاع مقدس، بیمارستان‌های سیار احداث کردند.

در مدیریت بحران‌های طبیعی و غیرطبیعی، این درس‌آموخته‌ها راهگشا و حیاتی خواهد بود و باعث می‌شود آمادگی لازم در زمان وقوع مخاطره ایجاد گردد و در سه مرحله شامل قبل از وقوع، پاسخ به مخاطره و اقدامات

پس از آن، اقدامات مناسبی در حوزه بهداشت و درمان عرضه شود.

کادرسازی و تهیه و اجرای برنامه‌های مناسب جهت تأمین سرمایه‌های انسانی در بخش بهداشت و درمان نیروهای مسلح و آموزش و آمادگی آن‌ها براساس آخرین پروتکل‌های درمانی یکی دیگر از دستاوردها و درس‌آموخته‌های بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس است. در شرایط جاری در بخش پزشکی نیروهای مسلح بیش از ۱۰۰۰ متخصص و ۳۰۰۰ پزشک حضور و فعالیت دارند و تعداد نیروهای کادر پزشکی تقریباً پنج‌برابر زمان جنگ تحمیلی است.

طراحی و اجرای راهبردها و برنامه‌های عملیاتی در حوزه توسعه نیروی انسانی متخصص و متعهد، به‌عنوان بارزترین سرمایه هر کشور، یکی دیگر از مهم‌ترین مواردی است که درحال حاضر به توجه جدی نیاز دارد. سرمایه‌گذاری در این بخش باعث می‌شود کشور همواره آمادگی کامل برای رویارویی با شرایط گوناگون را داشته باشد و انعطاف‌پذیری و قدرت مانور نیروهای درگیر را افزایش دهد. در این میان، نقش بانوان نباید نادیده گرفته شود و تمرکز بر این سرمایه عظیم انسانی نیز باید در دستور کار سیاست‌گذاران این حوزه قرار گیرد.

یکی دیگر از کاربردهای این تجربیات استفاده از آن‌ها در پژوهش‌های پدافند غیرعامل و جنگ نوین و ارائه راهکار در این زمینه است. شناسایی تهدیدات حوزه جنگ نوین نظیر تهدیدات نوین حوزه‌های شیمیایی، بیولوژیک، هسته‌ای، امواج و علوم شناختی، پایش و سنجش عوامل مهم در این بخش، ارائه راهکار و الگوهای حفاظت و ایمنی دربرابر این عوامل و سرانجام کنترل، رفع و دفع آلودگی ناشی از آن‌ها در این حوزه با کمک تجربیات و درس‌آموخته‌های بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس قابلیت پیش‌بینی و مدیریت خواهد داشت؛ لذا پژوهش در این حوزه و استخراج هرچه بیشتر درس‌آموخته‌های عظیم دفاع مقدس ضرورت دارد.

۱۲. منابع

- [۱] هدایتی، احمدرضا. برنامه‌ریزی استراتژیک پیامدنگر (نتیجه‌محور). قسمت اول. ره‌توشه. در: <http://rahtooshe.com>.
- [۲] ایمانی‌مقدم، لیلی. دستاوردهای دفاع مقدس. پایان‌نامه سطح ۲ (کارشناسی). شورای عالی حوزه علمیه، مرکز مدیریت حوزه علمیه خاوران. حوزه علمیه رضوی. ۱۳۸۷.
- [۳] قاسمی، وحید. ربانی، رسول. ربانی خوراسگانی، علی. علیرزاده اقدام، محمدباقر. تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور. مسائل اجتماعی ایران. س ۱۶. ش ۶۳. زمستان ۱۳۸۷.
- [۴] درسنامه ارزیابی سلامت مبتنی بر جامعه، طرح رفورم. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی. مهر ماه ۱۳۸۹.
- [۵] نقوی، سیدرضا. تعاملات فرهنگی. ج ۲. تهران: نخیل. ۱۳۸۵.
- [۶] بابایی، محمدباقر. مبانی استراتژی فرهنگ از دیدگاه امام علی (ع). سپاه پاسداران انقلاب اسلامی. ۱۳۸۱. ص ۲۳.
- [۷] عظیمی، فریبا. بررسی دستاوردهای اجتماعی و فرهنگی هشت سال دفاع مقدس. در: <http://iranhdmi.ir>.
- [۸] مهرابی توانا، علی. بهداشت در دفاع مقدس. ۱۳۸۹.
- [۹] نظام‌الدین، محسن و همکاران. تاریخ‌نگاری تحولات بهداری رزمی در جنگ عراق با ایران. ۱۳۹۵.



آزادی خرمشهر نماد عزت و
اقتدار، مقاومت و عظمت
جاودان ملت سرفراز و
مقاوم ایران اسلامی

فصل چهاردهم

تهدیدات و جنگ‌های نوین هسته‌ای،
شیمیایی، بیولوژیک و بیوتروریسم و مقابله
با آن‌ها؛ معرفی جنگ شیمیایی دشمن
متجاوزبعثی علیه رزمندگان و مناطق
مسکونی؛ تجارب منحصر به فرد دفاع مقدس

پدیدآورندگان:

دکتر عباس فروتن، دکتر ایرج میرزایی دیزگاه

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

معرفی تهدیدات جنگ‌های نوین و جنگ‌افزارهای شیمیایی، بیولوژیک و هسته‌ای و اصول کنترل آن‌ها

اهداف اختصاصی:

- تبیین تاریخچه به کارگیری گازهای شیمیایی جنگی در دنیا و در جنگ تحمیلی
- شناخت ماهیت، ترکیب، مکانیسم اثر و بیماری‌زایی (علائم و نشانه‌ها) گازهای شیمیایی جنگی
- آگاهی از اصول تریاژ و امدادسانی اولیه در حوادث شیمیایی جنگی با انبوه مصدومان
- مدیریت و راهبری تیم‌های پزشکی کنترل حوادث شیمیایی برای حضور به هنگام و عملکرد بهینه
- آشنایی با تهدیدات جدید و توصیه‌های استاندارد برای آمادگی، پیشگیری و کنترل حوادث شیمیایی جنگی در زمان حاضر و آینده
- شناسایی تهدیدات جدید و توصیه‌های استاندارد برای آمادگی، پیشگیری و کنترل حوادث بیولوژیک جنگی و تروریستی در زمان حاضر و آینده
- آشنایی با تهدیدات جدید و توصیه‌های استاندارد برای پیشگیری و کنترل حوادث هسته‌ای جنگی و غیرجنگی در زمان حاضر و آینده
- معرفی پدیده تهدیدکننده بیوتروریسم و توصیه‌های استاندارد برای آمادگی، پیشگیری و کنترل
- کسب توانمندی‌های ضروری جامعه پزشکی جهت کنترل حوادث بیولوژیک، شیمیایی و هسته‌ای
- کسب توانمندی مدیریت تیم‌های پزشکی در شرایط کاملاً بحرانی میدان جنگ و خطوط مقدم و حوادث بیوتروریستی
- شرح نکته‌های ضروری علمی و مهارتی برای عموم اعضای حرفه‌های سلامت
- توصیه‌های راهبردی به مسئولان نظام سلامت برای پیشگیری از بحران در آینده و آمادگی مدیریت حوادث احتمالی

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۳۰۵
۲. واژه‌های کلیدی	۳۰۵
۳. روش تدوین	۳۰۶
۴. ادبیات نظری	۳۰۶
۱-۴. سلاح نامتعارف	۳۰۶
۲-۴. سلاح یا جنگ‌افزار شیمیایی	۳۰۶
۳-۴. مکانیسم اثر جنگ‌افزار شیمیایی	۳۰۶
۴-۴. کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی	۳۰۶
۵-۴. گاز خردل (سولفور موستارد)	۳۰۷
۶-۴. عوامل اعصاب (ترکیبات ارگانوفسفاته)	۳۰۷
۷-۴. جنگ بیولوژیکی یا جنگ زیستی	۳۰۷
۸-۴. جنگ‌افزار بیولوژیک	۳۰۷
۹-۴. جنگ و جنگ‌افزار هسته‌ای	۳۰۸
۵. تاریخچه کاربرد سلاح‌های شیمیایی در جنگ‌های قبل از دفاع مقدس	۳۰۸
۶. معاهدات بین‌المللی منع ساخت، انباشت و کاربرد سلاح‌های شیمیایی	۳۰۹
۷. گزارش بعضی از آثار مخرب سلاح‌های شیمیایی	۳۱۰
۸. تاریخچه کاربرد سلاح شیمیایی علیه رزمندگان و مناطق مسکونی در جنگ تحمیلی	۳۱۱
۹. بازخوانی فاجعه شیمیایی حلبچه و بمباران شیمیایی سردشت توسط ارتش جنایتکار بعثی عراق	۳۱۴
۱۰. واکنش‌های بین‌المللی به کاربرد سلاح‌های شیمیایی توسط ارتش متجاوز بعثی عراق	۳۱۵
۱۱. آسیب‌شناسی سلاح‌های شیمیایی جنگی	۳۱۶
۱-۱۱. گاز خردل (سولفور موستارد)	۳۱۶
۲-۱۱. ترکیبات ارگانوفسفاته (عوامل اعصاب)	۳۱۸
۱۲. اصول حفاظت شخصی و جمعی و مکان‌های بهداشتی و درمانی در حملات شیمیایی دشمن	۳۱۹
۱۳. اقدامات اولیه و احیای مجروحان حوادث شیمیایی (درس‌هایی از امداد و درمان در دفاع مقدس)	۳۲۱
۱۴. عوارض بعدی (کوتاه‌مدت و بلندمدت) گازهای شیمیایی جنگی و کنترل آن‌ها براساس تجارب حاصل از درمان این مجروحان	۳۲۲
۱۵. حفاظت کادر پزشکی در عمل جراحی مجروحانی که هم‌زمان با گازهای شیمیایی آلوده شده بودند	۳۲۲
۱۶. تاریخچه جنگ‌افزارهای هسته‌ای	۳۲۳
۱۷. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده	۳۲۴
۱۸. منابع	۳۲۵
۱۹. منابع بیشتر برای مطالعه	۳۲۵

۱. مقدمه و بیان مسئله

کاربرد تسلیحات نامتعارف در مخاصمات بین‌المللی جرم و جنایت جنگی محسوب می‌شود. جنگ‌افزارهای نامتعارف شامل اقسام متعددی از سلاح‌های شیمیایی، تسلیحات میکروبی، جنگ‌افزار هسته‌ای و مصادیقی از گلوله‌های انفجاری هستند که سبب تحمیل درد بیهوده بر نظامیان و رنج ظالمانه بر غیرنظامیان می‌شوند. جنایت به‌کارگیری سلاح‌های نامتعارف در زمره جرایم عمدی است که در برخی اسناد بین‌المللی، ازجمله سند تأسیس دیوان کیفری بین‌المللی، پیش‌بینی شده است. در جنایات عمدی مزبور ضرورت دارد که مرتکب علاوه بر تعدد در ارتکاب آن، به اوضاع و احوال محیط بر جنایت نیز آگاهی داشته باشد. [۱] از منظر فقه اسلامی، کاربرد سلاح‌های کشتار جمعی حرام و ارتکاب آن جنایت علیه بشر است. در مطالعه حاضر، بر سلاح‌های شیمیایی‌ای تأکید شده که در جنگ تحمیلی ارتش جنایتکار بعثی عراق بارها از آن علیه رزمندگان و در مناطق مسکونی استفاده کرد. سلاح شیمیایی به تمام عواملی اطلاق می‌شود که اثرات مستقیم سمی بر انسان، حیوان و گیاه داشته باشد. سلاح‌های شیمیایی وحشیانه‌ترین ابزارهایی بوده که بشر در جنگ با هم‌نوعانش استفاده کرده است. در تاریخ جنگ‌های اخیر دنیا، کاربرد این سلاح‌ها در جنگ جهانی اول و جنگ تحمیلی علیه جمهوری اسلامی ایران از سیاه‌ترین برگ‌های تاریخ بشر متمدن به‌شمار می‌آید.

جنگ‌افزار هسته‌ای یا سلاح هسته‌ای نوعی فناوری جنگی است که از انرژی حاصل از شکافت یا گداخت هسته‌ای برای تخریب و کشتار استفاده شود. در معاهده بین‌المللی منع گسترش سلاح‌های هسته‌ای که جمهوری اسلامی ایران نیز آن را امضا کرده، تولید، دریافت، انتقال، انباشت و به‌کارگیری این سلاح‌های مخرب کشتار جمعی ممنوع شده است.^(۱)

در جنگ جهانی اول، آلمان از جنگ‌افزارهای بیولوژیک استفاده کرد و در جنگ جهانی دوم، ژاپن و نیروهای متفقین. میکروارگانیسم‌های مورد استفاده عمدتاً باسیلوس آنتراکس و آنتروباکتریاسه بودند. در جنگ‌های اخیر نیز، این سلاح‌ها در کشورهایی نظیر عراق گسترش یافته‌اند. میکروارگانیسم‌های به‌کاررفته بیشتر شامل باسیلوس آنتراکس و آبله بوده‌اند. پدیده شوم بیوتروریسم تهدید اصلی این سلاح‌ها محسوب می‌شود.

جنگ شیمیایی عراق علیه ایران پس از جنگ جهانی اول، از جهات گوناگونی کم‌نظیر بود. این تجربه نشان داد دشمنان ملت عظیم، مقاوم و باشکوه ایران اسلامی به اصول اخلاقی، انسانی و معاهدات بین‌المللی پایبند نیستند و از هر جنایتی علیه این مرزوبوم فروگذار نمی‌کنند. در این فصل، ضمن بازنگری این حادثه، براساس سیر تاریخی آن، نکات پزشکی و تجارب درمانی و توصیه‌های ضروری برای آینده بیان شده است. در ادامه نیز تهدیدات بیولوژیک، هسته‌ای و بیوتروریسم معرفی و اصول آشنایی با آسیب‌شناسی و کنترل جراحات و صدمات و عوارض آن به‌اختصار برشمرده شده است.

۲. واژه‌های کلیدی

بیوتروریسم، جنگ بیولوژیک، جنگ شیمیایی، جنگ هسته‌ای، جنگ‌افزار شیمیایی، جنگ‌افزار هسته‌ای، سلاح نامتعارف، عوامل بیولوژیک.

Key words

Biologic Agents, Biologic War, Bioterrorism, Chemical War, Chemical Warfare, Improvised Weapon, Nuclear War, Nuclear Weapons.

(۱) معاهده منع گسترش سلاح‌های هسته‌ای (NPT).

۳. روش تدوین

در تنظیم این فصل روش‌های مصاحبهٔ تاریخ شفاهی، کتابخانه‌ای در منابع معتبر فارسی و لاتین و بحث متمرکز گروهی به کار رفته است. نیز از تجارب شخصی نویسندگان از حضور و خدمت در دفاع مقدس و مستندات در اختیار یا منتشر شدهٔ ایشان استفادهٔ مقتضی شده است.

۴. ادبیات نظری

۴-۱. سلاح نامتعارف

طبق کنوانسیون‌های ژنو و لاهه، سلاح نامتعارف^(۱) به تسلیحات و جنگ‌افزارهایی گفته می‌شود که دارای چهار ویژگی باشد: «تلفات و تخریب (انسانی یا اشیا) بسیار زیاد»؛ «خارج از کنترل بودن میزان خسارت و ناتوانی محاسبهٔ آن»؛ «قابل پاک‌سازی نبودن و یا مشکل بودن به دلیل وسعت آثار تخریبی ثانویه»؛ «تأثیر مخرب وسیع بر محیط زیست شامل آب‌وهوا، آسمان، اقلیم و خاک».^[۲]

تمام تسلیحات نامتعارف در هر حالت و زمان و مکان (جنگی و شهری) ممنوع هستند. به دلیل ویژگی‌های مذکور، به این سلاح‌ها «تسلیحات کشتار جمعی» هم اطلاق می‌شود. سه نوع شناخته شده از تسلیحات نامتعارف در دنیا وجود دارد: «تسلیحات سمی و شیمیایی»، «تسلیحات بیولوژیک» و «تسلیحات اتمی و رادیواکتیو».

۴-۲. سلاح یا جنگ‌افزار شیمیایی

ابزارها یا مواد شیمیایی هستند که به وسیلهٔ آن‌ها انسان‌ها یا موجودات زنده را هدف قرار می‌دهند. وفق مقررات «کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی»^(۲)، استفاده از فراورده‌های سمی غیرزندهٔ تولید شده توسط موجود زنده (مانند سم بوتولینوم، رایسین و ساکسیتوکسین) سلاح‌های شیمیایی در نظر گرفته می‌شود. همچنین، هرگونه مواد شیمیایی سمی صرف نظر از منشأ آن، سلاح شیمیایی تلقی شده، مگر آنکه برای مقاصد غیرممنوع بهره‌گیری شود. این مواد در شکل‌های مایع، جامد و گاز هستند و باعث مرگ یا ضایعات در انسان، حیوان و گیاه می‌شوند. در سال ۱۹۲۵ م در ژنو به کارگیری این دسته سلاح‌ها به عنوان سلاح جنگی ممنوع و سرانجام در ۱۹۹۳ م ساخت و نگه‌داری و انباشت آن‌ها قلعین شد.^[۲]

۴-۳. مکانیسم اثر جنگ‌افزار شیمیایی

بر اثر تماس مستقیم این مواد با هر قسمت از بدن جاندار، بدن وی آلوده و جاندار به انواع بیماری‌های عمومی یا انحصاری آن ماده مبتلا می‌شود. از این مواد به صورت جامد، مایع یا گاز استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر، عوامل شیمیایی به ترکیباتی اطلاق می‌گردد که در صورت کاربرد مؤثر علیه انسان، حیوان یا گیاه، منجر به مرگ یا ضایعات بسیار زیاد اتمی یا موقتی در ساختار اندامی آن‌ها می‌شود. جنگ‌افزارهای شیمیایی از نظر نظامی به شش گروه تقسیم می‌شود: سمی و کشنده، ناتوان کننده، مورد استفاده برای کنترل اغتشاش‌ها، دودزا، ضد گیاه، و شعله‌زا و آتش‌زا.^(۳)

۴-۴. کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی (۴)

این کنوانسیون مهم‌ترین معاهدهٔ بین‌المللی در حوزهٔ منع تولید، انباشت و استفاده از سلاح‌های کشتار جمعی و جنگ‌افزارهای شیمیایی است که در ۱۳ ژانویه ۱۹۹۳ در پاریس و نیویورک به تصویب نمایندگان ۱۶۵ کشور عضو سازمان ملل متحد رسید و از ۲۹ آوریل ۱۹۹۷ م لازم‌الاجرا شد.^[۳] ضامن اجرای کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی، سازمان منع سلاح‌های شیمیایی^(۵) است که نهاد بین‌دولتی است که در سال ۱۹۹۷ م

1) improvised weapon (unconventional weapon)

2) Chemical Weapons Convention (CWC)

3) Rauch, Ebiological warfar, Encyclopedia of public international law, 1982, vol. 3, p. 45.

4) Chemical Weapons Convention

5) Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons

و با لازم‌الاجرا شدن کنوانسیون منع تسلیحات شیمیایی ایجاد شد. مقر این سازمان در شهر لاهه هلند است و تشکیلات آن تحت نظر دولت‌های امضاکننده کنوانسیون منع تسلیحات شیمیایی اداره می‌شود. تا سپتامبر ۲۰۱۳، ۱۹۰ کشور به کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی پیوسته‌اند. اما هنوز شش کشور عضو سازمان ملل متحد از جمله آنکولا، برمه، مصر، اسرائیل، کره شمالی و سودان جنوبی از پیوستن به کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی سر باز زده‌اند.

۵-۴. گاز خردل (سولفور موستارد)

گاز خردل^(۱) ترکیبی شیمیایی دارای کلر و گوگرد است که به عنوان سلاح شیمیایی در جنگ جهانی اول و نیز جنگ ایران و عراق به کار رفت. این ماده در دمای معمولی به صورت مایع است؛ اما معمولاً آن را گاز خردل می‌نامند. این گاز جزو عوامل تاول‌زا طبقه‌بندی می‌شود و دارای اثرات مخرب و درازمدت بر پوست، چشم، سیستم تنفسی و دستگاه گوارشی است. گاز خردل عامل آلکله‌کننده و سرطان‌زا نیز هست. نخستین بار در سال ۱۹۱۷ م از این ماده به عنوان سلاح شیمیایی در جنگ جهانی اول استفاده شد. پس از جنگ جهانی اول، وسیع‌ترین کاربرد این سلاح شیمیایی در جنگ تحمیلی ایران و عراق بود. براساس گزارش‌های بازرسان سازمان ملل متحد، عراق از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۷ در موارد متعددی از مپ‌های حاوی گاز خردل علیه رزمندگان ایرانی و نیز غیرنظامیان ساکن روستاها و شهرهای مرزی ایران و حمله شیمیایی به حلبچه استفاده کرد.[۴]

۶-۴. عوامل اعصاب (ترکیبات ارگانوفسفات)

عوامل شیمیایی جنگی از نوع اعصاب، ترکیبات فسفردار آلی هستند که با حشره‌کش‌های فسفردار آلی شباهت ساختمانی دارند و فرایند سمیت آن‌ها مشابه است. از این عوامل (سارین و تابون) در جنگ تحمیلی ایران و عراق استفاده و موجب شهادت صدها و جراحت هزاران رزمنده شد.[۵] از سارین در سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵ م به ترتیب در ماتسوموتو و متروی توکیو، ژاپن به عنوان عامل تروریستی استفاده و موجب مجروح شدن هزاران و گشته شدن ده‌ها نفر انسان بی‌گناه شد.

۷-۴. جنگ بیولوژیکی یا جنگ زیستی

در این نوع جنگ، از عوامل بیولوژیکی، اعم از باکتری‌ها، ویروس‌ها، قارچ‌ها و فراورده‌های آن‌ها، به منظور اهداف خصمانه برای گشتن یا ناتوان کردن انسان‌ها، جانوران یا گیاهان استفاده می‌شود.^(۲) «استعمال نظامی از موجودات ذره‌بینی (میکروارگانیزم‌ها) یا مواد تولیدی آن‌ها (سموم، آنتی‌بیم‌ها و پروتئین‌ها) به منظور ایجاد مرگ، ناتوانی یا وارد کردن خسارت به اشخاص، حیوانات و نباتات.»[۶]

۸-۴. جنگ افزار بیولوژیک

عوامل بیولوژیک به کاررفته در جنگ‌ها توسط نیروهای متخاصم است. میکروارگانیزم‌های مورد استفاده بیشتر شامل باسیلوس آنتراکسیس و تعدادی از باکتری‌های روده‌ای (آنتروباکتریاسه) نظیر گونه‌ای از شیگلا بوده‌اند. براساس صفات و ویژگی‌های بیماری‌زایی، به سه گروه تقسیم می‌شوند: [۷]

گروه A: به سهولت منتقل می‌شود و سرایت می‌کند؛ نظیر سیاه‌زخم (آنتراکس)، آبله، توکسین بوتولینوم، طاعون خیارکی، تب‌های هموراژیک و ویروسی و تولارمی.

گروه B: قابلیت انتشار و سرایت‌پذیری و مرگ‌میر کمتری دارد؛ مانند بروسلاز، توکسین اپسیلون کستریدیوم پرفرینجنس، عوامل تهدیدکننده سلامت غذایی (گونه‌های مختلف سالمونلا، ای کولای سروتیپ 0157:H7، شیگلا و استفیلوکوک اورئوس)، گلاندروز یا مضمشه، آمیلوئیدوز، پسیتاکوز، تب Q توسط کوکسیلا برونیتی، توکسین ریسین،

1) dichloro-3-thiapentane-1,5

(۲) جنگ بیولوژیکی یا جنگ زیستی، ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد.

آنتروتوکسین B استافیلوکوک، تیفوس توسط ریکتسیا پروواژکی، آنسفالیت ویروسی، عوامل میکروبی تهدیدکننده سلامتی آب (ویروکلرا، کریتوسپوریدیوم پارووم)

گروه C: عوامل میکروبی این گروه پاتوژن‌های هستند که بیماری‌های آشکار و با استفاده از روش‌های مهندسی ژنتیک سرایت‌پذیری بسیار زیاد و خطرناکی ایجاد می‌کنند.

۹-۴. جنگ و جنگ‌افزار هسته‌ای

جنگ‌افزار هسته‌ای یا سلاح هسته‌ای نوعی فناوری جنگی است که در آن‌ها از انرژی حاصل از شکافت یا گداخت هسته‌ای برای تخریب و کشتار استفاده می‌شود. [۸] انگیزه دستیابی و انباشت این جنگ‌افزارهای کشتار جمعی توسط قدرت‌های هسته‌ای در سه گروه کلی «بازدارندگی»، «وادارسازی» و «جنگیدن» خلاصه می‌شود. از این سلاح‌های مخوف فقط یک بار رژیم جنایتکار امریکا در جنگ استفاده کرده است؛ اما بر قدرت‌های هسته‌ای بارها با اهداف سیاسی گوناگون، به تهدید استفاده از بمب‌های اتمی متوسل شده‌اند. [۹]

۵. تاریخچه کاربرد سلاح‌های شیمیایی در جنگ‌های قبل از دفاع مقدس

جنگ‌افزارهای شیمیایی از جمله قیر، روغن‌ها، نفت، آتش یونانی، ناپالم، اسیدها، آرسنیک‌ها و غیره از دوران قدیم به کار می‌رفته‌اند. برای نمونه در جنگ‌های پلوپونز (سال‌های ۴۳۱-۴۰۴ پ.م)، اسپارت اسیدهای گوگردی (از جمله دی‌اکسید سولفور) را به کار برد. (۱) از اوایل جنگ جهانی اول، سلاح‌های شیمیایی به طور جدی مورد استفاده قرار گرفت. فرانسه در اوت ۱۹۱۴ گازهای اشک‌آور متنوعی را به کار برد. در ژانویه ۱۹۱۵، آلمان در لهستان از گاز کلر علیه روس‌ها و در آوریل ۱۹۱۵ در بلژیک علیه سربازان بلژیکی و انگلیسی به طور وسیع از کلرین استفاده کرد. انگلیس هم در سپتامبر ۱۹۱۵ گاز کلر را علیه آلمانی‌ها به کار گرفت. آلمان همچنین در دسامبر ۱۹۱۵ از فسژن و در مه ۱۹۱۶ از دی فسژن استفاده کرد. در ژوئیه ۱۹۱۶، آلمان و متفقین عوامل مختلف خفه‌کننده و اشک‌آور را علیه هم به کار بردند. در ژوئیه ۱۹۱۷، آلمان اولین بار از گاز خردل استفاده کرد و در پاسخ، فرانسه و انگلیس نیز تا پایان جنگ جهانی اول (۱۹۱۸م) از این گاز استفاده کردند. در طول جنگ جهانی اول، شهرها و روستاها نیز از حملات شیمیایی مصون نماند. طی این جنگ، ۱,۰۰۰,۲۵۰ تن انواع سلاح شیمیایی مورد استفاده قرار گرفت که حاصل آن مصدوم شدن ۱,۲۰۰,۰۰۰ نفر و گشته شدن ۱۰۰,۰۰۰ نفر بود. [۱۰] در فاصله بین جنگ جهانی اول و دوم، توسعه و تولید سلاح‌های شیمیایی به جای اینکه متوقف شود، ادامه یافت؛ به طوری که در سال ۱۹۱۹م تولید گاز خردل در امریکا به ۱۹ تن در روز رسید. در سال ۱۹۳۵م، ایتالیا به طور وسیع از گاز خردل و فسژن علیه اتیوپی استفاده کرد و آن کشور را ضمیمه خود کرد. در ۱۹۳۷م، ژاپن علیه چین گازهای خردل و لویزایت را به کار گرفت. جنگ جهانی دوم در سپتامبر ۱۹۳۹ آغاز شد و با وجود تولید و انباشت انواع سلاح‌های شیمیایی، از جمله عوامل اعصاب، از این سلاح‌ها استفاده زیادی نشد. امریکا با وجود امضای پروتکل عدم تولید گازهای جنگی پس از جنگ جهانی دوم، در سال ۱۹۵۴م تولید سارین و در سال ۱۹۶۰م تولید VX را به طور گسترده شروع کرد و در سال ۱۹۷۷م کیفیت و پایداری آن دو گاز جنگی را افزایش داد. در سال ۱۹۶۵م، مصر از گاز خردل علیه یمن استفاده کرد. [۱۱] در جنگ ویتنام (۱۹۶۱-۱۹۷۱م)، امریکا به طور گسترده از انواع سلاح‌های شیمیایی ضد گیاه که باعث نابودی گیاهان می‌شد و انواع سلاح‌های شیمیایی علیه ویتنامی‌ها استفاده کرد. ارتش امریکا در جنگ ویتنام برای از بین بردن جنگل‌های پناهگاه ویت‌کنگ‌ها، عامل نارنجی^(۲) را در سطح گسترده‌ای به کار برد. این ماده شیمیایی یکی از شش سم گیاه‌کش امریکایی^(۳) بوده که سمی قوی و ترکیبی از اکسین‌های مصنوعی است. این ماده سبب نابودی گیاهان دولپه می‌شود. این

(۱) جنگ‌افزار شیمیایی، ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد.

2) Orange Agent

3) Rainbow Herbicides

ماده علاوه بر از بین بردن جنگل‌های انبوه استوایی، بر مردم ویتنام نیز آثار مرگبار فراوانی برجای گذاشت. [۱۲] ارتش امریکا نزدیک به ۷۵,۷۰۰,۰۰۰ لیتر علف‌کش شیمیایی و برگ‌زدا بر روی جنگل‌های ویتنام، شرق لائوس و بخش‌هایی از کامبوج فروریخت تا با نابودی این جنگل‌ها، از پناه گرفتن ویت‌کنگ‌ها در آن که از آن نقاط به نیروهای امریکایی حمله می‌کردند، جلوگیری کند. برآوردها نشان می‌دهد بر اثر این سم‌پاشی‌ها، ۴۰۰,۰۰۰ نفر گشته یا ناقص‌العضو شدند و در سال‌های بعدی تاکنون ۵۰۰,۰۰۰ کودک با اختلالات مادرزادی به دنیا آمده‌اند. [۱۳] در دهه ۱۹۷۰م، در شیر مادران جنوب ویتنام و در خون سربازان امریکایی که در ویتنام بوده‌اند، درصد‌های زیادی از دی‌اکسین مشاهده شد. بعد از این جنگ و مشاهده اقدام مرگبار امریکا، مصرف عامل نارنجی در جنگ در سراسر جهان ممنوع شد.^(۱)

۶. معاهدات بین‌المللی منع ساخت، انباشت و کاربرد سلاح‌های شیمیایی

سلاح‌های شیمیایی تنها سلاح‌های جنگی هستند که بیشترین و قدیمی‌ترین معاهدات بین‌المللی برای منع کاربرد آن‌ها وجود دارد. به دلیل ماهیت غیرانسانی و وحشیانه این گونه سلاح‌ها، از قرن‌ها پیش که از سلاح‌های شیمیایی در شکل ابتدایی آن و در جنگ‌ها استفاده می‌شد، قراردادهای مختلفی برای ممنوعیت استفاده از آن شکل گرفت. رؤس اقدامات بین‌المللی در جهت منع تولید، انباشت و به‌کارگیری این سلاح‌های کشتار جمعی به شرح زیر خلاصه شده است:

«در سال ۱۶۷۵م، فرانسه و آلمان با امضای موافقت‌نامه استراسبورگ درباره ممنوعیت کاربرد گلوله‌های سمی به توافق رسیدند.» «دویست سال بعد در سال ۱۸۷۴م، "کنوانسیون بروکسل درباره حقوق و قوانین جنگ" کاربرد سموم یا سلاح‌های سمی و نیز سلاح‌ها، پرتابه‌ها و موادی را که باعث مصدومیت و رنج غیرمعمول می‌شود، ممنوع اعلام کرد.» «پیش از پایان قرن نوزدهم و در سال ۱۸۹۹م، کنفرانس بین‌المللی صلح در لاهه برپا گردید و منجر به امضای موافقت‌نامه‌ای در ممنوعیت استفاده از پرتابه‌های جنگی محتوای گازهای سمی شد.»

«در طول جنگ جهانی اول (۱۹۱۴-۱۹۱۸م) جهان شاهد هولناک‌ترین کشتارهای ناشی از کاربرد سلاح‌های شیمیایی بود. تلفات بی‌شمار و حملات وسیع شیمیایی با به‌کارگیری شیوه‌های نوین کاربرد گازها و مواد سمی مهلک و ناتوان‌کننده در این جنگ نگرانی‌های عمیقی را در سطح جهان به‌وجود آورد و منجر به انعقاد یکی از معروف‌ترین معاهدات بین‌المللی عدم کاربرد سلاح‌های شیمیایی، یعنی "پروتکل ۱۹۲۵ ژنو" شد که در آن کاربرد گازهای خفه‌کننده، سمی یا سایر گازها و نیز شیوه‌های جنگ میکربی منع شده است. اکثر کشورهای جهان، از جمله ایران و عراق، این پروتکل را امضا کردند.»

«در سال ۱۹۷۱م و برای برطرف کردن نواقص پروتکل ۱۹۲۵ ژنو، کمیته خلع سلاح سازمان ملل که بعدها به کنفرانس خلع سلاح تبدیل شد، متن نهایی کنوانسیون منع توسعه، تولید و انباشت و کاربرد سلاح‌های بیولوژیک (میکربی) را که به کنوانسیون سلاح‌های بیولوژیک (BWC) معروف است، آماده کرد. این کنوانسیون به‌صراحت کشورهای عضو را متعهد می‌سازد مذاکرات خود را تا حصول معاهده‌ای بین‌المللی برای منع سلاح‌های شیمیایی دنبال کنند و لذا از همان زمان مذاکرات مربوط به تهیه متن کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی به‌صورت جدی آغاز شد.»

«پس از نزدیک به بیست سال مذاکرات فشرده در «کنفرانس خلع سلاح»، سرانجام متن نهایی کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی در سال ۱۹۹۲م طی مراسمی در پاریس به امضای ۱۳۰ کشور جهان و سپس به امضای دبیرکل سازمان ملل رسید. کشورهای امضاکننده این کنوانسیون باید آن را در مجالس خود نیز به تصویب برسانند. براساس مفاد کنوانسیون، ۱۸۰ روز پس از به‌تصویب رسیدن آن توسط شصت و پنجمین کشور عضو، این کنوانسیون لازم‌الاجرا خواهد شد. بدین ترتیب در ۲۹ آوریل ۱۹۹۷، کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی به‌طور رسمی لازم‌الاجرا شد.»

«سازمان منع سلاح‌های شیمیایی (OPCW)^(۲): از زمان امضای کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی تا لازم‌الاجرا شدن

(۱) ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد.

آن (۱۹۹۳-۱۹۹۷م) مسئولیت فراهم کردن سازوکارهای اجرایی شدن کنوانسیون و چگونگی آن برعهدهٔ کمیسیون مقدماتی بود که در لاهه استقرار داشت. با لازم‌الاجرا شدن کنوانسیون در سال ۱۹۹۷م، مسئولیت حسن اجرای مفاد کنوانسیون، ازجمله برنامه‌های راستی‌آزمایی و بازرسی‌ها و آموزش بازرسان و سایر امور اجرایی کنوانسیون، برعهدهٔ سازمان منع سلاح‌های شیمیایی گذاشته شد. مقر آن سازمان در شهر لاهه هلند و محل دائمی اجلاس سالیانه و سایر اجتماعات رسمی کشورهای عضو کنوانسیون است.»

«سلاح‌های شیمیایی نخستین بار در جنگ جهانی اول به‌کار گرفته شد. ۲۲ آوریل ۱۹۱۵ «روز تولد جنگ شیمیایی» نام گرفت. در شهر ایپر بلژیک، ارتش آلمان با استفاده از کپسول‌های محتوای گاز خفه‌کنندهٔ کلر، هزاران نفر از سربازان متفقین را در جبههٔ مخالف از پای درآورد و از آن پس طرفین درگیر به‌صورت مکرر و در مقیاس وسیع از انواع سلاح‌های شیمیایی علیه یکدیگر استفاده کردند.»

«در طول همین جنگ بود که برای اولین بار ارتش آلمان از عامل شیمیایی ناتوان‌کنندهٔ خردل (سولفور موستارد) که به عامل تاول‌زا نیز معروف است، استفاده کرد. تلفات هولناک ناشی از کاربرد سلاح‌های شیمیایی در جنگ اول جهانی فراتر از تصور بود. ۱,۰۰۰,۰۰۰ مصدوم و بیش از ۹۰,۰۰۰ گشته که حاصل به‌کارگیری حدود ۱۲۴,۰۰۰ تن انواع سلاح‌های مهلک و ناتوان‌کنندهٔ شیمیایی بود.»

«روز چهارشنبه مصادف با ۲۹ آوریل ۲۰۱۵ روز جهانی «بزرگداشت قربانیان سلاح شیمیایی» نام گرفته است. هجده سال قبل در چنین روزی متن نهایی کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی لازم‌الاجرا شد.»^(۱) [۱۴]

۷. گزارش بعضی از آثار مخرب سلاح‌های شیمیایی

امریکایی‌ها نیز در جنگ ویتنام هزاران تن عامل نارنجی بر روی جنگل‌های منطقه ریختند تا آن مکان‌ها (مخفیگاه ویت‌کنگ‌ها) را به بیابان تبدیل کنند. بخش عمدهٔ این ماده را آلمانی‌ها در اختیار امریکایی‌ها قرار دادند. بر اثر این مادهٔ مهلک دی‌اکسین‌دار، هنوز پس از چهل سال، در ویتنام بچه‌های معلول به دنیا می‌آیند. در دههٔ ۱۹۷۰م، در شیر مادران جنوب ویتنام و در خون سربازان امریکایی که در ویتنام بوده‌اند، درصد‌های زیادی از دیوکسین مشاهده شد. بعد از این جنگ و مشاهدهٔ اقدام مرگ‌بار امریکا، مصرف عامل نارنجی در جنگ در سراسر جهان ممنوع شد.^(۲) در دانشگاه شهید بهشتی (دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی)، اثرات عوامل شیمیایی بر گیاهان، جانوران و محیط زیست کشورمان بررسی و به‌طور خلاصه نتایج زیر حاصل شده است:

- جنگ‌افزارهای شیمیایی تحت تأثیر شرایط جوی مانند باد، آفتاب، دما و رطوبت قرار می‌گیرند؛ به این ترتیب که درصورت وزش باد، دامنهٔ پراکندگی و آلوده‌سازی آن‌ها بیشتر خواهد بود.
- پستی و بلندی و شرایط جغرافیایی منطقه در پراکندگی و گسترش گاز بسیار مؤثر است.
- این جنگ‌افزارها در محیط‌های آبی به‌نسبت‌های متفاوت قابل حل و تجزیه‌اند و از طریق ترکیب با آب باران در خاک نفوذ و آب‌های زیرزمینی را آلوده می‌کنند. در خشکی نیز، به‌مدت ده سال پایدار و موجب آلودگی منابع آب زیرزمینی، غیرقابل استفاده شدن خاک مناطق آلوده، از بین رفتن پوشش گیاهی (فلور) و جانوری (فون) مناطق آلوده می‌شوند.
- یکی از روش‌های خنثی‌سازی به‌کار گرفته‌شده، پوشاندن مناطق حاوی بمب شیمیایی به‌وسیلهٔ خاک است که مشکل را دوچندان می‌کند؛ زیرا به‌تدریج عوامل طبیعی خاک رویی را تجزیه و این بار هم خود عامل شیمیایی و هم مواد ثانویه حاصل از تجزیهٔ آن اثرات سمی خواهد داشت.
- جنگ‌افزارهای شیمیایی همچنین بر گیاهان و جانوران اثرات سمی بسیاری دارد و باعث تخریب فون

(۱) خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، تاریخچهٔ کاربرد سلاح‌های شیمیایی، در: <https://www.isna.ir/news>
(2) BBC World: Health Agent Orange blights Vietnam, 2011; wikipedia

و فلور مناطق آلوده می‌شوند.

- گیاهان و جانورانی که در فواصل بسیار زیاد از مناطق آلوده قرار داشته‌اند، نسبت به مقدار دوز دریافتی از خود واکنش نشان می‌دهند (فیزیولوژیکی، مورفولوژیکی و ژنتیکی). [۱۵]

۸. تاریخچه کاربرد سلاح شیمیایی علیه رزمندگان و مناطق مسکونی در جنگ تحمیلی

کاربرد سلاح‌های شیمیایی توسط عراق در جنگ علیه ایران، یکی از موارد فاحش نقض حقوق بین‌الملل و از مصادیق آشکار جنایات جنگی به‌شمار می‌رود. طبق شواهد و اسناد موجود، عراق از نخستین ماه‌های شروع جنگ، استفاده آزمایشی از این سلاح را آغاز کرد. پس از شکست‌های پی‌درپی ارتش عراق در خاک ایران و آغاز حملات متقابل نیروهای ایران به داخل خاک عراق، به‌منظور مقابله با موج حملات نیروهای پیاده ایران، استفاده گسترده از سلاح شیمیایی را در دستور کار خود قرار داد. برحسب نوع و میزان گستردگی استفاده عراق از این سلاح‌ها در جنگ تحمیلی می‌توان سه دوره را از هم تفکیک کرد:

دوره اول از آغاز جنگ (۳۱ شهریور ۱۳۵۹) تا آزادسازی خرمشهر (۳ خرداد ۱۳۶۱)

به‌نظر می‌رسد اهداف ارتش عراق از کاربرد سلاح شیمیایی در این دوره، آزمایش سلاح و عوامل شیمیایی، ارزیابی عکس‌العمل جهان و وارد کردن تلفات سنگین بوده است. رئوس اتفاقات مهم در دوره اول به شرح جدول ۱ بوده است.

جدول ۱. تاریخچه کاربرد سلاح شیمیایی در جنگ تحمیلی، رئوس اتفاقات دوره اول

تاریخ	شرح واقعه
قبل از شروع جنگ	تدارک عراق برای کاربرد سلاح شیمیایی از سال‌ها پیش از جنگ شروع شده بود.
آبان ۱۳۵۹	برای اولین بار عراق از سلاح‌های شیمیایی در سوسنگرد استفاده کرد.
۲۳ دی ۱۳۵۹	اولین حمله شیمیایی ثبت‌شده در سازمان ملل در جنگ ایران و عراق در منطقه‌ای واقع در غرب ایلام که به شهادت ده نفر منجر شد.
سال ۱۳۶۰	استفاده عراق از گلوله‌های شیمیایی در مناطق هویزه، ارتفاعات الله‌اکبر، پل نادری و خرمشهر.
دی ۱۳۵۹ تا تیر ۱۳۶۱	حملات و مانورهای آزمایشی.
اسفند ۱۳۶۱	شکل‌گیری نخستین تیم درمان مصدومان شیمیایی در استادیوم تختی اهواز.

دوره دوم از تیر ۱۳۶۱ تا پایان ۱۳۶۵

هم‌زمان با آغاز عملیات تهاجمی ایران در عملیات درون مرزهای عراق، با هدف تنبیه متجاوز، هدف عراق از به‌کارگیری سلاح شیمیایی، تدافعی و به‌منظور خنثی کردن تهاجمات ایران و وارد کردن تلفات و ایجاد رعب و وحشت بوده است. حوادث مهم دوره دوم در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۲. تاریخچه کاربرد سلاح شیمیایی در جنگ تحمیلی، رئوس اتفاقات دوره دوم

تاریخ	شرح واقعه
سال ۱۳۶۱	استفاده از عوامل اعصاب و گاز خردل در آبادان، ساوجی در شمال مریوان، ارتفاع ۱۷۵، موسیان، تنکاب، شلمچه، گردنه بابر در کردستان و چند شهر در جنوب که به شهادت ۱۳ نفر و مجروح شدن ۲۱ نفر انجامید.
سال ۱۳۶۱	تأسیس «مدیریت و رسته جنگ‌های شیمیایی» در سازمان ارتش عراق.
مرداد تا بهمن ۱۳۶۲	حملات محدود ولی متمرکز صورت گرفت که عمده آن‌ها با گاز خردل بود و مصدومان کمی را بر جای گذاشت. علائم آسیب‌دیدگان نسبتاً خفیف و سیر درمان هم سریع بود.

جدول ۲. تاریخچهٔ کاربرد سلاح شیمیایی در جنگ تحمیلی، رئوس اتفاقات دوره دوم

تاریخ	شرح واقعه
۷ اسفند ۱۳۶۲	نخستین حملات وسیع با گاز خردل در بعدازظهر ۷ اسفند ۱۳۶۲ در منطقهٔ جنگی جنوب صورت گرفت و در روزهای بعد ادامه یافت. در ۱۹ و ۲۴ اسفند ۱۳۶۲ حملات گسترده تکرار شد.
روزهای ۲۷ و ۳۰ اسفند ۱۳۶۲	نخستین حملات با گاز عصبی تابون (۱) صورت گرفت که تابلوی بالینی کاملاً متفاوت با گاز خردل داشت. در اسفند ۱۳۶۲، با آغاز عملیات خیبر، جزایر مجنون یکی از مراکز استخراج نفت عراق به تصرف رزمندگان ایران درآمد. با اجرای تک شیمیایی عراق با عامل عصبی تابون، نزدیک ۱۷۰۰ نفر در جزایر مجنون مجروح و شهید شدند.
۱۳۶۳	تا آغاز عملیات بدر در اسفند ماه، تعداد حملات به دلیل رکود حاکم بر جبهه‌ها کم شد. با وجود این، عراق علناً تهدید کرد از سلاح‌های شیمیایی برای مقابله با هجوم نیروهای ایران استفاده خواهد کرد. با انجام عملیات بدر و قطع جادهٔ ارتباطی بصره به بغداد، عراق بار دیگر به عوامل شیمیایی متوسل شد. در این تک شیمیایی منطقهٔ عملیاتی بدر از هورالهوریزه و جزایر مجنون تا جفیر، پادگان حمید و هویزه هدف قرار گرفت و برای اولین بار به همراه سایر عوامل شیمیایی اشک‌آور، خردل و اعصاب از عامل خونی نیز استفاده شد که به دلیل ناشناخته بودن برای نیروهای ایرانی، تلفات سنگینی به بار آورد. بر اثر این حملات، ۱۳۵۹ نفر مجروح و ۲۳ نفر شهید شدند.
سال ۱۳۶۴	۴۵ مورد استفاده از سلاح شیمیایی گزارش شد (بیش از چهاربرابر قبل). با انجام عملیات والفجر ۶ در جبههٔ مرکزی و عملیات خیبر در جنوب، عراق میزان استفاده از سلاح شیمیایی را افزایش قابل توجهی داد. مناطق مورد تهاجم سومار، رودخانهٔ دویرج، ترچین، شیوه رش، حاج عمران، پیرانشهر، ارتفاعات بازی دراز، خراطها، مریوان، روستای سیدلو، روستای بانینجان در نزدیکی بانه، گرماب، پنجوین و پاوه بود. در این حملات، ۲۲ نفر شهید و ۹۳ نفر مجروح شدند.

در سال ۱۳۶۴، در ۲۷ نوبت حملهٔ شیمیایی، آمار مجروحان به ۱۰،۲۷۳ و شهدا به ۳۶ نفر رسید. مناطق مورد حمله آبادان، خرمشهر، جفیر، پادگان حمید، جزایر مجنون و عین خوش را شامل می‌شد. اوج حملات شیمیایی در عملیات والفجر ۸ در منطقهٔ فاو در بهمن ۱۳۶۴ بود. در این عملیات، عراق متجاوز از ۷۰۰۰ گلوله توپ و خمپاره طی ۱۷ عملیات آفند شیمیایی علیه ایران استفاده کرد که عموماً در فاو، آبادان و خسروآباد بود. در سال ۱۳۶۵، حملات شیمیایی عراق با توجه به افزایش حملات رزمندگان ایران شدت بیشتری گرفت؛ به گونه‌ای که تعداد هماران‌ها به دوبرابر (۷۹ مورد) سال قبل رسید. در فروردین ۱۳۶۵، هم‌زمان با ادامهٔ عملیات کربلای ۸ در محور فاو، در ماه‌های اردیبهشت و خرداد، مهران و حاج‌آباد در جبهه‌های میانی و در شهریور منطقهٔ عملیاتی کربلای ۲ در محور عمومی حاج‌عمران و محورهای عملیاتی در جزیرهٔ مینو، خرمشهر و آبادان مورد حملهٔ شیمیایی واقع شد. به دنبال عملیات کربلای ۶ در محور سومار و در بهمن و اسفند هم‌زمان با عملیات کربلای ۵ در شلمچه و شرق بصره این محورها هماران شیمیایی شدند.

دورهٔ سوم: از ۱۳۶۶ تا پایان جنگ (مرداد ۱۳۶۷)

مشخصات این دوره استفادهٔ گستردهٔ عراق از عوامل شیمیایی به عنوان سلاح تهاجمی برای بازپس‌گیری مناطق تصرف‌شده توسط ایران بوده است. در سال ۱۳۶۶، به دنبال حملات رزمندگان ایران در جبهه‌های غرب و جنوب، بار دیگر عراق سلاح‌های شیمیایی را در مقیاس وسیع به کار گرفت و فجیع‌ترین جنایات جنگی را مرتکب شد. در این سال، نیروهای عراقی به کرات از گاز خردل و عوامل اعصاب به شکل بمب‌های هوایی و راکت و به‌ویژه علیه غیرنظامیان استفاده کردند. حملهٔ ۷ تیر ۱۳۶۶ به سردشت یکی از دهشت‌بارترین حملات عراق بود. در این حمله، از گاز موستارد (خردل)، در مناطق مسکونی به خصوص در بازار شهر استفاده شد. طی این جنایت جنگی، ۱۱۰ نفر شهید و بیش از ۵۰۰۰ نفر مصدوم شدند تصاویر ۱ و ۲ نمونه‌هایی از صحنه‌های دلخراش در این جنایت بزرگ جنگی رژیم بعثی عراق را نشان می‌دهد. به گزارش کارشناسان سازمان ملل، مجروحان شیمیایی شامل زن و مرد جوان و سال‌خورده و کودکان می‌شدند. مهم‌ترین رخدادهای این دوره در جدول ۳ خلاصه شده است.

جدول ۳. تاریخچه کاربرد سلاح شیمیایی در جنگ تحمیلی، رؤس اتفاقات دوره سوم

تاریخ	شرح واقعه
سال ۱۳۶۵	حمله شیمیایی رژیم بعثی عراق به مهران با استفاده از عوامل تاول‌زا و اعصاب و سپس تصرف این شهر.
۷ تیر ۱۳۶۶	جنایت فجیع حمله شیمیایی به مناطق مسکونی و بازار شهر سردشت با گاز موستارد (خردل).
۱۰ اسفند ۱۳۶۶	حمله ضدانسانی رژیم جنایتکار بعثی به مناطق مسکونی کردنشین حلبچه که موجب شهادت مظلومانه ۵۰۰۰ انسان بی‌گناه و مصدومیت شدید ۷۰۰۰ نفر شد.
فروردین ۱۳۶۷	عراق با استفاده وسیع از سلاح‌های شیمیایی بندر فاو را بازپس گرفت.
تا پایان جنگ	مباران‌های وحشیانه شیمیایی رژیم منحوس بعثی عراق تداوم داشت.

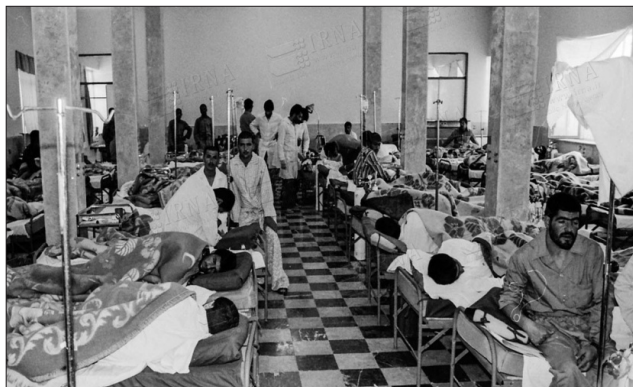


تصویر ۱. کودک معصوم سردشتی در آغوش پدر
مصدق تظلم در آیه قرآنی: وَإِذَا الْمَوْءُدَةُ سُئِلَتْ بِأَيِّ ذَنْبٍ قُتِلَتْ



تصویر ۲. قتل عام شیمیایی وحشیانه مردم بی‌دفاع سردشت، ۷ تیر ۱۳۶۶

رژیم بعثی عراق پیش از آغاز تهاجم به مهران در سال ۱۳۶۵، با استفاده از عوامل تاولزا و اعصاب منطقه را به شدت آلوده و سپس این شهر را تصرف کرد. تصویر ۳ مصدومان شیمیایی این حمله را نشان می‌دهد. در نیمهٔ دوم سال ۱۳۶۶، با تداوم عملیات در شمال عراق، کاربرد سلاح‌های شیمیایی ادامه یافت و در عملیات والفجر در ۱۰ اسفند، در مناطق کردنشین عراق به‌ویژه در شهر حلبچه به اوج خود رسید. در این بمباران، ۵۰۰۰ نفر شهید و ۷۰۰۰ نفر مادم‌العمر معیوب شدند.



تصویر ۳. مصدومان حملهٔ شیمیایی به منطقهٔ مهران

۹. بازخوانی فاجعهٔ شیمیایی حلبچه و بمباران شیمیایی سردشت توسط ارتش جنایتکار بعثی عراق

فاجعهٔ سردشت: نیروی هوایی عراق در ۷ تیر ۱۳۶۶ با استفاده از بمب‌های شیمیایی، چهار نقطهٔ پرازدحام شهر سردشت (از توابع استان آذربایجان غربی) را بمباران شیمیایی کرد (تصویر ۴). در این حمله، ۱۱۰ نفر از ساکنان غیرنظامی شهر کشته و ۸۰۰۰ تن دیگر نیز در معرض گازهای سمی قرار گرفتند و مسموم شدند. آثار ناهنجار این حمله هنوز در آسیب‌دیدگان و کل شهر باقی است.^(۱)



تصویر ۴. نمایی از حمله شیمیایی به شهر سردشت، ۷ تیر ۱۳۶۶

(۱) بمباران شیمیایی سردشت، در: <http://persiangig.com/sardasht2010>

فاجعه حلبچه: مباران شیمیایی حلبچه (به کردی: کیمیبارانی هه له بچه) در ۲۵ اسفند ۱۳۶۶/۱۶ مارس ۱۹۸۸ توسط حکومت بعثی عراق صورت گرفت. این مباران بخشی از عملیات گسترده‌ای به نام انفال بود که بر ضد ساکنان مناطق کردنشین عراق انجام شد. [۱۶] در پی عملیات والفجر ۱۰ توسط ایران و تصرف بخش‌هایی از کردستان عراق در اواخر سال ۱۳۶۶ که منجر به استقبال مردم این مناطق از نیروهای ایرانی شد، صدام حسین به پسرعمویش، علی حسن المجید معروف به علی شیمیایی، دستور مباران شیمیایی این مناطق را داد. در این حمله، حدود ۵۰۰۰ غیرنظامی از مردمان حلبچه کشته شدند.^(۱) حمله شیمیایی به حلبچه که به کشتار حلبچه یا جمعه خونین نیز شناخته می‌شود، نسل‌کشی مردم کرد بود که در روزهای پایانی جنگ ایران و عراق روی داد.^(۲) تصویر ۵ همی واقعی است که در حمله به حلبچه استفاده شده و با تبدیل آن به صورت گلدان و نصب در میدان اصلی شهر، به‌عنوان نماد حمله شیمیایی به حلبچه انتخاب شده است.



تصویر ۵. همی واقعی در مباران حلبچه.
امروزه بقایای این همی به‌عنوان گلدانی در بنای یادبود قربانیان حلبچه استفاده شده است.

۱۰. واکنش‌های بین‌المللی به کاربرد سلاح‌های شیمیایی توسط ارتش متجاوز بعثی عراق

شورای امنیت سازمان ملل متحد، مکرراً از طرفین جنگ ایران و عراق خواسته که بدون توجه به استفاده از تسلیحات شیمیایی توسط طرف مقابل، از کاربرد این سلاح‌ها علیه یکدیگر خودداری کنند و از عواقب کاربرد این سلاح‌ها عمیقاً ابراز نگرانی کرده است. قطعنامه ۶۲۰ جدای از نقایص اساسی، مهم‌ترین سندی است که شورای امنیت در طی هشت سال استفاده مکرر عراق از سلاح‌های شیمیایی علیه افراد غیرنظامی و نظامی ایران صادر کرده است. رئیس‌تحوالات منجر به صدور قطعنامه ۵۹۸ شورای امنیت سازمان ملل متحد به این شرح است:

- در پی تأیید هیئت اعزامی سازمان ملل به منطقه درگیری ایران و عراق، مبنی بر کاربرد سلاح شیمیایی

(۱) مرکز اسناد انقلاب اسلامی.

(۲) حلبچه کانون بزرگ‌ترین ژینوساید شیمیایی تاریخ، در: پایگاه اطلاع‌رسانی قربانیان سلاح‌های شیمیایی.

- توسط عراق، خاویر پرز دوکوئیار، دبیرکل وقت سازمان ملل، گزارش هیئت را به شورای امنیت تحویل داد. شورا ضمن صدور بیانیه‌ای در ۳۰ مارس ۱۹۸۴/۱۰ فروردین ۱۳۶۳، بدون ذکر نام کشور عراق، کاربرد سلاح شیمیایی را برای اولین بار در جنگ ایران و عراق به شدت محکوم کرد.
- در ۸ مارس ۱۹۸۴ دبیرکل مجدداً به درخواست ایران، هیئتی را برای بررسی کاربرد سلاح‌های شیمیایی توسط عراق علیه ایران اعزام کرد. این گروه پس از کسب نظر موافق عراق، عازم آن کشور نیز شدند و پس از تحقیق و بازرسی، نظر ایران درمورد کاربرد سلاح شیمیایی قوای عراقی علیه ایران را تأیید کردند. اما دبیرکل در گزارش‌های خود (در ۲۶ مارس/۱۵ اردیبهشت) به شورای امنیت، فقط به ابراز تأسف از کاربرد سلاح شیمیایی، آن‌هم بدون ذکر نام کشور عراق، بسنده کرد.
 - به دنبال شدت یافتن حملات شیمیایی عراق در مناطق جنگی ایران، شورای امنیت یک بار دیگر در ۲۵ آوریل ۱۹۸۴/۵ اردیبهشت ۱۳۶۳، به کارگیری سلاح‌های شیمیایی علیه ایران را، بدون ذکر نام عراق، شدیداً محکوم کرد.
 - دو سال بعد، یعنی در ۱۳۶۵، در پی گزارش گروهی از کارشناسان اعزامی سازمان ملل متحد به جبهه‌های جنگ ایران و عراق که مؤید کاربرد سلاح‌های شیمیایی توسط عراق علیه ایران بود، دبیرکل در ۱۶ مارس ۱۹۸۶ و شورای امنیت در ۲۱ مارس همان سال، عراق را به سبب استفاده از این سلاح‌ها محکوم کردند.
 - بر این اساس، برای اولین بار در طول جنگ عراق علیه ایران، در ۱ فروردین ۱۳۶۵، منابع رسمی سازمان ملل با ذکر نام عراق، به کارگیری سلاح شیمیایی علیه نیروهای ایرانی را محکوم کردند.
 - در ۱۴ مه ۱۹۸۷/۲۶ فروردین ۱۳۶۶، شورای امنیت در پی تأیید مجدد گروه اعزامی دبیرکل مبنی بر کاربرد سلاح شیمیایی عراق علیه ایران، بار دیگر طولانی شدن درگیری و استفادهٔ مکرر از سلاح شیمیایی را محکوم کرد.
 - در ۲۱ ژوئن ۱۹۸۷/۳۱ خرداد ۱۳۶۶، بر اثر تلاش گروه مزبور پیش‌نویس قطعنامه‌ای جدید که حاوی نکات تازه‌ای بود، تهیه شد.
 - شورای امنیت سازمان ملل متحد با تأکید بر مواد ۳۹ و ۴۰ منشور ملل متحد، مفصل‌ترین، اجرایی‌ترین و آمارنه‌ترین قطعنامه را با عنوان قطعنامهٔ ۵۹۸ به تصویب رساند. [۱۷]

۱۱. آسیب‌شناسی سلاح‌های شیمیایی جنگی

۱-۱۱. گاز خردل (سولفور موستارد)

گاز خردل عامل آلکلیه‌کنندهٔ قوی است؛ بنابراین خواص پروتئین‌هایی که تحت تأثیر خردل قرار می‌گیرند، کاملاً دگرگون می‌شود. گاز خردل عامل تیولی ترکیبات بدن را اکسید کرده، عملکرد آن‌ها را مختل می‌کند. به علت کاهش میزان گلوتاتیون، رادیکال‌های آزاد حاصل از واکنش‌های سلولی به صورت ترکیبات بسیار سمی عمل می‌کنند و به علت اکسیداسیون فسفولیپیدهای غشاهای سلولی، نفوذپذیری انتخابی غشاها مختل می‌شود. با آلکلیاسیون DNA اندونوکلازها فعال می‌گردند و DNA تخریب می‌شود. در مرحلهٔ بعد، پروتئین‌ها فعال می‌شوند و با تغییر در ساختمان سلول باعث ایجاد ادم و بروز تاول می‌گردند. اثرات مهاری گاز خردل بر متابولیسم انرژی در سلول و به خصوص مهار گلیکولیز نقش مهمی در مرگ سلولی در مرحلهٔ حاد آسیب ناشی از گاز خردل است. برخی از متابولیت‌های سولفورموستارد آثار کولینومیمتیک دارند و علائم شبیه عوامل اعصاب از خود بروز می‌دهند. [۱۸]

ضایعات پوستی ناشی از خردل مانند ضایعات حاصل از سوختگی است. معمولاً ۲ تا ۴۸ ساعت پس از تماس، علائم پوستی (قرمزی) ظاهر می‌شود و پس از ۱۸ ساعت، پوست تاول می‌زند و نکروز پیش‌رونده‌ای آغاز می‌شود. چهار تا شش روز بعد از تماس، جای زخم دچار ادم و پرخونی موضعی می‌گردد و ۱۹ روز پس از تماس، یک اسکار پیگمانته

باقی خواهد ماند. آسیب‌زایی سولفور موستارد روی پوست به عواملی نظیر «مدت و شدت تماس با پوست، نوع ماده شیمیایی (گاز یا مایع)، درجه رطوبت پوست، سالم بودن یا نبودن پوست و حرارت محیط» بستگی دارد. [۱۹] لازم است ذکر شود که خطر عفونت ثانویه نیز وجود دارد. شدت ضایعات پوستی به دوز گاز خردل بستگی دارد. پوست نواحی گرم و مرطوب مثل پرینه، دستگاه تناسلی، زیر بغل و گردن به گاز خردل حساس‌تر است.

التهاب ملتحمه، ادم، انقباضات پلک‌ها و اشک‌ریزش جزو علائم حاد اولیه است که احتمالاً سایر نشانه‌ها نظیر میوز، ترس از نور^(۱) و درد شدید نیز به آن‌ها اضافه می‌شود. در موارد تماس خفیف با خردل، بروز التهاب ملتحمه ممکن است تا ۴۸ ساعت به تأخیر بیفتد. غنیه و اجسام مژگانی دچار التهاب می‌شوند. ضایعات چشمی به میزان تماس و فرم خردل (بخار یا مایع) بستگی دارد. بخار خردل، در مقایسه با مایع خردل، تغییرات دائمی کمتری را ایجاد می‌کند و به ندرت به تنهایی سبب نکروز قرنیه می‌شود. یکی از اثرات دیررس آن کوری کامل چشم است که با کراتیت قرنیه همراه است. عوارض چشمی دیررس گاز خردل به احتمال قوی ارتباطی با وضعیت ایمونولوژیک و هماتولوژیک بیماران ندارد و یا نقش جذب سیستمیک، در مقایسه با اثر موضعی گاز، بسیار ناچیز است. بین شدت عوارض چشمی و ریوی ارتباط معنادار گزارش شده است. استفاده از ماسک محافظت هم‌زمان هر دو عضو را فراهم می‌سازد و برعکس [۲۰]. پس از تماس، آب‌ریزش بینی (شدید) دیده می‌شود. در موارد مسمومیت شدید، التهاب دهان، حلق و حنجره، خشن شدن صدا (و حتی گرفتگی کامل صدا)، خون‌ریزی از بینی، ادم حنجره و اسپاسم (تا حد نیاز به تراکئوتومی) اتفاق می‌افتد. سرفه ممکن است شدید و همراه با خلط چرکی موکوسی باشد. ضایعات ریوی ایجاد شده مرتبط با مدت زمان تماس و غلظت ماده شیمیایی در هوای استنشاقی است. در آب‌وهوای گرم، این اثرات شدت می‌یابد. پرخونی مویرگ‌های آلوئولی، خون‌ریزی، ادم، کلاپس و آمفیزم از جمله صدمات جدی در بافت پارانشیمی ریه به‌شمار می‌روند. در صورت مصرف آب یا غذای آلوده به خردل، نشانه‌های متفاوتی با دیگر راه‌های آلودگی رخ می‌دهد؛ علائمی مانند تهوع، استفراغ، درد ناحیه شکمی، استفراغ خونی و اسهال (در موارد شدید مسمومیت). از آثار دیگر گاز خردل، تضعیف مغز استخوان است. تا سه روز اول پس از مسمومیت، لکوسیتوز و از روز چهارم به بعد در موارد شدید مسمومیت، لوکوپنی مشاهده شده است. بدین ترتیب، سیستم ایمنی بدن ضعیف می‌شود و شخص در معرض عفونت‌های مختلف قرار می‌گیرد. اثراتی چون سرطان‌زایی، ضعف بینایی، کوری دائمی، برونشیت مزمن، فیروز ریوی، تنگی مجاری تنفسی و اختلالات روانی از عوارض بلندمدت خردل است.

توصیف بالینی مصدومان حملات شیمیایی به مناطق عملیاتی والفجر ۲ (پیرانشهر و حاج عمران، شمال غرب کشور)
عملیات والفجر ۲ اواخر تیر و اوایل مرداد ۱۳۶۲ انجام شد. در این عملیات، دکتر علیرضا کاظمیان در اورژانس خط مقدم منطقه حاج عمران به شرف شهادت نائل شد. اولین عملیات وسیع شیمیایی دشمن از ۱۷ مرداد ۱۳۶۲ شروع شد. از هفت حمله پی‌درپی، دو بمباران سنگین‌تر بود. بمباران اول در ساعت ۱۶:۳۰، ۱۷ مرداد ۱۳۶۲ در منطقه حاج عمران و بمباران دوم در ساعت ۱۸:۰۷، ۱۸ مرداد ۱۳۶۲ در پادگان حاج عمران دهکده شی‌ورش رخ داد. از مجروحان بدحال این حملات، ۴۱ نفر در بیمارستان‌های لقمان‌الدوله و طرفه تهران بستری شدند. تا زمان بستری، هنوز ماهیت و نوع سلاح شیمیایی شناخته نشده بود. چندی نگذشت که مشخص شد که عراق در این حملات غیرانسانی از عامل شیمیایی سولفور موستارد (گاز خردل) استفاده کرده است. مصدومان در شرح حال خود چنین می‌گفتند: «به دنبال انفجار بمب‌ها، دود سیاه‌رنگی در منطقه پخش شد و ذرات ریزی شبیه نفت سیاه روی زمین، تجهیزات و نیروها را فراگرفت و بوی تند خاصی مشابه بوی سیر به مشام می‌رسید». شرح حال مصدومان نشان می‌داد که در ساعات نخستین حادثه مشکلی نداشتند؛ اما بعد از دو تا سه ساعت، دچار قرمزی چشم بدون احساس سوزش و خارش می‌شدند. چند ساعت بعد استفراغ شروع می‌شد که پی‌درپی و جهنده و با صدا بوده و یک تا دو

1) photophobia

ساعت ادامه پیدا می‌کرد. سوزش چشم، اشک‌ریزش و ترس از نور نیز در همین مدت ظاهر می‌شد. حالت تهوع در بعضی مصدومان تا دوازده ساعت پس از حادثه ادامه داشت. تنگی نفس و سرفه نیز در بعضی افراد ظاهر می‌شد و در اغلب موارد ادامه می‌یافت. در بعضی مصدومان، علائم ریوی شدید بود. علائم پوستی پس از پنج تا هفت ساعت، به‌صورت قرمزی پوست و سوزش و خارش بود و یک روز بعد تاول‌ها ظاهر می‌شد. تاول‌ها بسیار سطحی بود، کم‌کم بزرگ‌تر می‌شد و پس از پارگی، به‌راحتی بهبود می‌یافت. علائم چشمی شامل ورم ملتحمه و قرنیه بین هفت تا ده روز برطرف می‌شد. در بعضی مصدومان تب و افزایش گلبول‌های سفید مشاهده می‌شد؛ اما در این مرحلهٔ حاد در هیچ‌کدام کاهش گلبول‌های سفید (که از عوارض شدید و مخصوص گاز خردل است) و نیز مرگ مشاهده نشد. [۲۱]

۲-۱۱. ترکیبات ارگانوفسفات (عوامل اعصاب)

ترکیبات ارگانوفسفات به دو شکل حشره‌کش‌ها یا آفت‌کش‌های گیاهی و عوامل شیمیایی جنگی تولید می‌شوند و به‌کار می‌روند. به‌طور کلی عوامل اعصاب به G و VX تقسیم‌بندی می‌شوند. عوامل G نظیر GB (سارین)، GD (سومان) و GA (تابون) و عوامل VX هستند. اثر ترکیبات ارگانوفسفات ناشی از تأثیر در آنزیم‌های استراز بوده که مهم‌ترین آن‌ها استیل کولین استراز است که باعث هیدرولیز استیل کولین در سیناپس می‌شود. مهار استیل کولین استراز موجب تجمع استیل کولین در فضای سیناپسی و محل اتصال عصب به عضله می‌شود و در نتیجه افزایش فعالیت کولینرژیک و بلوک دپلاریزان به‌وجود می‌آید. میزان فعال شدن مجدد آنزیم، یا به عبارت دیگر جدا شدن ارگانوفسفات از آنزیم، بسته به نوع ترکیب ارگانوفسفات، متفاوت بوده و این موضوع تاحدی سبب بروز تفاوت‌هایی در درمان مسمومیت حاد ناشی از انواع مختلف عوامل اعصاب می‌گردد. بعضی از ترکیبات ارگانوفسفات موجب مهار تقریباً غیرقابل بازگشت آنزیم می‌شود. این پدیده، به‌خصوص درمورد سومان، با سرعت زیاد رخ می‌دهد و مشکلات بالینی فراوانی را ایجاد می‌کند؛ بهبودی به سنتز مجدد استیل کولین استراز بستگی دارد. در سیستم اعصاب محیطی و عضلات اسکلتی، با تجمع استیل کولین، فاسیکولاسیون و بلوک انتقال تحریک عصبی در محل اتصال عصب به عضله ایجاد می‌شود.

استیل کولین به‌عنوان نوروترانسمیتر مهم در اغلب سیناپس‌های سیستم عصبی به‌ویژه پاراسمپاتیک و صفحهٔ انتهایی در عضلات اسکلتی است. تجزیه نشدن آن در غیاب عملکرد کولین استراز که بر اثر آلودگی به عوامل اعصاب اتفاق می‌افتد، باعث بروز طیف وسیعی از علائم می‌شود. عضلات اسکلتی، به‌ویژه عضلات حنجره و قفسهٔ سینه، به‌شدت منقبض و تنفس بیمار سخت می‌شود. فعالیت اعصاب پاراسمپاتیک به‌شدت افزایش می‌یابد و مردمک چشم تنگ می‌شود و تطابق چشم برهم می‌خورد و باعث تاری دید می‌شود. ترشحات بدن، به‌ویژه ترشحات غدد بزاقی، اشکی، مخاط مجاری تنفسی و سیستم گوارشی، افزایش می‌یابد. فعالیت دستگاه گوارش زیاد می‌شود و اسهال، استفراغ و دل‌پیچه را به‌دنبال می‌آورد. مجاری تنفسی به‌شدت منقبض می‌شود و تعداد ضربان قلب کاهش می‌یابد. مسمومیت با عوامل شیمیایی جنگی اعصاب اغلب خطرناک و با مرگ همراه است؛ بنابراین اقدام سریع و مناسب درمانی ضرورت دارد. [۲۲]

توصیف نخستین حملهٔ شیمیایی با گاز اعصاب در جنگ تحمیلی

نخستین مواجهه با گاز اعصاب در تاریخ طب رزمی در دنیا، در ۲۷ اسفند ۱۳۶۲ در جفیر رخ داد. [۲۱] صدها مصدوم در کمتر از یک ساعت سالن‌های استادیوم تختی اهواز را پر کردند. نخستین حمله در ساعت ۱۱ در باند بالگردها و دومین حمله در ساعت ۱۷ همان روز در اسکلهٔ شهید باقری در سیل‌بند هور، محل تجمع قایق‌ها به‌سمت جزایر مجنون، انجام شد. بااینکه چنین اتفاقی تا آن تاریخ در جنگ‌های قبلی گزارش نشده بود و ارتکاب آن هم قابل پیش‌بینی نبود، داروهای مقابله با عوامل اعصاب از قبل تهیه شده بود. همهٔ اقدامات به‌صورت ابتکاری و بامدیریت جهادی بهداری رزمی، واحد شیمیایی، میکربی و هسته‌ای (ش‌ه) انجام شد. طبق مشاهدات اکثر مصدمان، پس

از انفجار، گازی به رنگ قهوه‌ای سوخته و زرد در هوا پخش شده و به صورت باران روی لباس‌هایشان ریخته بود و بویی شبیه لاستیک سوخته، آدامس، نعناس و سیب می‌داد. علائم اولیه مصدومان تنگی نفس، سرفه، ترشحات ریوی و کمی افزایش ضربان قلب بود. تشخیص کلی اولیه مسمومیت با گاز شیمیایی خفه‌کننده بود. درمان‌های اولیه، پس از سم‌زدایی و تعویض لباس‌ها، تجویز داروهای تنفسی و آرام‌بخش بود. تنگی نفس سریع از ویژگی‌های گاز اعصاب است. تیم درمان متوجه وجود یک علامت مشترک در همه مصدومان شدند: «میوز نقطه‌ای یا تنگی شدید مردمک» که به تجویز آتروپین پاسخ می‌داد. در مصدومان بدحال از داروی اختصاصی اوپیدوکسایم استفاده شد. در این تجربه، بیماران علاوه بر تنگی نفس شدید و سرفه و نیز مشکلات چشمی مانند تاری شدید بینایی و میوز، دچار تهوع و استفراغ نیز بودند. از ۴۴۰ نفری که طی دو مرحله به نقاهتگاه منتقل شدند، حدود ۵۰ نفر بدحال بودند؛ ولی موارد اغما و تشنج اتفاق نیفتاد. وجود بارندگی خفیف و گذرا در زمان و منطقه حمله شیمیایی باعث کاهش اثرات گاز سمی شده بود. اکثر مصدومان طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت بهبود می‌یافتند و مرخص می‌شدند. [۲۱]

۱۲. اصول حفاظت شخصی و جمعی و مکان‌های بهداشتی و درمانی در حملات شیمیایی دشمن

هر فردی که در مناطق جنگی حضور می‌یابد، باید کلیاتی درمورد عوامل شیمیایی، نحوه کاربرد آن توسط دشمن و مقابله با آن و چگونگی استفاده از لوازم حفاظتی در برابر آن را بداند. برای مقابله با عوامل شیمیایی آشنایی با سه مرحله لازم است:

۱. مرحله اول تشخیص عامل شیمیایی است که با علائم حسی، بالینی اولیه و دستگاه‌های آشکارساز قابل تشخیص است. علائم حسی شامل علائم شنوایی، بینایی و بویایی است. صدای انفجار بمب‌های شیمیایی خفیف‌تر از بمب‌های عادی است و آثار تخریبی ندارد. پس از انفجار، توده‌های ابرمانند از گاز شیمیایی مشاهده می‌شود که غالباً سنگین‌تر از هواست و در سطح زمین و گودال‌ها جمع می‌شود. ممکن است قطرات مایع یا جامد بر روی زمین و تجهیزات دیده شود. اغلب گازهای شیمیایی دارای بوی خاصی هستند. علائم بالینی اولیه در مصدومان شامل تنگی نفس، تند شدن تنفس، سوزش مجاری هوایی، افزایش ترشحات بینی و غدد بزاقی، تهوع و استفراغ، کاهش سطح هشیاری، ضعف عضلانی و تشنج است. در مناطقی که احتمال استعمال سلاح شیمیایی وجود دارد، لازم است کیت‌های آشکارساز دستی در اختیار پرسنل نظامی قرار گیرد تا پس از تشخیص و یا حتی مشکوک شدن، بلافاصله با ذکر کلمه «گاز»، اطرافیان را آگاه کنند و فوراً اقدامات حفاظتی را انجام دهند.

۲. مرحله دوم اقدامات فوری حفاظتی است که به منظور جلوگیری از تأثیر عامل شیمیایی در سلول‌های بدن انجام می‌شود. برای حفاظت درمقابل عوامل شیمیایی، باید این مراحل و اقدامات در کمترین زمان ممکن صورت گیرد:

- استفاده از لباس، دستکش و پوتین ضدگاز حتی‌الامکان قبل از وقوع حمله در زمان آماده‌باش حمله شیمیایی؛
- حبس نفس و استفاده درست از ماسک ضدگاز؛
- استفاده از پودر رفع آلودگی مثل هیپوکلریت کلسیم، پرکلرین، آهک یا مخلوطی از آن‌ها جهت خنثی کردن گازهای سمی در سطح لباس و مناطق باز بدن؛
- استعمال داروهای موجود در قوطی امداد انفرادی (آتروپین برای عامل اعصاب، آمیل نیتريت استنشاقی برای عامل سیانور)؛
- دور شدن از محیط آلوده و یا حداقل از کانون آلودگی، خارج شدن از مناطق پست و رفتن به مناطق

مرتفع در خلاف جهت باد؛

- تعویض تمام لباس‌ها؛
- عدم خوردن و آشامیدن آب و غذای آلوده؛
- گزارش محل دقیق آلوده به مسئولان جهت رفع آلودگی منطقه.

۳. مرحلهٔ سوم رفع آلودگی و عملیات خنثی‌سازی است. این مرحله بیشتر برای سلاح شیمیایی نسبتاً پایدار مثل خردل کاربرد دارد. رفع آلودگی محیط غالباً با پاشیدن پودرها و یا مایعات تحت فشار بر روی منطقهٔ آلوده انجام می‌شود. سپس محل انفجار گاز خردل باید به مساحت 3×3 و عمق $1/5$ متر خاک‌برداری و رفع آلودگی گردد. افراد آلوده معمولاً در اورژانس‌های شرمه رفع آلودگی می‌شوند. به این صورت که ابتدا باید پس از خارج کردن تمام لباس‌ها، فرد آلوده با آب ولرم شست‌وشو داده شود و سپس این شست‌وشو با آب و صابون تا برداشتن لایهٔ شاخی پوست ادامه یابد و درنهایت درصورت آلوده شدن فرد به خردل، شست‌وشو با خنثی‌کننده مانند تیوسولفات کامل شود.

کادر درمانی برای عملکرد مناسب در برخورد با مصدومان عوامل شیمیایی، ابتدا باید حفاظت شخصی را جدی بگیرند. آن‌ها باید با پوشش مناسب، خود و همراهانشان را از تماس با عوامل شیمیایی و مصدوم شدن محافظت کنند. سعی کنند به مصدوم آسیب نرسانند. لباس‌های فرد آلوده را خارج کنند و سطوح بالقوهٔ آلودهٔ بدن را با هیپوکلریت $0/5$ درصد پاک‌سازی کنند. پادزهر مناسب را تجویز کنند. از کامل بودن پاک‌سازی مصدوم در ایستگاه پاک‌سازی مطمئن شوند. از آلوده شدن مرکز درمانی جلوگیری کنند.

ساختار اورژانس‌های شیمیایی در بیمارستان‌های صحرایی در دفاع مقدس که در نزدیکی جبهه‌ها تأسیس شده بود، به گونه‌ای بود که برنامهٔ تریاژ مصدومان به‌نحو مناسب صورت می‌گرفت. براساس شدت عوارض و نیز چگونگی ارائهٔ خدمات درمانی، مصدومان به چهار گروه تقسیم می‌شدند. گروه «الف» مصدومان با اختلال سطح هشیاری یا درحال اغما که مستقیماً با برانکارد و لباس‌های آلوده به آی‌سی‌یو منتقل می‌شدند و در آنجا اقدامات رفع آلودگی هم‌زمان با درمان انجام می‌شد. گروه «ب» کاملاً هشیار بودند، ولی علائم شدید مسمومیت داشتند. گروه «ج» دارای حال عمومی نسبتاً خوب با علائم مسمومیت جزئی بودند. گروه «د» افراد با حال عمومی خوب و بدون علائم مسمومیت که گمان می‌کردند بیماراند. گروه «د» توجه می‌شدند که جهت جلوگیری از مسمومیت در بیمارستان و تسهیل در درمان هم‌زمان، از بیمارستان فاصله بگیرند. بیماران گروه‌های «ب» و «ج» پس از ورود به اورژانس، لباس‌ها و تجهیزات آلودهٔ خود را تحویل می‌دادند و برای رفع آلودگی پوستی به حمام می‌رفتند. گروه «ب» پس از خروج از حمام جهت بستری روی تخت اورژانس به فضای «ب» و گروه «ج» جهت درمان سرپایی به فضای «ج» هدایت می‌شدند. پرسنل مستقر در هر فضا، برنامهٔ درمان مخصوص آن گروه را اجرا می‌کردند. فضای «الف» بدحال‌ترین مصدومان را داشت؛ لذا مجرب‌ترین پرسنل در آنجا مستقر بود و اکثر درمان‌ها به‌صورت داخل وریدی انجام می‌شد. فضای «ب» برای مصدومان با حال متوسط بود که مدتی را روی تخت استراحت می‌کردند و همهٔ درمان‌ها در شرایط بحرانی به‌صورت عضلانی انجام می‌شد. فضای «ج» برای مصدومان خفیف بود و از درمان‌های خوراکی برای آن‌ها استفاده می‌شد. در شرایط بحرانی، از درمان گروه «ج» صرف‌نظر کرده، آنان را در نقاط امن در فضای خارج از اورژانس نگه‌داری می‌کردند. این گروه در زمان مناسب به پشت جبهه انتقال می‌یافتند. لذا در شرایط بحرانی بهتر است فضای نقاط‌نگاهی کافی در پشت جبهه ساخته شود که متناسب با تریاژ به سه گروه اصلی مصدومان اختصاص یابد. ازخودگذشتگی کادر پزشکی و مدیریت جهادی آن‌ها در تریاژ و درمان مصدومان جنگ تحمیلی باعث شد تعداد شهدای ناشی از سلاح‌های شیمیایی بسیار کمتر از مصدومان باشد. بسیار ضروری است که در شرایط صلح، تجهیزات و تمهیدات لازم برای حفاظت از نیروها، مواد و واحدها و آموزش انجام شود و همیشه بازنگری و به‌روزرسانی گردد. همچنین همکاری بین بخش نظامی و غیرنظامی باید گسترش یابد و روش‌های آمادگی در حوزه‌های مختلف، به‌خصوص بهداشت و درمان، ازجمله در بیمارستان‌ها به‌صورت مستمر تمرین گردد. [۲۳]

۱۳. اقدامات اولیه و احیای مجروحان حوادث شیمیایی (درس‌هایی از امداد و درمان در دفاع مقدس)

در درمان اولیه مصدومان سعی شود ابتدا نارسایی تنفسی با برقراری راه تنفسی درمان شود. خون‌ریزی شدید کنترل و پادزهر متناسب با عامل شیمیایی تجویز شود. صورت و ماسک مصدوم پاک‌سازی گردد. لباس‌های آلوده خارج و پوست با لقه‌آلوده پاک‌سازی شود. درمان اورژانسی برای شوک، زخم‌ها و شکستگی باز انجام شود. درمان طبی حمایتی تا جایی که منابع معتبر پزشکی اجازه می‌دهد، صورت گیرد و بیمار پس از پایداری، به منطقه‌ای عاری از آلودگی و بیمارستان صحرایی انتقال یابد.

قدم اول در مواجهه با مصدوم با سولفور mustard، دور کردن وی از محیط و منبع آلوده و رفع آلودگی از وی است. پس از خارج کردن لباس‌های آلوده، باید نقاط آلوده بدن را با استفاده از خاک فولر در مقادیر زیاد پاک‌سازی کرد. شست‌وشو با حلال‌های آلی نظیر کروزن (پارافین) و به دنبال آن استفاده از آب و صابون نیز بسیار مفید است. این شست‌وشو باید تا ۳۰ دقیقه پس از تماس ادامه یابد. درمورد آلودگی چشم، باید بلافاصله شست‌وشو چشم با آب انجام شود. کیت M-۱۲۹ در غیرفعال کردن mustard بسیار مؤثر است. کارکنان نظامی پودر یا مایع پاک‌سازی همراه داشته باشند تا در صورت نیاز فوراً استفاده کنند. درمورد مسمومیت‌های شیمیایی با گاز خردل هیچ نوع درمان اختصاصی وجود ندارد و فقط درمان‌های تسکین‌دهنده پیشنهاد شده است. برای مقابله با درد می‌توان از انواع مسکن‌ها استفاده کرد؛ اما به سبب ترس و وحشت مصدوم از وضعیتش، توصیه شده از ضد درد ملایم به همراه دیازپام استفاده شود. جهت رفع خارش بیمار، می‌توان از آنتی‌هیستامین‌ها، نظیر پرومتازین، استفاده کرد. در نواحی مبتلا به اریتم و تاول‌های خفیف از لوسیون‌های ملایم مثل کالامین و ترکیبات رقیق استروئیدی مانند لوسیون هیدروکورتیزون نیز می‌توان استفاده کرد. در مواجهه با ضایعات پوستی (تاول، نکروز و زخم) مانند اقدامات لازم در سوختگی عمل شود. درمان باز و بدون پانسمان یا پانسمان مرطوب به همراه استفاده از کرم سیلورسولفادایازین برای کنترل عفونت از جمله اقدامات مؤثر است. در ضایعات گسترده و وسیع درجه دو و سه، احتمالاً به مراقبت‌های شدیدتری نیاز است. در آلودگی چشمی هم این اقدامات باید انجام شود: شست‌وشو با محلول نرمال سالین بلافاصله پس از تماس (پانزده دقیقه اول پس از تماس)، استفاده از وازلین بر روی حاشیه فولیکولار برای جلوگیری از چسبندگی و استعمال قطره‌های بی‌حس‌کننده موضعی مثل تتراکائین برای بی‌درد کردن. برای برطرف کردن دردهای شدید از ضد دردهای نارکوتیک هم می‌توان استفاده کرد. برای پیشگیری از عفونت چشمی قطره کلرامفنیکل چشمی و برای جلوگیری از چسبندگی عنبیه به قسمت مرکزی عدسی داروهای میدریاتیک مثل قطره چشمی هماتروپین را می‌توان به کار گرفت. در صورت التهاب عنبیه، این قطره‌ها درد ناشی از اسپاسم عنبیه را کاهش می‌دهند. نیز استفاده از عینک‌هایی با شیشه تیره فتوفوبیا را کاهش می‌دهد. درمورد اثرات و ضایعات تنفسی ایجاد شده می‌توان از داروهای ضد سرفه، برنکودیلاتور و آنتی‌بیوتیک‌های سیستمیک استفاده کرد. البته آنتی‌بیوتیک انتخابی نباید اثرات دپرسیون مغز استخوان داشته باشد. چنانچه ضایعات تنفسی پیچیده و وخیم باشد، بیمار باید تحت مراقبت‌های ویژه قرار گیرد. دپرسیون مغز استخوان ناشی از گاز خردل معمولاً با دارودرمانی برگشت پذیر نخواهد بود. اگر آئمی آپلاستیک شدیدی اتفاق افتاده باشد، ترانسفوزیون گرانولوسیت‌ها و پلاکت‌ها و در مراحل بعدی گلبول‌های قرمز توصیه شده است.

سایر اقدامات توصیه شده براساس تجربیات بالینی:

۱. استفاده از داروهای ضد استسفرغ مثل فنوتیازین‌ها؛
۲. استعمال هپارین به منظور جلوگیری از ترمبوز وریدی عمیق؛
۳. استفاده از متیل پردنیزولون به صورت تک دوز (۲ گرم) جهت محافظت عمومی در برابر صدمات بافتی؛
۴. به کار بردن ویتامین‌های C و B۱۲ و فولیک اسید؛

۵. استفاده از تیوسولفات سدیم ۳۰ درصد به صورت انفوزیون وریدی (مطرح شده در بعضی منابع برای کاهش خواص سمی خردل).

درمان مسمومیت با عوامل اعصاب از بسیاری جهات شبیه درمان مسمومیت با حشره کش های ارگانوفسفر است. همانند سایر مسمومیت ها با سلاح های شیمیایی، حتی الامکان باید منبع و منشأ آلودگی برطرف شود. افرادی که لباس های محافظتی و دستکش های نفوذناپذیر و ماسک به تن دارند، باید لباس های آلوده مصدوم را خارج کنند. شروع سریع درمان اهمیت زیادی دارد. در همه موارد، درمان مؤثر برای جلوگیری از تماس بیشتر با عامل، به مهار اثرات استیل کولین و حفظ تنفس مصدوم بستگی دارد. فرد ارائه کننده کمک های اولیه نباید به بیمار تنفس مصنوعی دهان به دهان بدهد. باید تنفس به کمک کیسه (آمبویگ) مجهز به فیلترهای مناسب و مواد محافظتی به بیمار داده شود. داروهای اصلی مورد استفاده در درمان مسمومیت با گازهای اعصاب، داروهای آنتی کولینرژیک از جمله آتروپین همراه با اکسیم های پیریدینیم مثل پرایدوکسیم و مهارکننده های سیستم عصبی مرکزی مثل دیازپام هستند. باید هر رزمنده کیت های ۲ میلی گرم آتروپین سولفات تزریقی، ۶۰۰ میلی گرم پرایدوکسیم کلرید و ۱۰ میلی گرم دیازپام جهت درمان اولیه مصدومیت با عوامل اعصاب را همراه داشته و بلافاصله بعد از مواجهه با عامل اعصاب از آن ها استفاده کند. قبل از مواجهه، برای پیش درمانی، می توان قرص پیریدوستیگمین بروماید مصرف کرد. امروزه ترکیب آنزیم های فسفوتری استرازها (که اورگانوفسفات ها را متابولیزه و به متابولیت های کم خطر تبدیل می کنند) همراه با فیزوستیگمین به عنوان درمان اولیه در مواجهه با مسمومیت های عوامل اعصاب به خصوص به عنوان پادزهر برای مسمومیت با سارین مطرح است. [۲۴]

۱۴. عوارض بعدی (کوتاه مدت و بلند مدت) گازهای شیمیایی جنگی و کنترل آن ها بر اساس تجارب حاصل از درمان این مجروحان

سلاح های شیمیایی، به ویژه گاز خردل، عوارض و آسیب های دیررسی را نشان می دهند که بیشتر مربوط به سیستم تنفسی و چشم هاست. عوارض مزمن ریوی به صورت های مختلف بروز می کند. شایع ترین آن برونشیت مزمن است که علائمش به طور متناوب ظاهر می شود که ناشی از عفونت و افزایش ترشحات مخاط مجاری هوایی و نیز تشدید برونکواسپاسم است. فیروز پارانشیم ریه و آسم از دیگر عوارض دیررس مسمومیت با گاز خردل است. اتساع برگشت ناپذیر راه های هوایی که برونشکتازی نامیده می شود، در برخی مصدومان دیده می شود. شیوع کانسر ریه در افراد شاغل در کارخانجات تولید کننده مواد آلکیل کننده بیشتر است. از آنجایی که اغلب تغییرات پاتولوژیک ایجاد شده در ریه بر اثر استنشام گاز خردل، برگشت ناپذیر است، تلاش درمانی برای بیماران حال حاضر محدود به علامت درمانی بوده و بیشتر مربوط به کنترل عفونت و جلوگیری از پیشرفت ضایعات است. برونکودیلاتورها (مثل آگونیست های بتا ۲ آدرنرژیک، متیل گزانتین ها و آنتی کولینرژیک ها)، کورتیکواستروئیدها و آنتی بیوتیک ها مورد استفاد قرار می گیرند. [۲۱]

۱۵. حفاظت کادر پزشکی در عمل جراحی مجروحانی که هم زمان با گازهای شیمیایی آلوده شده بودند

اولین گام رفع آلودگی است. باید لباس های مصدوم خارج شود و به پاک سازی اولیه پوست و زخم با هیپوکلریت (سفید کننده خانگی) ۰/۵ درصد پرداخت. نیز بانداژها، تورنیکه ها، آتلها و گچ ها را تعویض کرد. برای تهیه هیپوکلریت ۰/۵ درصد، یک واحد سفید کننده خانگی با ۹ واحد آب مخلوط شود. این محلول برای شست و شوی پوست و زخم ها به جز چشم، حفره صفاقی (باعث چسبندگی می شود) و آسیب های سیستم عصبی و نیز برای پاک سازی ابزار، لباس ها و سایر اشیای بی جان مناسب است. جراحان و کمک جراحان باید دستکش مناسب از جنس

لاستیک بوتیل (۱) یا دو دستکش جراحی لاتکس استفاده کنند و آن‌ها را زودبه‌زود تعویض کنند. باید اطمینان حاصل شود از اینکه جسم خارجی یا مواد غلیظ شده در زخم نمانده باشد. برش زخم و دبریدمان باید بدون تماس انجام شود. قطعات جداشده بافتی باید در ظرف حاوی هیپوکلریت ۰/۵ درصد انداخته شود. زخم‌های سطحی باید با هیپوکلریت ۰/۵ درصد کاملاً شسته شود و سپس با مقادیر زیاد نرمال سالین شست‌وشو داده شود. پس از فرایندهای جراحی، وسایل جراحی و هرگونه ماده‌ای که تماس احتمالی با آلودگی داشته، باید در هیپوکلریت ۰/۵ درصد به مدت ۱۰ دقیقه قرار گیرد و سپس شست‌وشو و استریل‌سازی متعارف وسایل پزشکی صورت گیرد. لباس‌ها، پارچه‌ها و روتختی‌های آلوده باید با هیپوکلریت ۰/۵ درصد پاک‌سازی شود.

۱۶. تاریخچه جنگ‌افزارهای هسته‌ای

جنگ‌افزار پرتوی یا دستگاه پراکنش پرتویی به هر نوع جنگ‌افزاری اطلاق می‌شود که با هدف گشتن یا تخریب، به پراکندن مواد پرتوزا بپردازد. [۲۵] این سلاح‌ها در طول تاریخ فقط دو بار در جنگ جهانی دوم توسط آمریکا علیه متحد آسیایی در شهرهای هیروشیما مورد استفاده قرار گرفت. (۲) تاریخچه کاربرد این سلاح‌های جنایتکارانه علیه بشر به این شرح است: (۳)

- اولین تلاش‌ها برای ساخت بمب اتمی در آلمان نازی آغاز شد؛ ولی موفق به تولید بمب اتمی نشدند. (۴)
- شیمی‌دانی به نام پل هارکت، از استادان دانشگاه هامبورگ، به توان بالقوه نیروی اتمی برای کاربردهای نظامی پی برد و در ۲۴ فوریه ۱۹۳۹ امکان استفاده از انرژی هسته‌ای به عنوان سلاحی با توان تخریبی نامحدود را طی نامه‌ای به وزارت جنگ در برلین اطلاع داد.
- ورنر کارل هایزنبرگ، فیزیک‌دان برجسته آلمانی، به‌طور غیررسمی سرپرست تیم تحقیقاتی آلمان برای ساخت بمب هسته‌ای شد.
- متعاقب اخطار آلبرت انیشتین، روزولت دستور ایجاد پروژه منهتن با هدف تحقیق در تولید بمب اتمی را با همکاری کشور انگلستان صادر کرد.
- تأسیساتی در لوس آلاموس در ایالت نیومکزیکو، اوک ریج در ایالت تنسی و همفورد در ایالت واشنگتن به کار گرفته شد.
- اولین بمب هسته‌ای به سرپرستی فیزیک‌دان برجسته، جی. آر. اوپنهاইمر، ساخته و در ۱۶ ژوئیه ۱۹۴۵ در ناحیه‌ای موسوم به ترینیتی در نیومکزیکو آزمایش شد.
- به فاصله کوتاهی در ۶ اوت ۱۹۴۵، بمب افکن اسکادران ۵۰۹ نیروی هوایی آمریکا موسوم به Enola Gay (که اکنون در موزه‌ای در واشنگتن نگهداری می‌شود)، از پایگاهی در جنوب اقیانوس آرام به پرواز درآمد و در ساعت ۸:۱۵ دقیقه به وقت محلی، بمب موسوم به پسر کوچک را بر شهر هیروشیما زاپین منفجر کرد.
- نام کشور ایالات متحده آمریکا به عنوان اولین و خبیث‌ترین نظام جنایتکار استفاده‌کننده از سلاح اتمی در تاریخ بشر ثبت شد.
- این بمب که در طراحی آن از ۶۴ کیلوگرم اورانیوم استفاده شده بود، از ارتفاع ۹۶۰۰ متری رها شد و در ارتفاع ۵۸۰ متری سطح زمین با شدتی معادل با انفجار ۱۵,۰۰۰ تُن تی‌ان‌تی منفجر شد.

1) Butyl rubber

(۲) بمباران اتمی هیروشیما، دانشنامه رشد، در: <http://daneshnameh.roshd.ir>

(۳) ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد.

(۴) جنگ‌افزار هسته‌ای، ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد.

- مجموع تلفات اولیه و گشته‌شدگان ناشی از عوارض این انفجار را بالغ بر ۱۴۰,۰۰۰ نفر انسان بی‌گناه تخمین می‌زنند.
- سه روز بعد، در ۹ اوت، انفجار بمب مرد چاق در شهر ناگازاکی ژاپن موجب کشتار ۷۴,۰۰۰ بی‌گناه دیگر شد. این بمب که در ساخت آن از پلوتونیوم به‌عنوان ماده شکافت‌پذیر استفاده شده بود، انفجاری به شدت ۲۱ کیلوئن تی‌ان‌تی ایجاد کرد.
- بمب دیگری نیز در پروژه منهدت تولید شده بود که هرگز از آن استفاده نشد.
- کلاوس فیوکس، یکی از فیزیک‌دانان آلمانی که درباره مواد فوق انفجاری (۱) با تیم اوپنهایم همکاری می‌کرد، طرح‌ها و جزئیات طراحی بمب آزمایش شده در ترینیتی را در اختیار جاسوسان شوروی قرار داد.
- در ۲۹ اوت ۱۹۴۹، اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی اولین آزمایش اتمی خود را با موفقیت انجام داد و غرب را در وحشت فروبرد. این انفجار موجب تسریع جنگ سرد و ایجاد رقابت تسلیحاتی بین امریکا و شوروی شد.
- ایالات متحده جهت حفظ برتری تسلیحاتی خود، تحقیق برای ساخت بمب گرمابهسته‌ای (هیدروژنی) را آغاز کرد.
- رابرت اوپنهایم به دلیل اتخاذ موضعی علیه ساخت تسلیحات هسته‌ای کنار گذاشته شد و ادوارد تلر هدایت عملی پروژه ساخت بمب هیدروژنی را برعهده گرفت.
- نخستین آزمایش بمب گرمابهسته‌ای با اسم رمز مایک در نوامبر سال ۱۹۵۲ در جزیره کوچکی به نام الوگالب در جزایر مارشال انجام شد. وزن تجهیزات به کاررفته در این انفجار شامل دستگاه‌های تبرید به بیش از ۶۵ تن می‌رسید.
- در این سیستم، مستقیماً از ایزوتوپ‌های دوتریوم و تریتیوم مایع استفاده می‌شد که به آن لقب بمب خیس داده بودند. پیش‌بینی می‌شد قدرت این انفجار معادل ۱ یا ۲ مگاتن تی‌ان‌تی باشد. اما برخلاف انتظار شدت انفجار معادل ۱۰,۴ مگاتن تی‌ان‌تی بود. نتایج انفجار بسیار هراسناک بود. قطر گوی آتشین حاصل از این انفجار به ۵ کیلومتر رسید. جزیره الوگالب تقریباً تبخیر شد و حفره‌ای به عمق ۸۰۰ متر و شعاع دهانه ۳ کیلومتر برجای ماند.

۱۷. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده

- «جنايات جنگی (در کنار جنايات علیه بشر و جنايت نسل‌کشی) با عناصر و استانداردهایی که عموماً به عنوان بخشی از حقوق عرفی بین‌المللی شناخته شده، در قوانین داخلی ایران جرم‌انگاری شود تا محاکم ایران بتوانند ضمن تحکیم پایه‌های هنجاری حقوق بین‌الملل، در جهت حمایت از قربانیان جنايات فجیع و مصائبی که بر ملت ایران رفته، به‌نحو مؤثر، و البته مستقل و بی‌طرفانه، ایفای نقش کنند.» [۲۶]
- آگاهی از مکانیسم، فیزیوپاتولوژی، اقدامات پیشگیرانه، درمان‌های فوری، عوارض و درمان‌های بعدی سلاح‌های نامتعارف در برنامه‌های درسی دانشجویان در رشته‌ها و مقاطع مختلف آموزش عالی سلامت گنجانده شود.
- در مطالعات بالینی دقیق، نتایج طولانی‌مدت کاربرد سلاح‌های شیمیایی بررسی و به‌صورت منابع معتبر علمی منتشر شود.
- مانورهای آمادگی برای مقابله با سلاح‌های نامتعارف برای شاغلان و مدیران حوزه سلامت، با مسئولیت سازمان پدافند غیرعامل و مؤسسه بهداری رزمی برگزار شود.

۱۸. منابع

- [۱] خالقی، ابوالفتح. نبوی، نعمت‌اله. به‌کارگیری سلاح‌های نامتعارف از منظر حقوق بین‌الملل کیفری و اسلام. پژوهش تطبیقی حقوق اسلام و غرب، ۲۵. ۴. زمستان ۱۳۹۴. صص ۱۹-۴۲.
- [۲] رضایی، مسعود. تفاوت‌های تسلیحات نامتعارف با تسلیحات ممنوعه. در: <http://jangaavarar.ir>.
- [3] United Nations Treaty Collection. Convention on the Prohibition of the Development. Accessed 14 January 2009.
- [۴] شهریار خاطری، احمد، جنتی، محب. جنگ شیمیایی عراق علیه ایران به روایت اسناد سازمان ملل متحد. تهران: بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش‌های دفاع مقدس. ۱۳۸۶.
- [۵] بلالی‌مود، مهدی. بلالی‌مود، کیا. دانایی، غلامحسن. قائنی‌نژاد، الهه. مسمومیت با عوامل شیمیایی جنگی اعصاب. فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۵. ۳. پاییز ۱۳۸۵. صص ۲۴-۵.
- [۶] نویخت، محمد. جنگ‌های نوین، مجموعه دستورالعمل‌های خودامدادی و دگرامدادی. مرکز طب دریا، فرماندهی بهداشتی نیروی دریایی سپاه. زمستان ۱۳۸۹.
- [۷] خسروی، بهرام. جنگ‌افزارهای بیولوژیک. مجله علمی ابن‌سینا، س ۱۲، ۴. زمستان ۱۳۸۸.
- [8] Gillis, Melissa. Disarmament: A Basic Guide. 4 ed. Office for Disarmament Affairs New York: United Nations. October 2017. pp. 26-30.
- [۹] لطفیان، سعیده. نظریات مختلف تداول تسلیحات اتمی. مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی. ۳۶۵. بهار ۱۳۷۶. صص ۱۶۷-۱۹۷.
- [۱۰] مؤمنی، حجت‌الله. تاریخچه سلاح‌های شیمیایی. در پایگاه اینترنتی راسخون. <https://rasekhoon.net>.
- [۱۱] شبانه، رحیم. کاربرد ابزارها و سلاح‌های شیمیایی در تاریخ. رشد آموزش تاریخ، ۲۰۵. ۱. پاییز ۱۳۹۷.
- [12] York, Geoffrey. Mick, Hayley. Last Ghost of the Vietnam War. The Globe and Mail, July 12, 2008.
- [13] Pellow, David N. Resisting Global Toxics: Transnational Movements for Environmental Justice. MIT Press. 2007. p. 159.
- [۱۴] شریفی‌مقدم، محمود. سیر تحول جنگ‌افزارهای شیمیایی، مجله شیمی. مرکز نشر دانشگاهی. س ۴. ۱. ۱۳۷۰. صص ۴۳-۷.
- [۱۵] فرهمندی، سیف‌اله و همکاران. طرح پژوهشی اثرات عوامل شیمیایی جنگی بر روی گیاهان و جانوران. دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی، واحد شهید بهشتی. تاریخ خاتمه مهر ۱۳۶۸. در: <https://www.sid.ir>.
- [۱۶] حمله شیمیایی به حلبچه. ویکی‌پدیا دانشنامه آزاد. در: <https://fa.wikipedia.org/wiki>.
- [۱۷] پژوهشگاه علوم و معارف دفاع مقدس. آشنایی با تاریخ دفاع مقدس. در: <http://www.dscc.ir>.
- [18] Dacre JC, Goldman M. Toxicology and pharmacology of the chemical warfare agent sulfur mustard, Pharmacol. Rev. 48. 1992. pp. 289-326.
- [۱۹] معین، اطهر. دادی، سیدمسعود. مروری بر عوارض حاد و مزمن تماس با سولفور موستارد. پوست و زیبایی، ۲۵. ۱. بهار ۱۳۹۰. صص ۳۵-۴۶.
- [۲۰] اعتضادرضوی، محمد. حافظی، مهرداد. محمودی، محمود. بلالی‌مود، مهدی. عوارض دیررس چشمی ناشی از گاز خردل و ارتباط آن با شدت عوارض دیررس پوستی، تنفسی، خونی و ایمونولوژیک. مجله چشم‌پزشکی بینا. ۱۱۵. ۲. زمستان ۱۳۸۴. صص ۲۱۳-۲۲۱.
- [۲۱] فروتن، سیدعباس. روایتی از تاریخ پزشکی دفاع مقدس. فرهنگستان علوم پزشکی. تهران: انتشارات سوره مهر. ۱۳۹۷. صص ۱۰۹-۱۱۰.
- [۲۲] بلالی‌مود، مهدی. بلالی‌مود، کیا. دانایی، غلامحسن. قائنی‌نژاد، الهه. مسمومیت با عوامل شیمیایی جنگی اعصاب. فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۵. ۳. پاییز ۱۳۸۵. صص ۱۵۹-۱۰.
- [۲۳] ثقفی، عبدالله. غلامی، حمیدرضا. قارداشی، حسین‌علی. روش‌های کاربردی برای آمادگی بیمارستان‌ها در مواجهه با انبوه مصدومین حملات شیمیایی. مجله علمی ابن‌سینا / اداره بهداشت و درمان نهجا. س ۱۳. ۴ و ۳. پاییز و زمستان ۱۳۸۹. صص ۶۸۶-۶۸.
- [۲۴] فرخشاهی، جهانبخش. فرخشاهی، سوسن. مراقبت پرستاری از مجروحین شیمیایی. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم. ۲۱ و ۲۲. بهار و تابستان ۱۳۹۲. صص ۴۵۴۳-۴۵.
- [۲۵] پورنقندی، علی‌رضا. فیزیک هسته‌ای، تشعشعات و پروتئنده‌های صنعتی براساس اصل ALARA. همایش بین‌المللی افق‌های نوین در علوم پایه و فنی و مهندسی. تهران: انجمن افق نوین علم و فناوری. ۱۳۹۵. در: https://www.civilica.com/Paper-THCONF01-THCONF01_079.html.
- [۲۶] شریفی طرازکوهی، حسین. مدرس سبزواری، ساسان. کاربرد تسلیحات شیمیایی در جنگ ایران و عراق از منظر حقوق بین‌الملل کیفری. فصلنامه پژوهش حقوق عمومی. ۱۸۵. ۵۲. پاییز ۱۳۹۵. صص ۱۲۹-۱۵۲.

۱۹. منابع بیشتر برای مطالعه

- کلیاتی درمورد تاریخچه، فیزیوتولوژی و علامت‌شناسی، اصول حفاظت شخصی و جمعی و اماکن بهداشتی درمانی در حملات بیولوژیک، تریاژ، اقدامات اولیه و احیای مصدومین.
- آشنایی با تهدیدات جدید و توصیه‌های استاندارد برای پیشگیری و کنترل حوادث هسته‌ای جنگی و غیرجنگی در زمان حاضر و آینده.
- راهنمای کاربردی مدیریت درمان مصدومین جنگ شیمیایی OPCW. ۲۰۱۶. در: <https://www.opcw.org>.
- ولایتی، علی‌اکبر. تاریخ سیاسی جنگ تحمیلی. دفتر نشر فرهنگ اسلامی. ۱۳۷۶.
- کارون، ر. هیوم. سازمان ملل متحد، ایران و عراق. ترجمه هوشنگ راسخی عزمی ثابت. دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی. ۱۳۷۶.
- مصفا، نسرین و همکاران. تجاوز عراق به ایران و موضع‌گیری‌های سازمان ملل متحد. مرکز مطالعات عالی بین‌المللی دانشکده حقوق و علوم سیاسی.

فصل پانزدهم

عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ

پدیدآورندگان:

دکتر احمدعلی نوربالافتی، دکتر فاطمه رنجبر

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه

معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

شناخت عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ

اهداف اختصاصی:

- تبیین زمینه‌ها، علل، انواع و عوارض روانی و عصبی و اصول کنترل آن‌ها در حوادث جنگی و غیرمترقبه
- نگاهی به تاریخچه این موضوع
- آگاهی از زمینه‌ها و مکانیسم‌های بروز عوارض عصبی و روانی جنگ
- مقایسه عوارض عصبی و روانی در شرایط جنگی با شرایط عادی
- بحث پیشگیری و آموزش
- اطلاع از زمینه‌های قابل پیشگیری و روش‌های پیشگیری از عوارض عصبی و روانی در جنگ
- توانمندی مواجهه با مصدومان اعصاب و روان در شرایط کاملاً بحرانی میدان جنگ و بعد از آن
- توانایی تداوم اقدامات بعد از کنترل اولیه، قبل از انتقال به منطقه غیرجنگی و بعد از آن
- معرفی اختلال PTSD
- آشنایی با تجارب دفاع مقدس و بعد از آن

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۳۲۹
۲. واژه‌های کلیدی	۳۲۹
۳. روش تدوین	۳۲۹
۴. ادبیات نظری موضوع	۳۲۹
۱-۴. تعریف عوارض عصبی و روانی جنگ	۳۲۹
۲-۴. تعریف سلامت روان	۳۲۹
۳-۴. استرس	۳۳۰
۴-۴. اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)	۳۳۰
۵-۴. اختلالات وابسته به جنگ	۳۳۰
۶-۴. اختلالات نوروتیک	۳۳۰
۷-۴. اختلال رفتاری و روانی	۳۳۰
۸-۴. موج انفجار	۳۳۰
۹-۴. عوارض روانی موج انفجار	۳۳۱
۵. تاریخچه عوارض عصبی و روانی جنگ	۳۳۱
۶. اهمیت توجه به عوارض عصبی و روانی جنگ	۳۳۳
۷. همه‌گیرشناسی	۳۳۴
۸. همه‌گیرشناسی در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران	۳۳۴
۹. سبب‌شناسی اختلالات عصبی و روانی جنگ (علل بیولوژیک، روانی، اجتماعی و معنوی)	۳۳۶
۱-۹. نظریه‌های زیستی مربوط به PTSD	۳۳۶
۲-۹. نظریه‌های روان‌شناختی	۳۳۷
۳-۹. عوامل زمینه‌ای	۳۳۷
۴-۹. عوامل آشکارساز	۳۳۸
۱۰. تشخیص	۳۳۸
۱۱. تشخیص افتراقی	۳۳۹
۱۲. سیر و پیش‌آگهی	۳۳۹
۱۳. درمان و اداره بیمار	۳۴۰
۱-۱۳. درمان دارویی	۳۴۰
۲-۱۳. رفتاردرمانی	۳۴۱
۳-۱۳. روان‌درمانی	۳۴۱
۱۴. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده	۳۴۲
۱۵. خاطره‌ای از استاد فقید دکتر مهدی بیگدلی از خدمت در دفاع مقدس	۳۴۳
۱۶. منابع	۳۴۴
۱۷. منابع بیشتر برای مطالعه	۳۴۵

۱. مقدمه و بیان مسئله

از منظر سلامت روان، جنگ پدیده‌ای ناخوشایند، استرس‌زا و تهدیدکننده سلامت نظامیان، مردم مناطق درگیری و کل جامعه است. عوارض روانی جنگ از دیرباز شناخته شده است. در نوشتجات کلاسیک، اولین بار طی جنگ‌های داخلی قاره آمریکا (۱۸۶۱-۱۸۶۵م)، پزشکان اختلالات روانی سربازان را توصیف کردند. [۱] در وقایع نظامی بزرگ قرن بیستم، مانند جنگ‌های جهانی اول و دوم، جنگ کره و جنگ ویتنام، ابعاد بیشتری از عوارض روانی جنگ در نیروهای رزمنده، غیرنظامیان مناطق درگیری و سایر مردمی که تحت تأثیر عواقب جنگ قرار می‌گیرند، روشن شده است. جنگ تحمیلی عراق علیه نظام نوپای جمهوری اسلامی ایران با درگیری‌های وسیع و همه‌جانبه نظامی و مدت طولانی هشت سال، بزرگ‌ترین درگیری نظامی تاریخ معاصر بعد از پایان جنگ ویتنام به‌شمار می‌رود.

نام‌گذاری دفاع مقدس در ایران از ویژگی‌های بارز و ممتازی بود که بر روند ظهور و بروز عوارض روانی اثرگذار بوده است؛ چون انگیزه غالب مدافعان و رزمندگان دفاع از میهن و ارزش‌های متعالی انقلاب و نیز حضور اکثر شرکت‌کنندگان در جنگ به‌شکل داوطلبانه بوده است. پژوهش مبتنی بر شواهد و شناخت دقیق بیماری‌های روانی ناشی از جنگ تحمیلی، هم به روند درمان مصدومان مزمن قلبی و بیماران بعدی حوادث مشابه کمک می‌کند و هم الگوی کنترل این نوع عوارض را برای آمادگی و مقاومت در آینده ترسیم می‌نماید.

۲. واژه‌های کلیدی

اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)، سلامت روانی جنگ، عوارض نوروسایکپاتری جنگ.

Key Words

Neuropsychiatric War Complication, Post Traumatic Stress Disorder, War Mental Health.

۳. روش تدوین

در نگارش این فصل از روش‌های کتابخانه‌ای (مرور برگزیده منابع منتشرشده به زبان فارسی و لاتین)، بحث متمرکز گروهی، نگارش تجربیات برگزیده، برگیری از آثار منتشرشده و نیز تجربه طولانی‌مدت نویسنده استفاده شده است.

۴. ادبیات نظری موضوع

۴-۱. تعریف عوارض عصبی و روانی جنگ

بروز علائم عصبی و روانی^(۱) به دنبال تجربه مستقیم و غیرمستقیم حادثه استرس‌زای شدید جسمی و روانی مربوط به جنگ را عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ می‌گویند. در ادامه منتخبی از مفاهیم مرتبط توصیف شده است.

۴-۲. تعریف سلامت روان

سلامت روانی حالت بهینه خوب بودن روانی و فراتر از نبود اختلال‌های روانی و دربرگیرنده این ابعاد است: خوب بودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان‌نسلی، خودشکوفایی، توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی. [۲]

«در جدیدترین تعریف در سال ۲۰۱۴، بهداشت روانی حالتی از خوب (سالم) بودن تعریف شده که هر فردی از توانمندی‌هایش درمی‌یابد که می‌تواند با تنش‌های عادی زندگی مقابله کند، قادر است کار مفید و شریبخش انجام دهد و توان مشارکت با جامعه‌اش را دارد.»

۳-۴. استرس

استرس از لغت لاتین stringer به معنای «سختی» گرفته شده و عبارت است از واکنش تطبیقی به عامل درونی یا بیرونی که با پیامدهای فیزیولوژیکی، رفتاری، شناختی و روان‌شناختی متعدد، فرد را از حالت عادی خارج می‌کند. عامل ایجاد استرس استرسور نامیده می‌شود که ممکن است حاد یا مزمن، متوالی یا متناوب، شدید یا ضعیف باشد. جنگ و حوادث متعدد آن از عوامل استرس‌زای مهم به‌شمار می‌رود. [۳]

۴-۴. اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)

نوعی اختلال اضطرابی است که متعاقب رویداد استرس‌زای غیرقابل تحمل (نظیر جنگ، زندگی در اردوگاه‌های اسیران جنگی، سیل، حوادث رانندگی و وحشت به دلایل دیگر) رخ می‌دهد. نشانه‌های بالینی اصلی آن عبارت‌اند از: احساس دردناک تجربه مجدد رویداد^(۱)، اجتناب^(۲)، بی‌تفاوتی هیجانی^(۳) و بیش‌برانگیختگی^(۴) نسبتاً دائم. [۴]

۵-۴. اختلالات وابسته به جنگ

یکی از عواقب و تبعات بسیار مهم جنگ، تأثیر در سلامت روان نیروهای رزمنده، غیرنظامیان مناطق جنگی و شهروندان دور از میادین جنگ است. تحقیقات در جامعه عمومی افزایش معنادار بروز و شیوع عوارض روانی را نشان داده است. زنان بیش از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند. کودکان، سال‌خوردگان و افراد ناتوان نیز مستعد ابتلا هستند. شیوع این اختلالات وابسته به جنگ به عواملی نظیر شدت تروما، و دسترسی به حمایت‌های فیزیکی و روانی و عاطفی^(۵) بستگی دارد. استفاده از راهبردهای مذهبی و فرهنگی برای مواجهه با این نوع عوارض ناشی از جنگ رایج است. [۵]

۶-۴. اختلالات نوروتیک

واژه نوروتیک در فارسی به روان‌رنجور (اختلال خفیف) و کلمه سایکوتیک به روان‌پریش (اختلال شدید) ترجمه شده است. برجسته‌ترین تفاوت اختلال سایکوز و نوروز بر درجه آگاهی شخص از حالت خود مبتنی است. در اختلالات نوروتیک، افراد به خود آگاهی دارند، قادرند واقعیات دنیای خارج از خود را ارزیابی کنند و رفتار آن‌ها درمقابل هنجارهای جامعه اختلال جدی ندارد. وسواس، اضطراب و ترس‌های مرضی از نمونه اختلالات نوروتیک هستند. [۶] اختلالات نوروتیک، شامل اختلالات اضطرابی و افسردگی، رایج‌ترین اختلالات روانی حاد مشاهده‌شده در رزمندگان بوده است. [۷]

۷-۴. اختلال رفتاری و روانی

اختلال رفتاری و روانی حالات قابل توجه بالینی است که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان و رفتار مشخص و یا با ناراحتی، تشویش شخصی و اختلال کارکرد زندگی همراه باشد. این تغییرات در گستره هنجارهای جامعه قرار نمی‌گیرد و به‌طور واضح غیرعادی، بیمارگونه، مداوم یا عودکننده است. [۷]

۸-۴. موج انفجار

از نقطه هر انفجار امواجی به اطراف ساطع می‌شود و در جوانب مختلف گسترش می‌یابد. علت بروز موج

1) re experience

2) avoidance

3) emotional numbing

4) hyper arousal

5) physical and emotional support

انفجاری، توسعه گازهای سوزان و فشرده‌ای است که از انفجار با سرعت به خارج حرکت می‌کند و فشار اتمسفر اطراف را بالا می‌برد. فیزیک امواجی که در لحظات بعدی به اطراف گسترده می‌شود، سرعتهای فیزیک امواج اولیه زیادتر است؛ زیرا از داخل هوایی عبور می‌کند که توسط فیزیک امواج اولیه گرم شده است. به همین دلیل این فیزیک امواج ثانویه در زمانی معین به فیزیک امواج اولیه می‌رسند و فشارشان با هم همراه می‌شود و یک سطح را تشکیل می‌دهند که جبهه ضربه (جبهه موج) خوانده می‌شود. هنگامی که جسمی در برابر این جبهه قرار گیرد، فشار رویه‌ای آن بالا می‌رود و در یک لحظه بسیار کوتاه به حداکثر اندازه خود می‌رسد. این فشار به سادگی جسم را دور می‌زند و از همه طرف آن را احاطه می‌کند و می‌فشارد. [۸]

در تعدادی زیادی از افرادی که با امواج انفجاری مواجه می‌شوند، انفجارات جنگی ظرفیت بالقوه‌ای برای آسیب‌رسانی گشوده به سیستم‌ها، اعضا و جوارح مختلف بدن دارند. شدت آسیب‌ها به عواملی مانند مقدار و ترکیب مواد انفجاری، محیط اطراف، نوع کاربرد سلاح انفجاری، فاصله قربانیان با کانون انفجار، موانع حفاظتی و عایق‌های محیطی بستگی دارد. از آنجا که در قربانیان امواج انفجاری، آثار ظاهری تروما در سطح بدن مشهود نیست، ضوابط تریاژ، معاینه، اقدامات احیای اولیه، تشخیص و درمان در این گروه از بیماران متفاوت با دیگر مجروحان و حساس‌تر از آن‌هاست. [۹]

۹-۴. عوارض روانی موج انفجار

پس از موج انفجار در جنگ، شخص دچار صدمات جسمی و آسیب‌های روانی همراه با علائمی همچون فراموشی، اختلال رفتاری، پرخاشگری، اختلال در درک زمان و مکان و مسائل شناختی می‌شود که در صورت درمان به موقع، پس از چند روز یا چند هفته به حالت طبیعی یا نسبتاً طبیعی برمی‌گردد.

برخی از مصدومان اعصاب و روان و حتی غیراعصاب و روان دارای مشکلاتی نظیر اختلال در خواب، تکرار سوانح اتفاق افتاده در خواب یا بیداری، اضطراب، افسردگی و اختلالات رفتاری می‌شوند که اگر درمان به‌هنگام صورت نگیرد، معمولاً به صورت مزمن درمی‌آید و عوارض آن ادامه پیدا می‌کند. اختلالات عصبی، پرخاشگری و افت عملکرد برای این افراد تبعات ناگواری خواهد داشت و موجب اختلالاتی خواهد شد. [۱۰]

۵. تاریخچه عوارض عصبی و روانی جنگ

با توجه به اهمیت شکل‌گیری علائم و تشخیص‌های مختلف عوارض روانی در جنگ‌های گوناگون، ضرورتاً تاریخچه این اختلالات به‌اختصار بررسی می‌شود. از عوامل روانی به‌عنوان یکی از ابزارهای مهم پیروزی و شکست در قبل، حین و بعد از هر جنگی نام برده شده است. از زمان‌های بسیار دور تاریخی، در مورد اثرات و عوارض روانی ناشی از جنگ بحث و جدل علمی وجود داشته؛ ولی به‌صورت کلاسیک و ثبت شده اولین بار طی جنگ‌های انحصال امریکا (۱۸۶۱-۱۸۶۵م)، پزشکان از نوعی عارضه عصبی در میان سربازان به‌نام غم غربت^(۱) نام بردند و بعدها اصطلاحات دیگری همچون نوروز ترس^(۲)، سندروم تلاش^(۳) و به‌طور مشخص قلب تحریک‌پذیر سربازان^(۴) که داکوستا در سال ۱۸۷۱م مطرح کرد، به آن اضافه شد.

در جریان جنگ روسیه و ژاپن (۱۹۰۴-۱۹۰۵م)، پزشکان روسی برای بیمارانی که در شرایط جنگی واکنش رفتاری و روانی نشان می‌دادند، اصطلاح هیستری^(۵) و نورآستنی^(۶) را به‌کار می‌بردند. در جنگ جهانی اول که برای اولین

1) nostalgia

2) fright neurosis

3) effort syndrome

4) soldiers-irritable heart

5) hysteria

6) neurasthenia

بار روان‌پزشکان نیز حضور فعال داشتند و هر تیپ از ارتش کشورهای اروپایی موظف بود روان‌پزشک استخدام کند. اصطلاح شوک انفجار^(۱) برای بیمارانی به‌کار گرفته شد که بر اثر انفجار ابزارهای جنگی از قبیل گلوله، خمپاره، توپ، موشک و مپ دچار صدمات روانی می‌شدند. ضربه فیزیکی و تکان مغز و آسیب‌های تشریحی میکروسکوپی و ماکروسکوپی مغز ناشی از گاز منواکسیدکربن و تغییرات فشار جوی را عامل شوک انفجار می‌دانستند.

در جنگ جهانی دوم، به‌علت گستردگی منطقه جنگی و واکنش‌های گوناگون افراد متفاوت در صحنه‌های گوناگون، برای بیان واکنش‌های روانی ناشی از جنگ از اصطلاحاتی همچون اختلال موقعیتی گذرا،^(۲) نورو زمی،^(۳) خستگی رزمی،^(۴) نورو زجنگ،^(۵) نورو ضربه‌ای جنگ،^(۶) شوک نبرد،^(۷) واکنش شدید فشار روانی^(۸) و واکنش تطبیقی یا سازگاری^(۹) استفاده شده که کاربری این اسامی برای مفاهیم عوارض روانی ناشی از جنگ هنوز هم کم‌وبیش ادامه دارد.

در طول جنگ جهانی دوم، روند و نحوه تشخیص مصدومان روانی جنگ دارای فرازونشیب بود و هماهنگی‌ای در آن مشاهد نمی‌شد؛ به‌گونه‌ای که در اوایل جنگ جهانی دوم، در سال‌های ۱۹۳۴-۱۹۴۵م، اختلالات روانی جنگ به‌طور کلی کارکردی^(۱۰) فرض می‌شد و از اصطلاحاتی مانند پسکونوروز، حالات اضطرابی و هیستری تبدیلی استفاده می‌شد؛ در اواسط جنگ اصطلاح فرسودگی رزمی مطرح شد و سپس واژه کلی‌تر اختلالات ضربه‌ای جنگ به‌کار رفت. در سال ۱۹۴۷م، آبرام کاردینر سندروم بعد از استرس ضربه‌ای را نوروهای فیزیولوژیک نام نهاد. او عامل خون‌ریزی‌های کوچک در عروق مغزی را دلیل علائم می‌دانست. در سال‌های ۱۹۴۷-۱۹۵۰م، علاوه بر استرس جنگ، عوامل استرس‌زای دیگری را هم در بروز این اختلالات مؤثر دانستند.^[۱۱]

از آنجا که رزمندگان ایرانی طیف مختلف سنی، شغلی، اقتصادی و اجتماعی و با انگیزه‌های دفاع از میهن و مذهب بودند، عوارض روانی گوناگون و پیچیده‌ای در حین جنگ به‌صورت حاد و پس از جنگ به‌شکل مزمن دیده شده است که گاهی تشخیص آن‌ها از مشکل‌ترین امور روان‌پزشکی است و متأسفانه این صعوبت تشخیصی و درمانی که هنوز کم‌وبیش ادامه دارد، مشکل را دوچندان کرده است.

نظر به اینکه در هر جنگی خواه‌ناخواه احتمال اسارت برای طرفین جنگ وجود دارد، لازم است به موارد پیش‌گفته عوارض روان‌شناختی و روان‌پزشکی ناشی از اسارت را نیز افزود. اسارت پدیده‌ای است که محدودیت‌های خاصی را در تمام شئون زندگی، اعم از جسمی، روانی، سیاسی و اجتماعی، بر فرد گرفتار تحمیل می‌کند و برحسب شدت استرس وارده، چگونگی اسیر شدن، مدت اسارت، بینش اعتقادی، مقاومت و استعداد آسیب‌پذیری فردی می‌تواند اختلالات عصبی و روانی فراوانی را سبب گردد که اهم این اختلالات در کتب و مقالات علمی به نام‌های سندروم اردوگاه‌های متمرکز (سندروم K.Z)، سندروم بازماندگان،^(۱۱) سندروم پس از اردوگاه‌های متمرکز،^(۱۲) سندروم ارباب‌برده و درنهایت به‌عنوان آشکارکننده تمام اختلالات عصبی و روانی مطرح می‌شود.^[۱۲-۱۳]

در سال‌های اخیر، امریکا بیش از هر کشور دیگری خود را درگیر مناقشات بین‌المللی کرده است. جالب توجه است که در جریان اشغال کویت و حمله به عراق، در برخی از سربازان آمریکایی برگشته از میدان جنگ، علاوه بر

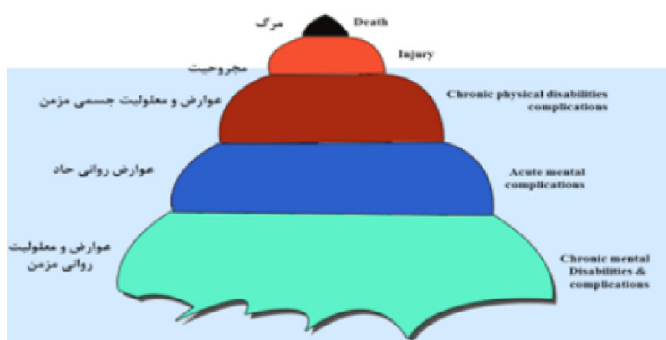
- 1) shell shock
- 2) transient situational disturbance
- 3) combat neurosis
- 4) combat fatigue
- 5) war neurosis
- 6) traumatic war neurosis
- 7) battle shock
- 8) gross stress reaction
- 9) adjustment reaction
- 10) functional
- 11) the survivor syndrome
- 12) the post concentration camp syndrome

علائم رایج در اختلالات روانی از قبیل اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD^(۱)، در مطالعه‌ای فقدان حافظه ناشی از تغییرات ساختاری در لب پاریتال راست و ضایعه گانگلیون قاعده‌ای همراه با اختلال کارکرد نورو ترانسمیتری گزارش شده است. در مجموع برای این دسته از بیماران بازگشته از جنگ، سندروم جنگ خلیج^(۲) را نام گذاری کرده‌اند. همچنین ۱۹ درصد از بیماران برگشته از جنگ افغانستان و عراق نشانه‌هایی از آسیب مغزی تروماتیک (TBI)^(۳) را از خود بروز دادند. [۱۴] این یافته‌ها همه مؤید آن است که عوارض روانی جنگ با نگاه نوروسایکتری و اعمال شرایط روانی، فرهنگی و حتی جغرافیایی، ممکن است متفاوت باشد و نمی‌توان به یک نام یا تشخیص بسنده کرد.

۶. اهمیت توجه به عوارض عصبی و روانی جنگ

براساس پیش‌بینی سازمان‌های بین‌المللی (سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی و دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد) در سال ۲۰۰۰م، بار بیماری‌ها مطابق سال‌های عمر که با ناتوانی می‌گذرد، (۴) برای برخی بیماری‌ها و حوادث از سال ۱۹۹۹-۲۰۲۰م به این شرح گزارش شده است: اختلال افسردگی اساسی از رتبه ۴ به ۲، حوادث رانندگی در جاده‌ها از رتبه ۹ به ۳، خشونت از رتبه ۱۹ به ۱۲، صدمه به خود از رتبه ۱۷ به ۱۴ و عوارض جنگ از رتبه ۱۶ به ۸ افزایش می‌یابد. این پژوهش کار جمعی بیش از ۲۰۰ محقق بین‌المللی بود و در سال ۲۰۰۰م منتشر شد. در این تحقیق، با وجود همه تدابیر اتخاذ شده برای جلوگیری از جنگ در سطح بین‌المللی، عوارض ناشی از جنگ با رشدی چشمگیر پیش‌بینی شد و پس از حادثه ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ در آمریکا و طرح موضوع جنگ پیشگیرانه توسط رئیس‌جمهور وقت آمریکا و به دنبال آن اشغال افغانستان و بعداً اشغال عراق، اصلاً امکان پیش‌بینی بار بیماری ناشی از جنگ از کنترل پژوهشگران خارج شد و در محاسبات و پیش‌بینی‌های بعدی، این موضوع (عوارض جنگ) از فهرست ارزیابی‌ها حذف گردید و یا صحت ارزیابی آن مورد تردید قرار گرفت. گرچه ارزیابی‌های بعدی تا سال ۲۰۳۰م نیز مؤید این پیش‌بینی است که جهان پیش‌رو تا سال ۲۰۳۰م به خدمات سلامت روان بیشتری نیاز دارد. [۱۵]

قابل ذکر است که در برابر حوادث، اعم از حوادث و بلایای طبیعی یا دست‌ساز مانند جنگ، آتش‌سوزی و حملات تروریستی، همیشه تعداد افراد فوت شده و آسیب‌دیده جسمی در قیاس با افراد آسیب‌دیده روانی حاد و مزمن بسیار اندک است. در شکل ۱، کوه یخ عارضه ناشی از حوادث مشاهده می‌شود. متأسفانه مقوله روانی ناشی از حوادث همیشه مغفول واقع می‌شود.



شکل ۱. کوه یخ آسیب‌های سلامتی در حوادث

- 1) Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
- 2) gulf war syndrome
- 3) Traumatic Brain Injury (TBI)
- 4) Disability-Adjusted Life Years (DALY)

۷. همه گیر شناسی

جنگ ویتنام نشان داد که ۲۶ درصد سربازانی که با شرایط استرس‌زای شدید در صحنه نبرد مواجه شده بودند، ۱۷ درصد سربازانی که با شرایط استرس‌زای متوسط در جنگ روبه‌رو شده بودند و در نهایت شگفتی ۷ درصد سربازانی که حتی شرایط استرس‌زای صحنه نبرد را تجربه نکرده بودند، دچار اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) شده بودند و شگفت‌آورتر این است که شماری از این سربازان سالیان بعد علائم اختلال استرسی مزمن پس از سانحه^(۱) را نشان دادند و این درحالی است که همه سربازانی که به‌نحوی علائم یا استعداد ابتلا به حالات روانی یا سایکوتیک شدن را داشتند، قبل از اعزام به جبهه، شناسایی و از رفتن به نبرد معاف شده بودند. مصاحبه‌ای با آسرای جنگی جنگ جهانی دوم نشان داد ۶۷ درصد آسرا دچار اختلال PTSD بودند. به‌طور کلی پس از هر حادثه مصیبت بار ۵۰ تا ۸۰ درصد بازماندگان ممکن است دچار سندروم فشار روانی بعد از حادثه شوند. شیوع این اختلال در جمعیت کلی، ۵ درصد برای مردها و ۱/۲ درصد برای زن‌ها گزارش شده است. در سنین جوانی شیوع آن بالاتر است و در میان مردان بیشترین دلیل آن تجارب جنگی و در زمان صلح، تهاجم یا تجاوز جنسی گزارش شده است. [۱۶]

در حادثه جنگ خلیج فارس، علیه عراق پس از اشغال کویت که به رهبری امریکا در سال ۱۹۹۰م شروع شد و در سال ۱۹۹۱م پایان یافت، از ۷۰۰,۰۰۰ سرباز آمریکایی که وارد منطقه شدند، در بازگشت بیش از ۱۰۰,۰۰۰ نفر نشانه‌هایی از مشکلات سلامت روان از قبیل تحریک‌پذیری، سردرد میگرنی، فراموشی، اختلال تمرکز و توجه و ضعف عضلانی داشتند.

پس از حادثه تروریستی ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ در امریکا و فرو ریختن برج‌های دوقلو، علاوه بر گشته شدن بیش از ۳۵۰۰ نفر مطابق آمار رسمی، در پژوهشی نشان داده شد که در یک ماه پس از حادثه، ۱۱/۴ درصد از افراد دچار PTSD و ۹/۷ درصد از افراد ساکن شهرها دچار افسردگی شدند و حدس زده می‌شود که یک سال پس از حادثه، بیش از ۲۵,۰۰۰ نفر علائم PTSD ناشی از این حادثه را از خود نشان داده باشند.

امریکا به همراه هم‌پیمانان خود، کانادا، انگلستان و استرالیا، برای مقابله با حادثه تروریستی ۱۱ سپتامبر، در اکتبر ۲۰۰۱ جنگی را علیه افغانستان و در سال ۲۰۱۳ نبردی را علیه عراق آغاز کرد. حدود ۱۷ درصد سربازان بازگشته از این دو منطقه جنگی نشانه‌های PTSD را داشتند. میزان PTSD در زن‌ها حدود ۱۱ درصد و بیش از مردان بود؛ گرچه تمایل زن‌ها به مراجعه و درخواست کمک بیش از مردان بود. حدود ۱۴ درصد از شرکت‌کنندگان در جنگ عراق و افغانستان، نیازمند بستری در بیمارستان یا کلینیک بودند. نیز میزان خودکشی در بین تمام پرسنل وظیفه تقریباً دوبرابر جمعیت عادی گزارش شد. از بیماران بازگشته از این دو جنگ، ۱۹ درصد نشانه‌هایی از آسیب مغزی تروماتیک (TBI) را از خود بروز دادند. [۱۷]

۸. همه گیر شناسی در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران

آمار دقیقی از عوارض روانی جنگ در میان سربازان عراقی و مردم این کشور در دسترس نیست؛ گرچه درمورد سربازان و مردم ایران نیز پژوهش‌های زیاد جامعی صورت نگرفته است. با توجه به اینکه از یک سو ارزیابی روان‌پزشکی سربازان ایرانی قبل از اعزام به جبهه صورت نمی‌گرفت و شرکت‌کنندگان در جنگ از سنین و اصناف و طبقات مختلف جامعه بودند که آموزش‌های کافی رزمی هم ندیده بودند و از سوی دیگر طرف مقابل جنگ از تمام امکانات رزمی بدون رعایت اصول قوانین و مقررات انسانی استفاده می‌کرد، احتمال می‌رفت که عوارض روانی جنگ شیوع زیادی داشته باشد؛ اما بنابه دلایل متعدد، از جمله انگیزه‌های مذهبی و دفاع از وطن، این‌گونه عوارض بسیار کمتر از میزان پیش‌بینی مراکز روان‌پزشکی رسیدگی به عوارض روانی جانبازان بوده است.

1) Chronic PTSD

در پژوهش دکتر هاراتون و همکاران در سال ۱۳۷۷ درمورد ۴۰۰ مورد اختلال حاد روانی که مستقیماً از جبهه‌ها به بیمارستان روزبه منتقل و بستری شده بودند، این تشخیص‌ها مشاهده شد: ۳۴/۶ درصد دچار اختلالات نوروتیک شامل اضطراب، افسردگی و اختلال سازگاری، ۲۷/۶ درصد دچار PTSD، ۱۰/۲ درصد حالات گیجی، ۸/۶ درصد اختلال تبدیلی، ۸/۳ درصد اختلالات خُلقی، ۴/۶ اختلال اپی‌لپسی، ۱/۷ درصد اختلال اسکیزوفرنیا و ۴/۴ درصد سایر اختلالات. از مقایسه ارقام فوق با آمار کلینیک بیماران سرپایی بیمارستان روزبه دریافت شد که حالات گیجی و تبدیلی و نیز PTSD به‌طور معناداری در میان رزمندگان شیوع بیشتری داشت. در شیوع اختلالات نوروتیک در بین رزمندگان و بیماران عادی تفاوتی مشاهده نشد؛ ولی اختلالات خُلقی و اسکیزوفرنیا و سرع در میان رزمندگان کمتر شیوع داشت. [۱۸]

در سال ۱۳۶۹، یعنی دو سال پس از پایان جنگ، دکتر محمدی و دکتر نوربالا بر روی ۱۰۷ مجروح جنگی مبتلا به اختلالات روانی مزمن که در بیمارستان‌های بقیه‌الله (عج) و روزبه بستری بودند، پژوهشی انجام دادند. بیماران مورد مطالعه دست‌کم هفت سال بیماری به‌همراه بستری مکرر داشتند. در این پژوهش، ۲۷/۱ درصد دچار اختلالات نوروتیک، ۲۳/۴ درصد اختلال PTSD، ۲۳/۴ درصد دچار حالات گیجی، ۱۱/۲ درصد دچار علائم تبدیلی، ۶/۵ درصد دچار اختلال خُلقی، ۲/۷ درصد دچار اپی‌لپسی، ۱/۹ درصد اسکیزوفرنیا و ۲/۸ درصد مبتلا به سایر اختلالات بودند. [۱۹]

در مطالعه دیگری در سال ۱۳۷۱، دکتر نوربالا و دکتر ملک‌افضلی با استفاده از پرسش‌نامه ارزیابی PTSD، ۴۰۰ نفر از افراد شهر تهران، شامل گروه‌های مختلف از قبیل رزمندگان، جانبازان، خانواده شهدا و افراد عادی، را بررسی کردند. نتیجه تشخیصی بدین شرح اعلام شد: ۴۷/۱ درصد از خانواده شهدا، ۲۹/۱ درصد از جانبازان، ۱۸/۱ درصد از رزمندگان و ۵/۷ درصد از افراد عادی که درگیری مستقیمی با جنگ نداشتند، دارای نشانه‌های PTSD بودند که حاکی از عمق گرفتاری روانی خانواده شهدا، حتی پس از چهار سال از پایان جنگ، بود. [۲۰]

جدول ۱. شیوع اختلالات PTSD بین طبقات مختلف مردم تهران در سال ۱۳۷۱

گروه	نسبت مبتلایان به اختلال PTSD (تعداد ۴۰۰ نفر)
خانواده شهدا	۴۷/۱٪
جانبازان	۲۹/۱٪
رزمندگان	۱۸/۱٪
افراد عادی	۵/۷٪

در تحقیقی که درباره ۹۱ آزاده‌ای که در نیمه دوم سال ۱۳۶۹، یعنی شش ماه پس از آزادی، به سه مرکز روان‌پزشکی تهران مراجعه کرده بودند، انجام شد، ۳۴ نفر (۳۷/۴ درصد) که شدت اختلالشان زیاده‌تر بود، به‌صورت بستری و ۵۷ نفر (۶۲/۶ درصد) که شدت اختلالشان ضعیف‌تر بود، به‌صورت سرپایی به‌طور دقیق مورد ارزیابی روان‌شناسی و روان‌پزشکی قرار گرفتند. طبق نتایج این تحقیق، اختلال سازشی (۴۸/۳ درصد)، اختلال خُلقی (۲۲ درصد)، اسکیزوفرنیا (۱۱ درصد)، اختلال اضطرابی (۹/۹ درصد) و اختلالات روانی با منشأ عضوی (۷/۷ درصد) جزو اختلالات شایع بودند. ضمن اینکه بررسی‌های آماری نشان داد نگرش منفی افراد خانواده درمورد اعزام به جبهه، طول مدت اقامت در جبهه قبل از اسارت، شکنجه شدن و شاهد شهادت هم‌رزم بودن درحین اسارت با شدت بیماری از نظر سرپایی و بستری رابطه معنادار داشت و با مواردی از قبیل اعزام غیرداوطلبانه، مدت اسارت، نحوه اسارت به‌صورت فردی یا گروهی، داشتن سابقه زندانی انفرادی و شاهد خیانت هم‌رزم بودن درحین اسارت و شدت بیماری از نظر سرپایی و بستری وابستگی معناداری مشاهده نشد. [۲۰]

درمجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت اولاً عوارض عصبی و روانی جنگ بسیار گسترده و دربرگیرنده طیفی از تمامی اختلالات روان‌پزشکی است؛ ثانیاً این عوارض فقط شامل افراد درگیر مستقیم جنگ نخواهد بود، بلکه خانواده این افراد نیز به‌صورت جدی و معناداری متأثر از این گرفتاری هستند؛ ثالثاً با ازمان بیماری، مشکلات بیشتر می‌شود؛ رابعاً اغلب از مسائل و مصائب و اندوه افراد بازگشته از اسارت غفلت می‌شود. [۱۱]

۹. سبب‌شناسی اختلالات عصبی و روانی جنگ (علل بیولوژیک، روانی، اجتماعی و معنوی)

درمورد علت بروز اختلالات عصبی و روانی جنگ نمی‌توان فقط به یک عامل تکیه کرد؛ به‌ویژه اینکه عوارض مذکور طیف گسترده‌ای از علل و عوامل را شامل می‌شود. به‌طور مشخص درمورد اختلالات عصبی با منشأ عضوی، جسم خارجی همچون ترکش یا گلوله که به یکی از نواحی جمجمه اصابت کرده است و یا تغییرات میکروسکوپی و ماکروسکوپی عروق و اعصاب داخل مغزی ناشی از موج انفجار و غیره را عامل اختلال دانسته‌اند. درباره عوارض صرفاً روانی، وجود یک استرسور شدید و غیرعادی که منجر به ترس شدید و وحشت شود، ضروری است. در این زمینه نظرات و فرضیه‌های سبب‌شناختی فراوانی بیان شده است که در زیر به مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌شود. [۱۸-۱۶]

۹-۱. نظریه‌های زیستی مربوط به PTSD

دستگاه نورآدرنژیک: در سربازان مبتلا به PTSD، عصبانیت، افزایش فشارخون و تعداد ضربان قلب، تعریق، گرگرفتگی و لرزش همراه با افزایش غلظت اپی‌نفرین در ادرار ۲۴ ساعته آنان و نیز افزایش غلظت کاتکولامین‌ها در ادرار دختران مورد آزار جنسی قرارگرفته گزارش شده است. کاهش تعداد گیرنده‌های آلفا دو، آدرنژیک پلاکتی و بتا آدرنژیک لنفوسیتی در مبتلایان PTSD نیز مشاهده شده که احتمالاً در پاسخ به افزایش مزمن غلظت کاتکولامین‌ها است. کاتکول آمین‌ها، به‌خصوص سه تای اصلی آن‌ها یعنی دوپامین (DA)، اپی‌نفرین (E) و نوراپی‌نفرین (NE) که از متابولیزه شدن ۳ و ۴ دی‌هیدروکسی فنیل آلانین DPOA به‌وجود می‌آیند، اعمال هورمونی و عصبی مهمی را در سیستم‌های بدن انجام می‌دهند. این‌ها به‌طور عمده داخل ادرار ترشح می‌شوند؛ بنابراین اندازه‌گیری دقیق آن‌ها در ادرار از نظر آنالیز آزمایشگاهی مهم است. در سال‌های اخیر، اندازه‌گیری این ترکیبات به‌وسیله کروماتوگرافی مایع با کارایی بالا (HPLC)^(۱) با حساسیت و دقت زیادی امکان‌پذیر شده است. نوربالا و همکاران برای ارزیابی تغییرات نوروترنسمیتری جانبازان با عارضه روانی برآن شدند که سه کاتکولامین اصلی را در ادرار آن‌ها با HPLC اندازه‌گیری کنند. در این پژوهش، میزان کاتکولامین‌های ادراری در ۱۷ نفر بیمار مبتلا به اختلال PTSD ناشی از جنگ تحمیلی که از ۳ تا ۹۸ ماه در جبهه حضور داشتند و ۱۶ نفر افراد شاهدی که حداقل شش ماه به‌عنوان رزمنده در جبهه مشارکت داشتند، به‌عمل آمد. نتایج نهایی نشان داد میزان نوراپی‌نفرین ادراری بیماران (۱۲۰/۶ میکرومول) بیش از میزان آن در گروه شاهد (۹۹/۱۸۷ میکرومول) بود. گرچه این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. همچنین میزان اپی‌نفرین ادراری بیماران (۲۷/۷ میکرومول) به‌طور معناداری بیشتر از افراد شاهد (۱۴۷۴/۲ میکرومول) گزارش شد. [۲۱]

دستگاه اپیویدی: پایین بودن غلظت‌های پلاسمایی بتا‌آندورفین در مبتلایان به PTSD، از ناهنجار بودن و بلکه افزایش فعالیت این دستگاه در این بیماران، حکایت دارد.

افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال: در پلاسمای ادرار بیماران مبتلا به PTSD، پایین بودن غلظت کورتیزول آزاد گزارش شده است. براساس مطالعاتی درباره سربازان جنگی مبتلا به PTSD، کاهش اندازه هیپوکامپ مغز این بیماران و حتی تغییرات ساختاری در آمیگدال برخی از آن‌ها گزارش شده است. [۱۶-۱۷، ۲۲]

1) high performance liquid chromatography (HPLC)

۲-۹. نظریه‌های روان‌شناختی

درمورد اختلالات با منشأ روان‌شناختی و فشار روانی اختلاف نظر زیادی بین محققان وجود دارد. مک‌فارلین که یکی از شخصیت‌های مهم در این زمینه است، سه عامل فاجعه، تجربیات پس از فاجعه و شخصیت فرد را در شکل‌گیری علائم دخیل و مهم می‌داند.

عوامل مهم دخیل در سبب‌شناسی این اختلال عبارت‌اند از:

- **عامل استرس‌زا:** از قبیل انفجار و اصابت گلوله تفنگ، آرپی‌جی، توپ، تانک، خمپاره، موشک، بمب و غیره؛
- **چگونگی درک و تجربه حادثه:** به صورت مستقیم و در فاصله نزدیک رخداد را مشاهده و تجربه کردن یا غیرمستقیم به صورت خودشاهد بودن، شنیدن اخبار از دوستان و رسانه‌های گروهی، دیدن تصاویر از فیلم و تلویزیون و جراید؛
- **زمان حادثه:** تجربه کردن حادثه در شب یا روز و یا موقع عملیات آفندی یا پدافندی، مدت زمان حضور در جبهه، تنها بودن یا در میان جمع بودن؛
- **مکان حادثه:** در خط مقدم، شهرهای عقبه، در خیابان، در منزل و در کنار دوستان و خانواده بودن یا نبودن؛
- **ویژگی‌های فرد قربانی:** سرباز بودن، داوطلب بودن، با اکراه و اجبار اعزام شدن، تحصیلات و شغل، شخصیت قبلی، دیدگاه‌های ملی و اعتقادی، و انگیزه و آمادگی قبلی فرد؛
- **آسیب‌پذیری فرد:** از نظر جسمی (واکنش افراطی اتونومیک به استرس، ناراحتی هم‌زمان جسمی و نقص عضو و داشتن بیماری زمینه‌ای قبلی) و از نظر روانی (استعداد ابتلا به حالات نوروتیک یا سایکوتیک در خود یا خانواده)؛
- **محیط اجتماعی از نظر محل و وسیله اعزام:** نحوه بدرقه و استقبال از رزمنده و مجروح، حمایت‌های مادی و معنوی از افراد سانحه‌دیده، و ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی حاکم بر جامعه درمورد افراد مصدوم و مجروح. [۱۱]

وضعیت روانی فرد موجب تغییراتی در سیستم ایمنی وی می‌شود. استرس‌های متفاوتی که نسبتاً خفیف هم هستند، عوامل سیستم ایمنی از جمله اختلالات ایمنی را به شکل قابل اندازه‌گیری تحت تأثیر قرار می‌دهند. شدت یافتن استرس یا مزمن شدن آن ممکن است به بیماری‌های روان‌تنی منجر شود و میزان ابتلا به بیماری‌های جسمی را افزایش دهد؛ به‌ویژه اگر این استرس‌ها، با توجه به ویژگی‌های شخصیتی فرد، گریزناپذیر تلقی شوند. [۱۵-۱۶]

با توجه به اینکه سلول‌های سیستم ایمنی به‌ویژه لنفوسیت‌ها برای انواع مختلف هورمون‌ها، نوروپپتیدها و نوروترانسمیترها دارای گیرنده هستند و خود نیز با ترشح مواد مختلف ارتباط متقابل با سیستم نورواندوکرین بدن دارند، به‌راحتی می‌توان این سیستم را واسطه بین آسیب‌پذیری افراد و استرس وارد به آن‌ها در بسیاری از بیماری‌ها در نظر گرفت.

درخور ذکر است که چنانچه رزمنده‌ای جراحات و بیماری را با نگاه معنوی هضم و جذب کند و آن را به‌مثابه اجرای فریضه دینی واجب وطنی بپذیرد، اثرپذیری‌اش از این استرس‌ها به حداقل می‌رسد که این امر خود حاکی از اثرگذاری بُعد معنویت در آسیب‌پذیری و شدت بیماری جسمی و روان‌تنی است.

درمجموع شاید بتوان عوامل را به دو دسته زمینه‌ای و آشکارساز تقسیم کرد:

۳-۹. عوامل زمینه‌ای^(۱)

این عوامل که شرایط آسیب‌پذیری را برای فرد فراهم می‌کنند، عبارت‌اند از:

- **آسیب‌پذیری جسمی:** جراحت و ناراحتی هم‌زمان جسمی و نقص عضو و داشتن بیماری زمینه‌ای قلبی و واکنش افراطی و اتونومیک به استرس ازجمله عوامل آسیب‌پذیر جسمی محسوب می‌شوند که بروز یا شدت اختلال را تسریع می‌کنند.
- **آسیب‌پذیری روانی:** شخصیت ناپایدار قلبی، واکنش نامعقول روانی به مصائب و حوادث، و داشتن اختلال نوروتیک یا سایکوتیک در خود یا خانواده شرایط را محاط و مزمن شدن این اختلالات فراهم می‌کنند.
- **ویژگی‌های اجتماعی و اعتقادی فرد:** تحصیلات، شغل، دیدگاه‌های اجتماعی، ملی و اعتقادی، انگیزه و آمادگی قلبی فرد برای رزم و سرباز/ ارتشی/ سپاهی/ بسیجی بودن، و درنهایت داوطلب بودن برای اعزام به جبهه یا با اکراه و اجبار رفتن همگی از عوامل مؤثر در بروز این اختلال محسوب می‌شود.
- **شرایط محیط اجتماعی:** چگونگی بدرقه و استقبال رزمندهٔ عازم به جبهه در محل، ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی حاکم بر جامعه درمورد جنگ و مجروح، نحوهٔ مواجهه با مصدومان روانی در هنگام انتقال به عقبه، شیوهٔ استقبال از مجروحان، حمایت‌های مادی و معنوی خانواده و نهادهای اجتماعی از افراد سانحه‌دیده هرکدام به‌نحوی در شکل‌گیری اختلال و زمان آن تأثیر بسزایی دارد.

۴-۹. عوامل آشکارساز^(۱)

مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از:

- **عامل استرس‌زا:** برحسب اینکه عامل استرس‌زا اصابت، یا خلأ انفجاری گلوله تفنگ، آرمپ‌چی، خمپاره، بمب، راکت و موشک، یا سایر عوامل تخریبی و یا مشاهدهٔ صحنه‌های فجیع جنگی باشد، ممکن است علائم و شدت اختلال به‌صورت متفاوت بروز کند.
- **چگونگی درک و تجربهٔ حادثه:** شدت و نوع اختلال بستگی دارد به اینکه فرد قربانی به‌صورت مستقیم و در فاصلهٔ نزدیک شاهد سانحه باشد، غیرمستقیم و در فاصلهٔ نسبتاً دور از محل حادثه ناظر آن باشد، اخبار فاجعه را از دوستان یا رسانه‌های گروهی بشنود یا تصویری وحشتناک را از جراید، فیلم و تلویزیون مشاهده کند.
- **زمان حادثه:** برحسب آنکه فرد قربانی سانحه را در شب یا روز، موقع عملیات آفندی (تهاجمی) یا پدافندی (تدافعی)، حالت خوابیده یا ایستاده و در وضعیت آماده‌باش یا استراحت تجربه کند و بالاخره مدت زمان حضور او در جبهه چقدر باشد، ممکن است اختلال متفاوتی ظهور کند.
- **مکان حادثه:** برحسب اینکه سانحه در خط مقدم جبهه، خطوط رزمی، پشتیبانی شهرهای عقبه، در خیابان یا منزل اتفاق افتاده باشد، در آن حال، فرد تنها، در کنار دوستان، افراد خانواده یا داخل سنگر باشد و درنهایت در بی‌اطلاعی و بی‌حفاظتی کامل بوده باشد، درجات متفاوتی از اختلال ممکن است ظاهر شود. [۱۱]

۱۰. تشخیص

برای تشخیص عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ ضرورت دارد اولاً درگیری مستقیم یا غیرمستقیم مصدوم یا بیمار با پدیدهٔ جنگ احراز گردد؛ ثانیاً دارای تمام شاخص‌های تشخیصی یک یا چند اختلال روان‌پزشکی باشد؛ ثالثاً علائم جدی روان‌پزشکی و عصبی شناختی حاصله، بدون ارتباط با بیماری دیگر جسمی یا روانی درمورد فرد، احراز شود. بنابراین تذکر این نکته ضروری است که گرچه شیوع اختلال PTSD در بین مواجهه‌شوندگان با حوادث جنگ بیشتر از سایر اختلالات روان‌پزشکی است، این موضوع نافی عامل آشکارساز جنگ و حوادث جنگی برای

1) precipitating factors

تمام اختلالات روان پزشکی درمورد افراد آسیب پذیر نیست. بدیهی است که نگاه علمی به این عوارض که تاحدی طیف گسترده و زمان نسبتاً طولانی بعد از تجربه حادثه را می تواند دربرگیرد، ممکن است با ضوابط و مقررات دستگاه های متولی رسیدگی به مجروحان و جانبازان، از قبیل بنیاد شهید و جانبازان انقلاب اسلامی، متفاوت باشد. به نظر نویسندگان، اختلال PTSD ممکن است زمان بسیار طولانی بعد از حادثه بروز کند، به شرط آنکه فرد تمام علائم اختصاصی و عمومی اختلال را دارا باشد. اما در اختلال سایکوتیک گذرا،^(۱) رعایت زمان کمتر از یک ماه و در اختلال اسکیزوفرنیا، حداکثر شش ماه از در معرض حوادث جنگی بودن ضروری است.

۱۱. تشخیص افتراقی

نظر به عاملیت آشکارسازی جنگ در تمام اختلالات روان پزشکی و بیماری های روان تنی، تقریباً تمام تشخیص های اختلالات روان پزشکی و حتی تمارض و اختلال ساختگی به عنوان تشخیص افتراقی عوارض عصبی و روانی جنگ مورد توجه قرار می گیرد. بدیهی است مواجهه مستقیم یا تا حد نزدیکی غیرمستقیم با جنگ و حوادث جنگی و نیز علائم به ویژه نشانه های روان شناختی PTSD، در تفکیک و افتراق هر کدام از اختلالات و منشأ آن ها یاری رسان خواهد بود. به منظور تشخیص های افتراقی، از طریق اخذ دقیق شرح حال، معاینه کامل و جامع جسمی و ارزیابی های همه جانبه پاراکلینیکی و نیز مصاحبه و معاینه دقیق و کامل روانی، می توان به تشخیص واحد و حتی متعددی از قبیل اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس، اختلالات تشنجی و عضوی و طبی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلال سازگاری، حمله یا اختلال پانیک، اختلالات تجزیه ای، اختلالات سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، اختلال ساختگی و تمارض دست یافت که البته کاری بس دشوار است و صبر، متانت و بردباری همراه با مهارت پزشکی و روان پزشکی گروه پزشک معالج را می طلبد. [۱۱، ۱۶-۱۷، ۲۲-۲۳]

۱۲. سیر و پیش آگهی

بسته به اینکه نوع تشخیص عوارض روانی چیست؟ آیا PTSD است؟ آیا اختلالات دیگر روان پزشکی نیز همراه با این اختلال وجود دارد؟ آیا بیماری جسمی همراه و یا زمینه شخصیتی ناسازگار وجود دارد؟ آیا حمایت اجتماعی از این گونه عوارض وجود دارد؟ فرد دچار عارضه نظامی است یا غیرنظامی؟ کادر نظامی است یا داوطلب؟ نوع اعزام چگونه بوده؟ انگیزه مشارکت چه بوده؟ در کجا و چه زمانی از شب یا روز و چگونه مجروح شده؟ مجروح ساکن در مناطق جنگی بوده یا شهرهای عقبه؟ و غیره همگی در سیر و پیش آگهی این عوارض نقش اساسی دارند. در اختلال PTSD، غالباً نشانه ها مدتی پس از رخداد سانحه ظاهر می شوند و ممکن است حتی تا ۳۰ سال یا بیشتر این علائم تداوم یابند. نشانه های این اختلال در طول زمان نوسان دارد و در شرایط استرسی و فشار روانی شدت می یابد. غالباً ۳۰ درصد از این بیماران بدون درمان کاملاً بهبود می یابند؛ حدود ۴۰ درصد، به صورت پیوسته علائم خفیف دارند؛ ۲۰ درصد به طور مدام علائم متوسط دارند؛ متأسفانه ۱۰ درصد از آنان یا هیچ تغییری در شکایت هایشان صورت نمی گیرد یا بدتر می شوند. پس از گذشت یک سال حدود نیمی از بیماران بهبود می یابند. در صورت شروع سریع علائم، کوتاه بودن مدت آن ها (کمتر از ۶ ماه)، خوب بودن کارکردهای قبل از حادثه بیمار، مشارکت داوطلبانه و با انگیزه ملی و مذهبی، و نبود سایر اختلالات روان پزشکی، طبی یا مرتبط با مصرف مواد و سایر عوامل خطر ساز، پیش آگهی خوبی را می توان پیش بینی کرد. دسترسی به حمایت های اجتماعی ممکن است در پیدایش، شدت و سیر و پیش آگهی عارضه تأثیر بگذارد. در مجموع بیمارانی که با انگیزه قوی دفاع

وطنی و اعتقاد مذهبی و به شکل داوطلبانه در جنگ شرکت می‌کنند و از شبکهٔ حمایت اجتماعی خوبی هم برخوردارند، ممکن است اساساً دچار این اختلال نشوند یا آشکال شدید آن را تجربه نکنند و در صورت ابتلا به آن، سریع‌تر بهبود یابند. برای افراد خردسال و سال‌خورده، افراد اعزام‌شدهٔ اجباری، بی‌انگیزه، دارای ناپایداری شخصیتی قبلی، واجد دیگر اختلال روان‌پزشکی همراه و بیماری جسمی و جراحات هم‌زمان، درگیر سوء‌مصرف مواد و نیز محروم از شبکهٔ حمایت اجتماعی مطلوب، پیش‌آگهی خوبی متصور نمی‌شود. [۱۱، ۱۶-۱۷، ۲۲-۲۳]

۱۳. درمان و ادارهٔ بیمار

درمان عوارض عصبی و روانی بیمار بسته به آشکال تظاهر بالینی متفاوت است. درمورد اختلالات عضوی باید با بررسی دقیق نورولوژیکی و امتحانات پاراکلینیکی از قبیل PET Scan، MRI، EEG و CT Scan و آزمایش‌های ضروری دیگر، نوع دقیق عارضهٔ عضوی را مشخص کرد و براساس یافته‌ها و تشخیص، به درمان مناسب پرداخت. برای کشف سایر اختلالات زمینه‌ای و نیز تمارض و اختلال ساختگی، با صرف دقت، مراعات اصول اخلاقی و رعایت تمام موازین علمی، اعم از مصاحبه، معاینه و اقدامات پاراکلینیکی، به تلاشی همه‌جانبه برای رد کردن هرکدام دست زد و حسب مورد براساس موازین علمی مربوط به تشخیص، اقدام مقتضی کرد.

درمورد اختلال PTSD، به سبب شیوع و اهمیت بیشتر آن، نحوهٔ درمان به‌طور کامل و با جزئیات شرح داده شده است. درمان این اختلال به‌طور کلی باید معطوف به کاهش علائم و برقراری روابط اجتماعی و شغلی باشد. رویکرد عمده‌ای که باید درپیش گرفت، حمایت و تشویق بیمار برای بحث دربارهٔ حادثه، آموختن انواع مکانیسم‌های مقابله نظیر آرام‌سازی عضلانی به بیمار است. در تشویق بیمار برای حرف زدن از حادثه، باید به بیمار اجازه و فرصت داده شود تا متناسب با شرایط روحی و روانی خود پیش برود. برخی بیماران نمی‌خواهند تا زمانی که رویداد را پشت‌سر گذاشته و آن را هضم نکرده‌اند، درباره‌اش سخن بگویند؛ بنابراین باید به این خواستهٔ آنان احترام گذاشت. فشار آوردن به فردی که نمی‌خواهد درمورد سانحه صحبت کند، احتمال خطر بروز PTSD را افزایش می‌دهد. درمان این اختلال شامل دارودرمانی، رفتاردرمانی و روان‌درمانی است که در ادامه به اختصار هریک شرح داده شده است.

۱۳-۱. درمان دارویی

امروزه از تأثیر مثبت و مفید داروهای مهارکنندهٔ جذب مجدد سروتونین (SSRIs) برای این بیماران گزارش‌های فراوانی وجود دارد و بیشتر محققان خط اول درمان PTSD را تجویز داروهای مهارکنندهٔ جذب مجدد سروتونین از قبیل سرتالین و پاروکستین به دلیل داشتن کارایی، قابل تحمل و بی‌خطر بودن می‌دانند؛ به‌ویژه که این داروها تاحدی علائم اضطرابی و افسردگی و نیز نسبتاً سایر علائم این اختلال را درمان می‌کنند.

در حالی که علائم اضطراب غالب است، با احتیاط می‌توان از داروهای ضد اضطراب به‌ویژه بوسپیرون به مدت کوتاه استفاده کرد؛ مخصوصاً در بیمارانی که حدس زده می‌شود سابقهٔ وابستگی به دارو وجود دارد، در مصرف طولانی‌مدت بنزودیازپین‌ها باید احتیاط، بلکه اجتناب کرد.

در حالی که علائم ترس و افسردگی وجود دارد، مصرف داروهای ضد افسردگی سه‌حلقه‌ای، به خصوص ایمی‌پرامین، آمی‌تریپتیلین، کلومیپرامین و نیز فنلزین، توصیه شده است. در بیمارانی که همراه با PTSD، صدمات جسمی دارند، در مصرف این داروها، به‌ویژه ایمی‌پرامین، باید احتیاط کرد.

دربارهٔ تأثیر داروی کلونیدین و در مواردی پروپرانولول در درمان این بیماران پژوهش‌هایی انجام شده است. در مواردی که تحریکات رفتاری مشاهده می‌شود، می‌توان از آنتی‌سایکوتیک‌ها با دواژ کم و مدت کوتاه و

البته با احتیاط استفاده کرد.

داروهای دیگری از قبیل مهارکننده‌های اختصاصی نوراپی‌نفرین (SNRIs) مانند ونلافاکسین، مهارکننده‌های منوآمینوآکسیداز (MAOIs)، ترازودون (برای مشکل خواب)، پرازوسین (برای کابوس‌های مزاحم شبانه)، داروهای ضد تشنج مانند سدیم والپروات، کاربامازپین، نیز در درمان حالاتی از نشانه‌ها و رفتارهای بیماران با نتیجه مثبت گزارش شده است.

۲-۱۳. رفتار درمانی

زمانی که علائم اضطراب و ترس کاملاً واضح است، می‌توان از تکنیک‌های آرام‌سازی و حساسیت‌زدای تدریجی^(۱) به صورت مجزا یا همراه با سایر روش‌های درمانی کمک گرفت. طبق شواهدی، روش شناختی رفتاری متمرکز بر حادثه^(۲) برای این بیماران ممکن است مؤثر باشد. از فنون نوظهور در درمان PTSD، حساسیت‌زدایی و بازپردازش حرکات چشم^(۳) است که طی آن، بیمار درحین تصور کردن تجربه آسیب که در ذهن خود نگاه داشته است، بر روی حرکات جانبی انگشت درمانگر تمرکز می‌کند. به عقیده بسیاری، وقتی بیمار در حالت آرام‌سازی عمیق قرار دارد، می‌تواند رویداد آسیب را بینش‌یابی کند و از این طریق علائم خود را از بین ببرد. طرفداران این روش درمان اظهار می‌کنند که روش مذکور به اندازه روش‌های دیگر در درمان PTSD، و شاید بیش از آن‌ها، کارایی دارد؛ به گونه‌ای که هم درمانگران و هم بیمارانی که این روش را امتحان کرده‌اند، آن را به سایر روش‌ها ترجیح می‌دهند. درمان شناختی متمرکز بر سانه و نیز درمان‌های فرایند شناختی متمرکز بر حادثه^(۴) برای نظامیان مبتلا به PTSD مفید گزارش شده است. [۱۱، ۱۶-۱۷، ۲۲-۲۳]

۳-۱۳. روان درمانی

روان درمانی حمایتی و شناختی کوتاه مدت به صورت مجزا یا همراه با دارودرمانی و رفتاردرمانی مؤثر گزارش شده است. عده‌ای گروه درمانی به ویژه با هم‌زمان و همدردان را برای این بیماران، به خصوص در مورد سربازان جنگ ویتنام، مفید و اثرگذار گزارش کرده‌اند. خانواده درمانی، با این نگاه که مشارکت خانواده‌ها موجب تحمل مشکلات و نیز همیاری و درک بیشتر بیماران می‌شود، مفید ارزیابی شده است.

طبق پژوهشی که درباره رابطه روش‌های مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی در جانبازان شهر یزد انجام شد، هشت روش متداول مقابله‌ای براساس مشکل محور بودن یا عاطفه محور بودن بررسی شد. در روش مشکل محور، هدف کنترل مشکلی است که ایجاد فشار کرده؛ درحالی که در روش هیجان محور، فرد در پی کاهش دادن فشار عاطفی خود است. [۲۴] این روش‌ها عبارت‌اند از:

- **رویارویی^(۵)**: این روش مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد برای حل مشکل به کار می‌برند و متضمن درجاتی از ابراز خصومت و به کار بردن ریسک در عملکردهاست. رویارویی جزو روش‌های مشکل محور است.
- **فاصله‌گیری^(۶)**: این روش مجموعه رفتارهای شناختی را بازگو می‌کند که فرد یا گروه برای فاصله‌گیری از منبع ایجادکننده مشکل یا اجتناب از این منبع به منظور کاهش اهمیت آن به کار می‌برد. فاصله‌گیری در زمره روش‌های عاطفه محور است.

1) systematic desensitization (SD)

2) trauma focused cognitive behavior therapy (TFCBT)

3) eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR)

4) cognitive processing therapy

5) confronted

6) distancing

- **خویش‌داری^(۱)**: مجموعه عکس‌العمل‌هایی است که واکنش‌های احساساتی افراد را هنگام برخورد با منبع ایجادکننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس‌العمل‌ها توسط افراد را دربرمی‌گیرد. خویش‌داری جزو روش‌های عاطفه‌محور است.
 - **جست‌وجوی حمایت‌های اجتماعی^(۲)**: تلاش‌های فردی برای کسب حمایت‌های اطلاعاتی، ملموس و عاطفی را بازگو می‌کند. این روش هم عاطفه‌محور و هم مشکل‌محور است.
 - **مسئولیت‌پذیری^(۳)**: شامل مجموعه واکنش‌هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق کوشش‌های مداوم او برای اصلاح موقعیت موجود نشان می‌دهد. مسئولیت‌پذیری جزو روش‌های عاطفه‌محور است.
 - **فرار اجتناب^(۴)**: این روش افکار آرزومندانه یا کوشش‌های رفتاری به‌منظور فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا را توصیف می‌کند و حالتی از گریز از واقعیت‌ها را نشان می‌دهد. فرار اجتناب روشی عاطفه‌محور به حساب می‌آید.
 - **مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده^(۵)**: این روش مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز برای مواجهه با مشکل است که توأم با به‌کارگیری رویکردهای تحلیل‌گرایانه برای مشکل‌گشایی است. شیوه مذکور از روش‌های مشکل‌محور است.
 - **ارزیابی مجدد مثبت^(۶)**: مجموعه تلاش‌هایی است که در ایجاد مفاهیم مثبت، با توجه به درجه تکامل فردی صورت می‌گیرد. این روش ممکن است ابعاد مذهبی افراد را دربرگیرد. این روش در دسته‌بندی روش‌های عاطفه‌محور قرار می‌گیرد.
- از میان این روش‌ها، روش‌های شماره ۳، ۴، ۵، ۷ و ۸ سازنده و مفید است. [۲۴]

۱۴. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده

- برای به‌حداقل رساندن بروز و شدت عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ موارد زیر پیشنهاد می‌شود:
- افزایش انگیزش ملی و مذهبی افراد شرکت‌کننده و اعزام‌شونده به صحنه‌های رزم، به‌گونه‌ای که همگی، اعم از کادر و سرباز و رزمنده و پشتیبانی‌کننده، احساس اکراه برای مشارکت در نبرد نداشته باشند.
 - تا حد امکان افراد اعزام‌شونده به میدان نبرد یا به‌کارگماشته در مسئولیت‌های رزمی قبل از اعزام و تصدی مسئولیت، از نظر شخصیتی و آسیب‌پذیری‌های احتمالی مورد ارزیابی روان‌شناختی قرار گیرند و ترجیحاً افراد آسیب‌پذیر از نظر روانی در پشت جبهه خدمت کنند.
 - مناسب است در هر یگان رزمی، تخصص‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی نظامی مورد استفاده جدی قرار گیرد تا علاوه بر ارزیابی مرتب سلامت روانی آحاد درگیر در رده‌های مختلف رزمی، غربالگری سلامت روان هم انجام شود و چنانچه هرکدام از افراد دچار مشکل عصبی و روانی شده‌اند، به‌سرعت تشخیص داده شوند و مورد ملاحظه و پیگیری‌های درمانی قرار گیرند.
 - ضروری است هم در سازمان‌دهی نیروهای نظامی و هم در تشکیلات نظام سلامت کشور کادر تخصصی آموزش دیده و باتجربه برای پیشگیری و مدیریت و تشخیص و درمان مجروحان و مصدومان روانی

1) self-control

2) seeking social support

3) accepting responsibility

4) escape avoidance

5) painful problem solving

6) positive reappraisal

- ناشی از جنگ وجود داشته باشد و بین این بخش‌ها هماهنگی‌ها لازم نیز برقرار باشد.
 - حمایت روانی اجتماعی مطلوب از سوی دستگاه‌های مرتبط برای آسیب‌دیدگان روانی ناشی از جنگ و هم برای خانواده‌های ایشان، همراه با رعایت حرمت و کرامت انسانی، به‌منظور جلوگیری از ازمان این عوارض و نیز ترغیب دیگران برای همراهی و همکاری در پیمودن این مسیر. مؤثر است.
 - پرهیز از هرگونه انگ^(۱) مانند استفاده از واژه‌های روانی و موجی برای آسیب‌دیدگان عصبی و روانی و اجتناب از تبعیض ناروا بین مجروحان جسمی و روانی که بر سیر و پیش‌آگهی بیماران تأثیر سوء خواهد گذاشت.
 - ارزیابی متفاوت مجروحان جسمی جهت تشخیص درجهٔ ایثارگری ایشان و دادن امتیازهای بعدی و نیز حمایت‌های اجتماعی در آینده.
- به‌منظور ارتقای روحیهٔ رزمندگان و خانوادهٔ ایشان و برای حسن ختام این فصل و نیز یاد کردن استاد پیشکسوت روان‌پزشکی حاضر در تمام عملیات‌های مهم هشت سال جنگ تحمیلی، مرحوم دکتر مهدی بیگدلی، به بخشی از خاطرات ایشان اشاره می‌شود.

۱۵. خاطره‌ای از استاد فقید دکتر مهدی بیگدلی از خدمت در دفاع مقدس

«... حفظ روحیهٔ رزمندگان مسئلهٔ مهمی بود که کمتر به آن توجه می‌شد. روحیه دادن به رزمندگان مجروح و مخصوصاً فرماندهان در فرازونشیب‌های جنگ بعضاً از وظایف دیگر، بیشتر اهمیت داشت. در یک کمپ جهاد سازندگی برای خدمت به رزمندگان اعزام شده بودیم. چیزی نداشتیم و دست به ابتکارانی زدیم تا روحیهٔ رزمندگان تقویت شود. مادر بزرگوار شهیدی در کمپ حضور داشت. وقتی جمعی از رزمندگان مجروح وارد اردوگاه شدند، جلوی پای مجروحینی که می‌آمدند، گوسفند گُشتیم. من و سیزده تا از رزمندگان اصفهان که کم‌سن‌وسال بودند و اجازهٔ اعزام به خط مقدم نیافته بودند، آنجا را اداره می‌کردیم، اردو را بسیار نظیف و پاکیزه ساخته بودیم. برای مراقبت از مجروحین با جان و دل خدمت می‌کردیم. خدا می‌داند چه روحیه‌ای برای مجروحان جنگی می‌گذاشتیم...»

توصیف خدمات روان‌پزشکی در دفاع مقدس از زبان زنده‌یاد استاد فقید دکتر مهدی بیگدلی

«... در ابتدای جنگ که هنوز بهداری رزمی بر اوضاع مسلط نشده بود، همهٔ توجهات به سمت کنترل جراحات فیزیکی و آسیب‌های مشهود معطوف بود. به آسیب‌های شدید و مخرب روانی به کلی توجه نمی‌شد. با بروز و نمود صدمات گستردهٔ روانی و تظاهرات^(۲) در طیفی از رزمندگان و مردم عادی مناطق جنگ‌زده، ضرورت خدمات روان‌پزشکی به سرعت عیان شد و مورد توجه مسئولان و روان‌پزشکان قرار گرفت. روان‌پزشکان در روزهای اولیهٔ جنگ کار روان‌پزشکی انجام نمی‌دادند و در آن شرایط بحرانی و اضطراری به سایر اعضای تیم‌های امداد و درمان کمک می‌کردند. همکاران روان‌پزشکی دانشگاه جندی‌شاپور در این زمینه شروع‌کننده بودند. اما بنده در بیمارستان شهید کلانتری اندیشمک، در کنار شهید رهنمون، با نیروهایی که اعزام می‌شدند، برنامه‌ریزی ارائهٔ خدمات روان‌پزشکی را انجام دادیم. گروهی از رزمندگان به دلیل مجروحیت نباید به جبهه می‌رفتند، شرایط جنگ طوری بود که بسیاری از آن‌ها تقاضای اعزام مجدد به خطوط مقدم نبرد را داشتند و تحمل استراحت و مداوا در بیمارستان را نداشتند. بعضی حتی فرار می‌کردند و خود را به یگان‌های رزمی می‌رساندند. با این گروه از رزمندگان صحبت می‌کردم و توضیح می‌دادم شما سرمایهٔ مملکت هستید و نباید نابود شوید، باید بدانید و در فرصت‌های مناسب به صحنه‌های جنگ بروید. عده‌ای قهر می‌کردند و می‌رفتند، نمی‌ماندند تا با آن‌ها صحبت

1) stigma

2) Post-Traumatic Stress Disorder

کنم. اما بر روی آن‌ها روان‌درمانی انجام می‌دادیم و از روان‌شناسان بالینی هم دعوت می‌کردیم. با شناخت پدیده موج انفجار و گسترش ابعاد آن وظایف روان‌پزشکان در خطوط مقدم و بهداری‌های پشت خط بیشتر می‌شد. به‌سرعت روان‌پزشکان در زمره متخصصان مورد نیاز در تمام شرایط، اعم از عملیات نظامی، خدمات پشت جبهه، نقاهتگاه‌ها و سایر مراکز ارائه خدمات به مصدومان جنگی، قرار گرفتند... در چنین شرایطی به همکاری روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیاز شدیدی بود. عمده نقش روان‌پزشکی مربوط به پشت جبهه بود و زمانی بود که پدیده سندروم مشهور در روان‌پزشکی به نام PTSD در بعضی از مجروحان، ظهور و بروز پیدا می‌کرد و کنترلش به‌طور کامل در تخصص روان‌پزشکی بود. پیامدهایش بسیار جدی و مهم بود و خانواده‌ها نمی‌توانستند از عهده آن برآیند. رفته‌رفته با ادامه جنگ، این موضوع خودش را نشان داد؛ به‌طوری که این بخش‌های مجروحان جنگی در بیمارستان‌هایی مانند بیمارستان روزه نیز دایر شد. در بیمارستان‌های عمومی نیز این بخش‌ها وجود داشت. در کلینیک‌های مجروحان جنگی، یکی از افراد ثابت، روان‌پزشکان بودند و به این مسائل رسیدگی می‌کردند. بخش بزرگی از معلولیت‌های بعد از جنگ، معلولیت‌های مربوط به آسیب‌های روانی و عاطفی مربوط به اختلال PTSD بود. بعد از جنگ مطالعات مختلفی انجام شد، سمینارهایی برگزار گردید و در موضوعاتی نظیر عوارض روان‌شناختی و اجتماعی، PTSD، افسردگی و استرس‌های مرتبط با جنگ مطالعات و انتشاراتی انجام شد... [روانش شاد و راهش پررهرو باد]. «[۲۵]

۱۶. منابع

- [1] Brigadier General Russ Zaitchik, Office of The Surgeon General, United States of America: Textbook of Military Medicine. War Psychiatry, chapter, Specialty Editors: Franklin D. Franklin D. Jones, Linette R. Sparacino, Victoria L. Wilcox, Joseph M. Rothberg, James W. Stokes, 1995
- [۲] گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱. سلامت روان: درکی نو، امید ی. ترجمه و ویرایش جمعی از نویسندگان ایرانی. مؤسسه فرهنگی ابن‌سینا. تهران. ۱۳۸۲.
- [3] American psychiatric association, Diagnosis and statistical manual of Mental Disorders DSM-5. Fifth Edition. 2013.
- [4] Srinivasan Murthly, Rashmi Lakshminarayana. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. World Psychiatry 5:1 - February 2006.
- [5] David Nutt, Jonathan RT Davidson, Josef Zohar, Post-Traumatic Stress Disorder, Diagnosis, Management and Treatment, Martin Donitz Ltd 2000.
- [۶] هاشمی، بهروز. نوروز و سایکوز فرق روان‌رنجوری و روان‌پریشی. در: <http://behdashtavan.com>
- [۷] نوربالا، احمدعلی. سلامت روانی اجتماعی و راهکارهای بهبود آن. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۷. ش. ۲. تابستان ۱۳۹۰. صص ۱۵۱-۱۵۶.
- [۸] تاریخچه موج انفجاری. دانشنامه رشد. در: <http://danesh.roshd.ir>
- [9] CDC Injury Prevention: Explosions and Blast Injuries, A Primer for Clinicians: <https://www.cdc.gov/masstrauma/preparedness/primer.pdf>.
- [10] Jamshid A. Marv Asti, et al. War Trauma in veterans and their families, Charles C Thomas. Publisher, LTD. 2012.
- [۱۱] نوربالا، احمدعلی. کلیات عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ. مجله نبض. ش. ۱. مهر ۱۳۷۲. صص ۱۵۱۴.
- [۱۲] نوربالا، احمدعلی. نریمانی، محمد. روان‌شناسی اسارت و عوارض روان‌پزشکی ناشی از آن. فصل ۹: بررسی اختلالات روان‌پزشکی شایع در گروهی از آزادگان ایرانی. ص. ۹۹.
- [۱۳] نوربالا، احمدعلی. بررسی اختلالات شایع گروهی از آزادگان ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران. ش. ۱. بهار ۱۳۷۴. صص ۲۴-۳۰.
- [۱۴] نوربالا، احمدعلی. جنبه‌های روانی تروما، برگرفته از کتاب تروما. مدیریت پژوهش مرکز تحقیقات تروما و جراحی. سینا، زمستان ۱۳۹۴. ص. ۱۸۳.
- [15] Integrating mental health into primary care, A global perspective. WHO, Wonca. 2008.
- [16] Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Tenth Edition. 2017. Wolters Kluwer.
- [17] Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Eleventh Edition. 2015. Wolters Kluwer.
- [18] Davidian H, et al. Acute war trauma: clinical picture and th problems of classification. International symposium: Stress, psychiatry and war-paris. 1992. pp. 26-30.
- [۱۹] محمدی، محمدرضا، نوربالا، احمدعلی. بررسی مقدماتی علل ازمان اختلالات روانی مجروحین جنگی تحمیلی. مجله نبض. ش. ۵. صص ۱۴-۱۷.
- [۲۰] نوربالا، احمدعلی. ملک‌افضلی، حسین. بررسی ابعاد روان‌شناختی اثرات جنگ روی چهار گروه مختلف مردم تهران. در: خلاصه‌مقالات سومین کنفرانس پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در ایران. ۱۳۷۰. ص. ۱.
- [۲۱] نوربالا، احمدعلی. مقایسه کاتکول آمین‌های ادراری در مجروحین جنگی مبتلا به PTSD و گروه کنترل آنان. مجله پژوهشی حکیم. ش. ۳.

پاییز ۱۳۷۹. صص ۱۹۳-۱۹۸.

[22] David Nutt, Jonathan RT Davidson, Josef Zohar, Post-Traumatic Stress Disorder, Diagnosis, Management and Treatment, Martin Dunitz Ltd 2000.

[۲۳] نوربالا، احمدعلی، میرزایی، جعفر، کرمی، غلامرضا. راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان. ۱۳۸۶.

[۲۴] بررسی رابطه روش‌های مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی در جانبازان شهر یزد. فصلنامه علمی پژوهشی دانشور. ش ۲۰۰. تابستان ۱۳۷۷. صص ۸۱.

[۲۵] مصاحبه تاریخ شفاهی با دکتر مهدی بیگدلی. روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. در: <http://pr.tums.ac.ir>.

۱۷. منابع بیشتر برای مطالعه

موسی عنبری، مشاورین علمی، احمدعلی نوربالا، کاظم محمد. طرح پژوهشی بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد و نجات کشور در مدیریت فاجعه بم. ج: ۱: مبانی و ادبیات نظری، مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران. زمستان ۱۳۸۳.

- موسی عنبری، مشاورین علمی، احمدعلی نوربالا، کاظم محمد. طرح پژوهشی بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد و نجات کشور در مدیریت فاجعه بم ج: ۲: پیمایش (ارزیابی مردمی)، مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران. زمستان ۱۳۸۳.

- موسی عنبری، مشاورین علمی، احمدعلی نوربالا، کاظم محمد. طرح پژوهشی بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد و نجات کشور در مدیریت فاجعه بم. ج: ۳: مصاحبه‌های اکتشافی تخصصی (ارزیابی مسئولین و امدادگران)، مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران. زمستان ۱۳۸۳.

- موسی عنبری، مشاورین علمی، احمدعلی نوربالا، کاظم محمد. طرح پژوهشی بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد و نجات کشور در مدیریت فاجعه بم ج: ۴: نتیجه‌گیری و تبیین: فرایند مدیریت فاجعه، مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران. زمستان ۱۳۸۳.

- احمدعلی نوربالا، جعفر میرزایی، غلامرضا کرمی. راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه. تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان. ۱۳۸۶.

- احمدعلی نوربالا، احمد علیپور، رسول روشن. نظارت همگانی از دیدگاه روان شناختی. تهران: مرکز نظارت همگانی شهرداری تهران. ۱۳۸۹.

- David Nutt, Jonathan RT Davidson, Josef Zohar, Post-Traumatic Stress Disorder, Diagnosis, Management and Treatment, Martin Dunitz Ltd 2000.

- Jamshid A. Marvasti, et al. War Trauma in veterans and their families, Charles C Thomas. Publisher, LTD. 2012.

- صلاح نصر. جنگ روانی. ترجمه محمود حقیقت کاشانی. تهران: سروش. ۱۳۸۰.

- بیل دانیلی، نیکلاس ردلی، لارس ویست. اقدامات بین‌المللی در برابر استرس ناشی از ضربه. ترجمه محمدرضا مهدی‌زاده و سیدعباس باقری یزدی. تهران: مؤسسه آموزش علمی کاربردی هلال‌احمر ایران. ۱۳۸۴.

- محمدعلی همتی. مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ. تهران: گلبان، ۱۳۷۹.

- سیدمحمود میرزمانی. روانپزشکی کاربردی در نیروهای نظامی. تهران: گلبان. ۱۳۸۰.

- سیدمحمود میرزمانی. روانشناسی نظامی. تهران: انتشارات مرکز برنامه‌ریزی و تألیف کتاب‌های درسی معاونت آموزش و نیروی انسانی ستاد مشترک سپاه، ۱۳۸۶.

- دقتی بیژن و همکاران. کتابچه حمایت‌های روانی در سوانح، مدیریت حمایت‌های روانی اجتماعی سازمان امداد و نجات جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۳.

فصل شانزدهم

پرستاری در دفاع مقدس خدمات ارزشمند و شایسته جامعه پرستاری در جنگ تحمیلی، قبل و بعد از آن

پدیدآورندگان:

دکتر مریم حضرتی، دکتر سیدباقر مداح، دکتر عباس عباسزاده،
دکتر فاطمه نوغانی، نرگس توانا، دکتر سعید لک

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

تبیین نقش‌ها، مسئولیت‌ها و خدمات پرستاری در دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- معرفی ساختار و ابعاد خدمات پرستاری قبل و در شروع جنگ تحمیلی
- آشنایی با تحولات نیروی انسانی و ساختار آموزش و خدمات پرستاری در جنگ تحمیلی
- بیان تاریخچه حضور پرستاران در جنگ (صدر اسلام، قبل از جنگ تحمیلی و دوران جنگ)
- شرح مفاهیم پرستاری نظامی
- آشنایی با دستورالعمل‌های خدمات پرستاری در شرایط جنگی
- آگاهی از مراقبت‌های پرستاری در جنگ‌های نوین
- معرفی نقش‌ها و دستورالعمل‌های خدمات پرستاری در حوادث غیرمترقبه و بلایا
- خاطراتی از حضور و ایثارگری پرستاران در دفاع مقدس
- توصیه‌هایی برای آینده

فهرست مطالب

۳۴۹	۱. مقدمه و بیان مسئله
۳۴۹	۲. واژه‌های کلیدی
۳۵۰	۳. روش تدوین
۳۵۰	۴. ادبیات نظری موضوع
۳۵۰	۴-۱. پرستاری
۳۵۰	۴-۲. پرستار
۳۵۰	۴-۳. جامعه پرستاری
۳۵۱	۴-۴. تاریخچه پرستاری
۳۵۱	۵-۴. پرستاری در جنگ
۳۵۲	۶-۴. پرستاری نظامی
۳۵۲	۷-۴. بحران
۳۵۲	۸-۴. مدیریت بحران
۳۵۳	۵. پرستاری در فرهنگ اسلامی
۳۵۳	۶. تاریخچه پرستاری در جنگ
۳۵۳	۶-۱. اشارات تاریخی از حضور پرستاران در جنگ‌های صدر اسلام
۳۵۴	۶-۲. پرستاری در جنگ‌های صلیبی و قرون وسطی
۳۵۴	۶-۳. پرستاری در جنگ‌های بزرگ معاصر، قبل از جنگ تحمیلی
۳۵۵	۷. اوضاع پرستاری در آغاز جنگ تحمیلی
۳۵۵	۸. تحولات، ابتکارات، نقاط عطف و دستاوردهای پرستاران شریف ایران در دفاع مقدس
۳۵۶	۹. مرور اقدامات پرستاری در جنگ
۳۵۶	۹-۱. خدمات پرستاری مستقیم فوری برای احیای اولیه و مراقبت‌های بعدی مصدومان و مجروحان جنگی
۳۵۷	۹-۲. اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن معلولیت‌های جسمی در مجروحان جنگی
۳۵۷	۹-۳. اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن اثرات مخرب روانی در مجروحان جنگی
۳۵۷	۱۰. خدمات سرنوشت‌ساز و مبتکرانه جامعه پرستاری در حوادث شیمیایی جنگ تحمیلی
۳۵۸	۱۱. پرستاری در جنگ‌های مهم بعد از دفاع مقدس تا به امروز
۳۵۸	۱۲. پروتکل‌های استاندارد خدمات پرستاری در جنگ‌ها و حوادث تروریستی
۳۵۹	۱۳. نقش‌ها و مسئولیت‌های پرستاری در حوادث غیرمترقبه
۳۶۰	۱۴. خاطراتی از حضور و خدمات پرستاری در دفاع مقدس
۳۶۱	۱۶. قاب‌های ماندگار از نگاره‌های خدمات پرستاری در دفاع مقدس
۳۶۳	۱۷. منابع

۱. مقدمه و بیان مسئله

پرستاری نزد خداوند متعال ارزشمند است و پرستاران محبوب و مقدس‌اند. پیامبر گرامی اسلام (ص) ارج و مقام پرستاری را درضمن روایتی چنین بیان می‌فرماید: «کسی که یک روز و یک شب، پرستاری بیماری را برعهده بگیرد، خداوند او را با ابراهیم خلیل (ع) محشور می‌کند. پس همچون درخشش برقی از صراط عبور می‌کند. کسی که در برطرف کردن نیازهای مریض تلاش کند و نیازهای او را برآورد، همانند روزی که از مادر متولد شده است، از گناهان پاک می‌شود».^(۱)

پرستاران خادمان بی‌منت و فرشتگان سپیدپوش جامعه هستند. آنان حمایت و پشتیبانی جامعه را می‌جویند و خواهان ارج نهادن جامعه به جایگاه واقعی خویش‌اند؛ همچنان که مقام معظم رهبری می‌فرماید: «طرف حساب پرستار فقط خداست». روز ولادت شیرزن واقعه کربلا، حضرت زینب کبری (س) که توانست با پیام‌رسانی خویش شایستگی زنان را در تاریخ به منصه ظهور برساند و ضامن بقای اسلام باشد و از بازماندگان حادثه تلخ عاشورا مراقبت و پرستاری کند، روز پرستار نامیده شده است. در کشور ما نیز، پرستاران در طول هشت سال دفاع مقدس و در زمان‌های بحرانی، به‌رغم کمبودها و مشکلات، خالصانه و بی‌ریا درجهت بهبود وضعیت بیماران تلاش می‌کردند و غالباً به‌جای اینکه در آغوش گرم خانواده به‌سر ببرند، بر بالین مجروحان جنگی، مصدومان و بیماران حاضر می‌شدند و مراقبت از فرزندان رشید ملت را وجهه همت خود قرار می‌دادند. پرستاران در تاریخ ملت بزرگ ایران همواره کارنامه درخشانی داشته‌اند.

در همه حوادث انقلاب و دوران پرفرازونشیب بعد از پیروزی انقلاب، حضور پر نشاط، داوطلبانه، انسان‌دوستانه و درعین حال علمی و حرفه‌ای جامعه پرستاری زینده دفتر تاریخ ملی است و مانند آفتاب می‌درخشد. باوجود کاستی‌ها، کمبودها، مواجهه با نیازهای روزافزون و جدید، و حوادث و بلایای پی‌درپی، این قشر خدوم حوزه سلامت با تدابیری مناسب موفق شدند به‌طرزی شایسته به همه نیازها پاسخ دهند و هم‌زمان شالوده پیشرفت و اعتلا را بنیان نهند. با شروع جنگ تحمیلی، همه مردم و ازجمله پرستاران شریف، فرزندان خدوم و فداکار ملت با آزمون تاریخی، تاریخ‌ساز و سرنوشت‌ساز مواجه شدند. در تداوم خدمات قبلی، از نخستین ساعات جنگ و در شرایط خطیر و اضطراری، در مناطق مورد هجوم حیاتی‌ترین مسئولیت‌های خود را به‌صورت خودجوش و مبتکرانه انجام دادند. در ادامه با سازمان‌دهی جدید و مناسب، مشارکت عمومی پرستاران در مراکز بهداشتی و درمانی کشور برنامه‌ریزی و عملیاتی شد. در طول هشت سال دفاع مقدس، مطلوب‌ترین خدمات حرفه‌ای پرستاری، در سخت‌ترین شرایط، به عموم مجروحان و آسیب‌دیدگان جنگ عرضه شد و بعد از آن نیز تداوم یافت و امروز نیز جاری و ساری است. در این فصل، کارنامه درخشان پرستاران، ابعاد علمی، حرفه‌ای، فرهنگی و معنوی آن، و بایسته‌های زمان حاضر و آینده، با رویکرد توأم تحلیل تاریخی و آینده‌نگارانه به‌اجمال مرور شده است. آنچه از تلاش، خدمت و تجربه پرستاری در دفاع مقدس حاصل شده و بعد از آن نیز ادامه یافته، سرمایه علمی و معنوی و دستمایه حرفه‌ای جامعه پرستاری ایران و الگوی جامعه پرستاری در آینده خواهد بود.

۲. واژه‌های کلیدی

پرستار، پرستار نظامی، پرستاری، پرستاری در بحران، پرستاری در جنگ، تاریخچه پرستاری، جامعه پرستاری، دفاع مقدس.

Key words

Disaster Nurse, Holly Defence, Military Nurse, Nursing History-Nursing in War, Nursing Society, Nursing, Nurse.

(۱) «مَنْ قَامَ عَلَى مَرِيضٍ يَوْمًا وَ لَيْلَةً بَعَثَهُ اللَّهُ مَعَ إِبْرَاهِيمَ الْخَلِيلِ عَلَيْهِ السَّلَامُ فَجَادَ عَلَى الصُّرَاطِ كَالْبُرْقِ الْأَمْعِ وَ مَنْ سَعَى لِمَرِيضٍ فِي حَاجَةٍ فَقَضَاهَا خَرَجَ مِنْ ذُنُوبِهِ كَيَوْمٍ وَلَدَتْهُ أُمُّهُ.»

۳. روش تدوین

برای تدوین این فصل ابتدا طرح درس با مشورت و مذاکره در گروه تدوین درسنامه انجام شد. پس از تعیین اهداف اصلی و اختصاصی، کدواژه‌های موضوع انتخاب و مطالعه کتابخانه‌ای براساس واژه‌های منتخب صورت گرفت. مطالب برگزیده از مصاحبه تاریخ شفاهی، تجربیات گروه تدوین و نتایج مطالعه کتابخانه‌ای ادغام و در جلسات بحث متمرکز گروهی ارائه شد. پس از دریافت نظرات اصلاحی اعضا، مطالب نهایی در فصل پیش‌رو تدوین شد.

۴. ادبیات نظری موضوع

۱-۴. پرستاری

واژه پرستار به معنای پرستنده، غمخوار و حافظ است. در فرهنگ لاتین، پرستار از لغت nutritious گرفته شده که به معنای پروردن، تغذیه کردن و پرورش دادن است. با توجه به این معنا هرگونه مراقبت که فرد از فرد دیگری، اعم از بیمار یا سالم، به عمل آورد پرستاری نامیده می‌شود.

۲-۴. پرستار

پرستار^(۱) فردی است با تحصیلات دانشگاهی در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا که در هر پُست و مقام و محیطی قادر است نقش شش‌گانه ذیل را درقبال مددجویان ایفا کند:

۱. **نقش مراقبتی:** به بیمار کمک می‌کند تا کارهایی را که در سلامتی به‌تنهایی انجام می‌داده ولی اکنون بنابه علتی قادر نیست، انجام دهد؛ مثل غذا خوردن.
۲. **نقش درمانی:** درمان بیمار برعهده پزشک است؛ ولی پرستار با مشاهدات دقیق وضع بیمار، داشتن مهارت، صرف وقت بسیار بر بالین بیمار و مشاهده تأثیر معالجات و واکنش بیمار به درمان، نقش مهمی در کمک به برنامه درمانی یا تغییر و اصلاح آن دارد.
۳. **نقش حفاظتی:** کمک به بیمار برای مصونیت وی از عوامل محیطی مثل عفونت، آتش‌سوزی، افتادن و ...
۴. **نقش آموزشی:** راهنمایی بیمار درمورد مراقبت‌ها لازم در منزل و اقدامات بهداشتی و آموزش دادن به او یکی از مسئولیت‌های مهم پرستار است.
۵. **نقش هماهنگی:** هماهنگی کار تیم پرستاری در امر برنامه‌ریزی کار بهیاران و کمک‌پرستاران و سایر پرسنل خدماتی و هماهنگ کردن کارگروه‌های دیگر در رابطه با تیم درمان مثل مشاوره با قسمت‌های مختلف تغذیه، مددکاری، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، رادیولوژی و ...
۶. **نقش حمایتی:** پرستار بیش از هر فردی با بیمار در ارتباط است و خواسته‌های او را به‌خوبی می‌داند و به همین جهت می‌تواند مدافع و حامی او باشد؛ از همین رو واسطه مؤثری برای بیمار با نهادهای مختلف درمانی به‌شمار می‌آید؛ مثل مرکز مبارزه با سل.

به‌طور کلی حیطه خدمات پرستاری سیار وسیع بوده و نه‌تنها در بیمارستان، بلکه در جامعه نقش حیاتی دارد؛ بنابراین پرستاران در این مکان‌ها می‌توانند خدمت کنند: بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مدارس، سازمان‌های بهداشتی، کارخانه‌ها، منازل، مطب‌ها، کشتی، هواپیما، قطار، خانه سالمندان و مراکز مشاوره در امر مراقبتی.

۳-۴. جامعه پرستاری

جامعه پرستاری مجموعه‌ای حرفه‌ای، پویا، با هدفی مقدس، سرشار از نوع‌دوستی و محبت و شیفته خدمت

به انسان‌های دردمند است. نقش پرستاران، در مقام بزرگ‌ترین، مهم‌ترین و مؤثرترین عضو جامعه سلامت، در خدمات‌رسانی بهداشتی و درمانی در هر شرایطی و همه مراکز سلامت راهبردی و سرنوشت‌ساز است. خدمات ارزشمند ویژه این قشر خدمت در مسیر ارتقای بهداشت و سلامت در نیروهای مسلح شایسته ستایش و تکریم است.^(۱) منظور از جامعه پرستاری مجموعه اعضای شریف و بزرگوار حرفه مقدس پرستاری کشور است که به اعتبار شخصیت علمی و حرفه‌ای و پایبندی به موازین معنوی و اخلاق پرستاری، در مسئولیت‌های محول‌شده در سطوح و شئون مختلف نظام سلامت انجام وظیفه می‌کنند.

۴-۴. تاریخچه پرستاری

آن‌گاه که رنج و درد بر کالبد انسان حمله‌ور شد و سلامت وی را در مخاطره افکند، حرفه پرستاری به وجود آمد؛ یعنی به دیرینه‌سالی بشر. در طول تاریخ، پرستاری همپای پزشکی در خدمت انسان‌ها بوده و به تدریج مسیر رشد و پیشرفت را طی کرده است. در زمان‌های بحرانی، مانند حوادث طبیعی و جنگ‌ها، پرستاران خدمات شایان توجهی انجام داده‌اند. تاریخ پرستاری با توسعه دیگر رشته‌ها مثل پاتولوژی، پزشکی، علوم اجتماعی و آموزش و پرورش پیوندی ناگسستنی دارد.^(۲)

اواسط قرن نوزدهم (۱۸۵۸م) پرستاری به نام فلورانس نایتینگل در دنیای پرستاری قد علم کرد و شیوه پرستاری نوین را بنیان نهاد و انقلابی عظیم در تربیت و آموزش پرستاران ایجاد کرد. او هدف از خدمات پرستاری را قرار دادن بیمار در بهترین شرایط ممکن به نحوی که طبیعت بتواند اثرات خود را اعمال نماید، ذکر کرد و در سال ۱۸۶۰م اولین مدرسه پرستاری نایتینگل را در بیمارستان سنت توماس بنیان نهاد. رهبران پرستاری این حرفه را علم و هنر تلقی کردند.

۴-۵. پرستاری در جنگ

«جنگ و پرستاری از نظر تاریخی به هم پیوند خورده‌اند. هم‌زمان با بروز جنگ‌های مختلف در طول قرن‌ها، پرستاران در مراقبت و درمان سربازان مجروح و بیمار نقش آفرینی کردند. مطالعه پدیده جنگ بخش مهمی از تاریخ پرستاری ایران محسوب می‌گردد. در جنگ هشت‌ساله تحمیلی، پرستاران بخشی از نیروهایی بودند که در آن شرکت فعال داشتند [...] اکثر پرستارانی که به جنگ وارد شده بودند، علی‌رغم آشنا نبودن با شرایط جنگی توانستند جهت ارائه خدمات پرستاری در بخش‌های اورژانس و اتاق عمل و ریکاوری در واحدهای درمانی سطح اول مانند پُست امداد و اورژانس و بیمارستان صحرایی وظایف حیاتی مانند احیا و مراقبت ویژه، تریاژ و کار با مصدومان شیمیایی را در قالب ماهیت کار پرستاری انجام دهند. همان‌طور که انتظار می‌رفت، پرستاران خیلی سریع خود را با شرایط محیط جنگ تطبیق دادند.»^[۱]

پرستاری در جنگ دارای ابعاد زیر است:

- کسب دانش و مهارت لازم و آمادگی برای انجام وظایف حرفه‌ای به صورت استاندارد و مبتنی بر شواهد علمی؛
- پاسخ‌گویی و مراقبت‌های به‌هنگام، سریع و اصولی در حوادث و وقایع جنگی؛
- پاسخ‌گویی و مراقبت‌های به‌موقع، سریع و اصولی در اتفاقات و سوانح تروریستی؛
- پاسخ‌گویی و مراقبت‌های به‌هنگام، سریع و اصولی در صدمات و فجایع ناشی از کاربرد سلاح‌های نامتعارف و حوادث شیمیایی، میکربی و هسته‌ای.^(۳)

(۱) برگرفته از پیام سردار سرلشکر سیدحسین فیروزآبادی، رئیس سابق ستاد کل نیروهای مسلح و جانشین سابق فرماندهی کل قوا، به مناسبت روز پرستار در سال ۱۳۹۱.

(۲) تعریف پرستاری در: International Council of Nurses International Council of Nurses

(۳) تعریف پیشنهادی نویسندگان.

۴-۶. پرستاری نظامی

شعبه‌ای از پرستاری است متشکل از پرستاران آشنا با مهارت‌های لازم برای انجام وظیفه در شرایط و محیط‌های نظامی، اعم از وظایف آموزشی، پژوهشی، خدمات و مراقبت‌های سلامتی و نیز مدیریتی. اغلب ارتش‌های حرفه‌ای این پرستاران را به کار می‌گیرند. فلورانس نایتینگل اولین هسته خدمات پرستاری را برای ارتش بریتانیا در جنگ کریمه در سال ۱۸۵۴م به وجود آورد. بعد از جنگ، وی برای به کارگیری پرستاران زن در بیمارستان‌های نظامی کوشید و در سال ۱۸۶۰م موفق شد مدرسه آموزش پرستاری نظامی^(۱) را در بیمارستان نظامی سلطنتی رویال^(۲) تأسیس کند.^(۳) [۲]

در ایران پرستاری نظامی یک برنامه آموزشی کارشناسی ارشد و هدف آن تربیت نیروی پرستاری تخصصی مورد نیاز بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به نیروهای نظامی کشور است. خدمات پرستاری در بیمارستان‌های نظامی برای تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی کادر نظامی و کارکنان و خانواده‌های آن‌ها شبیه سایر برنامه‌ها و سطوح خدمات پرستاری در دیگر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی کشور است.

۴-۷. بحران

حادثه‌ای است که به‌طور طبیعی یا توسط انسان ناگهانی و به‌شکل فزاینده به‌وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل کند که جهت برطرف کردن آن به اقدامات اساسی و فوق‌العاده نیاز باشد. بحران دراصل ازهم‌گسیختگی شدید در فعالیت‌های جامعه است، به‌طوری که انسان‌ها، دارایی‌ها و محیط زیست در سطح وسیع دچار صدمات زیاد می‌شوند و در زمان تحقق آن، جامعه قادر است فقط از منابع موجود خود کمک بگیرد. بحران‌ها غالباً براساس سرعت و شدت، یعنی ناگهانی یا گند بودن بروز آن‌ها، یا براساس طبیعی بودن یا دست‌ساز بودن طبقه‌بندی می‌شوند. [۳] زلزله بم در سال ۱۳۸۲، زلزله کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ و سیل فراگیر بهار ۱۳۹۸ در ۲۴ استان کشور، نمونه‌هایی از بحران در سطح ملی است.

۴-۸. مدیریت بحران

شاخه‌ای از مدیریت است و در سلامت، علمی کاربردی است که با بررسی و تجزیه و تحلیل سیستماتیک بحران‌ها و درس‌آموزی از آن‌ها، موجبات پیشگیری از بروز بحران، کسب آمادگی‌های ضروری برای کاهش اثرات آن، و امداد و درمان سریع و بازتوانی درصورت بروز بحران را فراهم می‌آورد. مدیریت بحران^(۴) دارای چهار رکن اصلی است: [۴]

۱. کاهش خسارات، کاهش احتمال وقوع یا اثرات ناشی از بلایا؛
۲. آمادگی، برنامه‌ریزی، پژوهش، آموزش و مانور؛
۳. واکنش و مقابله، خدمات‌رسانی اضطراری بلافاصله پس از وقوع بحران؛
۴. بازسازی و عادی‌سازی و برگرداندن جامعه به حالت عادی.

یکی از وظایف اصلی مدیریت بحران اتخاذ تصمیمات مؤثر براساس اطلاعات صحیح درجهت کاهش خسارات و کنترل سریع بحران است. آمادگی قبلی، برنامه‌ریزی و ارتباطات نقش تعیین‌کننده در کاهش ابعاد خسارات ناشی از بحران دارد. اطلاعات درست و تحلیل تجربیات بحران‌های گذشته از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در بحران‌هایی که همراه با آسیب‌های گسترده جانی و مالی همراه است، اقدامات اضطراری در اولویت خواهد

1) Military nursing

2) Royal Victoria Military Hospital

3) in Netley, Hampshire, England

4) disaster management

بود. این اقدامات غالباً خارج از توان سازمان‌های مسئول برای مقابله با بحران است و به مشارکت برون‌سازمانی و فرماندهی‌ای نیاز خواهد داشت. در چنین شرایطی، فرماندهی مشترک و هماهنگی این سازمان‌ها در حداقل زمان با دقت بالا و حداکثر سرعت اهمیت بسیاری دارد. ساختار مناسب مدیریت بحران شامل ارتباطات منسجم، سادگی و انعطاف‌پذیری بالا، فرماندهی واحد، زبان مشترک، مدیریت منابع و تقسیم مسئولیت‌هاست. [۵]

۵. پرستاری در فرهنگ اسلامی

بن‌مایه‌های حرفه پرستاری بر مبنای فرهنگ قرآنی عبارت‌اند از: «کرامت انسان»، «وجدان کاری»، «همدلی»، «ارتباط مهر‌بانانه شامل محبت، خوش‌رفتاری، احسان و اعتماد»، «دقت و درستی عمل»، «امانت و رازداری»، «صداقت»، «عدالت»، «حفظ و ارتقای شایستگی فردی و حرفه‌ای»، «معنویت»، «استقلال و اختیار»، «مسئول بودن و پاسخ‌گویی». [۶] با رعایت ارزش‌های مزبور، پرستار شایستگی‌های مراقبت از شریف‌ترین مخلوق خداوند را خواهد یافت. در فرهنگ اسلامی و تعبیر قرآنی، آن هنگام که پرستار برای یاری انسان نیازمندی تلاش می‌کند و نیازهایش را برمی‌آورد، گویی او را از مرگ‌رهایی می‌بخشد و بدین طریق خرسندی خداوند را جلب می‌کند. پرستاری که با سعی خویش جان مجروح یا بیمار ناتوانی را نجات می‌دهد و برای بهبود وی می‌کوشد، به مثابه آن است که حیاتی دوباره به وی بخشیده است و هرکس فردی را زنده کند و به جامعه پرتلاش انسان‌ها بازگرداند، مثل آن است که خدمتی شایان به همه مردمان کرده است. قرآن کریم در آیه ۳۲ سوره مائده در این باره می‌فرماید: «و هرکس انسانی را از مرگ‌رهایی بخشد، چنان است که گویی همه مردم را زنده کرده است». پیامبر گرامی اسلام (ص) نیز در این زمینه می‌فرماید: «هرکس برای برآوردن نیاز بیماری بکوشد، چه آن را برآورده سازد و چه نسازد، از گناهانش پاک می‌شود؛ مانند روزی که از مادر زاده شده است». پرستاری از مجروحان و کمک به ناتوانان در فطرت و نهاد هر انسانی وجود دارد که حاکی از اهمیت آن در زندگی اجتماعی است. سیره رهبران الهی نیز همواره بر این بوده که در میان کارهای پسندیده، گوی سبقت را از همه انسان‌ها برابند و انسان کامل عصر خویش و الگویی برای آیندگان باشند تا بدین ترتیب، بزرگ‌ترین مشوق انسان‌ها در عمل به نیکی‌ها شوند. یکی از این کارهای پسندیده پرستاری از بیماران است و رهبران الهی نیز بدان همت می‌گماردند. امام خمینی (ره) در این باره به این مضمون می‌فرماید: «این شغل پرستاری از شغل‌های بسیار شریفی است که اگر چنانچه انسان با وظایف انسانی و شرعی خودش انجام دهد، این یک عبادتی است که در فراز عبادت‌های درجه اول است. پرستاری از بیمار امر بسیار مشکلی است، لکن خیلی ارزشمند است. ... شما با این مریض‌ها، با این بیمارها، هرچه محبت بکنید و هرچه پرستاری مادرانه و خواهرانه و برادرانه و پدرانه بکنید، این در روحیه بیمار مؤثر است و برای خوب شدن و سرعت خوب شدن بیماران نیز مؤثر است و در بارگاه خدای تبارک و تعالی، خدمت به این جمعیت، خدمت به این بندگان خدا، بسیار ارزشمند است». امام خمینی (ره) درباره پرستاری از جانبازان می‌فرماید: «پرستاری از کسانی که در راه اسلام اعضای خودشان را، صحت خودشان را، سلامت خودشان را از دست داده‌اند، یک خدمت بسیار بزرگ و ارزشمندی است در بارگاه خدای تبارک و تعالی». (۱)

۶. تاریخچه پرستاری در جنگ

۶-۱. اشارات تاریخی از حضور پرستاران در جنگ‌های صدر اسلام

در فصل هفدهم با عنوان نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس به تاریخچه پرستاری در جنگ‌های

(۱) امام خمینی (ره)، صحیفه نور، ج ۱۴، ص ۲۶۸.

صدر اسلام اشاره شده است. بعضی از نکات نیز در این فصل بیان شده است. آغاز پرستاری در اسلام با شروع جنگ‌های مسلمین و جهاد بوده است. در این جنگ‌ها، هم بانوان خاندان پیامبر(ص) و هم سایر زنان مسلمان در خدمت‌رسانی به رزمندگان و مداوای مجروحان سهیم بودند. مبدأ و پایه‌گذاری تاریخ پرستاری در اسلام، خدمات پرستاری حضرت فاطمه زهرا (س) است. آن بانوی ارزشمند تاریخ اسلام در جنگ احد از پدر بزرگوارشان مراقبت فرمودند و با چهارده تن از زنان مسلمان مجروحان جنگ را درمان و پرستاری کردند. پرستاری در جنگ از میادین جنگ‌های اولیه در صدر اسلام آغاز می‌شود و تاریخی هزاروپانصدساله دارد. در تاریخ اسلام، بنابه روایتی کعبه بنت اسد الاسلامیه که به رفیده الاسلامیه مشهور است، اولین پرستار در جهان اسلام به‌شمار می‌رود. وی در جنگ بدر از شیوه‌های خاص مراقبتی برای سربازان مجروح استفاده می‌کرد؛ از قبیل دادن آگاهی‌های لازم به دیگر زنان مسلمان، پانسمان زخم‌ها، مراقبت مجروحان و نظارت بر حمل ایشان. در تاریخ اسلام، از زنان دیگری نیز به‌عنوان پرستاران صدر اسلام نام برده شده است؛ از جمله نسیمه جراحه، ام‌سلیمه و ام‌عطیه. از افتخارات پرستاران مسلمان این است که والاترین شخصیت‌های تاریخ اسلام، یعنی حضرت فاطمه زهرا (س) و حضرت زینب کبری (س)، در حوادث تاریخ‌ساز صدر اسلام، نقش پرستاری از رزمندگان و مجاهدان و اسیران اهل بیت عصمت و طهارت و سایر رزمندگان و مجاهدان و اسیران را برعهده داشته‌اند. پرستار بزرگ صحرای کربلا در عاشورای حسینی وظایف خطیری داشت: تقویت روحیه مجروحان و خانواده شهدا، رسیدگی به بازماندگان و کمک به اطفال؛ همچنین ایشان به مراقبت از حضرت سجاد(ع) مشغول بودند که در بستر بیماری به‌سر می‌بردند.

۲-۶. پرستاری در جنگ‌های صلیبی و قرون وسطی

در قرون وسطی، رشته پرستاری به‌عنوان یک تخصص در اصل با اتکا به مفهوم عشق به همنوع در دین مسیحیت به‌ویژه در جوامع مذهبی و همچنین بسیاری از صومعه‌های تازه تأسیس گسترش یافت. مشکلات اساسی و مرکزی پرستاران عبارت بود از طاعون و جذام که هر دو بین سده‌های سیزدهم و چهاردهم میلادی اروپا را درگیر کرد و دراصل از تبعات جنگ‌های صلیبی در اروپا بود. برای مراقبت از بیماران جذامی و طاعون‌زدگان درمانگاه‌های تخصصی در اروپا برپا شد که در آن‌ها فرقه‌های مذهبی متفاوت مسیحی و غیره به‌طور اختصاصی از بیماران مراقبت‌های می‌کردند؛ به‌طوری که چندین فرقه مذهبی از جمله یوهانی‌ها، فرانسیسکان‌ها و دومینیک‌ها با جدیت به پرستاری روی آوردند. در حدود اواخر سده دوازدهم میلادی، از مسیحیان لایین (مسیحیانی که به‌نوعی از دید کلیسای کاتولیک رومی، غیرمسیحی شمرده می‌شدند) انجمنی آغاز به کار کرد. آن‌ها بانوان بیوه یا دختران مجرد را در محافل خانگی گرد می‌آوردند و برای وقف در مراقبت از بیماران و فقرا آماده می‌کردند. [۷]

۳-۶. پرستاری در جنگ‌های بزرگ معاصر، قبل از جنگ تحمیلی

جنگ جهانی دوم: بسیاری از پرستاران نظامی در بیمارستان‌های ژاپن که هزاران نفر از مجروحان جنگی به آنجا منتقل می‌شدند، مستقر بودند و به مصدومان خدمات پرستاری عرضه می‌کردند.

جنگ کره (۱۹۵۰-۱۹۵۳م): در شروع جنگ کره، ۲۲,۰۰۰ نفر از زنان در سرویس‌های نظامی در سطح دنیا شاغل بودند. ۷۰۰۰ نفر از این جمع در مشاغل بهداشتی و مراقبت‌های سلامتی فعالیت می‌کردند. در ارتش آمریکا، بعضی از پرستاران نظامی در بیمارستان جراحی سیار نظامی و برخی دیگر در نیروی دریایی در کشتی‌های مستقر در آب‌های اطراف کره به خدمت مشغول بودند. پرستاران نیروی هوایی در هواپیمای MEDEVAC از مجروحان مراقبت می‌کردند. [۸]

جنگ ویتنام: در آوریل ۱۹۵۶ سه نفر پرستار نظامی وارد سایگون در ویتنام شدند. این افراد به تیم آموزش

طب نظامی امریکا^(۱) پیوستند. مأموریت آن‌ها آموزش پرستاران ویتنام جنوبی و آشنا کردن آن‌ها با تکنیک‌های مراقبت پرستاری از مجروحان جنگی بود. در ۱۹۵۹م، به علت افزایش نیاز، خدمات پرستاری با خدمات پزشکی و دندان‌پزشکی تلفیق شد و به مدت سه سال ادامه یافت. در طی دورهٔ یازده سالهٔ بعدی، از ۱۹۶۲-۱۹۷۳ (پایان جنگ)، بیش از ۵۰۰۰ پرستار نظامی در ویتنام مراقبت‌های پرستاری مجروحان جنگی امریکایی را عهده‌دار بودند. [۹]

پرستاری جدید در ایران بعد از جنگ جهانی اول و دوم: در جریان این دو جنگ جهانی و بعد از آن اوضاع اجتماعی و سیاسی ایران تغییرات فراوانی داشته است. جنگ، قحطی، حضور نیروهای اجنبی در کشور و تحولات اجتماعی، حوادث نظامی و بلایای طبیعی، نیازهای سلامت جدیدی را برای مردم ایران به وجود آورد. این نیازها و تحولات به شروع پرستاری مدرن و آموزش پرستاری به شیوه‌های جدید منتهی شد. [۱۰]

۷. اوضاع پرستاری در آغاز جنگ تحمیلی

در شرایط قبل از جنگ و شروع جنگ تحمیلی، کمبود نیروی پرستاری بسیار زیاد بود. اکثر پرستاران را خانم‌ها تشکیل می‌دادند و تعداد پرستار مرد اندک بود. کمبود پرستار ماهر و تحصیل‌کرده را نیروهای بهیاری جبران می‌کردند. مدرک پرستاران وقت عمدتاً کاردانی، کارشناسی یا معادل کارشناسی بود. محل خدمت اغلب پرستاران در بیمارستان‌ها، اعم از اورژانس‌ها، درمانگاه‌ها و بخش‌های بیمارستانی بود و در فیلدهای اجتماعی از این نیرو استفاده نمی‌شد. جامعهٔ پرستاری وقت که جواب‌گوی نیازهای روزمرهٔ بیمارستان‌ها نبود، ناگهان با بار عظیم مجروحان جنگی مواجه شد. تجارب به‌دست‌آمده از حوادث منجر به پیروزی انقلاب، پرستاران وقت را تاحدودی با مداوای مجروحان آشنا کرده بود.

با تخریب زیرساخت‌های بهداشت و درمان در مناطق مرزی و سرزمین‌های تحت هجوم دشمن متجاوز، فعالیت‌های پرستاری به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهری در مناطق جنگی منتقل شد. مراکزی مانند بیمارستان طالقانی در شهر آبادان و بیمارستان نظام مافی در شهر شوش در خط مقدم جبهه و در فاصلهٔ چندصدمتری دشمن تاب آوردند و همچنان زیر آتش بی‌امان دشمن به خدمت‌رسانی ادامه دادند. نقش آفرینان اصلی این صحنه‌های پرشکوه خدمت‌گزاری، انسان‌دوستی، ایثار و شهامت پرستاران بودند. سایر بیمارستان‌های شهرهای جنگ‌زده نیز با تدابیر ایمن‌سازی و استتار، خدمات خود را در حساس‌ترین و دشوارترین روزهای جنگ انجام می‌دادند. این خدمات بنابه ضرورت و گستردگی حجم آسیب‌دیدگان، به استان‌های مجاور و بعدها تمام استان‌های کشور تعمیم یافت. قلب تپندهٔ خدمات در تمام مراکز درمانی، فرشتگان نجات یعنی پرستاران بودند. جامعهٔ سلامت کشور در این آزمون تاریخی با به‌کارگیری تمام امکانات و ابتکارات و مشارکت عموم نیروی انسانی و خاصه پرستاران، پذیرای تعداد بسیار زیادی از مجروحان حوادث جنگی شد و حماسه‌ای جاودان در تاریخ خدمات و مراقبت‌های سلامت آفرید.

۸. تحولات، ابتکارات، نقاط عطف و دستاوردهای پرستاران شریف ایران در دفاع مقدس

جنگ تحمیلی موجب تحولات مهم و بزرگی در پرستاری گردید. در طول جنگ، نیروهای پرستاری توانمندی ساخته شدند. پرستاری به سمت حرفه‌ای شدن سوق داده شد و جایگاه پرستاری توسعه یافت. ماهیت آسیب‌های مجروحان جنگی اقتضا می‌کرد از اقدامات و مراقبت‌های گستردهٔ جراحی، اتاق عمل، بیهوشی عمومی،

1) Military Assistance Advisory Group (MAAG)

مراقبت‌های ویژه، حمایت‌های روانی و معنوی و اجتماعی، و خدمات بازتوانی برخوردار باشند. در عموم این خدمات و مراقبت‌ها، پرستاران نقش‌های بزرگ، حیاتی و سرنوشت‌سازی برعهده داشتند. رؤس تحولات و دستاوردهای حرفه مقدس پرستاری در ایران، تحت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم جنگ تحمیلی به این شرح است:

- حضور و مشارکت منسجم پرستاران سراسر کشور در درمان مجروحان جنگ، اعم از مراکز پشت جبهه، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سراسر کشور و کسب تجارب و مهارت‌های بی‌نظیر؛
- تحول در ترکیب جنسیتی جامعه پرستاری و حضور جدی و گسترده مردان برای تحصیل در این رشته و پذیرفتن مسئولیت؛
- گسترش دانشکده‌های پرستاری در همه استان‌های کشور و افزایش چندین‌برابری ظرفیت پذیرش دانشجو؛
- تحول در برنامه‌های درسی رشته‌ها و مقاطع پرستاری متناسب با نیازهای جامعه و توسعه برنامه‌های آموزش پرستاری در جهت افزایش برنامه‌های مهارتی و بالینی؛
- کسب تجارب و مهارت‌های استثنایی و بی‌نظیر پرستاری در زمان جنگ، در فرصت‌های بی‌بدیل ارائه خدمات و مراقبت‌های پرستاری به رزمندگان مجروح جبهه‌ها، مصدومان شیمیایی و آسیب‌دیدگان غیرنظامی؛
- ارتقای مدارک تحصیلی اغلب پرستاران (از کاردانی و معادل کارشناسی به کارشناسی و کارشناسی ارشد و ایجاد مقطع دکتری پرستاری برای نخستین بار) در دوره جنگ تحمیلی؛
- توسعه تخصص‌ها و گرایش‌های پرستاری (داخلی، جراحی، اطفال، مراقبت‌های ویژه، پرستاری روانی و پرستاری نظامی)؛
- افزایش توان مدیریتی پرسنل پرستاری (نظیر آماده کردن، تجهیز و راه‌اندازی بیمارستان‌ها و اورژانس‌های صحرایی و پست‌های امداد، خلاقیت‌های بی‌نظیر در مدیریت انبوه مجروحان شیمیایی و...)
- تداوم رشد حرفه‌ای و شکوفایی همه ابعاد حرفه پرستاری پس از پایان جنگ تحمیلی؛
- ارائه خدمات گسترده پرستاری در عموم حوادث و بلایای طبیعی رخ داده بعد از دوران جنگ تحمیلی و آشنایی و کسب مهارت اعضای جامعه پرستاری با خدمات و مراقبت‌ها در شرایط بحرانی؛
- شکوفایی اخلاق و معنویات، نهادها و مناسبت‌ها و جایگاه اجتماعی و معنوی حرفه پرستاری در جامعه ایران اسلامی؛ به گونه‌ای که انتخاب میلاد با سعادت فخر بانوان عالم، حضرت زینب کبری (س) به عنوان روز پرستار، حکایت از ارزش‌گرایی و جامعیت حرفه پرستاری در ایران است؛
- ارتقای تحقیقات پرستاری به طور عام و تحقیقات پرستاری نظامی به طور خاص.

به‌طور خلاصه ارتباط زیادی بین تجربیات زمان جنگ با فعالیت‌های کاری بعد از جنگ پرستاران وجود دارد. این تحولات موجب ایجاد تغییرات زیادی در نظام پرستاری در ایران شد و به شکل‌گیری عوامل حرفه‌ای شدن در پرستاری کمک کرد و در نتیجه تحولات زیادی در بخش‌های بالینی و آموزش و مدیریت پرستاری پدیدار گردید. [۱۱]

۹. مرور اقدامات پرستاری در جنگ

۹-۱. خدمات پرستاری مستقیم فوری برای احیای اولیه و مراقبت‌های بعدی مصدومان و مجروحان جنگی

رؤس این اقدامات عبارت‌اند از: کنترل خون‌ریزی‌های قابل کنترل و استفاده صحیح از تورنیکه برای مهار

خون ریزی اندام‌ها، دسترسی عروقی^(۱) برای شروع احیا و جایگزینی مایعات، تهیه نمونه خون برای کراس ماچ و سایر ملاحظات پرستاری انتقال خون، حمایت‌ها و اقدامات پرستاری برای رفع انسداد حاد مجاری تنفسی و سایر مراقبت‌های تنفسی، زمینه‌سازی مداخله فوری برای رفع پنوموتوراکس فشارنده^(۲) و مداخله لازم در زمانی که پزشک حضور ندارد، احتیاطات ضروری در آسیب‌های نخاعی برای پیشگیری از ضایعات بیشتر در زمان انتقال و در حین عملیات درمانی، اقدامات پرستاری برای مراقبت از آسیب‌دیدگان مغزی، پیشگیری از هیپوترمی و مدیریت مجروحان در وضعیت هیپوترمی، اقدامات پرستاری برای کنترل عفونت، تسکین درد طبق پروتکل‌های موجود در مرکز درمانی و ملاحظات اختصاصی پرستاری در زمان انتقال هوایی مجروحان جنگی. [۱۲]

۹-۲. اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن معلولیت‌های جسمی در مجروحان جنگی

از مهم‌ترین این اقدامات عبارت‌اند از: آتل‌گذاری صحیح آسیب‌های منجر به شکستگی در اندام‌ها قبل از انتقال به مراکز بعدی، مراقبت‌های مخصوص بیماران مشکوک به آسیب‌دیدگی ستون فقرات و نخاع شوکی، مراقبت‌های مخصوص بیماران مبتلا به ضربه‌های مغزی و تعبیه درست تورنیکه.

۹-۳. اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن اثرات مخرب روانی در مجروحان جنگی

رئوس این اقدامات عبارت‌اند از: اقدامات فوری مراقبتی و حمایت‌های روانی از مجروحان حوادث تهدیدکننده حیات (مهارت برقراری ارتباط و ایجاد امکان بازگویی احساسات)، مراقبت‌های روانی و حمایتی از مجروحانی که اعضای خود را از دست داده‌اند و آشنایی با مراحل و عوارض روانی حاد در این قبیل مجروحان (انکار، خشم، جبران و معاوضه، افسردگی و پذیرش)، کمک به معلولان جنگی طی مراحل بهبودی و ایجاد سازش مجدد، آشنایی با تکنیک‌های مشاوره به مجروحان و خانواده‌های آنان با رویکرد حفظ و ادامه روابط اجتماعی سابق، کمک به معلولان برای عبور از مراحل دشوار، مقابله با حالت «وابستگی» و سازش با وضعیت جدید و کاهش وابستگی به دیگران. [۱۳]

۱۰. خدمات سرنوشت‌ساز و مبتکرانه جامعه پرستاری در حوادث شیمیایی جنگ تحمیلی

دشمن جانیتکار بعثی، برخلاف تمام مقررات بین‌المللی، در طول جنگ تحمیلی بارها از سلاح‌های کشتار جمعی شیمیایی علیه رزمندگان و مردم و مناطق غیرنظامی استفاده کرد. جامعه پرستاری وقت کشور، پایه‌پای سایر اعضای جامعه سلامت، خدمات گسترده و ایثارگرانه‌ای عرضه کرد. رئوس این خدمات در مناطق و شرایط مختلف به شرح زیر خلاصه شده است: [۱۴]

اقدامات پرستاری در پُست امداد: خارج کردن تمام لباس‌های مجروحان شامل کفش و لباس‌های زیر، شست‌وشوی کامل بدن (دوش گرفتن) با آب و صابون خنثی و بدون عطر و بو، تراشیدن موهای بدن خاصه در نواحی جراحت، شست‌وشوی پوست با محلول تیوسولفات سدیم ۲ درصد به مدت ۱۰ دقیقه، شست‌وشوی چشم با مقادیر زیاد (۱ تا ۲ لیتر) سرم فیزیولوژی یا محلول رینگر، استعمال قطره‌های چشمی سولفاستامید در همه موارد و هماتروپین حسب مورد، استفاده از عینک آفتابی در صورت فوتوفوبی، پونکسیون تاول‌های پوستی با رعایت نکات استریل و جلوگیری از تماس محتویات تاول با پوست سالم، ضدعفونی کردن پوست تاولی با

1) vascular access

2) tension pneumothorax

محلول کلرامین تی و برداشتن پوست تاول، پانسمان پوست به وسیله کرم سیلور سولفادiazین با قطر حداقل نیم سانتی متر، اقدامات برای جلوگیری از تعریق و اعزام مجروح به بیمارستان با پیش بینی های کافی و ضروری.

مراقبت های چشمی: شست و شوی مکرر چشم با سرم فیزیولوژی و قطره چشمی آتروپین (و تکرار بعد از ۳ تا ۶ ساعت) و قطره چشمی سولفاستامید (هر ۳ ساعت برای پیشگیری از عفونت ثانویه).

مراقبت های پوستی: شست و شوی تاول ها، ضد عفونی کردن و مراقبت از تاول.

مراقبت های دستگاه تنفس: عوارض تنفسی ناشی از گازهای شیمیایی، در صورت نجات فرد آسیب دیده، بسیار مزمن و آزارنده است و پس از مدت ها و گاهی تا پایان عمر به مراقبت نیاز دارد. مراقبت های زمان حادثه عبارت اند از: دهان شویه یا سرم فیزیولوژی، خارج کردن ترشحات حلق و دهان، استفاده از دستگاه های بخور، تجویز اکسیژن بر حسب نیاز و تجویز آنتی هیستامین و در صورت انقباض مسیرهای هوایی استفاده از کورتون و برونکودیلاتور.

مراقبت های پرستاری در بیمارستان: کنترل و چارت علائم حیاتی و پیگیری و مداخلات فوری در اختلالات تهدید کننده علائم حیاتی، تنظیم ساعات استراحت و مراقبت از نحوه آن، باز نگه داشتن راه های ترریق وریدی و تنظیم مایعات تزریقی، کنترل جذب و دفع مایعات، تنظیم برنامه غذایی و مراقبت از آن، مراقبت های اختصاصی پرستاری حسب مورد، تنظیم نور و حرارت و رطوبت محل بستری شدن مصدومان، نمونه گیری و پیگیری و کنترل آزمایش های روزانه، تنظیفات و مراقبت های اختصاصی مصدومان اینتوبه و متصل به ونتیلاتور، کنترل و تنظیم داروهای ضددرد و سایر داروهای تجویز شده، ایزولاسیون و مقررات و مراقبت های پرستاری خاص برای مجروحانی که لازم است ایزوله شوند.

۱۱. پرستاری در جنگ های مهم بعد از دفاع مقدس تا به امروز

در جنگ هایی که در سال های اخیر در گوشه و کنار جهان به خصوص در منطقه جنوب غرب آسیا و به ویژه در درگیری با داعش در سوریه و عراق اتفاق افتاد، امداد و درمان مجروحان همچنان مسئله مهمی است. در این زمینه نیز پرستاران ایرانی با حضور در مناطق جنگی به مدافعان حرم کمک کردند. محمد رئیس زاده، رئیس سازمان بسیج جامعه پزشکی کشور، معتقد است: طی پنج سال اخیر پزشکان، پرستاران و جراحان ما در جبهه مقاومت، مانند دوران هشت سال دفاع مقدس، در حوزه های امداد و نجات، انتقال و مراقبت از مصدومان تجربیات بسیار خوبی کسب کردند. اکنون پس از گذشت بیش از ۳۰ سال از اتمام جنگ تحمیلی و با توجه به تغییر سبک و روش و حوادث جنگ های اخیر، حضور جراحان و پزشکان ما در مناطق جنگی به خصوص در عراق و سوریه باعث کسب تجربیات بسیار زیادی در حوزه های پزشکی، پرستاری و جراحی شده است. طی ۵ سال گذشته، ۲۳۰ تیم درمانی متشکل از ۶۰۰ جراح، پزشک و پرستار در مناطق جنگی عراق و سوریه حضوری پررنگ و مؤثر داشته اند. این تیم ها که عضوی از جامعه پزشکی کشور به شمار می روند، در سخت ترین مناطق جنگی دو کشور عراق و سوریه حضوری حیاتی داشته اند. در همین راستا و در دفاع از حریم اهل بیت (ع) تعدادی از عزیزان پزشک و پرستار به درجه رفیع شهادت نائل آمده و یک پرستار آزاده به یادگار مانده است: شهید دکتر اسماعیل گنجی (پزشک و جاویدالآثر)، شهید حمیدرضا اسداللهی (محل دفن تهران)، شهید محمدحسن قاسمی (محل دفن شهرکرد)، شهید فریدون احمدی (محل دفن کرمانشاه)، شهید حمید قنادپور (محل دفن اهواز) و آزاده سرافراز احمد محمدی.

۱۲. پروتکل های استاندارد خدمات پرستاری در جنگ ها و حوادث تروریستی

هنگام بروز هر حادثه ای، به ویژه در بلایای طبیعی و جنگ ها، پرستاران می توانند نیازهای مددجویان را سریع تر از سایر اعضای تیم سلامت بررسی کنند و پاسخ مناسب به آن ها بدهند؛ به بیان دیگر، با توجه به شرایط

خاص ایجادشده در این زمان، کارآمدترین نیروی مدیریتی و خدماتی پرستاران هستند. ایفای نقش مدیریتی در بحران یکی از وظایف پرستاران به‌شمار می‌رود که به‌معنای کاربرد دانش و فناوری به‌منظور برنامه‌ریزی و مدیریت جهت مقابله با حوادث غیرمترقبه است. پرسنل پرستاری و به‌طور خاص پرستاران بخش اورژانس باید آمادگی لازم برای مواجهه با حوادث تروریستی را داشته باشند. در چنین مواقعی، باید بیماران در معرض حوادث تروریستی سریعاً شناسایی شوند و سایر بیماران، پرسنل و افراد جامعه از تماس با این بیماران حفظ گردند. لذا با تهدیدات فراوانی که امروزه وجود دارد، شناسایی سریع، اولیه و به‌موقع مجروحان اعزامی به اورژانس‌ها توسط پرستاران و پزشکان، با توجه به شواهد موجود و به‌روز، ضرورت دارد.

معمولاً در چنین اوضاعی، بر روی بدن و لباس این افراد شواهدی از حمله دیده می‌شود. بنابراین در اولین برخورد با این بیماران باید بررسی و شناسایی لازم صورت گیرد و سؤالاتی به‌منظور تشخیص افتراقی حوادث از اقدامات عمدی پرسیده شود. مدیریت پرستاری اثربخش در شرایط بحران نیازمند مداخله صحیح و به‌موقع پرستاران است. در چنین شرایطی، وجود پروتکل‌های استاندارد برای مواجهه با این موقعیت‌ها الزام تلقی می‌شود.

در ابتدای فرایند، یعنی پروتکل پذیرش و تریاژ مصدومان، پرستار با دانش و مهارت منحصر به فرد در تشخیص علائم اولیه و نشانه‌های قرارگیری در معرض مواد شیمیایی، رادیواکتیو، عوامل بیولوژیک و سایر عوامل مشکوک می‌تواند تریاژ مؤثری انجام دهد. در گام بعدی، عوامل زیست‌محیطی و ایمنی پرسنل باید مورد توجه قرار گیرد؛ به این ترتیب که وقتی اولین قربانی آلوده به مواد شیمیایی، بیولوژیک و دیگر مواد خطرناک مرتبط با عمل تروریستی به اورژانس رسید، اقدامات اورژانسی برای حفاظت محیط، دیگر بیماران و پرسنل باید انجام شود. خودامدادی و دگرامدادی و حفظ اورژانسی و فوری حیات مصدومان به‌وسیله داوطلبان و افراد غیر از گروه‌های پزشکی وقتی که نیروهای حرفه‌ای در دسترس نباشند امر مهمی است؛ لذا آموزش اصول کمک‌های اولیه به سربازان به‌گونه‌ای که توانایی به‌کارگیری آن‌ها را داشته باشند، یکی از بهترین شیوه‌ها جهت حفظ جان مصدومان و کاهش شدت آسیب آن‌ها، اقدامات اولیه حیات‌بخش خودامدادی و دگرامدادی است. [۱۵-۱۶]

۱۳. نقش‌ها و مسئولیت‌های پرستاری در حوادث غیرمترقبه

در حوادث و بلایای طبیعی و دست‌ساز، مراکز درمانی نیاز مبرم به نیروی انسانی متخصص و آموزش‌دیده دارند تا با اتکا بر دانش و مهارت خود ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی باشند. در حوادث غیرمترقبه نیم‌قرن اخیر در ایران، پرستاران کشور خدمات بسیار ارزنده و حیاتی انجام داده‌اند. پرستاران در زمره پیشگامان مراقبت در سرتاسر زنجیره سلامت و بیماری هستند و از این رو باید برای پاسخ‌گویی مطلوب به نیازهای مصدومان حوادث و بلایا، از آموزش و مهارت‌های لازم برخوردار باشند. [۱۷] بعضی از عناوین آموزشی و مهارتی به شرح زیر است:

- نقش‌ها و مسئولیت‌های پرستاری در بلایا؛
- امداد و انتقال و حمل مصدومان در فجایع؛
- فرماندهی و مدیریت بحران؛
- تروما و مراقبت‌های پرستاری از مصدومان تروما؛
- تریاژ در زمان مواجهه با انبوه مجروحان؛^(۱)
- برنامه‌ریزی و اقدامات پرستاری در حوادث؛
- بهداشت، مراقبت‌های سلامتی و پیشگیری از بیماری‌های عفونی و واگیردار در بلایا (نقش‌ها و مسئولیت‌های پرستاران)؛

- مراقبت‌های پرستاری از مجروحان جنگ‌های نوین؛
- جنبه‌ها و ملاحظات اخلاق پرستاری در بحران و بلایا؛
- مراقبت‌های پرستاری از گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر؛
- مراقبت‌های روحی، روانی، معنوی و اجتماعی پرستاران از مصدومان اتفاقات و مصائب؛
- آشنایی با سازمان‌های امداد و نجات و مهارت‌های ارتباطی^(۱) در حوادث؛
- مراقبت‌های پرستاری از پناه‌جویان و اردوگاه‌ها و پناهگاه‌های شرایط اضطراری؛
- نقش‌ها و مسئولیت‌های مدیریتی، نظارتی و ارزشیابی پرستاران در بلایا؛
- مهارت‌های مراقبتی برحسب وظایف حرفه‌ای و فرایندهای پرستاری؛
- نقش‌های بازتوانی و توان‌بخشی توسط پرستاران؛
- مطالعات پرستاری در جنگ و بلایا. [۱۷]

۱۴. خاطراتی از حضور و خدمات پرستاری در دفاع مقدس

پس از هر حمله که ممکن بود در نیمه‌شب یا هر ساعتی از روز اتفاق بیفتد، به محض بلند شدن صدای آژیر آماده‌باش، هم‌زمان هلیکوپتر، آمبولانس‌ها و خودروهای شخصی مجروحان را به بیمارستان می‌آوردند. پرستاران هم شب و روز در خدمت بیمارستان و مجروحان بودند. علاوه بر این، وضعیت مجروحانی را که اعزام آن‌ها به علی در فرودگاه با تأخیر همراه شده بود، پیگیری می‌کردند. همچنین گاهی به دلیل کمبود نیروی انسانی، علاوه بر وظایف بهداشتی و درمانی، فعالیت‌های دیگری از قبیل نظافت بخش و فراهم آوردن امکانات عبادت برای مجروحان را نیز انجام می‌دادند.

«در یکی از عملیات‌ها که عراق از مپ شیمیایی استفاده کرده بود، پرستاران بدون درنظر گرفتن سلامتی خود، اقدام به جابه‌جایی مجروحان کردند و آن‌ها را به بهداری بردند؛ بعد از گذشت لحظاتی، احساس کردند نمی‌توانند نفس بکشند و حتی گاهی به سبب سنگینی مجروحان در نقل و انتقال بیهوش می‌شدند.»

«یکی از پرستاران دفاع مقدس با اشاره به اینکه شاید دیدن جانبازان شیمیایی بسیار سخت باشد، تصریح کرد: گاهی فکر کردن به مسائل و مشکلاتی که جانبازان شیمیایی با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، آزارنده است؛ اما امیدواریم همچنان شایستگی و توفیق پرستاری دلیرمردانی را که خود از نزدیک شاهد ایثارگری‌هایشان بوده‌ایم، داشته باشیم.»

«در بخش مجروحان، بیمار کردی از کرمانشاه بستری شده بود. او گروهان ارتش بود و در میدان جنگ بر اثر اصابت با مین و انفجار آن پاشنهٔ پایش را اذست داده بود. ساق پای وی با یک پوست به کف پایش وصل شده بود. من او را هر روز پانسمان می‌کردم و پایش را در ظرف بتادین قرار می‌دادم. یکی از خاطرات فراموش‌نشده من این است که وی هرگز اظهار ناراحتی نمی‌کرد و به هدفش ایمان داشت و به پای اذست‌رفته‌اش فکر نمی‌کرد.»

«یکی از مجروحان که به شکمش ترکش خورده بود، در جبهه لاپاروتومی شده بود. در هنگام پذیرش در بخش، پوست شکمش توسط پزشک برداشته شد. شکمش پر از عفونت بود و لایه‌ای عفونی روی شکمش را گرفته بود. پانسمان شکم این بیمار بسیار سخت بود. در آن زمان هم، تجهیزات مورد نیاز به‌وفور در اختیار پرسنل قرار نداشت. اما به تدریج زخم عفونی وی التیام پیدا کرد و بیمار بهبود یافت. این بیمار روند دردناک و بسیار دشواری را پشت سر گذاشت؛ ولی وقتی که بهبود یافت و با کمترین معلولیت از بخش مرخص شد، خستگی پرسنل از بین رفت.»

«در بخش سی‌سی‌یو مجروحی با تشخیص بلوک قلبی کامل بستری شد. او باید پیس میکر می‌گذاشت؛ ولی در

این بیمارستان با زحمت فراوان آمپول ایزوپرنالین در سرم بیمار ریخته می‌شد. وضع به‌گونه‌ای بود که اگر مقدار انفوزیون دارو قطره‌ای تغییر می‌کرد، بیمار دچار تکیکاردی می‌شد. در آن زمان پمپ انفوزیون در دسترس نبود و پرستار مجبور بود ساعت‌ها در کنار بیمار مراقب باشد و با کنترل نبض او، به‌طور دقیق انفوزیون دارو را کنترل کند تا بیمار دچار کمترین مشکلی نشود.»

زایمان در حین موشک‌باران بیمارستان: درحال جمع کردن وسایلم بودم که دکتر الیاسی پیش من آمد و گفت: «زنی را آورده‌اند برای زایمان چنان درد می‌کشد که می‌گویی همین الآن بچه به دنیا می‌آید، ولی هیچ‌کدام از ما نمی‌توانیم این کار را انجام دهیم. بهشان گفتم بروند ماما خانگی پیدا کنند، ما اینجا کسی را نداریم.» من می‌توانم مامایی کنم. تو می‌توانی؟! آره، دوره مامایی را دیده‌ام، بلدم، بگو او را بیاورند.

راست می‌گویی، حواسم نبود گفته بودی! از زنی که همراه زائو بود خواستم بیاید و کمک کند. زائو را به اتاق زایمان بردیم. قبل از هر کاری برای سرم وصل کردم. بچه اولش بود. زن زائو عرب بود و فارسی متوجه نمی‌شد. به زنی که همراه زائو آمده بود، گفتم: «بگو خودش هم کمک کند بچه به دنیا بیاید.» خیلی طول نکشید درد زن شدید شده بود و بچه داشت به دنیا می‌آمد که یک‌دفعه موشکی به بیمارستان اصابت کرد زن يك‌باره روی تخت بالا رفت و بچه در شکمش به عقب برگشت. یک بار دیگر کار را از نو شروع کردیم دوباره بچه درحال به دنیا آمدن بود که موشک دیگری به بیمارستان زدند و وضع قبل تکرار شد. نگران بودم ضربان قلب بچه داشت کُند می‌شد؛ ولی بالاخره به هر زحمتی بود بچه متولد شد. نوزاد پسر سبزه و قشنگی بود. شروع کرد به گریه کردن. سریع بندناف را جدا کردم و کارهای بعد از زایمان مادر را انجام دادم. همین که بچه را زیر بغل زن دادم از روی تخت بلند شد و شروع به دويدن در بیمارستان کرد. به طرف نگهبانی رفت. شوهرش آنجا بود. بچه را دست او داد. شوهر زن در مدتی که ما در اتاق زایمان بودیم، رفته و یک جعبه شیرینی آورده بود. شیرینی‌ها خشک بودند. گفت: «بخشید می‌دانید اینجا چیزی نیست این شیرینی را برای شما آورده‌ام.» آن‌ها تشکر کردند و رفتند. جعبه شیرینی را پیش همکارانم بردم. مدت‌ها بود شیرینی نخورده بودیم. همکاران سرش دعوا داشتند. بعد از خوردن شیرینی از ساختمان بیرون رفتیم تا محل اصابت موشک را ببینیم. قسمتی از ساختمان بیمارستان کاملاً خراب شده بود. همکاران گفتند: «ترابی ما فکر کردیم حالا چطوری تو را از زیر آوار در بیاوریم.»^(۱)

۱۶. قاب‌های ماندگار از نگاره‌های خدمات پرستاری در دفاع مقدس



تصویر ۱. حضور ایثارگران پرستاران در کردستان، قبل از شروع جنگ تحمیلی



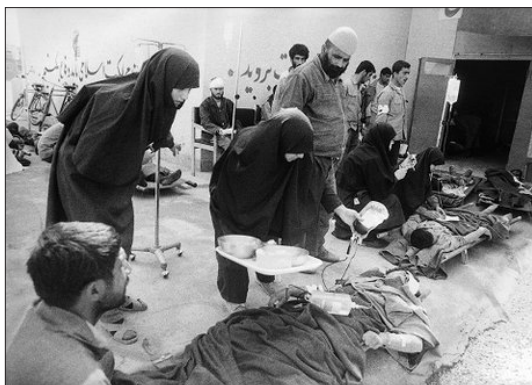
تصویر ۲. مردان پرستار در اورژانس‌های خطوط مقدم



تصویر ۳. پرستاران بر بالین مجروح، روزهای اول جنگ



تصویر ۴. مراقبت پرستاری مجروحان در نقاهتگاه



تصویر ۵. فتح‌المبین نوروز ۱۳۶۱، بیمارستان طالقانی

۱۷. منابع

- [۱] فیروزکوهی، محمدرضا. پرستاران در جنگ ماهیت کار پرستاری در خلال جنگ عراق و ایران در سال‌های ۱۳۶۷-۱۳۵۹. پایان‌نامه. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۹۱. در: <http://elib.mui.ac.ir>.
- [2] Military nurse. From Wikipedia, the free encyclopedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Military_nurse.
- [۳] کمالی، یحیی. میرزایی، جلال. مقایسه ساختار مدیریت بحران در ایران، ژاپن، هند و ترکیه. فصلنامه مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی. ۷۵. ش ۲۵. زمستان ۱۳۹۶. صص ۲۸۹-۲۴۵.
- [۴] رفعتی، سیما، امینی‌نژاد، فرشیده. مدیریت بحران. دومین همایش سراسری طب اورژانس. ۱۳۸۶. در: www.CIVILICA.com.
- [۵] علیزاده اوصالو، علی. علیزاده، امیر. توپچی، صادق. علیزاده اوصالو، امین. نقش سامانه‌های اطلاعاتی در مدیریت بحران و بلایای طبیعی (مطالعه موردی طرح‌ریزی بومی سامانه فرماندهی حادثه برای صنایع پتروشیمی). دومین کنفرانس ملی مدیریت بحران. تهران. در: <https://www.civilica.com>.
- [۶] شهریاری، محسن. عباس‌زاده، عباس. محمدی، عیسی. بهرامی، مسعود. تعریف ارزش‌های اخلاقی پرستاری از منظر قرآن و متون اسلامی. فصلنامه اخلاق زیستی. س ۴. ش ۱۴. زمستان ۱۳۹۳. صص ۶۵-۳۹.
- [7] Klaus R. Schroeter. Das soziale Feld der Pflege: Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Juventa, 2005, ISBN. 4, 8-1625-7799-3. Die Differenzierung des Pflegefelds, S. 43-44.
- [8] Ebling. Library. Short History of Military Nursing: Korean War, 1950-1953. <https://researchguides.ebling.library>.
- [9] Iris J. West, LTC, ANC. The Women of the Army Nurse Corps During the Vietnam War. <http://www.vietnamwomensmemorial.org>.
- [10] Heydari H., Lotfi Fatemi S. N. Nursing developments in Iran during World Wars I & II: A historical study. Journal of Nursing and Midwifery Sciences 2015; 2(1). pp. 1-8.
- [۱۱] فیروزکوهی، محمدرضا. زرغام بروجنی، علی. نورایی، مرتضی. رهنماغ مؤگان. بابایی‌پور، مرتضی. تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران: یک مطالعه تاریخی. مجله طب نظامی، ۱۷۵. ش ۳. پاییز ۱۳۹۴. صص ۱۳۶-۱۲۷.
- [12] Gerhardt R. T., et al. Fundamentals of Combat Casualty care. Capter 3, Borden Inst. U.S. Army Medical Department ans School. 2012. <https://www.researchgate.net>.
- [۱۳] الوندیان، لیدا. اقدامات پرستاری در جنگ (ترجمه و تنظیم). فصلنامه پرستاری و مامایی ایران. ج ۱. ش ۱. ۱۳۶۶. صص ۴۷-۵۱.
- [۱۴] فرخ‌شاهی، جهان‌بخش. فرخ‌شاهی، سوسن. مراقبت پرستاری از مجروحین شیمیایی. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم. ش ۲۱ و ۲۲. بهار و تابستان ۱۳۹۲. صص ۴۵-۴۲.
- [۱۵] عامریون‌نسب، س. هرمزخلفی، ط. زارچی، ک. آگاهی و نگرش پاپوران یک مرکز نظامی از آموزش‌های خودامدادی و دگرآمدادی. مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت. ۲۰۱۳. (۳). صص ۱۶۷-۷۴.
- [16] Sullivan M. K., Donnelly B. Emergency department response to terrorism. Advanced Emergency Nursing Journal. 2005. 27(1). pp. 50-77.
- [۱۷] نژادشفیعی، مهدیه. سرهنکی، فروغ. رحمانی، علی. سالاری، محمد مهدی. ضرورت یادگیری دانش و مهارت‌های لازم برای پرستاران در بلایا. دوماهنامه علمی پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. آذر و دی ۱۳۹۵. صص ۳۲۸-۳۳۴.

فصل هفدهم

نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس و رسالت آینده ایشان در پیشرفت پایدار سلامت

پدیدآورندگان:

دکتر زرین تاج کیهانی دوست، دکتر فاطمه رنجبر، دکتر مهناز آذرینیا، دکتر سارا
ترابی کیا، دکتر ویدا کاظمی، دکتر مریم مجتهدزاده

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

آشنایی با نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس و جنگ تحمیلی

اهداف اختصاصی:

- مرور تاریخچه حضور زنان در مسئولیت‌های پرستاری و مداوای رزمندگان؛
الگوها و اسطوره‌ها
- آشنایی با نقش‌های بانوان در خدمات بهداشتی درمانی و امداد رسانی: شروع جنگ و تحولات بعدی آن
- تبیین شرایط حضور زنان در جهاد تدافعی و مسئولیت‌پذیری در میادین نبرد و پشت جبهه، به‌ویژه امداد و نجات
- ذکر تحولات و اهمیت تربیت نیروی انسانی زن در حوزه بهداشت و درمان کشور در دوران دفاع مقدس
- شناساندن نقش‌های تخصصی پزشکی و پرستاری بانوان در دوران دفاع مقدس، بعد از آن و در آینده
- شناساندن نقش‌های اجتماعی، فرهنگی و مدیریتی زنان در حوزه سلامت، طب رزمی و مقاومت
- معرفی نقش‌های آموزشی، تربیتی و ترویجی زنان در حوزه‌های دفاعی، پیشگیری، بهداشت و درمان
- آشنایی با نقش زنان در پیشگیری و کنترل تهدیدات جنگی، بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه
- تبیین نقش زنان در تدارکات و پشتیبانی بهداری رزمی و مسئولیت‌های خطیر تدافعی در جنگ نرم و مقاومت
- شرح نقش‌های حمایتی زنان در برابر پناه‌جویان و آسیب‌دیدگان جنگ تحمیلی و تداوم آن در آینده
- آشنایی با نقش‌های حیاتی زنان در بحران‌های آینده نظام سلامت (اعم از جنگ و حوادث غیرمترقبه)
- حضور زنان در فعالیت‌های اجتماعی سلامت در بحران‌های آینده نظام سلامت (جنگ و بلایا)
- تحلیل حضور زنان در میادین علم و فناوری؛ پشتوانه توسعه پایدار سلامت و امنیت ملی
- تبیین نقش آفرینی اخلاقی و معنوی زنان در نظام سلامت مقاومتی

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۳۶۷
۲. واژه‌های کلیدی	۳۶۸
۳. روش تدوین	۳۶۸
۴. ادبیات نظری موضوع	۳۶۸
۱-۴. دیدگاه جدید انقلاب اسلامی درمورد زنان	۳۶۸
۲-۴. رسالت اجتماعی زنان	۳۶۸
۳-۴. دفاع مقدس	۳۶۸
۴-۴. شرکت زنان در جهاد تدافعی	۳۶۸
۵-۴. نگرش قرآن به استعدادها و بیرونی زن و مرد	۳۶۹
۶-۴. سلامت زنان در شرایط جنگ	۳۶۹
۷-۴. پرستاری در جنگ	۳۶۹
۵. الگوی تاریخی و اسلامی حضور بانوان ایرانی در دفاع مقدس (پیشینه تاریخی حضور زنان در امداد رسانی به مجروحان جنگ‌های صدر اسلام)	۳۶۹
۶. نقش زنان در جنگ‌های مهم معاصر دنیا، قبل از جنگ تحمیلی	۳۷۱
۷. حضور زنان در تشکیلات نظامی و حوزه بهداری قبل از شروع جنگ تحمیلی	۳۷۱
۸. حضور زنان در خدمات بهداشتی درمانی جهاد سازندگی، قبل از شروع جنگ تحمیلی	۳۷۲
۹. حضور زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس	۳۷۲
۱-۹. حضور زنان در امداد و درمان بهداری رزمی در آغاز جنگ تحمیلی (روز و هفته اول و ماه‌های اول جنگ)	۳۷۲
۲-۹. حضور گسترده و داوطلبانه زنان در عملیات امداد و درمان در سال اول جنگ	۳۷۳
۱۰. توسعه سریع سرمایه انسانی زنان کشور در طول هشت سال دفاع مقدس و بعد از آن	۳۷۵
۱۱. سازماندهی نیروی زنان در تشکیلات بهداری رزمی	۳۷۵
۱۲. خاطراتی از نقش‌آفرینی زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس	۳۷۶
۱-۱۲. خاطره‌ای از روز اول جنگ در آبادان	۳۷۶
۲-۱۲. روایتی از پرستاران سلحشور ماه‌های اول جنگ در بیمارستان طالقانی آبادان	۳۷۶
۳-۱۲. معرفی پنج بانوی شهیده سرافراز؛ نماد شهیدان مظلومه دوران دفاع مقدس	۳۷۶
۴-۱۲. معرفی الگوها و اسوه‌هایی از بانوان ایثارگر گمنام عرصه بهداری رزمی	۳۷۷
۱۳. نقش زنان در پیشگیری و کنترل تهدیدات جنگی، بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه	۳۷۸
۱۴. زنان در ساختار طب رزمی نوین و آینده	۳۷۸
۱۵. نقش‌های بی‌بدیل زنان در عرصه‌های اجتماعی و فرهنگی سلامت با الهام از الگوها، اسطوره‌ها و ارزش‌های دفاع مقدس	۳۷۹
۱-۱۵. نقش‌های بی‌بدیل زنان در پشت جبهه‌های نبرد	۳۷۹
۲-۱۵. حفظ و ترویج ارزش‌ها و آموزه‌های مقاومت و فرهنگ ایثار، شجاعت و شهادت	۳۸۰
۱۶. سیمای زنان در ادبیات بهداری رزمی و مقاومت	۳۸۰
۱۷. جلوه‌های حماسی حضور بانوان در دفاع مقدس	۳۸۱
۱۸. نگاره‌های ماندگار از خدمات بی‌بدیل زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس	۳۸۲
۱۹. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای اعتلای جایگاه زنان در نظام سلامت مقاومتی	۳۸۴
۲۰. منابع	۳۸۵
۲۱. منابع بیشتر برای مطالعه	۳۸۵

کلام امام خمینی(ره) درمورد ارزش مبارزه و تلاش زنان:

«عواطفی که در بانوان است، مخصوص خودشان است و در مردها این عواطف نیست. لهذا آن چیزی که در پشت جبهه از روی عواطف از بانوان صادر می‌شود، بیشتر و بالاتر و ارزنده‌تر است از آن چیزی که از مردها صادر می‌شود. به موجب عواطفی که بانوان دارند، آن‌ها برای جبهه کارهای بسیار مفید انجام داده‌اند و می‌دهند.»

۱. مقدمه و بیان مسئله

تجربه ارزشمند دفاع مقدس اثبات کرده است که «زنان در قالب تشکیلات نظامی و غیرنظامی، در اجرای مراقبت‌های امدادی و پزشکی، عملیاتی و غیرعملیاتی و نیز در مواقع بحران‌ها و حوادث غیرمتربقه و بلایای طبیعی از توانایی بالایی برخوردارند». در این فصل تحلیلی و اجمالی، نقش‌ها و نقش‌آفرینی‌های بانوان کشور در دوران دفاع مقدس بیان شده است. نجات جان نیروهای غیرنظامی و نظامی و حفظ روحیه رزمندگان تا حد زیادی به نحوه امداد و درمان و بازگشت سریع نیروهای درگیر در نبرد بستگی دارد. برای این امر باید نیروهای امدادرسان و خدمات پزشکی هماهنگ و در نزدیک‌ترین فاصله زمانی و مکانی با واحدهای عملیاتی رزمی، ضمن رعایت الزامات امنیتی و سایر ملاحظات نظامی، بهترین و سریع‌ترین خدمات تخصصی پزشکی را ارائه دهند. امکان تحرک و جابه‌جایی سریع و ارائه خدمات در خطوط مقدم نبرد با کمترین امکانات و بیشترین بازدهی عملیاتی، از الزامات این امدادسانی است. حضور و مسئولیت‌پذیری زنان در میدان‌های خطر نبرد اقتضائات متفاوتی با مردان دارد. در جنگ‌های کلاسیک، این وظایف برعهده مردان است و از ظرفیت‌ها و مهارت‌های بانوان برای خدمات پشت جبهه، ازجمله «آموزش نیروهای بهداری»، «تداوم خدمات امداد و درمان»، «حفظ روحیه رزمندگان» و «وظایف پشتیبانی و نگهداری» استفاده می‌شود. آموزش دادن مهارت‌های مورد نیاز به نیروهایی که وظیفه اصلی امداد و درمان و سایر مراقبت‌های بهداشتی نیروهای نظامی درگیر در عملیات جنگی را برعهده دارند، بسیار ضروری و حیاتی است و موجب کاهش تلفات جنگی خواهد شد. در مقاطع و شرایطی از جنگ تحمیلی، زنان در مواضع خطیر امداد و درمان خطوط مقدم نبرد، حضوری پرصلابت و زینب‌گونه داشته‌اند. بیمارستان طالقانی آبادان (از شروع جنگ تا شکست حصر آبادان) و بیمارستان نظام مافی شوش (از شروع جنگ تا فتح‌المبین) در نزدیک‌ترین فاصله به خطوط مقدم نبرد قرار داشته‌اند و بانوان پزشک و پرستار و امدادگر بدون وقفه به خدمات‌رسانی خود در این بیمارستان‌ها مشغول بودند و شهادی مظلومی را نیز به انقلاب و اسلام تقدیم کردند و بسیاری نیز مجروح شدند.

در دوران دفاع مقدس، بعد از احیا و اقدامات حیاتی در مراکز اورژانس و بیمارستان‌های صحرایی، حجم عمده خدمات و مراقبت‌های پزشکی، پرستاری و بازتوانی در مراکز بهداشتی درمانی شهرها و مراکز استان مناطق جنگی، مراکز استان‌های بزرگ کشور خاصه تهران، مراکز استان‌های مجاور به مناطق جنگی و سایر استان‌ها و شهرهای کشور انجام می‌شده است. تقریباً تمام بیمارستان‌های کشور در این وظیفه خطیر و مقدس ملی مشارکت داشته‌اند. در همه این مراکز، عمده‌ترین نقش‌ها را پرستاران، بهیاران، امدادگران و سایر کارکنان زن داشته‌اند. بانوان پزشک و متخصص نیز مشارکت بسیار فعالی داشته‌اند. چه بسیار سربازان و مجروحانی که باوجود شدت جراحات به دلیل مراقبت‌های پزشکی زنان فعال در عرصه بهداری رزمی به زندگی بازگشته‌اند. نیز زنان در خدمات توان‌بخشی و سایر خدمات پزشکی مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی و مشاوره‌های روان‌شناسی به سربازان و معلولان جنگی نقش مهمی داشته‌اند و این خدمات همچنان ادامه دارد و در حوادث و بلایا، از ارکان خدمت‌رسانی به‌شمار می‌رود.

۲. واژه‌های کلیدی

پرستاری جنگ، دفاع مقدس، زن، زنان در جنگ، سلامت زنان.

Key Words

Combat Nursing, Holley Defense, Woman, Women in Combat, Women's Health.

۳. روش تدوین

برای تدوین این فصل از درسنامه، ابتدا در گروه تدوین با روش بحث متمرکز گروهی موضوع‌شناسی انجام شد. با انتخاب کدواژه‌های مطالعه، با استفاده از روش کتابخانه‌ای مطالب منتخب شناسایی شد. با مصاحبه تاریخ شفاهی با منتخبی از بانوان فعال و حاضر در دوران دفاع مقدس، در حوزه بهداری رزمی، بخش مهم دیگری از مطالب تهیه و در مرحله نهایی تدوین اولیه انجام شد. در جلسات نهایی کارگروه تدوین، نتایج اولیه ارائه و با دریافت نظرات نهایی استادان کارگروه، متن نهایی به شرح درسنامه حاضر ارائه شد.

۴. ادبیات نظری موضوع

۴-۱. دیدگاه جدید انقلاب اسلامی در مورد زنان

با بروز انقلاب اسلامی و بازگشت به اسلام ناب محمدی (ص) از سوی امام خمینی (ره)، احیای شخصیت زن مسلمان، چه در نظر و چه در عمل، جلوه‌ای دیگر یافت و دیدگاه جدیدی در باب زن و ارزش‌های او در جامعه پدید آمد. در عرصه عمل، زنان در صحنه‌های سیاسی، فرهنگی و اجتماعی پا به پای مردان و گاهی مقدم بر آنان نقش‌آفرینی کردند. [۱]

۴-۲. رسالت اجتماعی زنان

رسالت زنان در راه کمال جامعه با الهام از جایگاه حقیقی و ارزش‌های شخصیتی زن، پیام آور تعهد و نگاه اصیل اسلام به بُعد اجتماعی زنان است. این تعهد ریشه در دریافت‌های ارزشی و معنوی عالی‌تری دارد که حتی موجودیت عادی زنان نیز نیازمند آن دریافت‌هاست. مفهوم رسالت عبارت است از ابلاغ و اجرای حقیقت‌های عالی‌تر از وضع عینی موجود یا کوشش برای ادامه حقایق عالی‌تر از وضع تثبیت‌شده موجود از منبعی والا تر به همه انسان‌هایی که نیازمند آن حقایق هستند.^(۱) بررسی شواهد تاریخی نشان می‌دهد رفتار پیامبر (ص) کوششی بود برای اصلاح تفکر جامعه درباره زنان و برگرداندن منزلت واقعی آن‌ها. در روابط اجتماعی، توجه به انسانیت، رعایت کرامت، احترام به استقلال، رعایت عدالت، داشتن معرفت واقعی به منزلت انسان کامل، و توجه به هر دو بُعد انسانی و احساسی، در رفتار پیامبر (ص) با زنان عیان بوده است. [۲]

۴-۳. دفاع مقدس

مجموعه مجاهدت‌ها، حماسه‌ها، پایمردی‌ها و فعالیت‌های متنوع ملت شریف و مسلمان ایران و نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در طول هشت سال (۲۸۹۵ روز) در برابر تهاجم رژیم بعثی عراق به خاک ایران اسلامی است؛ آزمونی الهی که از آن سربلند و پیروز بیرون آمدند. [۳] (ر.ک: قسمت کلیات در جلد اول درسنامه)

۴-۴. شرکت زنان در جهاد تدافعی

در فقه اسلامی، جهاد ابتدایی از زنان برداشته شده است. اما نوعی از جهاد تدافعی هست مانند زمانی که

مرکز اسلام در خطر حمله و هجوم دشمن باشد که در آن مرد و زن، پیر و جوان، سالم و بیمار همگی باید برای دفاع از اسلام وارد عمل شوند. [۱] در مقاطعی از دفاع مقدس، حضور بانوان در فعالیت‌های دفاعی، از جمله غافل‌گیری خانواده‌های مرزی، امدادسانی و بهداشت و درمان، و مراقبت از مجروحان جنگی از مصادیق عینی جهاد تدافعی بوده است. نقش زنان در جنگ و دفاع به امور پشتیبانی، تدارکات، حفظ سنگرهای پشت جبهه و مداوای مجروحان ختم نمی‌شود؛ بلکه در مواردی زنان همانند مردان با حضور در میادین نبرد، از خود اسطوره‌های مقاومت و شجاعت خلق کرده‌اند.

۵-۴. نگرش قرآن به استعدادهای درونی و بیرونی زن و مرد

نگرش قرآن در برخورداری زن و مرد از استعدادهای درونی مانند دارا بودن روح الهی (حجر/ ۲۸)، وجدان اخلاقی (شمس/ ۸۷) و حمل امانت (احزاب/ ۷۲) و در امکانات بیرونی همچون دانش (بقره/ ۲۳۹) و علق/ ۵۴) نگاه واحدی است.^(۱)

۶-۴. سلامت زنان در شرایط جنگ

سلامت زنان عبارت است از حالت «رفاه کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی». سلامت زنان از مباحث عمده بهداشت عمومی بوده و از منظر تفاوت‌های فیزیولوژیک، جنبه‌های فرهنگی و اجتماعی، ملاحظات سلامتی (به عنوان ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات و مراقبت‌های سلامت) و سایر جهات حائز اهمیت مضاعف است. در شرایط جنگی و بلایا، سلامت زنان مانند مردان و یا بیش از آن به مخاطره می‌افتد و لازمه مراقبت از سلامت زنان توجه به برنامه‌ریزی‌های راهبردی و عملیاتی سلامت در زمان جنگ و بلایست. برای کاهش آسیب‌پذیری زنان در برابر بحران‌ها، بلایا و جنگ، راهبردهای تقویت آموزش همگانی، فعال کردن شبکه‌های اجتماعی، ارتقای مهارت‌های عملی مقابله با بلایا، ایجاد و تقویت سازمان‌های غیردولتی، تدوین قوانین حمایتی و انجام پژوهش‌های مرتبط با سلامت زنان در جنگ و بلایای طبیعی ضروری است. تقویت حضور بانوان در مدیریت حوادث و بلایا و تلاش‌های انسان‌دوستانه و داوطلبانه نیز بسیار مؤثر خواهد بود. [۴]

۷-۴. پرستاری در جنگ

از یک سو حرفه پویا و مفید پرستاری خدمات انسان‌دوستانه بی‌بدیلی را در جنگ‌ها ارائه کرده و از سوی دیگر رشد و تعالی و شکل‌گیری فلسفه حرفه پرستاری تا حدود زیادی مرهون همین جنگ‌ها بوده است؛ بنابراین جنگ و پرستاری از نظر تاریخی به هم پیوند خورده‌اند. هم‌زمان با بروز جنگ‌های مختلف در طول قرن‌ها، پرستاران در مراقبت و درمان سربازان مجروح و بیمار نقش‌آفرینی کرده‌اند. [۵] در دوران جنگ تحمیلی نیز، ایثار، شهامت و خدمات این پرستاران، پرستاری به سمت حرفه‌ای شدن پیش برد، جایگاه آن را ارتقا بخشید و نیروهای انسانی توانمندی را به جامعه ارزانی داشت. [۶]

۵. الگوی تاریخی و اسلامی حضور بانوان ایرانی در دفاع مقدس (پیشینه تاریخی حضور زنان در امدادسانی به مجروحان جنگ‌های صدر اسلام)

در صدر اسلام، زنان متعهد و شجاع نقش‌های مستقیم و مؤثری در جبهه‌ها داشته و مسئولیت‌های امداد، پشتیبانی، تدارک جبهه و مداوای مجاهدان مجروح اسلام را عهده‌دار بوده‌اند. پیامبر گرامی اسلام (ص) برای زنان ارزش و اهمیتی والا و متناسب با شخصیت و خلقت آنان قائل بوده و به نقش سازنده و مشارکت سرنوشت‌ساز آن‌ها در مسیر دعوت و نشر شریعت مبین اسلام و حضور فعال آنان در عرصه‌ها و صحنه‌های مختلف تأکید

(۱) الهه وکیلی، اسلام و نقش زنان در عرصه دفاع، در پرتال امام خمینی: <http://www.imam-khomeini.ir>

کرده‌اند. در ادامه به اختصار به امدادرسانی زنان و رسیدگی به مجروحان در جنگ‌های صدر اسلام اشاره می‌شود. در جنگ احد، نسیمه جراحه بنت کعب معروف به ام‌عمار، سمیرا بنت قیس، ام‌عطیه انصاری، ام‌ایمن، هند بنت عمرو بن حزام (همسر عمرو بن جموح)، حسنه بنت جحش و تعدادی دیگر از زنان مسئولیت‌های مختلف آب‌رسانی، درمان و مداوای زخم‌های مجروحان، طبخ و توزیع غذا، رساندن مهمات (تیر و نیزه و شمشیر) به رزمندگان، تعمیر وسایل جنگی، نگهداری از اموال و اردوگاه، ترغیب و تشجیع مجاهدان به ادامهٔ نبرد را برعهده داشته‌اند. سرپرستی این بانوان رشیده با حضرت فاطمه زهرا (س) بوده است. نقل است که در برهه‌ای از این جنگ بسیار دشوار، نسیمه جراحه به همراه فرزندان و قلیل مدافعان که جمعاً بیست نفر بودند و حضرت علی(ع) در پیشاپیش آنان، با جنگ و فداکاری بی‌مانندی خویشتن را سپر حضرت رسول خداوند حضرت محمد(ص) قرار داده و حفاظت از جان ایشان را برعهده داشتند. افتخار دفاع مستقیم از پیامبر رحمت(ص) در طول تاریخ اسلام نصیب هیچ زن یا مرد مسلمان دیگری نشده است. نسیمه که قلب باایمانش مشحون از مهر رسول خدا(ص) بود، در صحنه‌ای از این جنگ همین که پیامبر اکرم(ص) را تنها در برابر خیل دشمن مشاهده کرد، مشک آب را به زمین گذاشت و شمشیر به دست گرفت؛ گاهی از شمشیر استفاده می‌کرد و گاهی از تیر و کمان. سپر مردی را که فرار کرد برداشت و از آن استفاده کرد. و بدین ترتیب، او که پرستار رزمندگان بود، در خط مقدم دفاع از پیامبر(ص) قرار گرفت.[۷]

در جنگ خیبر، بیش از ۲۳ نفر از زنان متعهد خود را به اردوی مسلمانان رساندند و عهده‌دار وظایف مشخص شدند (در رأس این وظایف آب‌رسانی به تشنگان و مداوای مجروحان جنگ بوده است). نام بعضی از این بانوان پرافتخار صدر اسلام عبارت‌اند از: صفیه بنت عبدالمطلب،^(۱) ام‌ایمن^(۲)، ام‌عطیه انصاری،^(۳) ام‌ایبه، ام‌عمار (نسیمه جراحه)، هند بنت عمرو بن حزام، سلمی، امیه بنت قیس^(۴) به اتفاق تنی چند از دیگر زنان بنی‌غفار، ام‌سنان اسلمیه و دیگر بانوان از محبان اهل بیت عصمت و طهارت(ع) به همراه زوجهٔ شریف رسول‌الله(ص) ام‌سلمه. این بانوان شجاع و متعهد در جنگ خیبر مسئولیت درمان و مراقبت از مجروحان، جمع‌آوری مهمات و رساندن آن‌ها به مجاهدان، نگهداری از اردوگاه و اموال مسلمین و دادن روحیه و ترغیب رزمندگان به ادامهٔ نبرد را داشته‌اند.

در جنگ خندق (احزاب) و جریان محاصرهٔ مدینه، رسول خدا(ص) مسئولیت خیمهٔ درمان و جراحی مجروحان جنگ را به بانوی شجاع و مؤمنه‌ای به نام رفیده محول کردند. در مسجدالنبی چادری دایر شد که در آن زنان جراحی همچون نسیمه به مداوا و همچنین جراحی آسیب‌دیدگان جنگی و مراقبت از آن‌ها مشغول بودند. در همین چادر و خیمهٔ رزمی، سعد بن معاذ، صحابی بزرگ رسول اکرم(ص)، به مدت بیست روز تحت نظر و درمان و مداوا بود تا سرانجام به فوز شهادت نائل آمد.

در فتح مکه به‌ویژه جنگ سرنوشت‌ساز حنین نیز، زنان غیرتمندی همچون نسیمه بنت کعب انصاری، ام‌عطیه انصاری، ام‌حارث انصاری که در شجاعت و اسب‌سواری و دلاوری معروف و با مردان و پهلوانان بنام برابری می‌کرد و ام‌سلیم بنت ملحان درحالی که باردار بود به همراه شوهرش شمشیر بر کمر بستند و به دفاع از پیامبر(ص) پرداختند. این زنان در کوران نبرد و فرار مسلمین، وظایفشان را رها کردند و برای محافظت از وجود پیامبر اکرم(ص)، خود را به وی رسانیدند. نسیمه و ام‌حارث در پیشروی حضرت، خویش را سپر بلا قرار دادند و به دفع شر دشمنان پرداختند و خود نیز زخمی شدند.

(۱) خواهر شریف حمزه سیدالشهدا(ع).

(۲) از زنان بسیار شجاع که نامش زینت‌بخش تاریخ جنگ‌های زمان رسول‌الله(ص) است.

(۳) این شخصیت علاقهٔ بسیاری به شرکت در جنگ‌ها داشته و حداقل در هفت غزوهٔ بزرگ حضور داشته است.

(۴) از زنان مهاجر و مؤمنه.

در جنگ صفین، زنان باصلابت و فداکاری همچون بکاره هلالیه، زرقاء دختر عدی، سوده دختر عماره، عکرشه بنت اطرش و ام‌الخير با تقبل وظایف و مسئولیت‌های داوطلبانه، خاصه مداوای مجروحان، در جنگ مشارکت داشتند. در رویداد حماسی کربلا، همراهی و همدلی ام‌عمرین جناده با حضرت زینب کبری (س) در مداوای مجروحان و مراقبت از کودکان و زنان اسیر، حماسه‌های جاوید آفرید.

۶. نقش زنان در جنگ‌های مهم معاصر دنیا، قبل از جنگ تحمیلی

تا شروع جنگ جهانی اول (۱۹۱۴م) بر سر شرکت زنان در جنگ اختلاف نظر وجود داشت. در طول این جنگ، بیش از ۲۱,۰۰۰ پرستار زن در بیمارستان‌های نظامی آمریکا و ماورای بحار خدمت می‌کردند. این تعداد در جنگ جهانی دوم به بیش از ۶۰,۰۰۰ افزایش یافت. این درحالی بود که هم‌زمان (در ۱۹۴۳م) حدود ۱۵۰,۰۰۰ زن در رسته‌های نظامی به کار گرفته شدند. [۸] از شروع دهه ۱۹۷۰م، بسیاری از ارتش‌های غربی شروع به پذیرش زنان و سپردن مسئولیت‌های فعال به آن‌ها کردند. بسیاری از این وظایف و نقش‌ها، همچنان بهداشتی درمانی و امدادی بوده است. در جنگ کره (۱۹۵۰-۱۹۵۳م) بیش از ۶۰۰ پرستار نظامی زن در مراکز امدادی جبهه‌ها و تعداد بسیار بیشتری در بیمارستان‌های بزرگ ژاپن به کار گرفته شدند. [۸] یک پرستار زن نیز گشته شد. در جنگ ویتنام، ارتش آمریکا شاخه پرستاری نظامی را از سال ۱۹۵۶م در سایگون دایر کرد. مأموریت اولیه این رسته آموزش به پرستاران ویتنام جنوبی بود. تا سال ۱۹۷۳م، بیش از ۵۰۰۰ پرستار به ویتنام اعزام شدند. [۹] توسعه پرستاری به‌طور عمده مرهون مشارکت پرستاران در جنگ بوده است. در جنگ کره، پرستاران نظامی مسئولیت‌های بیشتری برعهده گرفتند که موجب افزایش مهارت‌ها و ارتقای عملکرد آن‌ها بعد از جنگ شد. گسترش بخش‌های مراقبت ویژه، اورژانس، اتاق عمل و جراحی کاملاً وابسته به جنگ است. [۱۰] حضور پزشکان زن در مسئولیت‌های پزشکی در جنگ‌ها با مخالفت‌های اجتماعی توأم بوده، اما پزشکان داوطلب، ضمن مقابله با این مخالفت‌ها، با حضور و عملکرد درخشان خود، راه را برای دیگران هموار کرده‌اند. در این زمینه جودیت^(۱) کتابی را منتشر کرده است. [۱۱]

۷. حضور زنان در تشکیلات نظامی و حوزه بهداری قبل از شروع جنگ تحمیلی

جمعی از کارکنان زن در ارتش جمهوری اسلامی ایران در سازمان‌های اداری، بیمارستان‌ها و مؤسسات بهداشتی درمانی نظامی شاغل بودند. اکثر این کارکنان پس از آموزش‌های حرفه‌ای، جذب مراکز درمانی ارتش برای خدمت‌رسانی به خانواده نیروهای مسلح می‌شدند. این مراکز در تهران عبارت بودند از: اداره بهداری ارتش، اداره بهداری نیروی زمینی، اداره بهداری نیروی هوایی، اداره بهداری نیروی دریایی، بیمارستان تخصصی ۵۰۱، بیمارستان تخصصی ۵۰۲، بیمارستان ۵۰۳ جراحی و زنان و زایمان،^(۲) بیمارستان ۵۰۴ چشم و گوش و حلق و بینی، بیمارستان ۵۰۵ بیماری‌های ریوی، بیمارستان ۵۰۶ اعصاب و روان، بیمارستان خانواده ارتش، آمادگاه ۵۰۱ بهداری (شامل داروخانه سپه)، بیمارستان مرکزی نیروی هوایی^(۳) (بعثت)، بیمارستان مرکزی نیروی دریایی (بیمارستان گلستان) و بیمارستان‌های تابع نیروهای سه گانه مسلح در مناطق مختلف کشور. [۱۲] در بسیاری از این مراکز، کارکنان زن شاغل بودند و خدمات پرستاری را عمدتاً بانوان عرضه می‌کردند.

1) Judith Bellafaire & Mercedes Herrera Graf

(۲) در سال ۱۳۲۵ تأسیس شد. در سال ۱۳۵۰ امکانات بخش جراحی آن به بیمارستان ۵۰۱ و تجهیزات بخش زنان و زایمان آن به بیمارستان خانواده ارتش منتقل و فعالیت بیمارستانی آن متوقف شد. درحال حاضر، با نام هاجر با تخصص زنان فعالیت می‌کند.
(۳) سال ۱۳۲۰ تأسیس گردید، ۱۳۶۴ به خیابان بسیج منتقل شد، تعداد تخت‌های آن به ۱۵۰ افزایش یافت و بیمارستان بعثت نامیده شد.

۸. حضور زنان در خدمات بهداشتی درمانی جهاد سازندگی، قبل از شروع جنگ تحمیلی

پس از گذشت حدود چهار ماه از پیروزی انقلاب اسلامی، امام خمینی (ره) در تاریخ ۲۶ خرداد ۱۳۵۸ در پیامی ضرورت تشکیل جهاد سازندگی را به منظور آبادانی روستاها اعلام کرد. در پی این پیام، جهاد سازندگی در ۲۷ خرداد همان سال با دو هدف اصلی تشکیل شد: ۱. رفع محرومیت از روستاها، تأمین درآمد کافی و ایجاد اشتغال؛ ۲. رشد و شکوفایی کشاورزی.^(۱) همه قشرهای مردم در این نهضت بزرگ سازندگی حضوری گسترده داشتند. بسیاری از دانش‌آموختگان و دانشجویان گروه‌های پزشکی، پرستاری، دندان‌پزشکی و دیگر رشته‌های علوم پزشکی و نیز سایر رشته‌های دانشگاهی به فرمان امام خمینی (ره) در قالب گروه‌های داوطلب مردمی برای محرومیت‌زدایی رهسپار روستاهای دورافتاده شدند. روستاهای مناطق مرزی از نقاط برگزیده هدف در این حرکت پرصلابت مردمی بود. حضور زنان و دختران دانشجو یا دانش‌آموخته بسیار چشمگیر و از اسناد پرافتخار حضور و نقش‌آفرینی ایشان در عرصه‌های اجتماعی است. از ابعاد مهم تجربه جهاد سازندگی صدر اول انقلاب، مشارکت فراگیر بانوان روستایی در فعالیتهای سازندگی و امور و مسائل اجتماعی مرتبط به خود بوده است. مشارکت گسترده مردم در جهاد سازندگی به یک روند و روشی فرهنگی تبدیل شد. یکی از وجوه این فرهنگ، مدیریت جهادی است. مدیریت جهادی، برگرفته از مدیریت اسلامی، با هدف و نیت قرب الهی و خدمت به بندگان او و گرمای داشتن مردم است. در این سبک مدیریتی، کارها به شیوه‌های مناسب و ارزشمند و با هدف کسب رضای خداوند انجام می‌شود و اجر معنوی قبل از پاداش مادی حاصل می‌گردد. شایستگی، تعهد و پاسخ‌گویی از محوری‌ترین مؤلفه‌های آن است.^[۱۳]

تجربه جهاد سازندگی در مناطق محروم، اگرچه بسیار کوتاه بود، دستاوردهای عظیمی داشت و با آغاز جنگ تحمیلی، برای امداد رسانی در خدمت نیازهای جنگ قرار گرفت.

۹. حضور زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس

در روستاهای مرزی و مناطق مسکونی مورد هجوم غافل‌گیرانه اولیه دشمن و قبل از دفاع رزمندگان زنان پا به پای مردان در نبردی نابرابر از حریم و حیثیت انسانی خود دفاع کردند و حماسه آفریدند. بسیاری از بانوان شهیده، آزاده و مجروح در جنگ تحمیلی مربوط به روزها و ماه‌های اول جنگ هستند. از بارزترین نمودهای این دفاع اولیه حماسی بانوان مرزنشین، امداد رسانی، درمان و انتقال مجروحان انبوه آن حملات ناجوان‌مردانه بوده است. اقامت و حضور خانواده‌ها و زنان در شهرهایی مانند اهواز و دزفول که مورد حملات موشکی و بمباران‌های وحشیانه دشمن قرار داشت و انجام دادن کارهای خدماتی، تبلیغاتی و امدادی درمانی سبب دلگرمی رزمندگان بود.

۹-۱. حضور زنان در امداد و درمان بهداری رزمی در آغاز جنگ تحمیلی (روز و هفته اول و ماه‌های اول جنگ)

با دستمایه‌های حاصل از جهاد سازندگی، اولین داوطلبان بسیجی در آغاز جنگ، هم‌زمان با تداوم خدمات رسانی عمرانی و بهداشتی به مناطق محروم، به مقابله با دشمن متجاوز شتافتند و از خود جلوه‌های به‌یادماندنی از ایثار و رشادت به‌نمایش گذاشتند. بسیاری از این جهادگران از بانوان خیراندیش و شجاع این مرزوبوم بودند. این حضور اولیه کاملاً داوطلبانه، خودجوش و مردمی بوده است. در نخستین هفته‌ها و ماه‌های شروع جنگ تحمیلی، بیمارستان‌ها و مناطق بهداشتی درمانی واقع در شهرها و در نزدیک‌ترین فاصله به خطوط مقدم درگیری زیر آتش مستقیم و بی‌امان دشمن همچنان فعالیت می‌کردند. بارزترین مؤلفه مقاومت بی‌نظیر

این مراکز، حضور گسترده و داوطلبانه زنان در همه شئون پزشکی تخصصی، پرستاری، امدادگری، مدیریت و خدمات بوده است. شاخص‌ترین این مراکز مجاور خطوط مقدم عبارت‌اند از:

- بیمارستان طالقانی آبادان؛
- سایر بیمارستان‌های وقت آبادان؛
- بیمارستان نظام مافی شوش؛
- درمانگاه شهید نجمی سرپل ذهاب؛
- بیمارستان شهید کلانتری اندیمشک؛
- بیمارستان گلستان و بیمارستان‌های دیگر اهواز؛
- بیمارستان واگذاری و همه بیمارستان‌های دزفول؛
- بیمارستان پادگان ابودر غرب؛
- بیمارستان‌های کرمانشاه، ارومیه و شهرستان‌های تابعه در مناطق جنگی؛

تمام بیمارستان‌های غرب و جنوب کشور با حضور پرشور و وسیع نیروهای بهداشت و درمان و مشارکت چشمگیر زنان در تمام دوران دفاع مقدس فعال بودند و خدمات گسترده‌ای انجام دادند. [۱۴]



تصویر ۱. آماده دفاع، آبادان، ۱۳۶۵، عکاس: محمد نوروزی

۹-۲. حضور گسترده و داوطلبانه زنان در عملیات امداد و درمان در سال اول جنگ

با تغییر ناگهانی شرایط کشور و وقوع جنگ تحمیلی و تخریب زیرساخت‌های نظام مراقبت‌های پزشکی غیرنظامی در مناطق شهری و رزمی، نظام سلامت کشور با نیازهای وسیعی به خدمات و مراقبت‌های فوری سلامتی مواجه شد. علاوه بر نیازهای عادی مردم مناطق جنگی، بحران‌های ناشی از آوارگی صدها هزار پناه‌جوی جنگی، نیازهای رو به افزایش مستقیم ناشی از جنگ و طغیان بیماری‌های واگیردار بومی (نظیر مالاریا، آنفلوآنزا، التور و تب پشه

خاکی) به شدت تهدیدکننده بود. بسیج نیروهای داوطلب مردمی و به کارگیری تجارب و الگوی جهاد سازندگی در آن روزهای خون و آتش، بسیار راهگشا و دشمن شکن بود. در این حضور حیاتی و سرنوشت ساز، بانوان در قلب مواضع و سنگرهای مقدم خدمت‌گزاری ایثارگرانه قرار داشتند. حضور اکثر زنان در عرصه دفاع مقدس داوطلبانه بوده است. این نیروی عظیم و فداکار از خود خدمات و افتخارات عظیم توأم با مظلومیت و نجابت برجای گذاشته‌اند؛ به‌ویژه زنان شیردلی که در یک سو همسران و فرزندان و برادران خود را که عازم جبهه بودند، تشویق و تهییج و بدرقه می‌کردند و از سوی دیگر خود به امداد و درمان فرزندان رزمنده غیور و مردم مقاوم استان‌های جنگ‌زده کشور می‌شتافتند. چه بسا بانوان بزرگواری که بدون تکیه بر ساختاری منسجم و با کمترین امکانات، به سرعت حجم انبوهی از افراد آسیب‌دیده را امداد و تا حد توان درمان می‌کردند.

در روزها و ماه‌های آغازین جنگ، شاهد حضور حماسی زنان در تشکیلات غیرنظامی بهداری و شهادت، جانبازی و اسارت مظلومانه آنان در خطوط مقدم نبرد بوده‌ایم. هرگز نمی‌توان از یاد برد خیل زنان و دخترانی را که پس از گذراندن دوره‌های کوتاه‌مدت امدادرسانی فوج فوج به جبهه‌ها عزیمت می‌کردند و در خطوط مقدم و پشتیبانی، پروانه‌وار گرد مجروحان و مصدومان جنگ تحمیلی می‌چرخیدند و جراحات آنان را با تفقد و صبوری مادرانه التیام می‌بخشیدند. آمار بالای زنان شاغل در بخش خدمات پزشکی گویای آن است که به‌طور طبیعی حجم زیادی از مسئولیت مداوای مجروحان و آسیب‌دیدگان از جنگ در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها متوجه زنان بوده است.

سنگین‌ترین وظیفه در بیمارستان‌های شهرهای جنگی و نیز شهرهای مجاور برعهده زنان فداکار، اعم از کمک‌بهباران، بهیاران، پرستاران، پزشکان و متخصصان، بوده است. پرستاری از مجروحان جنگ، انتقال آسیب‌دیدگان، نظافت بیمارستان‌ها، شناسایی شهدا و حفر زمین برای تدفین آنان و حتی نگهداری از اجساد مطهر شهدا و بسیاری خدمات دیگر، همه نشانگر شور انقلابی و انسان‌دوستی زنان فداکاری بود که در تداوم و تدارک دفاع مقدس فعالیت و ایثارگری بی‌شائبه‌ای داشتند. ایثار و مظلومیت این قشر از زنان به‌نوعی است که نیاز به ایجاد سریع تشکیلات مراقبت‌های پزشکی نظامی را ملموس و تحت‌الشعاع قرار می‌دهد تا زنان بتوانند در وضعیت مستقر و امن‌تری مشارکت و خدمت‌رسانی کنند. بعدها با تشکیل بهداری رزمی امکان حضور ثابت زنان در تیم‌های پزشکی و در بیمارستان‌ها و نقاهتگاه‌های مداوای مجروحان، تأمین امنیت و شرایط منطقی حضور پرصلابت این فرشتگان رحمت و امید فراهم شد. امروزه رشادتها و تجربیات گران‌سنگ و پرافتخار بانوان این مرزوبوم مخصوصاً در عرصه پزشکی و سلامتی و به‌ویژه در حوادث و بلایا بسیار محسوس و سرنوشت‌ساز است.

۳-۹. نقش زنان در بهداری رزمی جبهه‌ها و مناطق عملیاتی دفاع مقدس، از ابتدا تا پایان جنگ و بعد از آن مشارکت بانوان در دفاع مقدس، خاصه فعالیت‌های امداد و بهداشت و درمان، حضوری مستمر، الهام‌بخش و دائماً رو به افزونی بوده [۱۵-۱۶] و بعضی از ابعاد آن به شرح زیر است:

۱. زنان ایرانی، دوشادوش مردان، حماسه جنگ را سرودند.
۲. نقش‌های امدادی و درمانی از بارزترین جلوه‌های حضور بانوان در دفاع مقدس بوده است. سایر نقش‌های مستقیم و غیرمستقیم حضور بانوان در دفاع مقدس دارای ماهیت «فرهنگی ترویجی تبلیغی» و «رزمی دفاعی» بوده است.
۳. زنان قهرمان ایران ۶۴۲۷ شهیده تقدیم اسلام و انقلاب و ایران اسلامی کردند که ۵۰۰ نفر از این شهدای مظلومه، رزمنده و جمعی از آنان از بهداری رزمی بودند.
۴. تعداد جانبازان زن در دفاع مقدس ۵۷۳۵ نفر است (۳۰۷۵ نفر بالای ۲۵ درصد جانبازی)
۵. امدادگران زن که در دفاع مقدس حضور مستقیم داشته‌اند، ۲۲,۸۰۸ نفر برآورد شده.
۶. تعداد پزشکان و متخصصان زن که در دفاع مقدس حضور مستقیم داشته‌اند، ۲۲۸۶ نفر تخمین زده شده است.

۱۰. توسعه سریع سرمایه انسانی زنان کشور در طول هشت سال دفاع مقدس و بعد از آن

طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۵۹، تعداد ۱۳,۶۹۰ زن در آموزش عالی پذیرفته شدند. این تعداد در سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۶۶ به ۵۱,۷۷۶ نفر، در سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۶ به ۱۳۲,۲۲۹ نفر و در سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶ به ۳۸۱,۸۲۶ نفر رسیدند. داده‌های مذکور بیانگر استقبال و گرایش زنان به آموزش عالی، هم‌زمان با سال‌های جنگ و رشد سریع آن بعد از جنگ تحمیلی است. در شرایط جاری اکثر پذیرفته‌شدگان آموزش عالی زنان هستند. تحلیل آماری بیانگر اولویت رشته‌های پزشکی و تخصص‌های آن در بین تمام رشته‌های دانشگاهی برای بانوان است. درخصوص پذیرفته‌شدگان زن در آموزش عالی می‌توان گفت بعد از انقلاب، تقریباً یک‌سوم پذیرفته‌شدگان در آموزش عالی را زنان تشکیل داده‌اند و این رقم در سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶ از رشد مناسبی برخوردار بوده است؛ به‌طوری که جمعیت زنان ۵۱ درصد از پذیرفته‌شدگان را شامل می‌شود. تعداد دانشجویان زن در تمام مقاطع تحصیلی در سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶ نیز به بیش از نیمی از جمعیت درحال تحصیل می‌رسد. نسبت زنان عضو هیئت علمی دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی در سال تحصیلی ۱۳۵۵ تا ۱۳۵۹، ۱۴ درصد، در سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۶۶، ۱۵ درصد، در سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۶، ۱۶ درصد و در سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶، ۲۰ درصد بوده است. داده‌های مذکور نشانگر رشد نسبی تعداد زنان عضو هیئت علمی دانشگاه‌هاست. [۱۷]

جنگ تحمیلی در ابعاد مختلف موجب توسعه سرمایه انسانی سلامت شد. در مطالعه فیروزکوهی و همکاران [۱۸]، تأثیر جنگ در توسعه رشته پرستاری در ایران چنین توصیف شده است: «جنگ تحمیلی موجب تحولات زیادی در پرستاری گردید. نیروهای پرستاری توانمندی در جنگ ساخته شدند که پرستاری را به سمت حرفه‌ای شدن پیش بردند و جایگاه پرستاری را توسعه دادند». [۱۸]

۱۱. سازمان دهی نیروی زنان در تشکیلات بهداری رزمی

تشکیلات بهداری رزمی ابتدا با ساختارهای شبه‌نظامی سازمان دهی توانست از ظرفیت بسیاری از کادرهای درمانی، اعم از پزشکان، پرستاران و بهیاران مراکز بهداری‌ها و پزشکی موجود در کشور، استفاده کند. واحدهای پزشکی، به‌خصوص در زمان عملیات نظامی، با پشتیبانی بهداری‌ها و مراکز دانشگاهی از خود عملکرد خوبی بر جای گذاشته‌اند. حضور زنان به دلیل فراهم شدن امکان خدمت‌رسانی در مراکز درمانی شهرها و نیز مشارکت در فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی مربوط به طب رزمی در مواردی، مانند جنگ شیمیایی، پررنگ‌تر و ملموس‌تر بود. پرستاری و امداد رسانی به مجروحان و حضور زنان در نقش پرستار و پزشک در بیمارستان‌های پشت جبهه بسیار برجسته بود. به‌مرور زمان و با پشت سر گذاشتن سال‌های اولیه جنگ شهرهای دورتر و امن‌تر با انتقال بیماران و مجروحان در نقطه کانونی خدمات به رزمندگان مجروح و آسیب‌دیدگان جنگی قرار گرفتند. در این مراکز، اکثر خدمات پرستاری و مراقبتی را بانوان انجام می‌دادند.

تجارب و اندوخته‌های دفاع مقدس باعث تحول و بالندگی طب رزمی گردید. در شاخص به‌کارگیری پزشکان، متخصصان، پرستاران و سایر پرسنل زن مراقبت‌های پزشکی، در مراکز نظامی و غیرنظامی پیشرفت بسیار چشمگیری در طول جنگ و بعد از آن حاصل شد. از نظر تشکیلات پزشکی نظامی، ساختارهای مناسب و نظام‌مند، امکانات آموزشی و درمانی نظیر بیمارستان‌ها، مراکز آموزشی و درمانگاه‌ها، مراکز تولید و انبار دارو و تجهیزات پزشکی، و واحدهای ترابری و تخلیه، تدارکات طب نظامی کشور ما در تراز طب رزمی نیروهای مسلح برتر جهان قرار دارد. طبق شاخص‌ها، الگوی سازمانی پشتیبانی پزشکی ایجاب می‌کند در تمام واحدهای نظامی نیروهای زمینی، هوایی و دریایی یک تیم پزشکی برای ارائه خدمات لازم مستقر باشد. زنان در این تیم‌ها توانسته‌اند نقش مهمی از نظر تخصصی ایفا کنند.

۱۲. خاطراتی از نقش آفرینی زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس

۱۲-۱. خاطره‌ای از روز اول جنگ در آبادان

«... اطراف بیمارستان طالقانی هم بارها خمپاره خورده بود. گاهی مرتب آژیر می‌زدند و برق قطع می‌شد؛ البته اتاق عمل برق اضطراری داشت. مجروحان هم از رزمندگان جبهه‌ها بودند و هم از مردم عادی که هنوز در آبادان مانده بودند. در حمله‌ای به مناطق مسکونی، مجروحانی را که از مردم آبادان بودند، به بیمارستان منتقل کردند. یک شیرخوار مظلوم شش ماهه که شهید شده بود، به سردخانه منتقل شد. تعدادی زن و مرد، پیر و جوان را با هم به اورژانس آوردند. بین مجروحان زنی بود که شاید بالای صد سال سن داشت. همراه این مجروحان زن جوانی را آوردند که موقع وضع حملش بود و در همان حال و هوای بحرانی و دشوار در بیمارستان وضع حمل کرد.»

این گفتار با بیان روایتی از روز اول جنگ در آبادان از خانم فاطمه جوشی زینت‌بخش کتاب نقش زنان در مقاومت آبادان است. گروه بزرگی از روایان جنگ پرستاران و بهیاران هستند که شاهد لحظه‌های شهادت و مجروحیت رزمندگان بودند. این روایان روزهای خون و آتش ناگفته‌های بسیاری دارند.

۱۲-۲. روایتی از پرستاران سلحشور ماه‌های اول جنگ در بیمارستان طالقانی آبادان

«... شرایط کار و زندگی بسیار سخت بود، اما روحیه‌ها بسیار عالی بود. کار ۲۴ ساعته بود و هیچ فرصتی برای خواب و خوراک نداشتیم. هنگامی که روی صندلی می‌افتادیم از شدت خستگی بیهوش می‌شدیم... هر لحظه امکان داشت آبادان سقوط کند. برادران هر کار می‌کردند ما شهر را ترک کنیم، نپذیرفتیم... پرستاران دیگر هم از رشادتها و لحظه عروج رزمندگان گفته‌اند، از سهراب چهارده ساله یا از جانبازی که موشک در پهلوی او گیر کرده بود. از لحظه شهادت رزمندگانی که تشنه لب به معراج رفتند.»

۱۲-۳. معرفی پنج بانوی شهیده سرافراز؛ نماد شهیدان مظلومه دوران دفاع مقدس

شهیده مریم فرهانیان، تولد ۱۳۴۲ در آبادان

در چهارده سالگی با برادر رشید خود، شهید مهدی فرهانیان، مبارزاتش علیه ظلم‌های رژیم پهلوی را آغاز کرد و تا پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی ادامه داد. با آغاز جنگ تحمیلی، شهر آبادان را ترک نکرد و دوشادوش برادران رزمنده به دفاع از خاک کشورش پرداخت. شهیده مریم فرهانیان در هفده سالگی مشغول امدادگری شد و سه سال به کار امدادگری و پرستاری از مجروحان جنگ در بیمارستان‌های مختلف آبادان مشغول بود و در این مدت یک بار به شدت زخمی شد. وی یکی از هجده داوطلب امدادگر زن بود که در زمان جنگ در بیمارستان طالقانی آبادان در قسمت‌های مختلف، خالصانه خدمت کرد و به هنگام محاصره آبادان و آزادی خرمشهر و بسیاری از عملیات‌های دیگر فعالیت چشمگیری داشت. او در تمام مدت عمر گران‌بهایش با بیداری و هشیاری سیاسی و دینی زندگی کرد و رفتار و منش او الگوی تقوا و ایثار بود. مریم فرهانیان در مرداد ۱۳۶۳ بر اثر اصابت ترکش‌های کین و زهرآگین خمپاره دشمن دون به شهادت رسید.

شهیده فوزیه شیردل، تولد ۱۳۳۸ در کرمانشاه

با مدرک سوم راهنمایی قبل از انقلاب وارد بهداری شد و پس از سه سال خدمت در بهداری شهر کرمانشاه به صورت داوطلبانه به عنوان بهیار به بیمارستان پناه عزیمت کرد. در جریان حمله گروهبان ضدانقلاب به بهداری پناه و محاصره بهداری، درحالی که مشغول کمک کردن به یاران شهید دکتر مصطفی چمران در جبهه غرب بود، مورد اصابت گلوله قرار گرفت و پس از گذشت شانزده ساعت خون‌ریزی به شهادت رسید. شهید چمران در رثای شهادت مظلومانه وی دل‌نوشته سوزناکی نگاشته است. در بخشی از آن چنین آمده است:

«دختر پرستاری که پهلویش هدف گلوله دشمن قرار گرفته بود، خون لباس سفیدش را گلگون کرده بود، شانزده

ساعت مانده بود و خون از بدنش می‌رفت و پاسداران هم که کاری از دستشان بر نمی‌آمد، گریه می‌کردند ... این فرشته بی‌گناه ساعاتی بعد، در میان شیون و ضجه زدن‌ها جان به جان آفرین تسلیم کرد».

شهیده زرین‌تاج گودینی

وی از جمع محفل شهیدان زن ارتش جمهوری اسلامی ایران است. او را یکی از زنان شهیده شاخص جامعه پزشکی می‌شناسند. روستای گودین در استان کرمانشاه واقع شده و ۷۲ شهید را تقدیم انقلاب کرده که یکی از آن‌ها شهیده زرین‌تاج گودینی است. وی که یکی از اعضای ارتش بود، در بیمارستان ۵۲۰ کرمانشاه به ارتشیان و مجروحان دفاع مقدس خدمت می‌کرد. او نیز با وجود همباران شدید استان‌های غربی توسط هواپیماهای دشمن، حاضر به ترک شهر نشد و به امداد رسانی به مجروحان پرداخت. آن بانوی سرفراز و آزاده در ۷ آبان ۱۳۶۵ بر اثر همباران هوایی بیمارستان ۵۲۰ کرمانشاه در همان بیمارستان محل خدمتش به شهادت رسید.

شهیده سلطنت علی‌خانی

وی نیز از شهیدان سرفراز زن ارتش جمهوری اسلامی (نیروی زمینی) است. در اوج همباران شهرهای مرزی، کرمانشاه را ترک نکرد و به خدمات صادقانه و خالصانه‌اش ادامه داد. همسرش مسئول خدمات بیمارستان معتضدی و خود او نیز کارمند بیمارستان ۵۲۰ بود. در بیمارستان زخمی‌ها و مجروحان را مداوا می‌کرد. در ۲۶ اسفند ۱۳۶۶، هواپیماهای دشمن شروع به همباران شهر کردند. او و دو فرزندش حسام‌الدین و مریم‌السادات در همباران‌های هوایی به همراه مادر همسرش به شهادت رسیدند.

شهیده شهناز حاجی‌شاه، تولد ۱۳۳۶ در خرمشهر

در خرمشهر تحصیلاتش را تا دیپلم ادامه داد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و زمانی که هنوز نهضت سوادآموزی تشکیل نشده بود، همراه چند نفر دیگر گروهی را تشکیل داد و به روستاها رفت و به بچه‌های روستایی درس داد. با شروع جنگ، همراه دیگر زنان و مردان، با تمام توان می‌کوشید از شهر دفاع کند. بهترین نقش آن شهیده سرفراز در روزهای خون و آتش و بحبوحه هجوم ناجوان‌مردانه دشمن به خرمشهر، امداد رسانی به مجروحان بی‌پناه در میادین بی‌دفاع محاصره‌شده خرمشهر، شهر خون و شرف بود. او نیز در هشتم مهر ۱۳۵۹، در حین امداد رسانی به مجروحان، با اصابت ترکش خمپاره به قلبش در ۲۳ سالگی به شهادت رسید.

۴-۱۲. معرفی الگوها و اسوه‌هایی از بانوان ایثارگر گمنام عرصه بهداری رزمی

زهره حسینی

با آغاز جنگ و در هفده سالگی با شهامت و مقاومت روحی کم‌نظیری امدادگری را آموخت و در امدادگری، پانسمان جراحات‌ها، حمل مجروحان و انتقال شهدا، تعمیر و آماده‌سازی اسلحه، پخت‌وپز و توزیع امکانات فعالیت داشت. پدر و برادرش در جبهه جنگ خرمشهر شهید شدند. او به‌عنوان امدادگر نیز در دفاع از خرمشهر مجروح شد و ترکشی در نخاع او جای گرفت. گزارش حسینی از جنگ بی‌نظیر است و به هیچ‌یک از کتاب‌های متعددی که درباره جنگ نوشته شده، شباهتی ندارد. وی راوی کتاب دا است که گزارشی است حقیقی از جنگ و در آن چنان صحنه‌هایی از ایثار و مظلومیت روایت شده که هر انسانی را به شدت متأثر می‌کند.

دکتر اورارا باتارا

بانوی بزرگوار اورارا باتارا، پزشک فیلیپینی، شیرزنی که در هشت سال دفاع مقدس در کنار مردم و رزمندگان دزفول بود. این پزشک فیلیپینی دلسوز که همواره ایران را وطن خود می‌دانست، با شروع جنگ تحصیلی از محدود پزشکی بود که زیر همباران هوایی و موشکی در دزفول باقی ماند و به طبابت پرداخت. وی در زمان جنگ تحصیلی در خانه‌های سازمانی بیمارستان یازهرای دزفول سکونت داشت و در تمام ساعات شبانه‌روز در خدمت مصدومان حملات موشکی و نیز رزمندگان مجروح بود. دکتر باتارا به‌عنوان اولین پزشک بخش دیالیز

در دو نوبت صبح و عصر سال‌ها در بیمارستان افشار دزفول به بیماران دیالیزی خدمت کرد. زهرا فارسی و سمیه آزمی در مقاله‌ مروری بر تجارب به‌ثبت‌رسیده کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در طول جنگ‌های مختلف با تمرکز بر جنگ عراق علیه ایران، پژوهش‌های انجام‌شده در این خصوص را جمع‌بندی و ارائه کرده‌اند. مراجعه به این مقاله درس‌آموز خواهد بود.[۱۹]

۱۳. نقش زنان در پیشگیری و کنترل تهدیدات جنگی، بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه

زنان در جنگ و حوادث غیرمترقبه و بلایا از گروه‌های آسیب‌پذیر به‌شمار می‌روند. تفاوت‌های فیزیکی یکی از مهم‌ترین عوامل در آسیب‌پذیری زنان در بحران‌های طبیعی است.[۲۰] علت عمده آسیب‌پذیری زنان نقش اجتماعی آنان به‌عنوان مراقب (نگه‌داری از فرزندان و دیگر اعضای خانواده) است.[۲۱] توجه به فرهنگ اجتماعی و ظرفیت‌های زنان و نیز استفاده از مشاوران زن در برنامه‌ریزی‌های مدیریت بحران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این برنامه‌ریزی‌ها که باید دارای پشتوانه آموزش عمومی باشند، باید سیمایی توانمند و نقش‌آفرین از زنان با تأکید بر روحیه امیدوار و پرتلاش ایشان، در همه مراحل پیشگیری تا اقدام، ترسیم و تبیین گردد. در امدادسانی و درمان در بلایا نیز پیش‌بینی نیروهای امدادی و پزشکی مورد نیاز با توجه به متغیر جنسیت باید صورت گیرد. تجارب حضور ارزشی زنان در دفاع مقدس الگویی درخور برای کاهش مخاطرات و آسیب‌پذیری از حوادث و بلایا خواهد بود. در برنامه‌ریزی‌های کشوری پیشگیری و مدیریت بحران، حضور زنان باید برجسته و اثرگذار باشد. مقررات موجود باید با رویکرد تضمین نقش‌آفرینی بانوان در مطالعات، نیازسنجی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت بحران بازنگری و متحول شود. آموزش‌های پیشگیری، آمادگی و اقدام در بلایا برای زنان در سطوح و مراتب مختلف تحصیلی و فرصت‌های مغتنم اجتماعی و فرهنگی باید الزام‌آور و تضمین‌کننده باشد. در تیم‌های امداد و نجات، اعم از نیروهای داوطلب مردمی (نظیر سازمان داوطلبان هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران و سازمان بسیج مردمی) و نیروهای اعزامی سازمان‌های مسئول در حوادث و بلایا، حضور زنان پیش‌بینی و تضمین شود.

۱۴. زنان در ساختار طب رزمی نوین و آینده

طب رزمی در شرایط جاری و آینده با دو دسته سلاح متعارف و نامتعارف مواجه است. تولید، انباشت و استفاده از عوامل و سلاح‌های نامتعارف کشتار جمعی (جنگ‌های نوین) روزبه‌روز بیشتر می‌شود و تهدیداتی جدی را متوجه انسان‌ها و محیط زیست می‌کند. با رویکرد حفظ و ارتقای سلامت نظامیان و سایر شهروندان در شرایط صلح و جنگ، اقدامات پیشگیرانه، آموزشی، پدافندی، مانورهای آمادگی و همه فعالیت‌ها باید دربرگیرنده جمعیت زنان کشور نیز باشد. در پدافند غیرعامل، بسیاری از وظایف مستقیماً معطوف به زنان است. اهداف اصلی از مشارکت زنان در طب رزمی نوین و آینده شامل موارد زیر است:[۲۲]

- پذیرفتن مسئولیت‌های حرفه‌ای برای اقدامات پیشگیری، آموزشی و درمانی در راستای حفظ و ارتقای قدرت عملیاتی نیروهای نظامی و دفاعی؛
- پشتیبانی از خدمات سلامتی عمومی و تخصصی در سطوح بعدی، در زنجیره امداد و درمان؛ بعد از خطوط مقدم و بیمارستان‌های صحرایی، نقش زنان، خاصه پرستاران و بهیاران، پررنگ‌تر و محوری‌تر می‌شود. در بعضی سطوح تمام مسئولیت متوجه بانوان خواهد بود؛
- حفاظت از خود، همکاران، بیماران و همراهان و سایر مردم در برابر صدمات ناشی از سلاح‌های نامتعارف؛
- اتخاذ تدابیر حرفه‌ای و مراعات دستورالعمل‌های موجود برای رساندن تلفات و عوارض سلاح‌های نامتعارف به حداقل ممکن؛

- رعایت اصول ایمنی، اصول بهداشتی عمومی، محیط و حرفه‌ای برای پیشگیری از آسیب‌های شغلی؛
- آماده‌سازی مراکز درمانی ثابت یا سیار در شرایط اضطراری، بحران، بلا یا و جنگ، و کسب توانمندی‌های لازم برای اداره و انجام وظیفه در مراکز درمانی سیار (کسب مهارت‌های ضروری برای شروع اقدامات فوری درمانی به مصدومان موجود از طریق تریاژ، اقدامات اولیه امدادی و درمانی، انتقال، قرنطینه و...)
- کسب توانمندی مدیریت یا مشارکت در امور بهداشت آب، غذا، دفع پسماند و سایر امور بهداشتی از طریق همکاری با نیروهای بهداشتی حاضر در صحنه.

۱۵. نقش‌های بی‌بدیل زنان در عرصه‌های اجتماعی و فرهنگی سلامت با الهام از الگوها، اسطوره‌ها و ارزش‌های دفاع مقدس

- حضور در عرصه‌های فرهنگی، تبلیغ، تجلیل و تکریم شهیدان، عیادت از مجروحان، سرکشی به خانواده شهدا و اسرا، مقابله با شایعات، مقابله با منافقان و ضدانقلاب، تشییع پیکر شهیدان و بزرگداشت آنان؛
 - گزارشگری، داستان‌نویسی، سرودن شعر و انواع تولیدات فرهنگی هنری زنان با موضوع جنگ و دفاع مقدس؛
 - زمینه‌سازی برای حضور بیشتر مردان (همسران، پدران، برادران و فرزندان) در جنگ و تقویت روحیه آنان؛
 - اشاعه فرهنگ صبر در برابر شهادت، مجروحیت و اسارت عزیزان و تحمل دوری آنان برای خانواده رزمندگان؛
 - محدود نگاه داشتن سطح توقعات و قبول مسئولیت‌های پرورشی و اقتصادی خانواده؛
 - تحمل مشکلات ناشی از جنگ با آگاهی از شرایط، ساده‌زیستی، قناعت و ترویج صبر و ایمان.
- به‌رغم فضای تبلیغاتی مسموم رسانه‌های وابسته به استکبار و نفاق، زنان بزرگوار ایرانی به جهانبان نشان دادند که ملت ایران قوی و دارای عزمی والاست. مردان از دامان زنان مؤمن به مقام والای انسانی می‌رسند. اندیشه و ایمان مادران شهید در تکلیف‌گرایی و آرمان‌خواهی، آنان را به سویی برد که حاضر به از خودگذشتگی شدند و درمقابل مهر مادری و خواسته‌های درونی خود ایستادند و برای نجات کشور، اصلی‌ترین سرمایه زندگی‌شان را هدیه کردند. زندگی سرداران و فرماندهان شهید و رزمندگان غیور هم سرشار از ایثار همسران جوانی است که آسایش و امنیت ملی را بر خانه و خانواده ترجیح دادند. آنان از آغاز زندگی مشترک همواره در حسرت دیدار همسران خود روزشماری می‌کردند. زنان عامل استحکام خانواده در هشت سال دفاع مقدس بودند. تبعات هر جنگی به‌مراتب از خود جنگ و صحنه کارزار مسلحانه وسیع‌تر است؛ لذا نحوه مقابله و مواجهه افراد با این پیامدها همیشه برای مسئولان همه کشورهای درگیر جنگ از مسائل بسیار مهم تلقی می‌شود.

۱۵-۱. نقش‌های بی‌بدیل زنان در پشت جبهه‌های نبرد

نقش‌آفرینی‌ها و موقعیت حساس زنان در مسائل پشت جبهه در دوران دفاع مقدس اهمیت بسیاری داشت. به‌دلیل اعزام گروه‌های کثیری از مردان به جبهه‌ها و شهادت، مجروحیت، جانبازی و اسارت شماری از آن‌ها، فشارهای روحی و روانی، اجتماعی و معنوی فراوانی متوجه زنان بوده و از سوی دیگر مسئولیت اداره تمام شئون خانه و خانواده را تماماً بر دوش آنان می‌گذاشته است. باید زنان را مهم‌ترین گروه حاضر در پشت جبهه قلمداد کرد. بر این اساس، نحوه مواجهه آنان با تبعات جنگ و میزان همراهی‌شان با مسئولان و نیروهای رزمنده را باید یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های میزان موفقیت در جنگ ارزیابی کرد. در دوران مقدس، جامعه پزشکی زنان نیز اقدامات ویژه‌ای انجام دادند که باید آن را مستندسازی و منتقل کرد تا در حوزه‌های علمی و دانشگاهی مورد توجه قرار بگیرد و دانشگاهیان از این اقدامات سازنده بهره ببرند.

۲-۱۵. حفظ و ترویج ارزش‌ها و آموزه‌های مقاومت و فرهنگ ایثار، شجاعت و شهادت

رهبر معظم انقلاب حضرت آیت‌الله خامنه‌ای درباره نقش زنان در دفاع مقدس می‌فرماید: «اگر زنان حماسه جنگ را نمی‌سودند و در خانه‌ها جنگ را به‌عنوان یک ارزش تلقی نمی‌کردند، مردان اراده و انگیزه رفتن به جنگ را پیدا نمی‌کردند و خیل عظیم بسیجی‌ها به‌سمت جبهه روانه نمی‌شدند».

با حفظ و ترویج ارزش‌های دفاع مقدس، «روحیه، رویه و فرهنگ فداکاری برای حفظ ارزش‌ها»، «عزت نفس آحاد جامعه»، «ایجاد و دفاع از هویت واحد و هدف مشترک در جامعه» و «هم‌بستگی ملی و وحدت کلمه» ایجاد و تقویت می‌شود و در پرتو این ارزش‌ها، آرمان‌های بزرگ «ظلم‌ستیزی» و «عدالت‌خواهی» در جامعه به واقعیت تبدیل می‌گردد. [۲۳] ترویج ارزش‌ها و تحکیم فرهنگ مقاومت با شیوه‌های مستقیم نظیر سخنرانی، همایش و مراسم مذهبی و ملی، از کاربرد وسیع‌تری برخوردار است. در این شیوه‌ها، ترویج‌دهندگان و مخاطبان، بدون واسطه با یکدیگر تبادل اندیشه می‌کنند. آموزه‌های ترویجی مستقیم و حضوری نفوذ و کارآمدی بیشتری دارد و بازتاب آن قابل مشاهده است. شیوه‌های ترویجی غیرمستقیم، پیام‌ها، اندیشه‌ها و مفاهیم مورد نظر ترویج‌دهندگان با واسطه رسانه‌ها (کتاب، نمایش‌نامه، فیلم، رادیو، تلویزیون، سینما، فضای مجازی و...) به سمع و نظر مخاطبان می‌رسد. بانوان کشور برای ترویج فرهنگ و ارزش‌های دفاع مقدس از همه شیوه‌ها استفاده کرده‌اند.

۱۶. سیمای زنان در ادبیات بهداری رزمی و مقاومت

زنان به‌واسطه حضور حماسه‌ساز خود در دفاع مقدس، راویان خوبی از آن دوران نیز هستند و در ادبیات پایداری و ادبیات دفاع مقدس نقش مؤثری داشته‌اند. زندگی‌نامه‌های داستانی و خاطرات زنان اسیر، جانباز و همسر و فرزند شهید و نیز خاطرات زنان امدادگر و پزشک از آن دوران، دفتر تاریخ مقاومت و ایثار را مزین کرده است. [۲۴] گذشته از این، زنان در عرصه هنر و ادبیات نیز آثاری نگاشته‌اند.

اشعاری از مرحومه سپیده کاشانی در سرودن حماسه رزم‌آوران:

ای شهر خرم‌شهر ای خاک گهرخیز	ای سینه پرآذرت از غصه لبریز
سوی تو مرغان مهاجر بازآیند	بر آشیان سبز در پرواز آیند
با من بخوان شعر ظفر ای بندر سبز	شب سر شد و آمد سحر ای بندر سبز

از دیگر حماسه‌سرایان این عرصه می‌توان به طاهره صفارزاده، سیمین‌دخت وحیدی و مهری حسینی اشاره کرد مثنوی کربلا در کربلا از خانم مهری حسینی یکی از این نمونه‌هاست که داستان زندگی سرلشکر شهید مهدی زین‌الدین را به‌تصویر می‌کشد:

ای خدای جاودان لم یزل!	شرح مردان جا نگیرد در غزل
جای آرام و سکون، طوفان بکار	تا بگویم از عزیزی بی‌قرار
تا ببویم اندکی با مثنوی	عطر عشق پاکِ مردی معنوی
داده بودی همسرت را این خبر	بر نخواهی گشت هرگز از سفر
تا نپوشی جامه‌ای از جنس نور	برنداری دست از شوق حضور

در حوزه ادبیات داستانی نیز بانوانی همچون خانم راضیه تجار، سمیرا اصلان‌پور، زهرا زواریان، مریم صباغ‌زاده، ایرانی، طاهره اید، مهری ماهوتی، بلقیس سلیمانی، حبیبه جعفریان و حتی زنان جوانی که در هشت سال دفاع مقدس یا به‌دنیای نامیده بودند یا کودکی بیش نبوده‌اند، اکنون سراینده و نویسنده حماسه آن روزهایند. این

نوشته‌ها اثری در فرهنگ مردم می‌گذارد که هیچ چیزی نمی‌تواند جای آن را بگیرد. مؤسسه روایت فتح به کمک نوقلمانی چون فرزانه مردی (کتاب شهید حسن باقری)، مریم برادران (کتاب شهید همت)، فاطمه غفاری، نفیسه ثبات و دیگر نویسندگان و شاعران جوان دری را گشوده است که هرگز بسته نخواهد شد. این فرهنگ آرمان‌شهری است که تا کسی با عشق وارد آن نشود، درکی از آن نخواهد داشت.

راهی است راه عشق که هیچ‌ش کناره نیست آنجا جز آنکه جان بسپارند چاره نیست

شهید پروین حاجی‌شاه که بعدها در رمان نخل‌های بی‌سر اثر قاسمعلی فراست به شهادت او پرداخته شد، از آن جمله است. اسارت برخی خواهران در آغاز جنگ، گواه روشن دیگر بر این ادعاست. خاطرات دکتر محمدرضا سنگری درمورد آخرین ساعات سقوط خرمشهر شرح قسمتی از این دوران است.

۱۷. جلوه‌های حماسی حضور بانوان در دفاع مقدس

از عوامل زمینه‌ساز مشارکت بانوان در دفاع مقدس، پیروزی انقلاب اسلامی، تأکید موازین شرعی به دفاع بانوان از ارزش‌های الهی، اثرپذیری از اسوه‌های ایثار صدر اسلام و تربیت در مکتب عاشورا است.

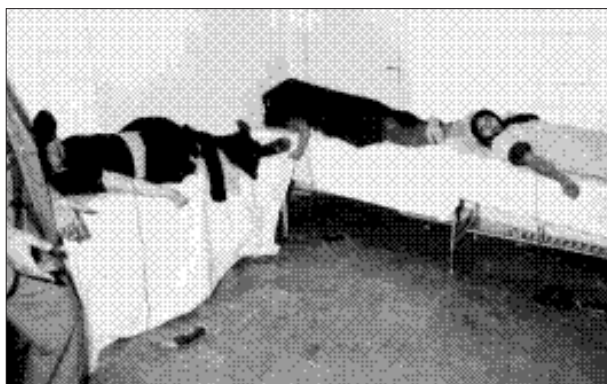
شهادت بانوان در خرمشهر:

از جلوه‌های حماسی تاریخ‌ساز و الهام‌بخش، مقاومت شیر زنان خرمشهری و سایر شهرهای جنگ‌زده است که درعین حماسی بودن، از مظلومانه‌ترین جلوه‌های جنگ است؛ مادران جوانی که فرزند در آغوش، پذیرای بمب و موشک شدند و در ملکوتی‌ترین حالات به‌سوی پروردگار خویش شتافتند، درحالی که مردانشان در دفاع از حريم میهن اسلامی در جبهه‌ها بودند.

تداوم حضور و رشادت بانوان در آبادان:

با شروع تهاجم به شهر مقاوم آبادان، به‌منظور دفاع از این دیار و دفع تجاوز دشمن، از همان ابتدا بانوان متعهد و شجاع داوطلبانه به یاری سپاهیان و نیروهای مردمی، نظامی و انتظامی شتافتند و در اموری همچون احداث سنگر، تهیه مواد آتش‌زا، تدارک وسایل و مایحتاج رزمندگان و امداد و درمان مجروحان مستقیماً حضوری فعال و مؤثر داشتند. حضور حماسی و شجاعانه بانوان آبادانی پس از محاصره شهر و در تنگنا قرار دادن مردم باقی‌مانده در شهر، در اوج نمود و ظهور در گنج اسرار و حقایق دفاع مقدس ثبت شده است. اکثر قریب به اتفاق همسران، خواهران، مادران و دختران سپاهیان و نیروهای مردمی و رزمندگان حاضر به ترک خانه و کاشانه خود و تنها گذاشتن همسران، برادران و مبارزان شهر نشدند و با تقبل رنج و مشقات زندگی طاقت‌فرسا در شهری جنگ‌زده و محصور، همه نوع مصایب را به جان خریدند و تا پای مجروح شدن و به‌شهادت رسیدن، دلاورانه ایستادند. مردم آبادان در آن ایام خونین و آتشین، هر روز شاهد به خون خفتن عزیزان خود بودند. زنان قهرمان آبادان زینب‌گونه شهیدان را تشییع و تدفین می‌کردند و شبانه‌روز به درمان و معالجه مجروحان در بیمارستان‌ها مشغول بودند و هم‌زمان به تهیه خوراک و غذای رزمندگان نیز می‌پرداختند. در کنار همه این امور و پشتیبانی محورها و خطوط دفاعی، با حضور شکوهمند خویش روحیه سلحشوران را تقویت می‌کردند. آمار بالای جانبازان و شهدای زن آبادان خود مؤیدی روشن بر این ادعاست. این حضور و مشارکت تا پایان جنگ به‌طور مستمر ادامه داشت، مگر در مواردی که به صلاحدید فرماندهان نظامی دستور تخلیه شهر داده می‌شد. اسارت تعدادی از زنان حکایتی روشن از حضور زنان متعهد در سنگرهای پشتیبانی، دفاعی و امداد و درمان است.

۱۸. نگاره‌های ماندگار از خدمات بی‌بدیل زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس



اهدای خون توسط بانوان در زمان دفاع مقدس در پایگاه‌های انتقال خون در طول هشت سال دفاع مقدس



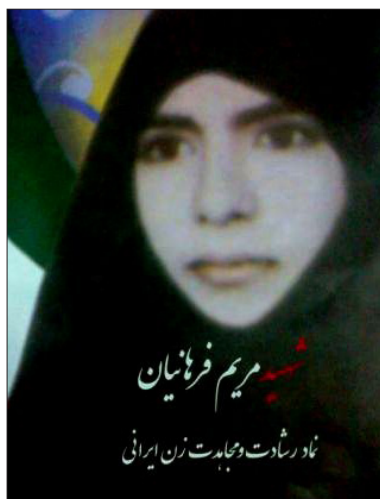
کمک‌های اولیه به مجروحان در روزهای اول جنگ



حضور امدادگران زن پا به پای مردان در خطوط مقدم نبرد، روزهای اول جنگ



حضور گسترده بانوان پزشک و پرستار و امدادگر در فتح‌المبین، بیمارستان طالقانی آبادان، بهار ۱۳۶۱



۱۹. توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای اعتلای جایگاه زنان در نظام سلامت مقاومتی

وضع قوانین ضروری در حوزه مدیریت بحران در بلایا و جنگ با تأکید بر حضور بانوان و حفظ و حمایت از حقوق آنان؛

تقویت آموزش همگانی بانوان در زمینه حوادث و بلایا (تیین، پیشگیری، آمادگی، مهارت‌آموزی، امداد، درمان و بهداشت و...) و ایجاد ساختار مسئول در مجموعه‌هایی نظیر هلال‌احمر، بسیج مردمی، بهداری رزمی و پدافند غیرعامل؛

تقویت شبکه‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی بانوان در حوزه حوادث، سوانح و بلایا؛

تقویت مهارت‌های عملی بانوان برای پیشگیری از حوادث و مقابله با بلایا؛

ایجاد و تقویت سازمان‌های غیردولتی بانوان با هدف پیشگیری از سوانح و مقابله با مصایب؛

در سازمان‌های مرتبط با کنترل بحران، مسئولیت‌های مدیریتی مرتبط با پیشگیری از حوادث و سوانح و بلایا در کودکان و بانوان و قشرهای آسیب‌پذیر دیگر و کنترل بحران‌های احتمالی به مدیران لایق و توانمند زن سپرده شود؛

حمایت از پژوهش‌های ضروری در حوزه بحران‌های نظامی و اجتماعی و حوادث طبیعی در حوزه زنان، کودکان و گروه‌های آسیب‌پذیر و برنامه‌های مقابله با بحران ترجیحاً توسط پژوهشگران زن؛

برگزاری یادواره‌هایی از خدمات پزشکی و تجربیات جامعه زنان در دوران دفاع مقدس.

۲۰. منابع

- [۱] بانکی‌پور، امیرحسین. نقش و رسالت زن، عرصه‌های حضور اجتماعی زن. مؤسسه پژوهشی فرهنگی انقلاب اسلامی، دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت‌الله خامنه‌ای. در: Info@Book-khamenei.ir.
- [۲] رجیبی، طاهره. بختیار نصر آبادی، حسنعلی. اصول ارتباط اجتماعی با زنان براساس سیره عملی پیامبر(ص). فصلنامه اخلاق. ش ۱۳ (۲۶). ۱۳۹۶. در: https://www.civilica.com/Paper-JR_AKGH-JR_AKGH.html. ۰۰۱_۲۶-۱۳
- [۳] نوروزی، محمدتقی. فرهنگ دفاعی امنیتی. تهران: نشر سنا. ۱۳۸۵.
- [۴] جهانگیری، کتایون، صدیقی، ژیا. تحلیل علل آسیب‌پذیری زنان در بلایا و ارائه راهبردهایی برای تقویت آن. فصلنامه علمی امداد و نجات. س ۳. ش ۱ و ۲. ۱۳۹۰. صص ۶۷-۶۰.
- [۵] فیروزکوهی، محمدرضا. پرستاران در جنگ ماهیت کار پرستاری در خلال جنگ عراق و ایران در سال‌های ۱۳۵۹-۱۳۶۷. پایان‌نامه. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۹۱. در: <http://elib.mui.ac.ir>.
- [۶] بهبهانی، یاسمن. بررسی حضور زنان در جنگ‌های صدر اسلام و مشارکت و نقش زنان در هشت سال دفاع مقدس. در: <http://morvariddar.com>.
- [۷] نسبیة جراحه در میدان احد. فصلنامه فرهنگی ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. پیش‌شماره زمستان ۱۳۹۶.
- [8] America Memorial Foundation. Inc: Highlights in the History of Military Women. <https://www.womensmemorial.org>.
- [9] Iris J. West. The Women of the Army Nurse Corps During the Vietnam War. LTC, ANC, Army Nurse Corps Historian, U.S. Army Center of Military History, <http://www.vietnamwomensmemorial.org>.
- [10] Hallquist DL. Developments in the RN first assistant role during the Korean War. AORN J. 2005. 82(4). pp. 644-7.
- [11] Judith Bellafaire. Mercedes Herrera Graf. Women Doctors in War, Texas A & M University Press. 2009. <https://muse.jhu.edu/book/2816>.
- [۱۲] نامجوی‌نیک، خسرو. تاریخچه طب نظامی. تهران: ایران سبز. ۱۳۸۹.
- [۱۳] حقیقی، جمهور. بررسی تشکیل جهاد سازندگی و مدیریت جهادی در تقویت و توسعه اجتماعی و مشارکت مردمی. دومین همایش ملی فرهنگ و مدیریت جهادی. ۱۳۸۸. در: <https://www.civilica.com>.
- [۱۴] وزیربان، پرویز، ضیایی، مجتبی، شاه‌حسینی، نوروززاده، ناصر، محقق، محمدعلی. معرفی مراکز بهداشتی‌درمانی نقش‌آفرین در دوران دفاع مقدس: بیمارستان طالقانی آبادان. فصلنامه فرهنگی ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. ش ۱. بهار ۱۳۹۷.
- [۱۵] وکیلی، الهه. اسلام و نقش زنان در عرصه دفاع. پرتال امام خمینی: <http://www.imam-khomeini.ir>.
- [۱۶] هدایتی، نگاهی به نقش‌های متفاوت زنان در دفاع مقدس: صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، معاونت سیاسی، اداره پژوهش‌های سیاسی. ۱۳۹۷. در: <http://www.iribnews.ir>.
- [۱۷] صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، معاونت سیاسی، اداره پژوهش‌های سیاسی. نگاهی به نقش‌های متفاوت زنان در دفاع مقدس. در: <http://www.iribnews.ir>.
- [۱۸] نقش و جایگاه زن در جمهوری اسلامی ایران. در: <http://hajij.com/fa/women-in-iran>.
- [۱۹] فیروزکوهی، محمدرضا. زرغام‌پروجنی، علی، نورایی، مرتضی، رهنما، مژگان. بابایی‌پور، مرتضی. تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران: یک مطالعه تاریخی. مجله طب نظامی. ۱۷۵. ش ۳. پاییز ۱۳۹۴. صص ۱۱۷-۱۲۶.
- [۲۰] فارسی، زهرا. آذر، سمیه. مروری بر تجارب به‌ثبت‌رسیده کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در طول جنگ‌های مختلف با تمرکز بر جنگ عراق علیه ایران. مجله علوم مراقبتی نظامی. س ۲. ش ۴. زمستان ۱۳۹۴. صص ۲۴۶-۲۵۳.
- [۲۱] پارس‌زاده، فرخ. اسکندری، ملیحه. بررسی توانمندی‌ها و نیازهای زنان در شرایط بحران، با رویکرد زلزله مطالعه موردی زلزله ۵ دی ۱۳۸۲ بم. پژوهشنامه زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله. س ۱۶. ش ۱. ۱۳۹۲. صص ۷۲-۸۹.
- [۲۲] فلاحی، یدا. مجموعه‌مقالات اولین همایش شناخت ابعاد مختلف نقش کلیدی زنان در کاهش خطرات زلزله. مؤسسه بین‌المللی زلزله‌شناسی و مهندسی زلزله.
- [۲۳] غنجال، علی، متقی، منیره. فروتن، قاسم. مدیریت بهداری رزمی در پدافند جنگ‌های نوین. مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. ش ۳۵. ۱۳۸۴. صص ۵۱۷-۵۲۳.
- [۲۴] مسعودی، حمید. اسکافی، مریم. صدیق اورعی، غلامرضا. سیاست‌پژوهی ترویج فرهنگ ایثار و شهادت در سازمان‌های دولتی استان خراسان رضوی. فصلنامه مطالعات ملی. س ۱۷. ش ۲. ۱۳۹۵. صص ۸۹-۱۰۷.

۲۱. منابع بیشتر برای مطالعه

- جهانگیری، کتایون. صدیقی، ژیا. تحلیل علل آسیب‌پذیری زنان در بلایا و ارائه راهبردهایی برای کاهش آن. فصلنامه علمی امداد و نجات. س ۳. ش ۱ و ۲. ۱۳۹۰. صص ۶۸-۶۰.
- خرمشهر در جنگ طولانی، مرکز مطالعات و تحقیقات جنگ. ص ۳۹۶.

فصل هجدهم

مدل معتبر کنترل ترومای جنگی برای آینده،
براساس تجارب دفاع مقدس و منابع معتبر علمی؛
هم‌گرایی ترومای جنگی و ترومای شهری، و
مدیریت بحران در بلایا و پدافند غیرعامل

پدیدآورندگان:

دکتر عباس امیرجمشیدی، دکتر سیاوش صحت، دکتر کاظم عباسیون،
دکتر ایرج فاضل

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

ارائه مدل علمی مبتنی بر شواهد برای کنترل تروما در شرایط جنگی و دارای کاربرد در شرایط غیرجنگی و بلایا، به منظور کاهش خطر مرگ و جلوگیری از صدمات بیشتر

اهداف اختصاصی:

- تبیین علل مرگ قابل پیشگیری در صحنه ترومای جنگی (تهدید راه هوایی، پنوموتوراکس فشارنده و خونریزی شدید و وسیع)
- ذکر تفاوت‌های اصلی در کنترل ترومای جنگی با کنترل تروما در شرایط غیرجنگی
- بیان ویژگیهای تروما و اصول کنترل تروما در بلایای طبیعی و دست‌ساز
- آشنایی با اصول فاز اول کنترل ترومای جنگی (در میدان رزم و تحت‌آشباری)
- آشنایی با اصول فاز دوم کنترل ترومای جنگی، پس از انتقال به اولین اورژانس
- پشت خطوط مقدم
- آشنایی با اصول فاز سوم کنترل ترومای جنگی، پس از تخلیه به مراکز مجهز
- پشت خط (بیمارستانهای صحرایی یا مراکز مجهز به امکانات پیشرفته تشخیص و درمان و اعمال جراحی)
- ارائه مدل جامع و ادغام‌یافته کنترل تروما در همه شرایط

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۳۸۹
۲. واژه‌های کلیدی	۳۹۰
۳. روش تدوین	۳۹۰
۴. ادبیات نظری موضوع	۳۹۰
۴-۱. تروما	۳۹۰
۴-۲. مرکز تروما	۳۹۰
۴-۳. آسیب	۳۹۰
۴-۴. ترومای جنگی	۳۹۰
۵-۴. صحنه نبرد	۳۹۱
۶-۴. نظام تروما	۳۹۱
۷-۴. هدف از ایجاد و عملکرد نظام تروما	۳۹۱
۸-۴. مجروح جنگی	۳۹۱
۹-۴. مرگ قابل پیشگیری بعد از جراحی	۳۹۲
۱۰-۴. مراقبت از مجروح جنگی	۳۹۲
۱۱-۴. ثبت تروما	۳۹۲
۵. اجزای ضروری سیستم (نظام) ترومای استاندارد	۳۹۲
۶. تفاوت بین ترومای جنگی و ترومای غیرجنگی (شهری)	۳۹۳
۷. تجارب دفاع مقدس در هماهنگی و تعامل «نظام طب رزمی و نظامی»، «نظام سلامت کشوری»، «ساختارهای مردمی حیطه سلامت» و «نهادهای انقلابی حوزه سلامت»	۳۹۵
۸. طراحی سیستم تروما با رویکرد بهداشت عمومی: مدل ایرانی	۳۹۷
۹. نقش‌ها و ظرفیت‌های نظامی و دفاعی کشور در کنترل بحران‌های غیرنظامی و حوادث و بلایای طبیعی	۳۹۹
۱۰. بازخوانی تجارب غیرمترقیه اخیر: صحنه‌های درخشان هم‌گرایی «طب نظامی»، «ترومای شهری» و «مدیریت بحران»	۴۰۰
۱۱. پیشنهاد مدل مناسب برای نظام ترومای کشور: تلفیق همه‌جانبه ترومای نظامی با ترومای شهری	۴۰۱
۱۲. ارکان نظام جامع ترومای ادغام‌یافته کشور	۴۰۱
۱-۱۲. فرماندهی سازمان‌های دارای مسئولیت، تحت فرماندهی واحد	۴۰۱
۲-۱۲. نقشه یا طرح جامع کنترل ترومای کشور	۴۰۲
۳-۱۲. نیروی انسانی	۴۰۲
۴-۱۲. پیشگیری از تروما	۴۰۲
۵-۱۲. مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی	۴۰۲
۶-۱۲. سطح‌بندی ترومای بیمارستانی	۴۰۲
۷-۱۲. مراکز هماهنگ‌کننده ارجاع بیماران بین بیمارستان‌های سطوح مختلف	۴۰۳
۸-۱۲. خدمات بازتوانی و نوتوانی	۴۰۳
۹-۱۲. زیرنظام‌های پشتیبان	۴۰۳
۱۰-۱۲. تحقیقات تروما	۴۰۳
۱۱-۱۲. پایش و رصد	۴۰۳
۱۳. نتیجه‌گیری و توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده	۴۰۴
۱-۱۳. حوزه مدیریت بحران	۴۰۴
۲-۱۳. حوزه تروما	۴۰۴
۱۴. منابع	۴۰۶
منابع بیشتر برای مطالعه	۴۰۷

۱. مقدمه و بیان مسئله

امید می‌رود در دنیای بهتر و در آینده اثری از جنگ نباشد. در شرایط صلح، ظرفیت‌های طب رزمی وجود دارد و مرتباً توسعه می‌یابد. استفاده بهینه از این ظرفیت‌های بالقوه و تجارب مفید، در شرایط عادی بسیار مهم و ضروری است؛ چراکه از یک سو بار عظیمی از تروما و حوادث عادی را پوشش می‌دهد و از سوی دیگر سرمایه‌ها، ساختارها و نیروی انسانی طب رزمی هدر نمی‌رود و هزینه اثربخش به روند پیشرفت خود ادامه می‌دهد. ادغام طب رزمی (یا طب نظامی) و طب شهری در شرایط جاری از ایده به ضرورتی گریزناپذیر تبدیل شده است. طب رزمی در کشور ما در روند تکامل خود، بعد از جنگ تحمیلی، از همین رویکرد تبعیت کرده است. در این فصل، ابعاد مختلف هم‌گرایی و ادغام نظام‌های طب رزمی و طب شهری و نیز طب در بلایا مرور خواهد شد. بسیاری از مجروحان جنگی به‌صورت بالقوه قابلیت نجات یافتن و برخورداری از کیفیت منطقی زندگی بعد از حادثه را دارند. لازمه این مهم برخورداری از سیستم جامع و روزآمد کنترل تروما و به‌کارگیری آن در شرایط پیچیده جنگی است. چنین سیستمی از ظرفیت‌های بسیاری برخوردار است و باید در شرایط غیرجنگی نیز وجود داشته باشد، فعال و رو به رشد باشد، روزآمد و کارآمد باقی بماند و در بحران‌ها و بلایا و حتی شرایط عادی نیز مورد استفاده قرار گیرد. ابعاد و مشخصات مناسب‌ترین مدل جامع کنترل‌کننده تروما در شرایط جنگی و غیرجنگی در این مبحث ارائه شده است. پیشرفت نظام کنترل ترومای جنگی در دو قرن گذشته مرهون همکاری تنگاتنگ بین محیط‌های سلامت نظامی و غیرنظامی بوده است. [۱] ویژگی‌های سیستم کنترل ترومای جنگی در جنگ‌های مهم دو قرن گذشته، خاصه دو دهه اخیر، و نیز مشخصات مبتنی بر شواهد آن در این فصل بیان می‌شود. پیشرفت در کنترل ترومای جنگی تحت تأثیر ارتقای دو سیستم جامع‌تر «کنترل ترومای شهری» و «سیستم سلامت نظامیان» قرار داشته است. [۲] در تجارب کشور ما، از دستاوردهای علمی و حرفه‌ای دوران دفاع مقدس در دوره‌های بعد به‌شکل مطلوبی استفاده شده است. در همه بلایای طبیعی بعد از دفاع مقدس، مجموعه طب رزمی کشور پایه‌ای مجموعه نظام سلامت، مدیریت بحران و ساختارهای مردم‌نهاد، در کنترل حوادث و بلایا نقش‌های تعاملی، هم‌گرا و هم‌افزا داشته است. این تعامل در شرایط عادی و غیراضطراری کمتر وجود داشته و به‌عبارتی ارکان کنترل ترومای کشوری به‌ندرت همکاری سیستماتیک براساس تقسیم کار ملی داشته است. «تعمیم و تلفیق نظام‌مند و ارتقای این تجارب مهم و هم‌گرای ملی و علمی در حوزه تروما و حوادث، در زمان جاری و آینده، مناسب‌ترین مدل کنترل تروما و حوادث در همه شرایط است». «هدف از پایه‌گذاری نظام جامع کنترل ترومای کشوری به صفر رساندن تمام مرگ‌های قابل پیشگیری در جنگ‌ها، حوادث، سوانح و بلایاست». ابعاد و ارکان نظام ترومای شایسته ملت ایران به این شرح است:

- پیشگیری از تروما و حوادث؛
- ارتقای دانش، نگرش و عملکرد عموم مردم برای پیشگیری و مقابله با حوادث از طریق آموزش عمومی؛
- تحکیم بنیان‌های قانونی و حمایتی؛
- ایجاد و تحکیم و ارتقای مستمر زیرساخت‌های ضروری کنترل تروما و حوادث؛
- توسعه و ارتقای همه‌جانبه نظام اورژانس پیش‌بیمارستانی با ویژگی آمادگی دائمی تیم‌های امداد و درمان؛
- ارتقای همه‌جانبه مراقبت‌های بیمارستانی در عموم بیمارستان‌های کشور؛
- تحول اساسی در آموزش تروما و بلایا و فوریت‌ها در نظام آموزش عالی سلامت؛
- ایجاد و تحکیم و توسعه نظام ملی و فراگیر ثبت تروما؛
- توسعه نظام تحقیقات ترومای کشور؛
- توسعه و ارتقای مستمر برنامه پویا و معتبر رصد کلان نظام تروما و حوادث و بلایای کشور. [۳]

۲. واژه‌های کلیدی

آسیب، ادغام نظام‌های ترومای جنگی و شهری، تروما، ترومای جنگی، ترومای شهری، صحنه نبرد، کنترل تروما، کنترل ترومای جنگی، کنترل ترومای شهری، مراقبت از مجروح جنگی، مرکز تروما، نظام تروما.

Key words

Battlefield, Civilian Trauma Control, Civilian Trauma, Combat Trauma Control, Combat Trauma, Disasters, Injury, Integrating military and Civilian Trauma systems, Tactical Combat Casualty Care (TCCC), Trauma Center, Trauma Control, Trauma System, Trauma.

۳. روش تدوین

این فصل با تلفیق روش مطالعه کتابخانه‌ای و بحث متمرکز گروهی در کارگروه تدوین تنظیم شده است. به این ترتیب که با جمع‌بندی نتایج بررسی در کلمات کلیدی بالا، بهره‌گیری از نوشتجات معتبر علمی داخلی و بین‌المللی و محتوای مطالعه کتابخانه‌ای و نیز افزودن تجارب شخصی نویسندگان و ثبت و انتخاب تجارب سایر صاحب‌نظران در مصاحبه شفاهی، متن نهایی بازآرایی و تنظیم شده است.

۴. ادبیات نظری موضوع

۴-۱. تروما

تروما انتقال انرژی از محیط به بدن و مهم‌ترین علت ازدست رفتن عمر مؤثر در جمعیت‌های انسانی است و برحسب مکانیسم و شدت، سیستم‌های مختلف بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. [۴] در کشور ما، طبق گزارش‌های موجود در سال ۲۰۰۵م، تروما دومین علت مرگ و میر در هر دو جنس و در کل جامعه و اولین علت مرگ و میر در جوانان بوده است. [۵] طبق تعریف سازمان امداد و نجات جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی، هرگونه آسیب یا صدمه‌ای که به دنبال برخورد عوامل فیزیکی یا شیمیایی با بافت‌های بدن به وجود می‌آید، تروما نامیده می‌شود و شامل دو گروه عمده نافذ و غیرنافذ است. [۶] بیمار ترومایی فرد مصدومی است که به تشخیص به‌هنگام و درمان صدمات فعلی و بالقوه توسط تیم چندعاملی مراقبان سلامت و منابع حمایتی مناسب نیاز دارد تا خطر مرگ یا ناتوانی دائمی وی حذف شود یا کاهش یابد. از آنجا که صدمات طیف وسیعی دارد، نظام تروما سطوح مناسب مراقبت برای هر نوع آسیب را مشخص می‌کند (ر.ک: فصل ششم در جلد اول این درسنامه).

۴-۲. مرکز تروما

بیمارستانی با تسهیلات تخصصی و دسترسی فوری به پرسنل آموزش‌دیده مراقبت‌های سلامتی است که خدمات و مراقبت‌های اورژانس را به صورت ۲۴ ساعته در طول هفته به مردم آسیب‌دیده ارائه می‌کند. [۲] (ر.ک: فصل ششم در جلد اول این درسنامه؛ و نیز سایر قسمت‌هایی که درباره مرکز تروما بحث شده است).

۴-۳. آسیب

نتیجه فعلی صدمات، مضرات و آزرده‌گی‌های غیرعمدی یا عمدی به بدن است که بر اثر مواجهه با انرژی حرارتی، مکانیکی، الکتریکی یا شیمیایی و یا فقدان عوامل حیاتی نظیر اکسیژن و گرما به وجود می‌آید. [۳]

۴-۴. ترومای جنگی

تروما در شرایط جنگی محدود به میادین نبرد نیست و ممکن است در شرایط و محیط‌های متنوعی بروز

کند. در جنگ تحمیلی، علاوه بر رزمندگان میادین نبرد، طیف وسیعی از مردم غیرنظامی ساکن در استان‌های مناطق جنگی، مناطق مجاور و حتی شهرهای دوردست، به علت تهاجم دشمن مورد آسیب قرار گرفتند. حتی در مقاطعی از دوران دفاع مقدس (جنگ شهرها)، جمعی از مردم، بیماران و کارمندان بیمارستان‌های شهر تهران و سایر شهرها شهید و مجروح شدند. بعضی از این حوادث غیرانسانی و حملات دشمن خبیث بعثی عبارت‌اند از: حملهٔ ناجوان‌مردانهٔ موشکی به بیمارستان‌های عیوض‌زاده (اولین حملهٔ موشکی به تهران)، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (سنگین‌ترین حملهٔ موشکی به تهران) و بیمارستان کودکان بهرامی، حملهٔ موشکی به میدان راه‌آهن تهران مجاور بیمارستان بهارلو (آخرین حملهٔ موشکی به تهران)، حملات گستردهٔ موشکی به شهرهای دزفول و اندیمشک و حملات جنایتکارانهٔ شیمیایی به شهرهای سردشت در ایران و حلبچه در عراق که توسط هواپیماهای عراقی مورد حملات غافل‌گیرانه قرار گرفت و به قتل عام و مجروحیت شیمیایی جمع بزرگی از مردم مظلوم آن شهرها منجر شد. [۷] ترومای شدید جنگی همچنین ممکن است در جریان مانورهای نظامی، آموزش نظامی، خنثی‌سازی مهمات انفجاری بازمانده از جنگ و شرایط مشابه به وجود آید. (ر.ک: فصل ششم در جلد اول این درسنامه؛ و نیز سایر قسمت‌های درسنامه که دربارهٔ ترومای جنگی بحث شده است).

۵-۴. صحنهٔ نبرد

به مکانی که جنگ در آنجا درگیر است یا در سابق درگیر بوده و در موقعیت جدال و کشمکش نظامی قرار دارد، صحنهٔ نبرد می‌گویند. در فرهنگ معین، «صحنه» به زمین هموار و منظره‌ای واقعی یا خیالی که رویدادی را نشان می‌دهد، و در فرهنگ دهخدا، نبرد به معنای کوشش و جنگ و جدال و رزم و کارزار و صحنهٔ نبرد، آورده‌گاه، نبردگاه و جنگ‌گاه توصیف شده است.

۶-۴. نظام تروما

هر سیستم یا نظام جامع تروما از اجزای مختلفی تشکیل می‌شود که به صورت هماهنگ و درهم ادغام یافته، خدمات هزینهٔ اثربخش پیشگیری از صدمات و مراقبت از بیماران آسیب‌دیده را انجام می‌دهد. تداوم مراقبت در مرکز این سیستم قرار دارد و مشتمل است بر پیشگیری از آسیب، ثبت تروما، مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی و مراقبت‌های بعد از بیمارستان، خدمات بهداشت عمومی، خدمات فوریتهای پزشکی، درمان‌ها و مداخلات در صحنهٔ حوادث، مراقبت در بخش اورژانس، مداخلات و اعمال جراحی، مراقبت‌های ویژه، ادامهٔ مراقبت در بخش‌های عادی، خدمات بازتوانی همراه با خدمات اجتماعی، خدمات حمایتی تا بازگشت مصدومان به اجتماع با حداکثر کارایی و سودمندی ممکن. [۸] وجود نظام تروما و استقرار اجزای آن در یک برنامهٔ هماهنگ و فراگیر ملی در مجموعهٔ نظام سلامت موجب ارتقای نتایج مراقبت‌های تروما و کاهش مرگ‌ومیر می‌شود. [۹] این نظام به صورت شبکهٔ ملی و دارای اجزای منطقه‌ای، با رویکرد فراگیر و نظام‌مند، جهت تسهیل و هماهنگی «پاسخ چندتخصصی» در درمان بیماران شدیداً آسیب‌دیده در حوادث و سوانح فعالیت می‌کند (ر.ک: فصل ششم در جلد اول این درسنامه؛ و نیز سایر قسمت‌های درسنامه که دربارهٔ نظام تروما بحث شده است).

۷-۴. هدف از ایجاد و عملکرد نظام تروما

با ایجاد و توسعهٔ نظام‌های تروما، مرگ‌ومیر ناشی از حوادث و سوانح کاهش محسوس و ملموس یافته است (شکل ۱). هدف نهایی نظام تروما به صفر رساندن موارد فوت قابل اجتناب با مراقبت‌های صحیح و به‌هنگام قبل از جراحی و بعد از وقوع صدمات تروماتیک است. [۱۰]

۸-۴. مجروح جنگی

فرد مصدومی است که به تشخیص به‌موقع و درمان صدمات فعلی و بالقوه توسط تیم چندعاملی مراقبان سلامت و منابع حمایتی مناسب نیاز دارد تا خطر مرگ یا ناتوانی دائمی حذف یا کاهش یابد. صدمات طیف

وسعی دارد و نظام تروما می‌تواند سطوح مناسب مراقبت برای هر نوع آسیب را مشخص کند.

۹-۴. مرگ قابل پیشگیری بعد از جراحی

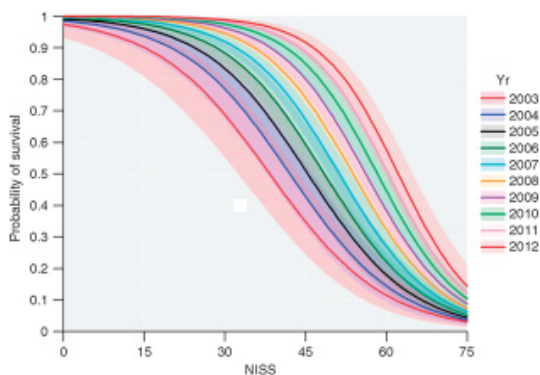
آن دسته از مجروحانی است که زندگی‌شان با مراقبت‌های به‌هنگام و مناسب، بدون ملاحظات تاکتیکی، لجستیکی و محیطی، قابل نجات است و در غیر این‌صورت، جان خود را از دست خواهند داد. در بیمارانی که بر اثر سوانح به شدت مصدوم می‌شوند، چنانچه با اقدامات فوری و به‌هنگام اورژانس پیش‌بیمارستانی به مراکز ترومای مجهز بیمارستانی منتقل شوند و توسط پرسنل ورزیده و متخصصان ماهر و حاضر در اورژانس بیمارستانی/ مرکز تروما تحت مراقبت‌های فوری قرار گیرند، از مرگ‌ها و معلولیت‌های قابل اجتناب بر اثر تروما پیشگیری می‌شود یا به حداقل ممکن کاهش می‌یابد. در مطالعات بین‌المللی، نظام‌های ترومای منطقه‌ای موجب کاهش فوت و معلولیت ناشی از تروما شده‌اند. [۱۱]

۱۰-۴. مراقبت از مجروح جنگی

شبکه، بسته مراقبتی و دستورالعمل‌های روزآمد به‌هم‌پیوسته مدیریت تروما، در مجروحان جنگی، با تمرکز بر آسیب‌های تهدیدکننده حیات، در شرایط پیش‌بیمارستانی، با درنظر داشتن ملاحظات و شرایط جنگی است. [۲]

۱۱-۴. ثبت تروما

نظام ثبت و جمع‌آوری و مطالعات اپیدمیولوژیک با رویکرد جمع‌آوری دقیق و مستمر داده‌های توصیفی (میزان‌های تروما، انواع و علل تروما، دموگرافیک بیماران، عوارض تحمیلی، پراکندگی جغرافیایی حوادث و سوانح و مانند آن‌ها) و گزارش‌های تحلیلی (جمعیت‌های دارای خطر زیاد، کیفیت مراقبت از بیماران، ارزیابی‌های اثربخشی، برنامه‌های پیشگیری و آموزشی و مانند آن‌ها) نظام ثبت تروما نامیده می‌شود. [۱۲]



شکل ۱. کاهش مستمر روند مرگ‌ومیر ناشی از تروما، بعد از ایجاد و فعالیت نظام‌های تروما

۵. اجزای ضروری سیستم (نظام) ترومای استاندارد

نظام ترومای استاندارد طبق شواهد معتبر دارای ارکان زیر است: [۱۳]

الف. ارکان مدیریتی

۱. رهبری
۲. ایجاد سیستم

۳. قانونگذاری

۴. بودجه

ب. ارکان عملیاتی و بالینی

۵. اطلاع‌رسانی عمومی / آموزش عمومی و پیشگیری

۶. منابع انسانی

۷. مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی

- ارتباطات
- خدمات فوریت‌های پزشکی
- تریاژ
- حمل‌ونقل

۸. تسهیلات مراقبت قطعی

- تسهیلات مراقبت تروما
- ارجاع بین تسهیلات
- بازتوانی طبی

۹. ارزشیابی (رصد)

- جمع‌آوری داده
- ارزیابی نظام تروما
- ارزیابی مرکز تروما
- تحقیقات.

۶. تفاوت بین ترومای جنگی و ترومای غیر جنگی (شهری)

مراقبان سلامت در ترومای جنگی با انفجار مین، نارنجک، خمپاره، هب، اصابت گلوله تفنگ و مسلسل و سایر عوامل مخرب جنگی سروکار دارند. این عوامل اندام‌ها، شکم، قفسه صدری و جمجمه را به شدت آزرده می‌کنند. کنترل آسیب‌های وارده به مقررات، نوع بررسی و درمان‌های متفاوتی نیاز دارد. در زخم‌های جنگی شدت ضایعات نسوج متفاوت است و در مقایسه با ترومای شهری وخامت و شدت آلودگی بسیار بیشتری دارد. اورژانس و اتاق عمل مناطق رزمی دارای خصوصیات مشابه مراکز درمانی شهری نیست و به همین دلیل کادر درمانی و جراحی آن‌ها گاهی مجبورند با کمبودهای موجود به اقدامات درمانی مهم‌تر و جامع‌تری بپردازند. [۲، ۱۴]

رئوس مشخصات متفاوت در ترومای جنگی در مقایسه با ترومای شهری:

۱. ترومای جنگی تابع مقررات خاص و تحت حمایت قانون بشردوستانه بین‌المللی قرار دارد (حفاظت بیماران و مجروحان و حقوق و الزامات پرسنل پزشکی).

۲. زخم‌های جنگی اپیدمیولوژی خاص دارند. در گزارش سال ۲۰۱۲ استریتج و همکارانش، ۹۱ درصد علل مرگ‌ومیر در میادین جنگ خون‌ریزی بوده است (۶۷/۳ درصد از زخم‌های تنه، ۱۹/۲ درصد از زخم‌های محل‌های اتصال و ۱۳/۵ درصد از زخم‌های اندام‌ها). سایر علل فوت نظامیان در میادین جنگ عبارت بود از: انسداد راه هوایی ۷/۹ درصد و پنوموتوراکس فشارنده ۱/۱ درصد. [۱۵]

۳. در شرایط خطر میدان جنگ و ادامه آتشباری، تنها اقدام مؤثر اولیه برای کنترل خون‌ریزی (تهدیدکننده‌ترین علت مرگ)، استفاده صحیح از تورنیکه در قسمت پروگزیمال زخم خون‌ریزی‌دهنده

- اندام‌ها است. تمام مداخلات دیگر به تأخیر در انتقال به محل مناسب بعدی (اورژانس یا بیمارستان صحرایی) منتهی می‌شود. [۱۶]
۴. باز نگه داشتن راه‌های هوایی، خاصه در مسیر انتقال از میدان جنگ به بیمارستان صحرایی، با روش‌های مناسب در هر شرایطی، امری حیاتی و اجتناب‌ناپذیر است. در موارد انسداد راه‌های هوایی، به ترتیب استفاده از مانورهای مناسب، تعبیهٔ nasopharyngeal airway یا oropharyngeal airway و اگر ناموفق بود یا مقدور نبود، انجام جراحی فوری cricothyroidotomy از طریق مامبران کریکوتیروئید در گردن ضروری و حیات‌بخش خواهد بود. [۱۷]
۵. مانند استفادهٔ صحیح از تورنیکه که موجب نجات جان مجروحان مبتلا به خون‌ریزی‌های شدید در اندام‌ها می‌شود، تخلیهٔ هوای فشرده داخل ریه توسط سوزن در مجروحان مبتلا به پنوموتوراکس فشارنده نیز حیات‌بخش است و توصیه می‌شود. درمورد تکنیک و اندیکاسیون هرکدام از این اقدامات حیاتی در نظام ترومای جنگی دستورالعمل‌های مناسب و آسانی باید تدوین شود تا کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به مجروحان جنگی مناسب و مطلوب باشد. [۱۸]
۶. در ترومای جنگی پس از انتقال به نزدیک‌ترین اورژانس یا بیمارستان صحرایی، انجام جراحی اورژانس برای کنترل خون‌ریزی‌های شدید، باز کردن راه‌های هوایی و درمان پنوموتوراکس فشارنده و بسیاری صدمات دیگر بر سایر مراقبت‌ها ارجح است.
۷. جراحی در فضای مخصصه، دشوار و تحت محدودیت‌های شرایط جنگی و در محیط تکنیکی محدود باید انجام شود.
۸. در مواجهه با انبوه مجروحان، اعمال اصول تریاژ الزامی است.
۹. نتایج مراقبت‌های بیمارستانی بعدی به عملکرد مؤثر زنجیرهٔ امداد و انتقال و اقدامات پیش‌بیمارستانی بستگی دارد.
۱۰. در اقدامات و مراقبت‌ها باید به پاتولوژی متفاوت سلاح‌ها و مهمات مورد استفاده در جنگ (گلوله‌ها، بمب‌ها، موج انفجار و سلاح‌های نامتعارف) توجه کافی مبذول شود.
۱۱. به‌کارگیری تکنیک‌های ویژهٔ متناسب با شرایط جنگی، نوع آسیب‌های وارده و کمیت و کیفیت زخم‌های سایر مجروحان، نیز امکانات موجود و توانمندی‌ها و تجارب تیم‌های مراقبت ضروری است.
۱۲. در شرایط جنگی باید به شیوع بیماری‌های آندمیک در مناطق جنگی توجه کرد.

رئوس محدودیت‌ها و مشکلات مراقبتی در نظام ترومای جنگی:

۱. بی‌ثباتی در طول زمان: تجارب خوب دوران جنگ در شرایط بعد از جنگ و بین دو جنگ فراموش می‌شود و مهارت‌های پرسنل به علت رکود کاهش می‌یابد.
۲. محدودیت فضا و میدان پیشرفت: بسیاری از نوآوری‌های کلیدی و دستاوردهای سیستم‌های مراقبتی و حمایتی در محدودهٔ یگان‌های نظامی باقی می‌ماند و به دستورالعمل‌های استاندارد و فراگیر تبدیل نمی‌شود.
۳. عدم پیوستگی مراقبت و مدیریت مجروحان در حفاصل بین مراقبت‌های «پیش‌بیمارستانی» با «مبتنی بر بیمارستان» و «مراقبت‌های حاد تروما» با «فازهای بعدی مراقبت نظیر بازتوانی و پیگیری‌های طولانی‌مدت»: اوج این مشکل وقتی خودنمایی می‌کند که مبادلهٔ مجروحان بین سیستم‌های ترومای جنگی یا نظامی با ترومای شهری انجام می‌شود.

۴. **ضعف در آرایش صحیح متخصصان تروما:** معمولاً پرسنل پزشکی براساس مهارت‌های عمومی توزیع می‌شوند، نه بر مبنای مهارت‌های تخصصی و نیازهای واقعی.
۵. **ابهام و عدم شفافیت در ساختارهای رهبری:** هسته مشخصی که دارای مسئولیت و اختیارات توأم، برای حفظ آمادگی و تضمین کارآمدی عملیاتی تیم‌های تروما و کل سیستم ترومای جنگی باشد، وجود ندارد.

در نتیجه باید گفت بین سیستم‌های ترومای جنگی و شهری ارتباط و هماهنگی و هم‌افزایی لازم برای ارتقای مراقبت در سطح ملی موجود نیست و این ناهماهنگی و بهره‌برداری نشدن از همه ظرفیت‌ها، به‌ناچار زندگی بسیاری از مصدومان حوادث و سوانح (اعم از حوادث جنگی، شهری و بلایا) را به‌مخاطره می‌اندازد. تلاشی هماهنگ و همسور برای پر کردن این خلأ از طریق ادغام نظام‌های ترومای جنگی با شهری ضروری است. [۱۹]

اصول و مشخصات ضروری در نظام ترومای جنگی: [۲۰]

- **رهبری / فرماندهی** و اختیارات قانونی و بودجه کافی برای ایجاد و اداره زیرساخت‌ها؛
- **طراحی** یک نظام تروما که توسط یک تیم چندتخصصی براساس نیازهای جمعیت تحت پوشش ایجاد و اداره شود؛
- تأمین، تأیید و اطمینان از **نیروی کار** پایدار مراقبت از تروما در سراسر زنجیره مراقبت؛
- **مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی** شامل سیستم‌های ارتباطی مؤثر، تریاژ به‌موقع و انتقال مجروحان به سطح مناسب بیمارستان؛
- **مراکز بیمارستانی مجهز** به امکانات تخصصی و نیروی انسانی حرفه‌ای و تخصصی متناسب با کمیت مجروحان و کیفیت جراحات؛
- **انتقال یک‌پارچه بیماران** به خدمات توان‌بخشی با توجه به نیازهای جسمی و روانی آن‌ها؛
- **ثبت تروما** و سیستم‌های اطلاعاتی برای طراحی و مدیریت برنامه‌های بهبود مداوم کیفیت؛
- تحقیق برای تهیه شواهد مورد نیاز تدوین دستورالعمل‌های درمانی برای مراقبت و نتایج بهینه؛
- ادغام برنامه‌های روزمره با برنامه‌های آمادگی در برابر فاجعه.

۷. تجارب دفاع مقدس در هماهنگی و تعامل «نظام طب رزمی و نظامی»، «نظام سلامت کشوری»، «ساختارهای مردمی حیطة سلامت» و «نهادهای انقلابی حوزه سلامت»

جنگ تحمیلی در فاصله کوتاهی بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و به‌صورت فراگیر از هوا، زمین و دریا، کاملاً غافل‌گیرانه و با هدف‌گیری مناطق مسکونی آغاز شد و شعله‌های آن سراسر کشور را فراگرفت. دفاع مقدس نیز با آرايشی فراگیر و دشمن‌شکن و سیری منسجم، کمال‌آفرین، استوار بر پایه‌های وحدت ملی، ایمان و ایثار، رهبری دایمانه، سلحشوری و عزت‌مندی، اقتدار و شکوه و عزم راسخ ملت بزرگ ایران شکل گرفت و به قله‌های کمال راه یافت. از ابعاد شکوهمند این حماسه بزرگ ملی حضور و نقش‌آفرینی جامعه سلامت و پاسخ‌گویی به‌هنگام و تمام‌عیار به همه بحران‌ها و نیازهای ناشی از جنگ و شرایط جنگی بوده است. شکل‌گیری و ارتقای طب رزمی و کنترل تروما در این دوران پرحادثه از مؤلفه‌های مهمی برخوردار است که در ادامه خلاصه‌وار ذکر می‌شود:

- **طب نظامی در ارتش:** در شروع جنگ، طب رزمی در ارتش جمهوری اسلامی ایران از ساختاری نظام‌مند برخوردار بوده و در طول جنگ به‌طور مستمر ارتقا یافت و در حوادث نظامی سراسر جنگ حضورى گسترده و سرنوشت‌ساز داشته است. [۲۱]

- **ساختار بهداشت و درمان کشور:** در شروع جنگ، ساختار سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان مسئولیت ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامتی را برعهده داشت. با بهره‌گیری از ساختار بومی و تجارب قبلی (در زمان صلح) و ازجمله تجارب ارزنده در حوادث غیرمترقبه قبلی، بزرگ‌ترین مسئولیت و زیباترین نقش‌آفرینی مسئولانه را برای امدادرسانی، درمان و مدیریت خدمات سلامتی هم‌زمان به مردم، مجروحان جنگ و رزمندگان و جمعیت میلیونی پناهجویان برعهده گرفت. [۲۱-۲۲] نقش‌ها و مسئولیت‌های نظام سلامت کشوری در وزارت بهداشت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعد از تشکیل، به‌موازات تداوم جنگ و به‌صورت چشمگیر افزایش یافت. (ر.ک: فصل سوم در جلد اول این درسنامه).
- **ساختار مردمی و انقلابی جهاد سازندگی:** تجربه پزشکی جهاد سازندگی تجربه بسیار درخشانی است، مخصوصاً پیش از جنگ، در سال ۱۳۵۸ و ۱۳۵۹. این تجربه بنابه ضرورت جنگ به امداد و درمان جبهه‌ها منتقل شد و به‌نوعی به‌دلیل ضرورت، در آنجا متمرکز گردید. (ر.ک: فصل سوم در جلد اول این درسنامه).
- **مراکز بهداشتی درمانی مناطق درگیر در جنگ:** بعضی از مراکز بهداشتی درمانی در نزدیک‌ترین فاصله به خطوط درگیری قرار داشت (مثل بیمارستان‌های طالبانی آبادان و نظام مافی شوش). این مراکز و مجموعه نیروی انسانی فداکار و خدوم آن‌ها با تغییر آرایش به بیمارستان صحرایی، خدمات بی‌نظیری در جنگ تحمیلی انجام دادند. [۲۳] سایر بیمارستان‌های استان‌های جنگی و ساختارهای قابل بهره‌برداری بهداشتی این مناطق نیز خدمات تمام‌عیاری عرضه کردند.
- شکل‌گیری ساختار و سازمان بهداشتی رزمی سپاه پاسداران در سال‌های اول جنگ و برعهده گرفتن نقش محوری در طب رزمی در طول سال‌های بعدی.
- بهره‌گیری از همه ظرفیت‌های حوزه سلامت کشور (نظامی، انتظامی، بسیجی، دولتی، مردمی و نهادی) در عملیات فتح‌المبین، بیت‌المقدس و رمضان. [۲۴]
- **تیم‌های اضطراری دفاع مقدس:** شکل‌گیری تیم‌های اضطراری جبهه‌ها و ارائه خدمات همه‌جانبه تخصصی در نزدیک‌ترین فاصله به خطوط درگیری و ثبت یکی از ممتازترین تجربیات دفاع مقدس در حوزه بهداشتی رزمی. (ر.ک: فصل سوم در جلد اول این درسنامه).
- **بیمارستان‌های صحرایی:** به فصل دوازدهم: بیمارستان‌های صحرایی و عملکرد آن‌ها در دفاع مقدس مراجعه شود.
- مشارکت فراگیر تقریباً تمام بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی دایر و فعال در دوران دفاع مقدس در درمان مجروحان و آسیب‌دیدگان جنگ تحمیلی.

ساختارهای ستادی و هماهنگ‌کننده بین‌بخشی، رؤس تحولات:

۱. تشکیل ستاد امداد و درمان مناطق جنگی: ستاد هماهنگی بین ارتش، جهاد، شبکه بهداشت و درمان استان و هلال‌احمر، ستادهای پشتیبانی امداد و درمان در مراکز استان‌ها، و ستاد مرکزی امداد و درمان در تهران با مسئولیت معاون دفاعی نخست‌وزیر وقت.
۲. تشکیل فرماندهی بهداشتی (ف.ب.) جنوب، غرب و شمال غرب بعد از عملیات طریق‌القدس.
۳. تشکیل بهداشتی قرارگاه خاتم‌الانبیا در تابستان ۱۳۶۱ (با چهار مأموریت امداد، تخلیه مجروحان، درمان و بهداشت) و تشکیل معاونت‌های عملیاتی بهداشتی رزمی (بیمارستان صحرایی، امداد و انتقال، و بهداشت رزمی) (ر.ک: فصل سوم در جلد اول این درسنامه).

نتیجه‌گیری: مدل خدمات‌رسانی فراگیر بهداشت و درمان و ازجمله کنترل ترومای مستقیم جنگی در دوران دفاع مقدس مدلی «چندوجهی، جامع و ادغام‌یافته» بوده است. در این مدل، از همه ظرفیت‌های طب رزمی، طب غیرنظامی (شهری)، طب مردم‌نهاد و همه ساختارهای نظام سلامت به‌صورت هماهنگ، منسجم، نظام‌مند و هدایت‌شده برای پاسخ‌گویی به بزرگ‌ترین نیاز سلامت در تاریخ ملت ایران استفاده بهینه، هم‌افزا، متعالی، ارزش‌آفرین، تاریخ‌ساز و فرهنگ‌ساز شده است. شایسته است این تجربه سترگ تاریخی در شیوه‌ای نهادینه و تکامل‌یافته برای زمان حال و آینده به‌کار گرفته شود.

۸. طراحی سیستم تروما با رویکرد بهداشت عمومی: مدل ایرانی

در ایران تروما اولین علت مرگ‌ومیر در گروه‌های سنی زیر ۵۰ سال است. ایجاد نظام تروما روشی سیستماتیک و جامع برای پیشگیری از آسیب و درمان آسیب‌دیدگان حوادث و سوانح به‌شمار می‌رود که کارایی آن به‌اثبات رسیده است. در پژوهش سال ۱۳۷۹ توسط دکتر شریفانی و دکتر طبیبی، مدلی برای سیستم تروما در شرایط خاص ایران پیشنهاد شد که دارای ارکانی به این شرح است: سازمان‌دهی کل سیستم اورژانس و عناصر اصلی زیرمجموعه آن یعنی نیروی انسانی، آموزش نیروی انسانی، سیستم حمل‌ونقل، سیستم ارتباطات و آموزش مردم. [۲۵] با بهره‌گیری از تجارب بعدی و به‌ویژه دفاع مقدس و حوادث غیرمترقبه و ترومای جاده‌ای و با شناخت از نظام شبکه خدمات بهداشت و درمان کشور، مدل ایرانی نظام تروما با رویکرد بهداشت عمومی با اجزای زیر پیشنهاد شده است:

۱. سیاست‌گذاری و مدیریت ترومای کشور در عالی‌ترین سطح نظام سلامت و در اولویت برنامه‌های سلامت کشوری سرنوشت‌ساز است: دربرگیرنده اصول و مبانی سیاست‌گذاری، ارزیابی خطرپذیری، ظرفیت‌ها، منابع، تدوین برنامه‌ها برای فازهای پیشگیری و مقابله، مدیریت آموزش و پژوهش، هدایت و رهبری نظام سلامت در حوادث و بلایا، ارزیابی و پایش و رصد کلان نظام ترومای کشوری، نظام اقتصادی درمان، استفاده ادغام‌یافته و قانونمند از ظرفیت‌های مجموعه نظام سلامت کشوری، مجموعه نیروهای نظامی و انتظامی، بخش‌های خصوصی و مردم‌نهاد.
۲. بخش مهمی از این مدل بومی به خدمات پزشکی در سطوح پیش‌بیمارستانی و اورژانس اختصاص خواهد داشت (شامل حضور به‌هنگام، امداد و انتقال، امداد در صحنه و تداوم آن در زمان انتقال، و اقدامات درمانی اورژانس‌های داخل بیمارستانی).
۳. برخورداری از سیستم حمل‌ونقل و ترابری جامع و روزآمد و کارآمد نگاه داشتن ناوگان حمل‌ونقل مصدومان: آمبولانس در دو سطح مقدماتی و پیشرفته و مجهز، آمبولانس‌های موتورسیکلتی برای معابر شلوغ و پرترافیک، بالگرد برای جاده‌های پرتصادف و مسافت‌های طولانی، آمبولانس دریایی و سایر وسایل نقلیه بسته به شرایط بومی و حوادث مختلف در این ناوگان باید پیش‌بینی و سازمان‌دهی شود. آموزش به مردم برای انتقال صحیح و به‌هنگام مجروحان، و استفاده از امکانات و تجارب بخش خصوصی از ابتکارات سیستم حمل‌ونقل در نظام تروماست.
۴. آموزش نیروی انسانی و مدیریت منابع انسانی حوزه اورژانس و تروما از ارکان اساسی هر نظام تروماست. تربیت نیروی انسانی باید فراگیر باشد و سطوح مختلف براساس نیازهای مناطق مختلف کشور را دربرگیرد. این برنامه شامل اجزای مهمی به این شرح است: «آموزش پرسنل عمومی حرفه‌ای نظیر پزشکان عمومی، پرستاران، تکنیسین‌های فوریت‌ها، بیهوشی و سایر نیروهای مورد نیاز»، «برنامه‌های تخصصی و تربیت نیروی انسانی تخصصی مورد نیاز نظام ترومای کشوری»، «تدوین و آموزش برنامه‌های مدون و استاندارد در کادر اورژانس و فوریت‌های کشور»، «برنامه‌های ویژه آموزشی برای بهورزان و سایر پرسنل در نظام

- شبکه بهداشت و درمان کشور» و «برنامه‌های آموزشی ویژه نیروهای پلیس و آتش‌نشانی».
۵. تریاژ: با دستورالعمل‌های استاندارد از قبل تهیه شده (در سطوح کشوری، منطقه‌ای و مؤسسه‌ای) در مواردی که کمیت مصدومان و کیفیت آسیب‌های وارده بیش از حد ظرفیت معمول مرکز اورژانس است.
 ۶. ارتباطات: هر نظام تروما باید از زیرنظام روزآمد، برخط و فراگیر ارتباطی برخوردار باشد. رهبری و کنترل خدمات و مراقبت‌ها، هماهنگی و تمرکز بخشیدن به درخواست‌ها و خدمات پزشکی اورژانس با این پوشش ارتباطی تحقق می‌پذیرد.
 ۷. طراحی و ایجاد مراکز تروما.
 ۸. طراحی و ایجاد مراکز تخصصی مراقبت (سوختگی، کودکان و آسیب‌های نخاعی).
 ۹. نظام اطلاعات تروما.
 ۱۰. ادغام یافته با نظام جامع مدیریت بلایا.
 ۱۱. دارای منابع بیشتر (اختصاصی) به‌ازای هر حادثه غیرمترقبه.
 ۱۲. دارای طرح پیشگیری و کنترل آسیب: مصدومیت‌ها جزو مواردی هستند که پیشگیری تأثیر بسیار مهمی در کاهش موارد بروز یا عوارض آن‌ها دارد. پیشگیری از تروما به‌طور عام شامل اقدامات قبل از وقوع حادثه، اقدامات ضروری در زمان حادثه و اقدامات پس از وقوع حادثه است و برای هر حادثه نیز بسته به مکانیسم و پاتوفیزیولوژی اقدامات پیشگیرانه اختصاصی وجود دارد. [۲۶]
 ۱۳. واجد نظام و مقررات قانونمند: با توجه به حیاتی بودن موقعیت نظام ترومای کشوری و اجزای منطقه‌ای و محلی آن، لازم است از پشتیبانی قوانین و مقررات مناسب و الزام‌آور برای سطوح مختلف برخوردار باشد. همچنین باید قوانین و مقررات موجود اجرایی شود و خلأ قانونی شناسایی و توسط نظام قانون‌گذاری تصویب گردد.
 ۱۴. دارای اختیارات قانونی برای برنامه‌ریزی، اجرا، مدیریت و ارزیابی نظام تروما.
 ۱۵. دارای برنامه تربیت نیروی انسانی حرفه‌ای.
 ۱۶. واجد خدمات بازتوانی و توان‌بخشی است و برای جبران صدمات و معلولیت‌های وارده برنامه‌های جامع و مفیدی وجود دارد و از همه تجارب قبلی، خاصه دفاع مقدس استفاده می‌شود.
 ۱۷. دارای رویکرد نظام‌مند (پیش‌بینی، پیشگیری، آموزش، مداخله درمانی و بازتوانی) است.
 ۱۸. دارای برنامه آموزش عمومی مردم است: مردم، به‌عنوان اولین حلقه نجات در نظام اورژانس، از جایگاه مهمی برخوردار است و سواد سلامت و دانستنی‌های آن‌ها درمورد حوادث و سوانح باید با شیوه‌های متناسب دائماً ارتقا یابد.
 ۱۹. دارای نظام ارزشیابی مستمر (سطح محلی و منطقه‌ای) و رصد کلان (سطح ملی) است.
 ۲۰. دارای برنامه پویای تحقیق و توسعه است. این برنامه که در ذیل و ادغام یافته با نظام تحقیقات سلامت کشور است، از ظرفیت‌های مراکز تحقیقاتی، بخش‌های دولتی، خصوصی و مردم‌نهاد و نیز تجارب و همکاری‌های بین‌المللی برخوردار خواهد بود.
- در تمام شئون و ارکان مشروح، امکانات و تجارب و ظرفیت‌های بالقوه فراوان وجود دارد. باری، تحقق نظام پویای ترومای کشوری مرهون اهتمام سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت، مسئولیت‌پذیری مجموعه کنشگران تروما در شرایط فعلی و همراهی و حمایت عمومی مردم خواهد بود.

۹. نقش‌ها و ظرفیت‌های نظامی و دفاعی کشور در کنترل بحران‌های غیرنظامی و حوادث و بلایای طبیعی

نظامیان در همه کشورهای با هدف دفاع از کشور هنگام تهدید دشمنان شکل گرفته‌اند. نظامیان را بیشتر با نظم و سازمان‌دهی خوبی که دارند، می‌شناسند. این توانمندی و دیگر ویژگی‌های مناسبی که نیروهای نظامی دارند، سبب شده است در بحران و سوانح طبیعی و انسان‌ساخت نیز از ظرفیت آنان بهره گرفته شود. [۲۷-۲۹]

در کشورهایی که ساختار مناسب کنترل بحران ندارند، نظیر پاکستان، نیروهای نظامی میدان‌دار اصلی و ایفاگر نقش‌های اصلی در مدیریت حوادث و سوانح هستند. بعضی از ویژگی‌های ممتاز نیروهای نظامی در مشارکت و مسئولیت‌پذیری در کنترل بحران‌های طبیعی یا اجتماعی و نیز حوادث بی‌تروریستی به این شرح است:

- برخورداری از آمادگی‌های ضروری که از طریق فرایندهای برنامه‌ریزی، آموزش، سازمان‌دهی، تجهیز و تمرین و مانور مستمر به‌دست می‌آید.
 - داشتن سامانه‌های مناسب و پیشرفته مدیریت و فرماندهی با کارکردهای اصلی هماهنگی، هدایت و فرماندهی عملیات.
 - برخورداری از سامانه‌ها و زیرساخت‌های لجستیکی، اطلاعاتی و ارتباطی برای پشتیبانی مناسب از عملیات امداد و نجات.
 - دراختیار داشتن تعداد زیادی از نیروهای سازمان‌دهی شده با ساختاری هماهنگ.
 - دراختیار داشتن سامانه‌هایی نظیر واحدهای سیاری همچون درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های صحرایی و نیز برخورداری از متخصصان خبره و کارآمد در این حوزه‌های کنترل بحران.
 - در حیطه گسترده پدافند غیرعامل، نظامیان با توانمندی‌هایی که دارند، مسئولیت‌های ویژه‌ای را عهده‌دارند. تهدید دشمنان و مخاطرات آن‌ها جز با نقش‌آفرینی نیروهای نظامی قابل کنترل و مقابله نیست.
 - دارا بودن تجهیزات پزشکی کوچک، کم‌حجم، قابل حمل و بسته‌بندی آسان و ویژه ارائه خدمات امدادی، بهداشتی و درمانی در شرایط بحران و رزم.
 - دارا بودن سامانه‌های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی از راه دور.
 - دارا بودن ناوگان امدادی و انتقال شامل آمبولانس دریایی، هوایی و زمینی (اعم از زمینی جاده‌ای، غیرجاده‌ای و زمین ناهموار شامل آمبولانس‌های زرهی).
- در بازخوانی تجارب اخیر قابلیت‌ها و ویژگی‌های بالا در نیروهای مسلح کشور به احسن وجه در خدمت مردم و مناطق آسیب‌دیده از بلایای بزرگ طبیعی به‌کار گرفته شده است.

طب رزمی و بلایا

امدادرسانی سری ع و مؤثر و نیز ملاحظات انسان‌دوستانه اقتضا می‌کند در تمام مخاطرات ناشی از بلایا همکاری‌های همه‌جانبه بین نظام عمومی ارائه خدمات سلامت و نظام طب رزمی تحقق پذیرد. برای تضمین کیفیت خدمات و مراقبت‌ها، ارتقای ظرفیت‌های رهبری، همکاری و تصمیم‌گیری در مسئولان و سیستم‌های کنترل حوادث و بلایای الزامی است. انجام مانورهای آموزشی و آمادگی مشترک با استفاده از امکانات و ظرفیت‌های طب رزمی بسیار مهم است. تیم‌های تخصصی باید به تیم‌های خبره و زبردست تبدیل شوند. برای تحقق بهینه همکاری باید زبان و ادبیات مشترکی برای کنترل بحران ایجاد شود و نیز از دستورالعمل‌ها، واژه‌ها و مانورهای مشترک استفاده گردد. برای اطلاع‌رسانی باید از رسانه‌های عمومی اجتماعی بهره گرفته شود. [۲۹]

۱۰. بازخوانی تجارب غیرمترقبه اخیر: صحنه‌های درخشان هم‌گرایی «طب نظامی»، «ترومای شهری» و «مدیریت بحران»

در زیر به حضور همه‌جانبه و هم‌گرایی ساختارهای نظامی، غیرنظامی و مردمی در سه حادثه واقعی اخیر اشاره می‌شود:

زلزله بم، ۱۳۸۲

در ساعت ۵ و ۲۶ دقیقه و ۵۲ ثانیه روز جمعه ۵ دی ۱۳۸۲ زلزله‌ای به قدرت ۶/۵ در مقیاس ریشتر در این شهر به وقوع پیوست. براساس گزارش دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۴۲،۵۰۰ نفر در این حادثه دلخراش جان خود را از دست دادند. این زلزله از بزرگ‌ترین بلایای طبیعی ایران و جهان در قرن اخیر به‌شمار می‌رود (هفتمین زلزله پرمخاطره و هجدهمین بلای طبیعی با آثار ویرانگر). مؤلفه‌های امدادسانی در پاسخ به این زلزله، به‌طور خلاصه به شرح زیر بوده است:

- امدادسانی آنی اولیه توسط مردم و اندک نیروهای موجود آسیب‌نبدیده محلی انجام شد.
- نبود برنامه مدیریت بحران برنامه‌ریزی شده در این حادثه بسیار محسوس، خسارت‌بار و جبران‌ناپذیر بود.
- نیروهای بهداشتی درمانی سالم‌مانده از حادثه منطقه آسیب‌دیده با توجه به تخریب تمام مراکز و نیز شرایط تعطیلی، با تأخیر وارد عمل شدند.
- نیروهای امدادی درمانی شهرهای اطراف در ساعات بعدی و با تأخیر ناشی از آسیب‌دیدگی شدید راه‌های ارتباطی وارد عمل شدند.
- با استفاده وسیع از ناوگان هوایی کشور و پس از آماده‌سازی فرودگاه منطقه، امدادسانی هوایی در سطح بسیار گسترده انجام شد و بخش اعظم مصدومان در مدت کوتاهی به شهرهای دیگر منتقل شدند.
- ارتش و سپاه با همه امکانات موجود در منطقه و نیز ناوگان هوایی و زمینی وارد عمل شدند و خدمات بزرگی انجام دادند.
- مدیریت نیروهای امدادگر و درمانگر اعزامی ضعیف و ناهماهنگ بود و در مجموع حجم نیروهای اعزام‌شده بیش از نیاز منطقه آسیب‌دیده بود.
- امدادسانی بین‌المللی وسیع بود و در روزهای اول ناهماهنگ و پراکنده انجام شد.

بازخوانی این حادثه موجب تحولات ساختاری، فرایندی و محتوایی در مدیریت بحران در تمام سطوح کشوری و نیز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شد. [۲۹] اثربخشی اقدامات، مانورها، برنامه‌ریزی‌ها و تدابیر اتخاذشده به‌صورت کاملاً معنادار در حوادث بعدی به‌اثبات رسید.

زلزله کرمانشاه، ۱۳۹۶

شامگاه ۲۱ آبان سال ۱۳۹۶، زلزله‌ای به بزرگی ۷.۳ ریشتر مناطق غربی استان کرمانشاه ازجمله 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. امدادسانی با مداخله فوری نیروهای محلی و مردمی آغاز و با پیوستن نیروهای امدادی مناطق هم‌جوار ادامه یافت. نقش‌آفرینی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در کنترل این حادثه بزرگ طبیعی بسیار بارز و سرمشقی برای حوادث آتی است. [۲۷] در شب حادثه، امدادسانی با مداخله فوری نیروهای محلی و مردمی آغاز شد و با پیوستن نیروهای امدادی مناطق هم‌جوار ادامه یافت. نقش‌آفرینی نیروهای مسلح، دوشادوش مردم و سازمان مدیریت بحران در کنترل این حادثه بزرگ طبیعی، بسیار بارز و سرمشقی برای رخدادهای آتی است.

سیل فراگیر، فروردین ۱۳۹۸

در هفته اول فروردین ۱۳۹۸، سامانه بارشی متراکم در مناطقی از شمال، جنوب و غرب ایران موجب ایجاد سیلاب و خسارت‌های جانی و مالی در ۲۵ استان کشور شد. در برخی مناطق میزان بارش به حدود ۴۰۰ میلی‌متر رسید. موج دوم بارش‌ها در ۱۱ فروردین ۱۳۹۸ آغاز شد و شهرهای غربی و جنوبی کشور را دربرگرفت. سیلاب در ۶ استان خوزستان، ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال بختیاری، گلستان و مازندران شدیدتر بود و شرایط بحرانی به وجود آورد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در یک ابلاغیه فوری از همه دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی وابسته به آن خواست که در حالت آماده‌باش باشند و همه مرخصی‌های غیرضروری لغو شود. کنترل این حادثه عظیم طبیعی مستلزم مدیریت داهیان و به کارگیری همه امکانات کشور بود. مدیریت مدبرانه و مسئولانه در کنار انسجام و هم‌بستگی بی‌نظیر ملی، موجب کنترل بزرگ‌ترین حادثه طبیعی معاصر کشور با حداقل تلفات انسانی شد. علاوه بر دولت و سازمان‌های مسئول مدیریت بحران و نیروهای مردمی که با تمام ظرفیت وارد میدان شدند، نیروهای مسلح به دستور مستقیم فرمانده کل قوا، مقام معظم رهبری، و هماهنگی ستاد کل نیروهای مسلح با همه امکانات، نیروی انسانی و تجهیزات به کمک مردم و مناطق سیل‌زده شتافتند.

۱۱. پیشنهاد مدل مناسب برای نظام ترومای کشور: تلفیق همه‌جانبه ترومای نظامی با ترومای شهری

از آنجا که تجارب قبلی در حوزه تروما و حوادث و در رأس آن‌ها دفاع مقدس حاکی از تعامل و مشارکت همافزا و همه‌جانبه طب رزمی با طب رایج (شهری) و حضور داوطلبان نهادهای انقلابی، بسیج مردمی و سایر ساختارهای نهادی و مردمی بوده، شایسته است این تجارب نهادینه و رسماً به ساختاری ملی تبدیل شود؛ به عبارتی سیستم ادغام‌یافته ترومای نظامی و شهری با فرماندهی واحد، مسئولیت ملی کنترل تروما در همه شرایط (عادی و روزمره، فوریت‌ها، بلایا و حوادث غیرمترقبه، وضعیت‌های جنگی، تروریستی و بیوتروریستی) را عهده‌دار باشد. شکل ۲ وجوه مشترک سیستم‌های ترومای شهری و نظامی را به‌طور شماتیک نشان می‌دهد.

۱۲. ارکان نظام جامع ترومای ادغام‌یافته کشور

۱۲-۱. فرماندهی سازمان‌های دارای مسئولیت، تحت فرماندهی واحد

فرماندهی رکن اساسی نظام تروما و جایگاه هدایت، رهبری و تصمیم‌گیری‌های راهبردی است. در الگوی ادغام‌یافته، هر سیستمی ضمن حفظ استقلال فرماندهی در محدوده داخلی، در سطح عالی فرماندهی ملی نیز حضور خواهد داشت. در ساختار جاری، جایگاه ستادی این فرماندهی در زمان صلح برای شرایط عادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در شرایط بحران و بلایا شورای عالی سلامت (ستاد بحران کشور) و در زمان جنگ ستاد کل نیروهای مسلح خواهد بود. سطح آمادگی فرماندهی تروما و حوادث ۲۴ ساعت در شبانه روز، ۷ روز در هفته، ۳۰ یا ۳۱ روز (حسب مورد) در ماه و ۱۲ ماه در سال خواهد بود. تحت هیچ شرایطی سطح آمادگی کاهش نخواهد یافت.

سازمان‌های دارای مسئولیت در نظام ترومای ادغام‌یافته کشوری تحت فرماندهی واحد و هماهنگ:

- مجلس شورای اسلامی (کمیسیون‌های بهداشت و درمان، آموزش و تحقیقات، اجتماعی و...)
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، اداره پیشگیری از مصدومیت‌ها، اورژانس کشور، متخصصان جراحی عمومی، تروما، بیهوشی، طب اورژانس، ارتوپدی، جراحی

- اعصاب، مراقبت ویژه و سایر رشته‌های تخصصی مربوطه، تمام بیمارستان‌های تابعه در سراسر کشور)؛
- نیروهای مسلح (طب رزمی ارتش و سپاه، تمام بیمارستان‌های تابعه در سراسر کشور و یگان‌های بهداری نیروهای مسلح)؛
- وزارت کشور (شورای عالی سلامت، نیروی انتظامی و جهاد سازندگی)؛
- هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران؛
- قوهٔ قضاییه (سازمان پزشکی قانونی کشور و سایر ارکان ذی‌ربط)؛
- بخش خصوصی فعال در حوزهٔ بهداشت و درمان؛
- نهادهای، سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزهٔ بهداشت و درمان نظیر سازمان بسیج مردمی؛
- شهرداری‌ها، صدا و سیما، جمهوری اسلامی، سایر رسانه‌ها و خبرنگاران؛
- سایر ارکان و ابعادی که به هر دلیل در کنترل ترومای کشوری نقش یا مسئولیت دارند.

۱۲-۲. نقشه یا طرح جامع کنترل ترومای کشور

تدوین این نقشه به سفارش و با نظارت فرماندهی به یک تیم چندتخصصی، براساس نیازسنجی و اولویت‌بندی و مبتنی بر شواهد معتبر علمی داخلی کشور و بین‌المللی انجام می‌شود و پس از تصویب در سطح فرماندهی ابلاغ و لازم‌الاجرا خواهد بود.

۱۲-۳. نیروی انسانی

تربیت، جذب و به‌کارگیری، رشد و مهارت‌افزایی و نظارت بر عملکرد و مدیریت نیروی انسانی در فضاهای خدمت و مراقبت، از مهم‌ترین ارکان اجرایی و عملیاتی نظام تروماست.

۱۲-۴. پیشگیری از تروما

از ارکان قطعی و ضروری نظام ادغام‌یافتهٔ تروما اقدامات هماهنگ و مستمر پیشگیری است.

۱۲-۵. مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی

طیفی از فرایندها در شرایط پیش‌بیمارستانی طبق دستورالعمل‌های استاندارد باید انجام شود. این موارد عبارت‌انداز: سیستم‌های ارتباطی، تریاژ به‌هنگام و متناسب با شرایط مختلف، امداد و مراقبت در صحنهٔ حوادث، انتقال مصدومان به سطح مناسب تسهیلات بیمارستانی، تداوم مراقبت در حین انتقال.

۱۲-۶. سطح‌بندی ترومای بیمارستانی

- سطح اول، همهٔ بیمارستان‌های عمومی کشور (دولتی، خصوصی، نظامی، نهادی، خیریه و...)؛ تمام بیمارستان‌ها طبق دستورالعمل‌ها موظف به پذیرش تمام بیماران حوادث و فوریت‌ها و ارائهٔ خدمات و مراقبت‌های اولیه و بعدی، تریاژ اولیه، درمان‌های فوری تخصصی درحد امکانات و ارجاع بیمارانی که امکانات درمانی تخصصی بیشتر برای آنان فراهم نیست، به سایر مراکز هستند.
- سطح دوم، بیمارستان‌های آموزشی و بیمارستان‌های بزرگ مراکز استان؛ ضمن ایفای تمام نقش‌های بیمارستان‌های سطح اول، ملزم به پذیرش تمامی بیماران ارجاعی از سطح اول، با یا بدون هماهنگی قبلی، ترجیحاً با هماهنگی درون شبکهٔ تروما و فوریت‌ها، خواهند بود. این مراکز با برخورداری از نیروی انسانی تخصصی، امکانات و تجهیزات پیشرفته، همهٔ خدمات و مراقبت‌های ممکن و موجود، اعم از خدمات و مراقبت‌های فوری و بعدی، را ارائه خواهند داد.
- سطح سوم، مراکز تروما؛ این مراکز به‌صورت محدود و در مراکز استان‌های بزرگ دایر می‌شوند و شامل بیمارستان‌های تخصصی پیشرفته‌ای هستند با امکانات لازم و نیروی انسانی تخصصی ورزیده برای مراقبت‌های تروما. این مراکز در یک موقعیت مرکزی با قابلیت دسترسی و پوشش‌دهی وسیع،

درون شبکه ادغام‌یافته ترومای کشوری قرار دارند و علاوه بر انجام تمام وظایف سطوح قبلی، دارای وظایف اختصاصی نظیر تربیت نیروی انسانی تخصصی، خدمات مشاوره‌ای به سایر مراکز، تحقیقات تروما، ثبت تروما، پذیرش موارد دشوار از سایر مراکز و نظیر آن هستند.

۷-۱۲. مراکز هماهنگ‌کننده ارجاع بیماران بین بیمارستان‌های سطوح مختلف

این مراکز در سطوح استانی و دانشگاهی دایر هستند و با جمع‌آوری همه اطلاعات ضروری، نقش هماهنگی ارجاع بیماران بین سطوح مختلف را عهده دارند. در آرایش جاری نظام سلامت کشوری، حداقل یک مرکز هماهنگی ارجاع در هر دانشگاه علوم پزشکی باید دایر شود و یا در صورت وجود، تقویت گردد.

۸-۱۲. خدمات بازتوانی و نوتوانی

خدمات و مراقبت‌های بازتوانی و نوتوانی از ارکان مهم و غیرقابل تفکیک یا الزامی نظام ترومای کشوری است. ابعاد این بازتوانی هم شامل جنبه‌های فیزیکی و نیازهای جسمانی است و هم شامل جنبه‌های روانی، اجتماعی و معنوی و نیازهای مرتبط.

۹-۱۲. زیرنظام‌های پشتیبان

سیستم‌های معتبر و فراگیر ثبت تروما، اطلاع‌رسانی و ارتباطات، بودجه و امور مالی، پشتیبانی و تجهیزات و سایر زیرنظام‌ها، حسب مورد، از لوازم قطعی و ضروری نظام ترومای ادغام‌یافته کشوری است.

۱۰-۱۲. تحقیقات تروما

بازوی تحقیقاتی از ارکان استوار و پایای هر نظام ترومای پویا و بالنده به‌شمار می‌رود. طراحی پیشرفت، مطالعات در نظام‌های سلامت و مراقبت، مطالعات اپیدمیولوژی تروما و حوادث، مطالعات بالینی و رصد علمی نتایج و روندهای درمان و مراقبت، تهیه دستورالعمل‌ها و مدیریت نظام ثبت تروما از موارد کلان تحقیقاتی در نظام‌های تروماست.

۱۱-۱۲. پایش و رصد

رصد فعالیت‌های نظام تروما در سطوح کلان، منطقه‌ای و مؤسسه‌ای و در موضوعات و مصادیق اختصاصی از ارکان ضروری و از پیش‌نیازهای توسعه و ارتقا شمرده می‌شود. بازخوردهای هر فعالیت ارزشیابی و رصد باید به همان سطح ارائه و رصد کلان به فرماندهی تروما منعکس شود. تمام بازخوردها نیز باید در سطوح سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی راهبردی مورد استفاده قرار گیرد.



شکل ۲. نظام ملی مراقبت تروما، وجوه مشترک سیستم‌های ترومای شهری و نظامی

۱۳. نتیجه‌گیری و توصیه‌های راهبردی و کاربردی برای آینده

۱۳-۱. حوزهٔ مدیریت بحران

- روند مدیریت بحران در بلایای طبیعی، از حادثهٔ زلزله بم تا رخداد سیل مهیب و فراگیر بهار ۱۳۹۸، به‌طور محسوس رو به پیشرفت بوده است. مؤلفه‌های مهم، راهبردی و کاربردی برای ارتقای ساختار مدیریت بحران کشوری به عالیترین سطح به شرح زیر است:
- ایران ششمین کشور جهان از نظر بروز بلایای طبیعی است. این حوادث در آینده همهٔ مناطق کشور را همچون گذشته تهدید خواهد کرد.
- ارتقای آمادگی‌ها و توانمندی‌های پیشگیری و کنترل بحران بیش از هر زمان ضروری است و هر نوع تعلل و تأخیر جایز نیست.
- آمادگی برای مقابله با بلایا باید دائمی باشد و هیچ‌گاه تابع زمان، مکان، شرایط سیاسی و اجتماعی و سایر عوامل نیست.
- انگیزه، توانمندی و ظرفیت ملت ایران برای کمک به بحران‌زدگان بسیار بالا و در دنیا بی‌نظیر است.
- ظرفیت نیروهای مسلح در تمام مناطق کشور برای مشارکت در فعالیت‌های کنترل بحران، بیش از سایر سازمان‌های مسئول است. استفادهٔ بهینه، نظام‌مند و ساختارمند از این ظرفیت بزرگ ملی کشور را در برابر تهدیدات حوادث طبیعی، اجتماعی و تهدیدات تروریستی و نظامی بیمه خواهد کرد.
- تجارب ملت ایران از مشارکت در دفاع مقدس و همهٔ بلایای طبیعی بسیار عظیم است و بزرگ‌ترین دستمایهٔ ملی برای کنترل بحران‌ها و بلایا شمرده می‌شود.
- علاوه بر مدیریت متمرکز در سطح ملی، توسعه و تقویت مدیریت بحران در سطوح استانی و منطقه‌ای بسیار ضروری است.
- اقدامات پیشگیرانه و توسعهٔ فرهنگ پیشگیری از بلایا از واجب‌ترین راهبردها و اقدامات حوزهٔ مدیریت بحران است.
- جمع‌بندی تجارب قبلی و مطالعات و نوشتجات تحلیلی و تحقیقی موجود و تبدیل آن‌ها به دستورالعمل‌های الزام‌آور ملی، منطقه‌ای و بومی بسیار لازم است. مسئولیت علمی این مهم برعهدهٔ دانشگاه‌ها و انجمن‌های علمی کشور و مسئولیت اجرایی آن نیز متوجه سازمان مدیریت بحران کشوری و دستگاه‌های ذی‌ربط است.
- بازنگری دستورالعمل‌های موجود در هلال‌احمر جمهوری اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و سایر سازمان‌های امداد و درمان ازجمله حوزهٔ طب رزمی براساس درس‌های واقعی برگرفته از حوادث اخیر، به‌صورت اساسی در اولین فرصت و نیز به‌شیوهٔ ادواری (حداقل در هر برنامهٔ توسعهٔ پنج‌ساله) ضروری و سرنوشت‌ساز است.
- نظام جدید مدیریت بحران پس از مطالعات علمی همه‌جانبهٔ بین‌بخشی و طراحی توسط صاحب‌نظران ذی‌صلاح باید به تصویب مجلس شورای اسلامی برسد و از پشتوانهٔ قانونی قوی و لازم‌الاجرا و نظام حمایتی مالی و اجرایی متناسب برخوردار باشد.
- بهترین روش کنترل بلایای طبیعی، روش جامع مشارکت ملی (بسیج همه‌جانبهٔ امکانات و ظرفیت‌ها در اقدام هماهنگ و هم‌افزای ملی با فرماندهی واحد) است.

۱۳-۲. حوزهٔ تروما

- هدف غایی نظام مراقبت تروما در جمهوری اسلامی، کاهش دادن مرگ‌های اجتناب‌پذیر بر اثر تروما به صفر و ناتوانی‌ها و معلولیت‌های ناشی از تروما به حداقل میزان ممکن است.

- سیاست‌گذاران سلامت کشور باید با ادغام سیستم‌های ترومای شهری و نظامی، نسبت به ایجاد نظام ملی مراقبت تروما و فراهم‌سازی تحقق سریع آن اهتمام ورزند.
- مسئولان طب رزمی نظام سلامت کشور باید درباب ارتقای دائمی توانمندی‌ها، مهارت‌ها و آمادگی‌های نیروی انسانی و نیز بهینه‌سازی زیرساخت‌ها، ارتقا و روزآمدسازی آموزش‌ها، مانورهای آمادگی و سایر اقتضائات نظام ترومای معتبر و سرآمد، مسئولیت‌پذیر و پاسخ‌گو باشند.
- رهبری و فرماندهی واحد نظام ملی مراقبت تروما به تدبیر شورای عالی سلامت ایجاد شده است و همه ارکان کشوری (اعم از بخش خصوصی، دولتی، نهادهای انقلابی و سازمان‌های مردم‌نهاد) و لشکری (اعم از ارتش، سپاه، بسیج و نیروی انتظامی) ملزم به تبعیت از اوامر این فرماندهی واحد هستند.
- رهبری و فرماندهی واحد نظام ملی مراقبت تروما دارای مسئولیت‌های هماهنگی، برنامه‌ریزی کلان، رصد کلان و تهیه گزارش‌های ادواری برای سیاست‌گذاران کشوری و لشکری است و درقبال این امور نیز مسئولیت مستقیم خواهد داشت: پایه‌گذاری و مدیریت نظام ملی ثبت تروما؛ شناسایی دانش و تجارب روزآمد و معتبر و باکیفیت در زمینه تروما و فراهم‌آوری انتقال آن‌ها به تیم‌های تروما؛ سفارش تحقیقات ملی در زمینه نظام ملی مراقبت ترومای کشوری به مراکز معتبر تروما؛ سفارش تهیه راهنماهای بالینی در حوزه تروما یا بازنگری راهنماهای موجود، ابلاغ راهنماهای بالینی مصوب به کاربران و رصد کلان استفاده از آنها در نظام ملی مراقبت ترومای کشوری.
- برگزاری همایش‌های علمی در سطوح بین‌المللی، ملی، منطقه‌ای و محلی بنا به ضرورت و با رویکرد شبکه‌سازی تجارب و تحقیقات در موضوع تروما.

۱۴ منابع

- [1] Brian J Eastridge, Donald Jenkins, Stephen Flaherty, Henry Schiller, John B. Holcomb. Trauma System Development in a Theater of War: J Trauma. 2006. 61. pp. 1366-1373.
- [2] Donald Berwick, Autumn Downey, Elizabeth Cornett. A National Trauma Care System: Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve Zero Preventable Deaths After Injury. National Academy of Sciences, <https://www.ncbi.nlm.nih>.
- [۳] خاچی، سیدمسعود و همکاران. اپیدمیولوژی تروما در بیمارستان بقیه‌الله (عج): مطالعه یک‌ساله آینده‌نگر. طب نظامی. ش. ۵. بهار ۱۳۸۲. صص ۱۹-۱۳.
- [۴] مبلغی، جعفر و همکاران. بررسی الگوی تروما و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان بعثت سمنان در سال ۱۳۹۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۹۵. بهار ۱۳۹۳. صص ۹۹-۱۰۷.
- [۵] World Health Organization Injury: Leading cause of the global of disease WHO: Geneva ۲۰۱۰.
- [۶] جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران، سازمان امداد و نجات: تروما. کد انتشارات: ۸۶-۰۱۰-۲۷-۰۰۱-۰۰۱۰.
- [۷] خاچی، علی. درس‌هایی از امداد رسانی و درمان مجروحان موشک‌باران تهران. تلفات انسانی غیرنظامیان ایرانی بر اثر حملات موشکی (بالستیک) عراق به شهرهای ایران در طول جنگ تحمیلی عراق علیه ایران (۱۹۸۰-۱۹۸۸). نشریه علمی پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. س. ۳. ش. ۱. زمستان ۱۳۹۷. صص ۱۶-۱۲.
- [8] ACS (American College of Surgeons). 2008. Regional trauma systems: Optimal elements, integration, and assessment, American College of Surgeons Committee on Trauma: Systems consultation guide. Chicago, IL: ACS.
- [9] Suzan Dijkink. Charlie Nederpelt. Pieta Krijnen. George Velmahos. Inger Schipper. Trauma systems around the world: A systematic overview. J Trauma Acute Care Surg. 2017 Nov. 83(5). pp. 917-925.
- [10] Kotwal RSMH, Miles EA, Conklin CC, Hall MT, McChrystal SA. Leadership and a casualty response system for eliminating preventable death. J Trauma Acute Care Surg. 2017. 82(6) Supp 1.
- [11] Gabbe BJ, Simpsom PM, Sutherland AM, et al. Improved functional outcome for major trauma patients in a regionalized, inclusive trauma system. Ann Surg. 2012. 255(6). pp. 1009-15.
- [۱۲] ظهور، علیرضا. اسدی، فرخنده. پیشنهاد یک نظام ملی ثبت تروما برای ایران. مجله علوم پزشکی رازی. ج. ۱۲. ش. ۴۶. ۱۳۸۴. صص ۳۴۹-۳۵۶.
- [13] Model Trauma Care System Plan. U.S. Department of Health and Human Services. [2011-01-09]. <http://www.sdemsc.org/model>.
- [14] Woolley T, Round JA, Ingram M. Global lessons: developing military trauma care and lessons for civilian practice. British Journal of Anaesthesia. 2017. 119 (S1). pp. 135-142.
- [15] Eastridge BJ, Mabry RL, Seguin P, Cantrell J, Tops T, Uribe P, et al. Death on the battlefield (2001-2011): implications for the future of combat casualty care. J Trauma Acute Care Surg. 2012 Dec. 73(6 Suppl 5). pp. S431-7.
- [16] Savage E, Forestier C, Withers N, Tien H, Pannell D. Tactical combat casualty care in the Canadian Forces: lessons learned from the Afghan war. Can J Surg. 2011 Dec. 54(6). pp. S118-23.
- [17] Brennen Puryear, Curtis Knight. EMS, Tactical Combat Casualty Care (book). Last Update: February 28, 2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532260/>
- [18] Maj Homer C Tien, Vincent Jung, Sandro B Rizoli, Maj Sanjay V Acharya LCdrJohn C MacDonald. An Evaluation of Tactical Combat Casualty Care Interventions in a Combat Environment. Journal of the American College of Surgeons. 2008. Volume 207. Issue 2. pp. 174-178.
- [19] The Health and Medicine Division (HMD) is a division of the National Academies of Sciences: A National Trauma Care System: Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve Zero Preventable Deaths After Injury. June 17, 2016. <http://www.nationalacademies.org>.
- [20] Butler FK. Leadership lessons learned in tactical combat casualty care. J Trauma Acute Care Surg. 2017. 82(6 Supp 1).
- [۲۱] نامجوی‌نیک، خسرو. تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان هشت سال دفاع مقدس. تهران: ایران سبز. ۱۳۸۹.
- [۲۲] وزیران، پرویز. خدمات بهداشتی در دفاع مقدس. تجلیلی از سربازان گمنام جبهه دفاع از سلامت رزمندگان اسلام. فصلنامه فرهنگی ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. پیش‌شماره. پاییز ۱۳۹۶.
- [۲۳] وزیران، پرویز. ضیایی، شاه‌حسینی، غلام‌رضا. نوروززاده، ناصر. معرفی مراکز بهداشتی درمانی نقش‌آفرین در دوران دفاع مقدس: بیمارستان طالقانی آبادان. فصلنامه فرهنگی ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. ش. ۲. ۱۳۹۷.
- [۲۴] فتحیان، نصرالله، جمشیدی، حمیدرضا. بهداری رزمی در نگاه فرماندهان ارشد: ویژگی‌های مدیریت در بهداری رزمی دفاع مقدس. فصلنامه فرهنگی ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. پیش‌شماره، پاییز ۱۳۹۶.
- [۲۵] شریفانی، معین‌الدین. طبیبی، سیدجمال‌الدین. مطالعه تطبیقی سسیم اورژانس در چند کشور انتخابی و ارائه الگویی مناسب برای ایران. فصلنامه مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی. ج. ۳. ش. ۶. ۱۳۷۹. صص ۱۴۵-۱۷۵.
- [۲۶] عبدالمهی، مرتضی. پیشگیری از تروما. در: تروما: شناخت، مدیریت و پژوهش. تدوین توسط گروه نویسندگان. به سفارش مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا. زمستان ۱۳۹۴.
- [۲۷] عراقی‌زاده، حسن، حسینی، سیدهاشم. تحلیل نقش نیروهای نظامی در امداد رسانی و خدمات بهداشتی درمانی در حادثه زلزله آبان‌ماه ۱۳۹۶ کرمانشاه. درس‌هایی برای آینده. نشریه علمی پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. س. ۳. ش. ۱. زمستان ۱۳۹۷. صص ۱۷-۲۱.
- [۲۸] شریفی‌سده، مه‌راب. نقش نیروهای نظامی در مدیریت بحران. سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران. ۱۳۹۵/۱/۲۵. در: <http://tdmmo.tehran.ir>

[۲۹] عراقی‌زاده، حسن. ثقفی‌نیا، مسعود. انتظاری، وحید. بررسی مدیریت درمان در حوادث غیرمترقبه: مروری بر تجربه زلزله بم. مجله طب نظامی. ۵۵. ش. ۴. زمستان ۱۳۸۲. صص ۲۴۸-۲۵۹.

منابع بیشتر برای مطالعه

- Suggested Citation: Overview of Contemporary Civilian and Military Trauma Systems. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2016. A National Trauma Care System: Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve Zero Preventable Deaths After Injury. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/23511.
- WHO. Prehospital trauma care systems, https://www.who.int/violence_injury_prevention.
- WHO. Trauma care system planning and management. https://www.who.int/violence_injury_prevention.
- WHO. Guidelines for essential trauma care. https://www.who.int/violence_injury_prevention.
- WHO. Model trauma system policy. https://www.who.int/violence_injury_prevention.
- WHO. Emergency and trauma care. Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. 72th WORLD HEALTH ASSEMBLY, 8 April 2019.
- Global Alliance for Care of the Injured (<https://www.who.int/emergencycare>, accessed 13 March 2019).
- 2 Global Emergency and Trauma Care Initiative (<https://www.who.int/emergencycare/global-initiative/en/>, accessed 13 March 2019).
- Jeffrey L. Kashuk, Kobi Peleg, Elon Glassberg, Adi Givon, Irina Radomislensky and Yoram Kluger: Potential benefits of an integrated military/ civilian trauma system: experiences from two major regional conflicts . Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2017) 25: 17.
- Blackburne LH, Baer D, Eastridge B, et al. Military Medical Revolution: Military Trauma System. J Trauma and Acute Care Surgery Dec. 2012. 73(6): S388-94.
- Woolley T, Round JA, Ingram M. Global lessons: developing military trauma care and lessons for civilian practice. British Journal of Anaesthesia. 2017. 119 (S1): i135-i142.
- Report NCAG. Regional Networks for Major Trauma. 2010; 1-137.

فصل نوزدهم

شکوفایی اخلاق پزشکی و معنویات؛ دستاورد
متعالی

حضور مسئولانه و خدمات خالصانه جامعه
پزشکی در دفاع مقدس

پدیدآورندگان:

دکتر منوچهر دوایی، دکتر علی خاجی، دکتر فرخ سعیدی،
دکتر میرجبار یحیی پورخامنه، دکتر هدایت الله الیاسی، دکتر باقر لاریجانی،
دکتر سیدحسن امامی رضوی

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

تبیین حضور معنوی و اخلاقی جامعه پزشکی در دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- آشنایی با جنبه‌های عمومی اخلاقی در شرایط جنگی
- شرح اخلاقیات جنگ از منظر اسلام (قرآن، احادیث و سیره پیامبر گرامی اسلام(ص))
- بازنگاری جنبه‌های ویژه اخلاقی و حرفه‌ای که امدادگران و درمانگران در شرایط جنگی باید رعایت کنند
- اشارات تاریخی از رعایت یا نقض موازین اخلاق پزشکی در جنگ‌ها
- معرفی الگوها و مصادیق اخلاق پزشکی در دفاع مقدس
- آشنایی با مبانی اخلاق پزشکی در بحران و بلایا
- خاطراتی از حضور اخلاق محور و معنوی جامعه پزشکی در دفاع مقدس

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۴۱۱
۲. واژه‌های کلیدی:	۴۱۲
۳. روش تدوین	۴۱۲
۴. ادبیات نظری موضوع	۴۱۲
۱-۴. تعریف مفهومی اخلاق	۴۱۲
۲-۴. تعریف عملیاتی اخلاق	۴۱۲
۳-۴. تعریف مفهومی اخلاق پزشکی	۴۱۳
۴-۴. تعریف عملیاتی اخلاق پزشکی	۴۱۳
۵-۴. تعریف پیشنهادی مطالعه حاضر از اخلاق پزشکی	۴۱۳
۶-۴. تعریف مفهومی اخلاق حرفه‌ای	۴۱۳
۷-۴. تعریف عملیاتی اخلاق حرفه‌ای	۴۱۳
۸-۴. ارزش‌های اخلاق پزشکی (بایدها و نبایدها)	۴۱۳
۹-۴. اخلاق در جنگ	۴۱۴
۱۰-۴. اخلاق پزشکی در جنگ	۴۱۴
۱۱-۴. اخلاق در بحران و بلایا	۴۱۵
۱۲-۴. اخلاق پزشکی در بحران و بلایا	۴۱۵
۵. ابعاد اختصاصی اخلاق پزشکی در شرایط جنگی و حوادث غیرمترقبه طبیعی	۴۱۵
۶. بعضی از ویژگی‌ها و مقررات اخلاقی و حرفه‌ای سلامت در زمان جنگ و حوادث مشابه	۴۱۵
۱-۶. جنبه‌های عمومی	۴۱۶
۲-۶. ارتباط با بیماران	۴۱۶
۳-۶. حفاظت از پرسنل	۴۱۶
۷. حضور معنوی و اخلاق محور جامعه پزشکی در دفاع مقدس	۴۱۷
۸. درس‌ها و خاطراتی از حاضران و شاهدان میادین جنگ تحمیلی	۴۱۷
۹. اشاره به بعضی از مبانی نظری و بنیان‌های ارزشی جامعه اسلامی در اندیشه امام خمینی(ره)	۴۱۹
۱۰. توصیه‌های اخلاقی در شورای اخلاق دانشگاه جندی‌شاپور	۴۱۹
۱۱. بعضی ویژگی‌ها و شایستگی‌های اخلاقی استادان و متخصصان فرهنگ ساز دفاع مقدس	۴۲۰
۱۲. بعضی ویژگی‌ها و مزایای اخلاقی و معنوی جامعه سلامت در دفاع مقدس	۴۲۰
۱۳. بعضی ویژگی‌ها و تجلیات معنوی و اخلاقی نظام بهداری رزمی (سیستم سلامت رزمی) در دفاع مقدس	۴۲۱
۱۴. الزامات اخلاق پزشکی در بلایا	۴۲۲
۱۵. تحلیل نقش‌های اخلاقی و معنوی تیم‌های اضطراری	۴۲۴
۱۶. نظم و انضباط، از مهم‌ترین دستورات اخلاقی در بلایا	۴۲۵
۱۷. ویژگی‌های اخلاقی مدیران در بلایا	۴۲۵
۱۸. تریاز و ملاحظات اخلاقی	۴۲۶
۱۹. نتیجه‌گیری و توصیه‌هایی برای آینده	۴۲۷
۲۰. منابع	۴۲۷

... به خدا سوگند، اگر همه دنیا را به من می‌دادند، ارزش باز شدن پلک آن جوان مجروح، بعد از یازده نوبت ایست قلبی و احیای پی‌درپی طی عمل جراحی نفسگیر را نداشت؛ چشم دوباره به جهان گشودن رزمندهٔ سلحشور برایم مشاهدهٔ لبخند رضایت حق تعالی بود ...

۱. مقدمه و بیان مسئله

رعایت اصول اخلاق پزشکی و ارزش‌های اخلاق اسلامی در همهٔ فعالیت‌های طب و سلامت ضروری است. این اصول در فوریت‌ها و بلایا اهمیتی مضاعف می‌یابد و رعایت آن‌ها واجب است. در رأس ارزش‌های مرتب بر این اصول، حفظ نفوس انسانی قرار دارد. رعایت قواعد اخلاقی در فوریت‌های پزشکی و بحران‌ها به دلیل اهمیت حیاتی آن شرایط بسیار ضروری است. در چنین اوضاعی، تصمیم‌هایی که ماهیت اخلاقی دارند، در بازه‌های زمانی بسیار کوتاه باید اتخاذ شوند و پزشکان و سایر کارکنان در تصمیم‌گیری‌های خود نباید تردید کنند. لازمهٔ تحقق این امر مهم، داشتن اطلاعات دقیق و معتبر، توانمندی تجزیه و تحلیل، درایت جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و نهایتاً برخورداری از مهارت «اتخاذ تصمیم صحیح در شرایط بحرانی» است. تعامل پزشکان، متخصصان فوریت‌ها و سایر اندیشمندان علوم مرتبط با سلامت با حکما، فقیهان، فیلسوفان و علمای اخلاق می‌تواند موجب پایه‌گذاری اصولی «نظام اخلاق پزشکی در فوریت‌ها و بحران» را فراهم سازد. در این نظام، چارچوب‌های شفاف و معتبری برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی وجود دارد. [۱]

اخلاق پزشکی و معنویات در سلامت در دورهٔ چهارم سالهٔ انقلاب اسلامی روند شکوفایی و رشد و اعتلا را با آهنگی پرشتاب طی کرده است. کارگزاران و خادمان نظام سلامت، علاوه بر تأسی به بنیادهای پیشین اخلاقی و معنوی در طب و سلامت، با برگیری از فضای معنوی و میادین خدمت‌گزاری انقلاب، خالق اسطوره‌های مقدس، اسوه‌های نورانی و الگوهای الهام‌بخش بوده‌اند.

«معنویت به معنای برجسته کردن ارزش‌های معنوی از قبیل اخلاص، ایثار، توکل و ایمان در خود و جامعه است و اخلاق به معنای رعایت فضیلت‌هایی همچون خیرخواهی، گذشت، کمک به نیازمند، راست‌گویی، شجاعت، تواضع، اعتماد به نفس و دیگر خلقیات نیکوست. معنویت و اخلاق جهت‌دهندهٔ همهٔ حرکت‌ها و فعالیت‌های فردی و اجتماعی و نیاز اصلی جامعه است. بودن آن‌ها محیط زندگی را، حتی با کمبودهای مادی، بهشت می‌سازد و نبودن آن‌ها، حتی با برخورداری مادی، جهنم می‌آفریند.»

اخلاق و آداب اسلامی دستور زندگی سام، خداپسندانه و انسان‌دوستانه در همهٔ شرایط زندگی است. «در ایام صلح و آشتی، انسان اخلاقی بودن آسان است؛ اما مهم آن است که در زمان درگیری و نزاع، انسان اخلاق‌محور باشد. هنگامی که ملتی گرفتار ظلم و ستم می‌شود، نوحه‌سرایی برای اخلاق طبیعی است؛ اما مهم آن است که هنگام فتح و نیرومندی، اخلاقیات فراموش نگردد.» [۲]

در شرایط جنگی سه گروه مسائل اخلاقی دارای موضوعیت و اهمیت است: اولین و مهم‌ترین موضوع، نقش‌آفرینی الگوها و اسوه‌هایی است که الهام‌بخش و تکیه‌گاه دیگران هستند. دومین موضوع مهم، مسئولیت‌های اخلاقی مراقبان سلامت در شرایط جنگی است که باید در نظام سلامت شناخته، تدوین و ترویج شوند. محور مهم دیگر حل اثربخش مسائل اخلاقی ناشی از شرایط جنگی است. آنچه دفاع و جهاد اسلامی را از سایر جنگ‌ها متمایز می‌کند، سیطرهٔ تضمین‌شدهٔ قوانین حقوقی و اخلاقی اسلام در همهٔ شرایط است. حضور جامعهٔ پزشکی کشورمان در درمان مجروحان جنگی بسیار صمیمانه و ایثارگرانه بود و این حضور ارزنده در تاریخ پزشکی ملت ایران ماندگار خواهد ماند. حضور تاریخ‌ساز، اخلاق‌محور و معنویت‌گرای جامعهٔ پزشکی در دفاع مقدس زمینه‌ساز تحولات مبارکی در شئون اخلاق و معنویت در حرفهٔ مقدس طب و سلامت شد. در نتیجه همهٔ عوامل معتبر اخلاق و معنویت، اعم از

مطالعات و دستاوردهای نظری، بنیادهای علمی و پژوهشی، نقش آفرینی در میادین اجرا و عمل، تجلیات نیروی انسانی، بازتاب‌های فرهنگی اجتماعی و بنیادهای خدمت‌گزاری، رشد و شکوفایی داشته است.

۲. واژه‌های کلیدی:

اخلاق، اخلاق پزشکی، اخلاق پزشکی در بحران، اخلاق پزشکی در جنگ، اخلاق حرفه‌ای، اخلاق در جنگ.

Key words:

Disaster, Ethics, Ethics of War and Conflict, Medical Ethics, Medical Ethics of War, Morality, Professionalism.

۳. روش تدوین

در تنظیم این فصل به‌طور عمده از مصاحبهٔ تاریخ شفاهی و مطالعهٔ کتابخانه‌ای استفاده شد. دیدگاه‌ها و تجارب نویسندگان دستمایهٔ اصلی پژوهش بوده است. با مراجعه به منابع منتشرشدهٔ بومی در موضوع اخلاق پزشکی در دوران جنگ تحمیلی و بعد از آن، مطالب منتخب و مرتبط شناسایی و در تنظیم متن نهایی استفاده شد. از منابع مرتبط و معتبر دیگر در کدواژه‌های مطالعه نیز بهره برده شد. پیشنهادهای اصلاحی طی بحث متمرکز گروهی در گروه تدوین اعمال شد.

۴. ادبیات نظری موضوع

۴-۱. تعریف مفهومی اخلاق

به اعتقاد راغب اصفهانی، خُلُق به قوا و سجایایی ناظر است که با بصیرت درک می‌شود؛ ولی خُلُق به هیئت و اشکال و صوری که با چشم قابل رؤیت و درک است، اختصاص دارد. به گفتهٔ غزالی، خُلُق قابل تغییر نیست؛ ولی خُلُق تغییر می‌کند و انبیا آمدند تا خُلُق را عوض کنند. علامه طباطبایی در معنای خُلُق، به نقل از مجمع‌البحرین، آورده است که خُلُق يك صفت روحی است که باوجود آن، آدمی کارها را به مقتضای آن به آسانی انجام می‌دهد. نزد شهید مطهری، حس اخلاقی جدا از حس خداشناسی نیست: «فعلی که جای ستایش و سپاس و آفرین دارد و عقلا برای این کار ارزش قائل‌اند، برخلاف کارهای عادی، فعل اخلاقی، عبادت خداوند است، اگرچه بشر نسبت به آن خودآگاهی نداشته باشد». در کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی در تعریف اخلاق چنین آمده است: خوی‌ها و ویژگی‌های درونی انسان که منشأ و واجد عمیق‌ترین نفوذ در حوزهٔ رفتار آدمی هستند و به عبارتی آنچه ساختار وجودی انسان است. این واژه گاه به معنای عام به کار می‌رود و مراد همهٔ ویژگی‌های درونی انسان، اعم از خوب و بد، است. اغلب واژهٔ اخلاق به معنای خاص یعنی «رفتار و خصوصیات روحی و معنوی مثبت» استعمال می‌شود. [۳]

۴-۲. تعریف عملیاتی اخلاق

«انسان صبور، متین، بالانصاف، خوش‌ذات، خدوم، متکر، پیشرو و خیرخواه نسبت به مردم، دارای استحکام و عدم سایش اعتقادی، ایمانی و عملی در مسیر زندگی و در مواجهه با وسوسه‌ها. با این معانی، اخلاق روح دینداری انسان است. الزامات اخلاقی، یعنی پرورش و تقویت اخلاقیات نیکوی اسلامی در درون خود؛ ازجمله صبر، حلم، ظرفیت و جنبه داشتن، و تواضع. الزامات رفتاری هم به کار بردن همین خلقیات نیکو در عمل با مردم، محیط، جامعه و انسان‌هاست». در تعریفی دیگر از اخلاق عملی گفته شده است: «افعال انسان به سه گروه

عادی، طبیعی و اخلاقی تقسیم می‌شوند. اعمال اخلاقی قابل ستایش و تحسین هستند، برخلاف اعمال عادی و طبیعی بشری. انسان‌ها برای اعمال و افعال اخلاقی، مثل احسان به مستمندان، ارزش قائل هستند. ارزش کار اخلاقی فوق ارزش‌های مادی بوده، با پول و کالای مادی قابل مقایسه نمی‌باشد، بلکه ارزش معنوی دارد».[۴]

۳-۴. تعریف مفهومی اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی مجموعه آداب و رفتار پسندیده و ناپسندی است که صاحبان حرف پزشکی باید به آن توجه کنند.[۵] اخلاق پزشکی نظامی از اصول و قواعد اخلاقی است که ارزش‌ها و قضاوت‌ها در حوزه پزشکی را به کار می‌گیرد. اخلاق پزشکی، در جایگاه رشته‌ای علمی، کاربردهای عملی خودش را در موقعیت‌های بالینی هم‌زمان با کار روی تاریخ، فلسفه، الهیات و جامعه‌شناسی دربرمی‌گیرد.

۴-۴. تعریف عملیاتی اخلاق پزشکی

در منابع مختلف، ابعادی را در تعریف اخلاق پزشکی مطرح کرده‌اند که منتخبی از آن‌ها به شرح زیر است:[۶]

- رفتار و اصول اخلاقی حاکم بر اعضای حرفه پزشکی؛
- به‌کارگیری ارزش‌ها و مسئولیت‌های اخلاقی در حوزه اعمال و تحقیقات پزشکی؛
- مجموعه هنجارها، ارزش‌ها و اصولی که سبب حاکمیت رفتار اخلاقی می‌شود (فقط اجتناب از ضرر و صدمه نیست)؛
- مجموعه منظمی از ارزیابی اعمال از نظر شایستگی‌ها، خطرزایی و مسئولیت اجتماعی در حوزه پزشکی؛
- شاخه‌ای از اخلاق کاربردی برای بررسی ارزش‌ها و قضاوت‌های اخلاقی مرتبط با اقدامات درمانی.

۵-۴. تعریف پیشنهادی مطالعه حاضر از اخلاق پزشکی

- دانشی میان‌رشته‌ای ناظر بر شناسایی؛
- فضایل (کمالات، بایسته‌ها، شایسته‌ها، هنجارها، خوبی‌ها و صفات حسنه)؛
- رذایل (پستی‌ها، نیایدی‌ها، ناشایسته‌ها، ناهنجاری‌ها، بدی‌ها و صفات سیئه)؛
- آداب و موازین حرفه‌ای؛
- تبیین و تحلیل تحقق موارد فوق در رفتارهای کنشگران حرفه پزشکی.
- اخلاق معتبر در حوزه سلامت، همانند سایر حوزه‌ها، مترادف با عبودیت و ضامن اجرایی آن خداشناسی و خداوند را ناظر بر اعمال و کردار دانستن است.

۶-۴. تعریف مفهومی اخلاق حرفه‌ای

اخلاق حرفه‌ای مجموعه‌ای از اصول و استانداردهای سلوک بشری است که رفتار افراد و گروه‌ها را تعیین می‌کند. اخلاق حرفه‌ای فرایند تفکر عقلانی است که هدفش محقق کردن این امر است که در سازمان چه ارزش‌هایی را چه موقع باید حفظ کرد و رواج داد. مجموعه‌ای است از کنش‌ها و واکنش‌های اخلاقی پذیرفته‌شده که از سوی سازمان‌ها و مجامع حرفه‌ای مقرر می‌شود تا مطلوب‌ترین روابط اجتماعی ممکن را برای اعضای خود در اجرای وظایف حرفه‌ای فراهم آورد.[۸-۷]

۷-۴. تعریف عملیاتی اخلاق حرفه‌ای

عبارت است از شناخت رفتار منطقی از غیرمنطقی، مزایای حاصل از رعایت اصول اخلاقی در زمان انجام وظایف شغلی، مناسبات حرفه‌ای، رعایت حقوق مردم و احترام به آن‌ها در عملیات حرفه‌ای.

۸-۴. ارزش‌های اخلاقی پزشکی (بایدها و نبایدها)

فهرستی از ارزش‌های اخلاقی در طب و طبابت (بایدها و نبایدها) بابرگیری از معارف اخلاقی اسلام به این شرح است:

الف. بایدها

خوش‌نیتی، خوش‌گمانی، خوش‌خُلقی، خوش‌رفتاری، گشاده‌رویی، احترام، فروتنی، وفاداری، انصاف، راست‌گویی، صداقت، فراموش کردن بدی‌های دیگران، دیدوبازدید، هدیه دادن، سلام دادن، دست دادن، خیرخواهی، اعلان دوستی، مدارا، ادب، برآوردن نیاز و کمک و یاری، همدردی، ایثار، خیرخواهی و امر به معروف (با حفظ احترام و محرمانه)، بازداشتن از کارهای ناپسند، نهی از منکر (با رعایت احترام و به‌شکل مؤثر)، جویا شدن احوال، پیمان‌داری، پاکیزگی و زیبایی، آسان‌گیری، چشم‌پوشی، عفت، رازداری و رازپوشی، امانت‌داری، سپاس‌گزاری، عفو، مهمانی، عذرخواهی و پذیرش عذر، تسلی دادن به سوگوار، وام دادن، امان دادن، شکیبایی، حفظ دوستی، حیا، مهربانی و ترحم، میانجیگری، آبروداری، شوخی و بذله‌گویی (با رعایت ادب و احترام و شئون دیگران)، نام نیک به کار بردن، کم‌توقعی، دراختیار گذاشتن لوازم زندگی، وارستگی و آراستگی در ظاهر و رفتار، مطالعه و کسب معلومات و تجارب ضروری حرفه‌ای و برخوردار شدن و حفظ برخورداری از دانش و مهارت ضروری برای حرفه، داشتن اعتمادبه‌نفس در انجام وظایف حرفه‌ای، احترام گذاشتن به بیمار، همکار و دیگران، داشتن دقت، امانت و احساس تعهد به بیمار، بسنده کردن به حق‌الزحمهٔ مصوب و متعارف و... .

ب. نبایدها

عیب‌جویی، خرده‌گیری، نابرداری، خجالت دادن، بخل و تنگ‌چشمی، تکبر، کینه‌توزی، حسادت، نیرنگ، تمسخر، سخن‌چینی، سرزنش کردن، جویا نشدن حال، بی‌انصافی، ظاهرسازی، بدگمانی، اعتماد مطلق، تحقیر کردن، زیاده‌روی در محبت، خطا و گناه به‌خاطر دوست، خیانت و آشکار کردن راز، لجاحت، غیبت، دروغ‌گویی، پیمان‌شکنی، جدال، خشم، انتقام، تجسس، آزدن، بخل، بهتان، ناسزاگویی، ستم، قهر، چاپلوسی، نفاق، منت، بدقولی، خودداری از اتلاف وقت در کارهای بیهوده و ناشایست، عدم استفاده از طبابت به‌عنوان تجارت، نقل مطالب و دستاوردهای دیگران و انتساب آن‌ها به خود، تخطی و تخلف از قوانین، دریافت هرگونه دستمزد یا پاداش اضافی، تحمیل هرگونه هزینه، کار غیرضروری یا وظایف سخت و دست‌وپاگیر به بیمار یا اطرافیان وی، هرگونه تهور، لابلایگیری یا اقدام‌های درمانی فراتر از محدودهٔ دانش و تجربه و صلاحیت‌های قانونی، بدآموزی برای همکاران یا دانشجویان، هزینه کردن یا قربانی کردن دیگران برای دستیابی به اهداف خود، هر نوع اقدام که مصداق جاه‌طلبی و جلب ستایش دیگران و مشهور شدن در جامعه محسوب می‌شود، داشتن حس کینه‌ورزی یا انتقام‌جویی، طمع و تمایل به مال‌اندوزی از راه حرفهٔ طبابت و... .

۹-۴. اخلاق در جنگ

دارا بودن حلم و بردباری، صبر و مقاومت، صدق و صفا، شجاعت و فداکاری، طهارت و پاک‌دامنی، و دلسوزی و احساس مسئولیت در شرایط جنگی. دارندهٔ این صفات مثل بنای رفیع مستحکم و دژ پایدار و استواری درمقابل دشمنان قرار می‌گیرد و با پیش چشم قرار دادن الگوهای بزرگ صدر اسلام چونان مالک اشتر نخعی صفاتی همچون بردباری، صبر، اخلاق، طهارت و دوری از تکبر و تفرُّع را در رفتار خود نشان می‌دهد.

۱۰-۴. اخلاق پزشکی در جنگ

شامل اصول و مبانی، دستورالعمل‌ها و الگوهای شایستهٔ ناظر بر عملکرد بهینه و چگونگی تنظیم و کنترل رفتار و مسئولیت‌های حرفه‌ای در شرایط بحرانی جنگ و پاسخ‌گویی بهداشتی درمانی به نیازهای ضروری درجهت کنترل بحران، در محدودهٔ رسالت و وظایف ذاتی صاحبان حرفه‌های سلامتی است. اصول ناظر بر اخلاق پزشکی در جنگ مشتمل بر سه گروه است:

۱. بیان نظام‌واره، مصوب و مدون کدها و مسئولیت‌های اخلاقی در حرفهٔ پزشکی در شرایط جنگی؛
۲. تشخیص دقیق مسائل و مشکلات و بحران‌های اخلاق حرفه‌ای در شرایط جنگی و راهیابی و حل‌اثربخش آن؛
۳. پیشگیری از تهدیدها و آفت‌های اخلاقی محتمل‌الوقوع در شرایط جنگی.

۱۱-۴. اخلاق در بحران و بلایا

در شرایط بحرانی، مسئولیت‌های اخلاقی مراقبان سلامت و حل اثربخش مسائل اخلاقی مربوطه موضوعیت دارد. در این اوضاع، علاوه بر همه وظایف حرفه‌ای و اخلاقی در شرایط عادی، وظایف و مسئولیت‌های حیاتی متفاوت دیگری نیز متوجه اعضای حرفه‌ای است. این مسئولیت‌ها ناظر بر ضروری‌ترین و مهم‌ترین نیاز بشر یعنی حفظ و تداوم حیات است. پایبندی به اصول اخلاق پزشکی در شرایط بحرانی، مفهوم متفاوتی با شرایط عادی دارد. مثلاً عادلانه‌ترین مبنای اولویت‌بندی رسیدگی به انبوه مصدومان در شرایط بحرانی، تریاژ است که با استانداردهای عدالت در شرایط عادی تفاوت صوری چشمگیری دارد. [۹]

۱۲-۴. اخلاق پزشکی در بحران و بلایا

در شرایط بحرانی، از صاحبان حرف پزشکی انتظار می‌رود تا با برگزینی از تمام توان و تجربه خود، بیشترین خدمات سلامت را در کمترین زمان ممکن به مصدومان و بیماران ارائه کنند و ملتزم باشند حقوق و کرامت مردم بلادریغ حفظ شود. ارکان اخلاق پزشکی در بحران و بلایا عبارت‌اند از:

۱. رعایت جمیع ارزش‌های اخلاقی مانند همه شرایط؛
۲. اتخاذ تصمیم‌های اخلاقی فوری در شرایط بحرانی؛
۳. استفاده عادلانه و منطبق با دستورالعمل‌های معتبر، در شرایط بحران، خاصه مواردی که محدودیت منابع وجود دارد؛
۴. التزام به رعایت دستورالعمل‌های علمی در فرایندهای امداد و درمان و منطبق بودن بودن آن با اصول و موازین اخلاقی (مانند اصول تریاژ در اولویت‌بندی انتخاب مصدومان در مواردی که تعداد مصدومان و کیفیت جراحات از ظرفیت کمی و کیفی مراکز درمانی بیشتر است). [۱۰]

۵. ابعاد اختصاصی اخلاق پزشکی در شرایط جنگی و حوادث غیرمترقبه طبیعی

براساس اصول اخلاقی اسلام و سیره اخلاق نظامی پیامبر گرامی اسلام (ص) و امام علی (ع)، توجه و رسیدگی به مجروحان، حتی مجروحان دشمن، ضروری بوده و به این کار به‌طور خاص سفارش شده است. در این سیره، جنگ و صلح هیچ‌یک به‌خودی‌خود اصیل نبوده و توحید و دعوت به آن دارای اصالت است. پیامبر (ص) در جنگ‌ها به رعایت موازین الهی و انسانی پای می‌فشردند. اهتمام آن بزرگوار به هدایتگری سبب می‌شد رفتارهای جنگی سپاه اسلام دور از انتقام‌جویی و توأم با رحمت و مهرورزی باشد. در نگاه پیامبر رحمت (ص)، فتح دل‌ها اهمیت داشت نه سرزمین‌ها. [۱۱] مجروحان در پناه اخلاق حرفه‌ای جراحان و سایر مراقبان در امان هستند و جلوگیری از تعدی و ظلم از آداب اخلاقی جنگ در اسلام است. نهی از خون‌ریزی، پایبندی به عهد و پیمان، مراعات جوان‌مردی و عفو و بخشش از دیگر اصول و ارزش‌های اخلاقی جنگ براساس موازین اسلامی است. اصول و ارزش‌های اخلاق پزشکی در جنگ و حوادث دست‌ساز و سایر فوریت‌ها ثابت است و تغییر نمی‌کند و مانند زمان صلح رعایت آن‌ها ضروری است. بدیهی است که امداد و درمان در شرایط جنگی، حوادث تروریستی و مانند آن‌ها، متفاوت با دیگر شرایط و بسیار خطیر است. به همین دلیل امکان نقض اصول و موازین اخلاق پزشکی نیز بیشتر است. اخلاق محوری جراحان و سایر پرسنل سلامت ایجاب می‌کند در مقایسه با شرایط غیرجنگی یا عاری از بحران، دقت و مراقبت بیشتری کنند. همچنین نظام‌های آموزش سلامت در آموزش و انتقال اصول و موازین اخلاقی و آداب حرفه‌ای در زمان جنگ و حوادث غیرمترقبه مشابه با جنگ، اهتمام بیشتری داشته باشند.

۶. بعضی از ویژگی‌ها و مقررات اخلاقی و حرفه‌ای سلامت در زمان جنگ و حوادث مشابه

اگرچه اصول و مبانی اخلاق پزشکی در همه شرایط ثابت و رعایت آن‌ها ضروری است، مصادیق، ویژگی‌ها، مقررات

و نحوهٔ مراعات آن‌ها در شرایط اضطراری مانند جنگ و بلایا به تفصیل جداگانه نیازمند است. [۱۲] بعضی از ویژگی‌ها و مقررات به شرح زیر است:

۱-۶. جنبه‌های عمومی

۱. اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی در زمان درگیری‌های نظامی و سایر فوریت‌ها تغییر نمی‌کند و مانند زمان صلح است.
۲. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی همواره باید مطابق قوانین بین‌المللی و ملی مربوطه، اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی و نیز وجدان خود، انجام وظیفه کنند و در ارائهٔ بهترین مراقبت‌های موجود، استفادهٔ منصفانه از امکانات در دسترس را درنظر داشته باشند.
۳. وظیفهٔ اصلی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی حفظ سلامت جسمی و روحی انسان و کاهش درد و رنج است. آن‌ها باید ضمن تکریم انسان‌های آسیب‌دیده بدون هیچ تبعیضی، چه در زمان صلح و چه در درگیری مسلحانه یا سایر موارد اضطراری، مراقبت‌های لازم را با نیت خداپسندانه و موازین انسان‌دوستانه انجام دهند.
۴. امتیازات و امکاناتی که در زمان درگیری‌های مسلحانه و سایر موارد اضطراری در اختیار کارکنان مراقبت‌های بهداشتی قرار می‌گیرد، هرگز برای اهداف دیگری غیر از نیازها و مصالح سلامتی استفاده نشود.
۵. با هر استدلال، توجیه، الزام و اجباری، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی هرگز و در هیچ شرایطی، از جمله درگیری مسلحانه یا سایر موارد اضطراری، شکنجه یا هر نوع رفتار ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز را نمی‌پذیرند و مرتکب نمی‌شوند. آن‌ها هرگز نباید در این نوع رفتارهای غیرانسانی حضور، مشارکت یا معاونت داشته باشند.

۲-۶. ارتباط با بیماران

۱. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی وفق بهترین مصلحت و هر زمان که میسر باشد، با رضایت صریح بیماران و مجروحان عمل می‌کنند. در انجام دادن وظایف حرفه‌ای، دغدغهٔ اصلی آن‌ها از نظر اصول اخلاقی، بیمارانشان است.
۲. در درگیری‌های مسلحانه یا سایر موارد اضطراری، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی موظف‌اند توجهات و اقدامات فوری را در حداکثر توان خود انجام دهند.
۳. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمان، حق محرمانه بودن اطلاعات بیماران را محترم می‌شمارند. آن‌ها اطلاعات محرمانه را فقط با رضایت بیمار یا در صورت تهدید واقعی و قریب‌الوقوع صدمه به بیمار یا دیگران و طبق دستورالعمل‌های قانونی و تنها به مراکزی که در قانون مشخص شده است، فاش می‌کنند.
۴. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی تمام تلاش خود را برای اطمینان از حفظ حریم خصوصی مجروحان، بیماران و درگذشتگان به کار می‌گیرند و هرگز خدمات‌رسانی درمانی برای مجروحان و بیماران، چه غیرنظامی و چه نظامی، را وسیله‌ای برای تبلیغات یا اهداف سیاسی قرار نمی‌دهند.

۳-۶. حفاظت از پرسنل

۱. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، امدادگران و همچنین کادر امداد و انتقال، اعم از نظامی یا غیرنظامی، باید مورد احترام همه باشند. آن‌ها در حین انجام دادن وظایف خود باید محافظت شوند، البته و ابزار استاندارد حفاظت شخصی و امن‌ترین محیط کاری ممکن برای ایشان فراهم گردد.
۲. دسترسی ایمن کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی به بیماران، مراکز درمانی و تجهیزات نباید ممنوع شود. همچنین از دسترسی بیماران به مراکز درمانی و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، به صورت غیرقانونی، نباید ممانعت شود.

۳. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در حین انجام دادن وظایف و در جایی که حق قانونی دارند، با نمادهای بین‌المللی شناخته‌شده مانند هلال‌احمر یا صلیب سرخ شناسایی و به‌عنوان یک مظهر قابل مشاهده طبق قوانین بین‌المللی، محافظت می‌شوند.
۴. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به‌سبب انجام دادن وظایف خود مطابق هنجارهای قانونی و اخلاقی، هرگز نباید مجازات شوند.
۵. اعضای سازمان جهانی بهداشت با تأیید این اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی درمانی متعهد می‌شوند ضمن انتشار و ترویج آن، برای ارتقا و اجرای آن بکوشند.

۷. حضور معنوی و اخلاق محور جامعه پزشکی در دفاع مقدس

هر انسانی در نظام هستی مظهر صفات خداوندی است، به‌اندازه‌ای که آن صفت را در خود پروریده باشد. دفاع مقدس فرصت مغتنمی بود تا صفات خداوندی در پزشکان، پرستاران و سایر خدمت‌گزاران عرصه‌های سلامت متجلی شود. مشارکت جامعه پزشکی کشورمان در درمان مجروحان جنگی بسیار صمیمانه و ایثارگرانه بود. اعضای این جامعه هماهنگ و همسو با دیگر قشرهای کشور، حضوری پرشکوه، همه‌جانبه و تاریخ‌ساز در دفاع مقدس داشتند. مدافعان حریم سلامت و سعادت ملت با عزمی استوار، آهنگی جامع و حضوری مسئولانه و علاج‌جویانه درخشان‌ترین برگ‌های زرین تاریخ طب این مرزوبوم را رقم زدند و مَهرِ عزت، عظمت و مقاومت را بر تارک تاریخ پرفرازونشیب طب و سلامت حک کردند؛ نشان درخشانی که تا ابد پرتوافشانی خواهد کرد.

«مهربانی توأم با آرامش» و «تواضع همراه با تدبیر» ترجیع‌بند «صفات جمال و جلال پروردگار» است که رشحاتی از آن به‌صورت «ایمان همراه با عمل» در صحنه‌گردانان خدمات پزشکی دفاع مقدس متجلی گشت. حوادث و بلایا در آینده نیز رخ خواهد داد. از آنجا که حوادث طبیعی یا رویداد اجتماعی یا رخداد تهدیدکننده سلامت و امنیت مردم در آینده توسط کارگزاران و کنشگران نظام سلامت در همان زمان باید کنترل شود، شایسته است میراث‌داران دفاع مقدس از الگوی درخشان اخلاقی و معنوی صحنه‌گردانان آن دوران پرافتخار، بهره‌های لازم را نصیب خود و ملت بزرگ و مقاوم ایران گردانند.

۸. درس‌ها و خاطراتی از حاضران و شاهدان میادین جنگ تحمیلی

توصیف روزهای اول جنگ و حضور ارزشمندان جامعه پزشکی در صحنه‌ها

در بین مؤسسات علمی و پزشکی وقت، دانشگاه جندی‌شاپور بیش از دانشگاه‌های دیگر متحمل صدمات مستقیم و غیرمستقیم شد. با توجه به اینکه آتش دشمن تا کناره‌های بیمارستان دانشگاهی (گلستان) رسیده بود، عملاً فعالیت‌های متعارف دانشگاه متوقف و اکثر نقاط شهر اهواز نیز تخلیه شده بود؛ باوجود این، متخصصان رشته‌های مختلف جراحی و هوشبری، همگام با پرستاران و سایر کارکنان، با نهایت تعهد و قبول خطرات، خدمات فراموش‌ناشدنی خود را بی‌دریغ عرضه می‌کردند. سه بیمارستان اصلی اهواز به سه هتل شهر که قابل سنگربندی و حفاظت بودند، منتقل و به بیمارستانهای جنگی تبدیل شدند. در یک روز، تعداد بسیار زیادی گلوله توپ به شهر اهواز شلیک شد و برخی از آن‌ها به بیمارستان گلستان اصابت کرد. در روزهای اول جنگ، انبوه مجروحان که مورد حمله ددمنشانه ارتش بعثی قرار گرفته بودند، به بیمارستان آورده می‌شدند. باوجود تناسب نداشتن امکانات درمانی با خیل مجروحان، به‌واسطه ازخودگذشتگی پزشکان و پرستاران حداکثر رسیدگی به آسیب‌دیدگان انجام می‌شد. این وضعیت غیرمنتظره به‌ویژه در یکی دو روز اول جنگ برای همه و خاصه گروه پزشکی وظیفه سنگینی را ایجاد کرده بود. دکتر محمد پدram، چهره ماندگار و استاد برجسته دانشگاه علوم پزشکی اهواز و رئیس وقت بیمارستان گلستان، آن روزها را چنین توصیف کرده است:

«... با ارجاع خیل مجروحان و شهدای جنگ به بیمارستان گلستان به‌خاطر دارم که دیگر سردخانهٔ اجساد معنایی نداشت و تمام راهروهای بیمارستان مملو بود از پیکر پاک شهدا و مردم بی‌گناه و مجروحان که واقعاً صحنه‌های تکان‌دهنده‌ای را به‌وجود آورده بود... کمتر از یک ماه بعد از آغاز جنگ، نیروهای امداد پزشکی از نقاط مختلف کشور به اهواز گسیل شدند (تصویر ۱). ما تا قبل از وقوع جنگ، صرفاً درمان‌های عادی را در بیمارستان گلستان که آن زمان به شمارهٔ ۲ معروف بود، انجام می‌دادیم و در زمینهٔ امدادرسانی به مجروحان جنگی و طب رزم تجربهٔ چندانی نداشتیم؛ اما با ورود ناگهانی آن تعداد مجروح که شبانه‌روز به بیمارستان گلستان ارجاع داده می‌شد، اساتید عزیز هم‌چون دکتر منوچهر دوابی، دکتر علی مرعشی و بزرگواران دیگر، به‌دلیل وجود شرایط اضطراری و برای امدادرسانی به مجروحان، گاه برای سه یا چهار روز بیدار می‌ماندند و با شور و ارادهٔ مثال‌زدنی، مشغول مداوای مجروحان در شهر جنگ‌زدهٔ اهواز بودند...»

در آن شرایط بی‌نهایت دشوار و خطرناک، عموم کارکنان جان‌برکف با برگیری از تمام توان و تجربهٔ خود، ابتکارگرانه به نجات جان مجروحان و آسیب‌دیدگان همت گماشته بودند. بیمارستان گلستان مرتباً درحال بمباران و تهدید بود. حدود ۷۰۰ پزشک بومی و مهمان، پرستار و پرسنل بی‌دفاع بیمارستان جانشان در معرض خطر جدی قرار داشت. در آن ایام، حضرت آیت‌الله خامنه‌ای، در مقام نمایندهٔ ولی فقیه، در اهواز حضور داشتند. با طرح موضوع و اینکه بیمارستان فعلی امنیت لازم را ندارد و جان بسیاری از جمله رزمندگان مجروح، بیماران عادی و کارکنان در خطر است، معظم‌له پس از بررسی موضوع در نامه‌ای دستور فوری صادر فرمودند که مضمون آن چنین بود: «بسم الله الرحمن الرحيم. بدین وسیله به جناب آقای دکتر پدرام، ریاست بیمارستان گلستان، اجازه داده می‌شود که بیماران و کلیهٔ وسایل گران‌قیمت و مهم بیمارستان را به محل امنی برده و در آنجا مرکز درمانی ایجاد کنند و در این خصوص تمام قوا باید با ایشان همکاری نمایند.»

در دوران جنگ عده‌ای از پزشکان و پرستاران و کارکنان دیگر به‌طور مستمر به‌صورت اضطراری یا عادی و داوطلبانه در صحنه‌ها حضور داشتند. گاهی برای اعمال جراحی خاص در واحدهای پزشکی خیلی نزدیک به جبهه با امکانات مورد نیاز به آنجا می‌شتافتند. خاطرات به‌یادماندنی از دوران جنگ تحمیلی و مجروحان جان‌برکف و شجاع برای همهٔ اعضای گروه پزشکی همچنان به یادگار مانده است. [۱۰]



تصویر ۱. نمایی از راهروی بیمارستان گلستان اهواز در روزهای اول جنگ

۹. اشاره به بعضی از مبانی نظری و بنیان‌های ارزشی جامعه اسلامی در اندیشه امام خمینی (ره)

الف. شاخص‌های اخلاقی

اخلاق برگرفته از تعالیم دین اسلام در اندیشه امام خمینی (ره) از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و نقش تعیین‌کننده‌ای در تهذیب، تربیت، رشد و کمال انسان و شکل‌گیری جامعه اخلاقی و مطلوب دین اسلام دارد. در این رویکرد اخلاقی، عملکرد هر شخص تابعی از اندیشه اوست. به عبارت دیگر، اندیشه سنگ بنای عمل انسان است. «تقوا»، «عدالت»، «صداقت»، «مردم‌داری» و «ساده‌زیستی» از شاخص‌های مهم اخلاقی در اندیشه امام خمینی (ره) است.

ب. بسط عدالت اجتماعی

عدالت از شعار اصلی انقلاب اسلامی بود. تجلی ظلم‌ستیزی در موازین اسلامی بعد از انقلاب، موج بیداری اسلامی را در مردم پدید آورد و آن را جهانگیر کرد. امام راحل در وصیت‌نامه سیاسی الهی خود چنین فرموده‌اند: «حکومت حق برای نفع مستضعفان و جلوگیری از ظلم و جور و اقامه عدالت اجتماعی همان است که مثل سلیمان بن داود و پیامبر عظیم‌الشان اسلام (ص) و اوصیای بزرگوارش برای آن کوشش می‌کردند از بزرگ‌ترین واجبات و اقامه آن از والاترین عبادات است؛ چنانچه سیاست سالم که در این حکومت‌ها بوده از امور لازمه است».

پ. سعادت بشر هدف غایی حکومت اسلامی

حکومت اسلامی پدیده‌ای الهی است که با به‌کار بستن آن، سعادت فرزندان خود را در دنیا و آخرت به بالاترین وجه تأمین می‌کند و این قدرت را دارد که بر ستمگری‌ها، چپاولگری‌ها، فسادها و تجاوزها قلم بکشد و انسان‌ها را به کمال مطلوب برساند.

ت. تضمین پیشرفت‌های مادی و معنوی بشر در مکتب توحیدی اسلام

مکتب اسلام، برخلاف مکتب‌های غیرتوحیدی، در تمام شئون فردی، اجتماعی، مادی، معنوی، فرهنگی، سیاسی، نظامی و اقتصادی روشنگری و نظارت دارد و به الزاماتی که در تربیت انسان و جامعه و پیشرفت مادی و معنوی نقش دارد، توجه کرده و موانع و مشکلات موجود بر سر راه تکامل فرد و اجتماع را یادآور شده و در رفع آن‌ها کوشیده است.

ث. طبیب جامعه باید با حسن نیت جامعه را اصلاح کند

انبیای الهی به‌مثابه طبیبان جوامع انسانی هستند. پیامبر عظیم‌الشان اسلام (ص) طبیب و مایه رحمت عالم است و رسالتش این بوده که با حسن نیت خویش جامعه را اصلاح کند. اگر قلم ما، قدم ما و گفتار ما از انبیای الهی و نبی مکرم اسلام (ص) تبعیت کند، جامعه اصلاح خواهد شد.

۱۰. توصیه‌های اخلاقی در شورای اخلاق دانشگاه جندی شاپور

«علم اخلاق در حرفه پزشکی اهمیت و نقش اساسی دارد، این علم که باید‌ها و نبایدهای اخلاق پزشکی را به او گوشزد می‌کند و شیوه رفتار با بیماران و همکاران را به او می‌آموزد، از مهم‌ترین بخش‌های علم و تعهد پزشکی به‌شمار می‌رود. زندگی بدون اخلاق حسنه شبه‌زندگی است. حقیقت آن است که در گذشته، طبیبان افزون‌بر داشتن درجات بالای علمی، از مقام و منزلتی روحانی و اخلاقی نیز بهره‌مند بودند. آن‌ها در حفظ مبانی و ارزش‌های اخلاقی بسیار می‌کوشیدند، همچنین آنان هم از جهت علمی و هم از نظر عملی، الگویی شایسته برای مردم به‌شمار می‌رفتند و مانند پیشوایان دینی همواره مردم را به نیکی، راستی، پاکی و نجابت، راهنمایی می‌کردند. علم پزشکی با هدف خدمت‌رسانی به بشر تدوین شده است و حتی گاه مرگ و زندگی آدمی بدان وابسته می‌شود و می‌تواند انسانی را از مرگ حتمی برهاند و یا موجب مرگ انسانی بشود. اینکه موضوع علم پزشکی انسان و اشرف کائنات و هدف آن رساندن سلامتی به بدن است، جایگاه ویژه آن را روشن‌تر می‌سازد. به‌دلیل همین جایگاه ویژه، طبیبان،

به عنوان رأس و رهبر تلقی می‌شوند که علاوه بر طبیب بودن معلم نیز هستند؛ چراکه باید با نمود ارزش‌های اخلاقی نه تنها در سخن، بلکه در رفتار خود، الگو و راهنما برای قشری باشند که به آن‌ها مراجعه می‌کنند. این گونه است که جامعه به حرکت به سمت اهداف والای معنوی که همانا سلامت معنوی است، گرایش پیدا می‌کند و جزو غیرقابل انکار و لاینفک سلامت معنوی، اخلاق است. علت تأکید بر اهمیت اخلاق پزشکی به این خاطر است که مسائل آن فراتر از اخلاق عمومی است؛ در عرصه پزشکی این حکم صادق است که اساساً حرکت طب بر محور اخلاق بوده و پایه‌های آن بر مبانی اخلاقی استوار است» [۱۳].

۱۱. بعضی ویژگی‌ها و شایستگی‌های اخلاقی استادان و متخصصان فرهنگ ساز دفاع مقدس

آداب اخلاقی پیش‌کسوتان جامعهٔ سلامت کشور در دفاع مقدس، سیرهٔ خداجویانه، طبییانه، کریمانه، بلندنظرانه، انسان‌دوستانه و نیک‌اندیشانه بوده است. تجلی و ترجمان بعضی از این ویژگی‌ها به این شرح است:

- شخصیتی با ایمان و رفتاری غونه و بی‌ریا دارند و مقید به عمل صالح و به تمام معنا نیکوکارند.
- همهٔ رفتار و صفاتشان الگو و الهام‌بخش است.
- معنای مهربانی، تجلی دلسوزی و مصداق تام و تمام والاترین رفتار طبییانه هستند. دلسوز و غمخوار دیگران بودن از بارزترین صفات انسان‌دوستانهٔ آن‌هاست.
- بسیار متواضع و فروتن هستند و هرگز غرور و تکبر نداشته‌اند.
- تا سرحد ایثار مصلحت بیماران و مجروحان را بر مصلحت خود ترجیح می‌دهند.
- در سختی‌ها بسیار صبور، مقاوم، متین، باصلابت و خستگی‌ناپذیرند.
- به صلاحیت علمی، مهارت حرفه‌ای، روزآمدی و تاحد توان سرآمدی در محدودهٔ تخصص خود ملتزم هستند.
- پایبند و معتقد به کار تیمی هستند و الگوی فرهنگی اصل تعاون و الهام‌بخش اصل مشارکت برای دیگران هستند.
- پشتکاری بی‌نظیر و مسئولانه به‌ویژه در فوریت‌ها و شرایط اضطراری دارند.
- از نظر اجتماعی بسیار دلسوز و مسئولیت‌پذیرند (استقبال از خطرات بالقوه و ارائهٔ خدمات مستمر و بی‌نظیر در جنگ تحمیلی الگوی بی‌بدیل و نماد مسئولیت‌پذیری اجتماعی ایشان است).
- دارای شخصیتی مردمی‌اند و خود را وقف مردم می‌کند. متعلق به مردم بوده، هستند و باقی خواهند ماند.
- منشأ خدمات و پایه‌گذاری‌های بسیار بزرگ و کم‌نظیری هستند.
- دارای شخصیتی مثبت و تشویق‌کننده و برانگیزانندهٔ خوبی‌ها هستند.
- به انتقال تجارب خود به دیگران، اعم از همکاران و نسل جوان بعدی، پایبند و سخاوتمند هستند.
- انتقادپذیر، اصلاح‌پذیر، انتقادکننده و مصلح هستند.
- درس‌پذیر، درس‌دهنده و آموزندهٔ مادام‌العمر هستند و هرگز از آموزش دادن به نسل جوان غفلت نمی‌کنند.

۱۲. بعضی ویژگی‌ها و مزایای اخلاقی و معنوی جامعهٔ سلامت در دفاع مقدس

در دفاع مقدس، پزشکان، پرستاران و سایر قشرهای جامعهٔ سلامت با آزمونی بزرگ و تاریخی مواجه شدند. آنان با برخورداری از پیشینهٔ تاریخی و تمدنی و اصالت‌های فرهنگی، معنوی، تاریخی، اخلاقی و حرفه‌ای، با تجربه‌ای بزرگ و متفاوت روبه‌رو شدند. حضور داوطلبانه، فراگیر و ایثارگرانه در میادین جنگ تحمیلی نظم اخلاقی و ارزش‌های منحصر به فردی را در تاریخ اخلاق پزشکی این مرزوبوم خلق کرد که بعضی از مؤلفه‌های آن عبارت‌اند از:

- حضور در دفاع مقدس را مسئولیتی اجتماعی، تکلیفی حرفه‌ای درقبال مردم و جامعه و رسالتی تاریخی دانسته و آگاهانه، داوطلبانه و ایثارگرانه به آن پاسخ داده‌اند.

- با علم، شهود، آگاهی و بصیرت نسبت به شرایط جنگی و مخاطرات قریب الوقوع، با اشتیاق در میداین خطیر حاضر می‌شدند و با همه وجود انجام وظیفه می‌کردند. بسیاری از این عاشقان جان‌برکف نیز در حین انجام وظیفه شهید یا مجروح شدند.
- فرصت گران‌بار حضور در میداین ایثار و خدمت را با رفتاری معنوی، اخلاقی، عرفانی و عاشقانه، به تجلی شهود در میقات عشق تبدیل کردند. ارائه خالصانه‌ترین خدمات به مدافعان عزت و شرافت و پاسداران مرزها و حریم استقلال ملت را وسیله تقرب به خداوند تبارک و تعالی قرار دادند.
- صبر و پایداری در پیچیده‌ترین خدمات‌رسانی تخصصی در سخت‌ترین شرایط تهدیدکننده و تلاش بی‌امان با التزام به ارائه عالی‌ترین سطح خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز مجروحان جنگی از بارزترین صفات کادر پزشکی و امداد و درمان جبهه‌های نبرد بوده است.
- شهامت و فداکاری اعجاب‌برانگیز روحیه غالب در امدادگران و درمانگرانی بوده است که برای حضور در خطرناک‌ترین مکان‌های بهداری رزمی بر یکدیگر سبقت می‌گرفتند.
- صحنه‌گردانی در میداین بسیار خطیر خدمت‌رسانی جبهه‌های نبرد و استمرار آن تا همه مراکز درمانی کشور، حضوری ارزشی، اخلاق‌محور، ارزش‌آفرین و الهام‌بخش بوده است.
- هفت ویژگی ممتاز میدان‌داران حوزه سلامت در جنگ تحمیلی: ۱. برای دفاع از حقوق انسان‌های مظلوم و بی‌دفاع به میدان آمده بودند؛ ۲. اخلاق و معنویت را با وظایف حرفه‌ای درهم آمیخته بودند؛ ۳. مانند همه رزمندگان از عنصر صلابت، کیمیای استقامت و اکسیر راست‌قامتی و دفاع جانانه برخوردار بودند؛ ۴. مانند همه فرماندهان و رزمندگان دارای جوهر شجاعت و شهامت بودند؛ ۵. روحیه غالب آنان بزرگواری و جوان‌مردی بوده است؛ ۶. مانند همه مدافعان سلحشور میهن اسلامی، با بی‌اعتنایی به امور و زخارف دنیوی و پشت کردن به تمام لذت‌های دنیوی، خانواده، دانشگاه، تحصیلات و مانند آن‌ها، در جبهه‌های دفاع از شرافت و عزت و انسانیت حضور می‌یافتند؛ ۷. روحیه شهادت‌طلبی آخرین و والاترین ویژگی آن دوران بوده که در مدافعان سلامت نظیر سایر رزمندگان تجلی یافته بود.

۱۳. بعضی ویژگی‌ها و تجلیات معنوی و اخلاقی نظام بهداری رزمی (سیستم سلامت رزمی) در دفاع مقدس

- التزام به رعایت مبانی علمی و بین‌المللی شناخته‌شده و استاندارد در آن زمان و دستورالعمل‌های مهم و حیاتی نظیر تریاژ (دسته‌بندی و اولویت‌بخشی) توأم با ابتکارات و اقتضائات در شرایط گوناگون، و مدیریت علمی و ارزشی در تمام دوران جنگ تحمیلی مرسوم بوده و دائماً ارتقا می‌یافته است. تبدیل گفتمان علمی ترومای جنگی به گفتمان غالب در اغلب مراکز علمی و دانشگاهی وقت از ابتکارات ترویجی و آموزشی مشترک بهداری رزمی و مراکز دانشگاهی بوده است.
- ابتکار عمل، خلاقیت و مدیریت قاطع در حل مشکلات غامض و نیازهای بزرگ و کنترل حوادث بسیار سنگین در جنگ در شرایطی که امکانات موجود از احتیاجات مبرم اغلب کمتر بوده و نیل به عالی‌ترین نتایج، از تجلیات شگرف حضور همه‌جانبه جان‌برکفان عرصه‌های عشق و ایثار بوده است.
- رعایت رفتار انسانی و مفاد کنوانسیون‌های بین‌المللی درمورد اسرای جنگی مجروح و بیمار دشمن از مهم‌ترین تجلیات اخلاقی بهداری رزمی دفاع مقدس بوده است.
- انتقال تجارب به سایر همکاران جوان داوطلب حاضر در خدمات بهداری رزمی، ترویج علمی معارف طب رزمی در هر فرصت ممکن، مدیریت زمان برای استفاده حداکثری از امکانات و خدمات نیروهای انسانی داوطلب و ارتقای دائم سطح حفاظتی بیمارستان‌های صحرایی و اورژانس‌های خط با برگیری از تجارب و حوادث قبلی، از دیگر نمودهای بروز و ظهور اخلاقی بهداری رزمی بوده است.

۱۴. الزامات اخلاق پزشکی در بلایا

دانش اخلاقی نیروهای امدادی و مدیران بلایا نقش مهمی در پایداری و عمل به اصول اخلاقی در زمان امدادرسانی و خدمات رسانی بهداشتی درمانی به آسیب دیدگان و متأثران از بلایا دارد. لذا آنچه از مدیران و نیروهای امدادی، به خصوص در روزهای اولیه پس از بلایا، سر می زند ریشه در تفکرات و دانش اخلاق ایشان دارد. اولین قدم در این زمینه دست یافتن به تعریف واحدی از اخلاق در بلایاست. بدون وجود این مسئله انتظار رفتار اخلاقی از افراد و سازمان ها در بلایا چندان محقق نخواهد شد. طبق مطالعات، نیروهای امدادی ما تعاریف متعدد و متفاوتی از اخلاق در بلایا دارند. [۱۴] بنابراین اولین قدم در آموزش اخلاق در بلایا ارائه الگو و سلوک اخلاقی ثابت و مشترک برای تمام نیروهای امدادی و درمانی است. تمام سازمان ها و نیروها میانی این نوع تفکر را پذیرفته و خود را ملزم به توجه و پایداری به آن می دانند. عموماً عقیده بر این است که پزشکان و کادر درمانی همچون شرایط عادی باید اصول چهارگانه اخلاق پزشکی را مبنای تصمیمات اخلاقی خود قرار دهند و براساس آن، ابهامات اخلاقی پیش آمده را حل و فصل کنند. اما به نظر می رسد با وجود شرایط غیرمعمول بلایا پاسخ گویی به مباحث اخلاقی فقط با اتکا به چهار اصل اخلاق پزشکی مقدور نباشد. به همین جهت تلاش هایی صورت گرفته است تا با به کارگیری اصول اخلاقی که ریشه در دیگر دیدگاه های اخلاقی دارد، بتوان به این مشکلات پاسخ داد. برخی از منابعی را که در مورد اصول و مبانی تشکیل دهنده اخلاق در بلایا (شرایط بحرانی) موجود است، می توان به این شرح نام برد:

- کدهای اخلاقی ملی در مواردی که به تصویب شورای عالی اخلاق پزشکی رسیده است؛
- منابع معتبر بومی مانند کتب و مقالات و درسنامه های اخلاق پزشکی؛
- کدهای اخلاقی بین المللی همانند هلال احمر و صلیب سرخ جهانی؛
- چهار اصل اخلاق پزشکی در منابع کلاسیک؛
- اخلاق فضیلت گرا و اخلاق سودگرا؛
- منابع معتبر بومی در باب اخلاق بهداشت عمومی یا همه گیری ها و نظایر آن؛
- اسناد بالادستی همچون قانون اساسی، سیاست های کلی سلامت، نقشه جامع علمی کشور و ...

پیشرف دانش بشری موجب شده است با کاربست تمهیداتی از بروز برخی بیماری ها پیشگیری شود یا شدت و حدت آن ها کاهش یابد. درعین حال، این اصل همه جا پذیرفته شده که پیشگیری مقدم بر درمان است. [۱۵-۱۷] معمولاً پس از وقوع بلایا، هزینه های فراوانی صرف درمان مصدومان و بازسازی مکان ها و تأسیسات تخریب شده می شود. البته جان های از دست رفته دیگر برمی گردد و برخی آسیب ها نیز هیچ گاه ترمیم نمی شود. بنابراین عاقلانه است که این هزینه ها صرف پیشگیری گردد تا ضمن حفظ منابع موجود، از تحمیل خسارات جانی و روانی فراوان به مردم جلوگیری شود. اهمیت این مسئله تا آنجاست که یکی از اصول اخلاقی در بلایا پذیرفته شده است. نظامت سلامت کشور از آنجایی که متولی سلامت مردم است، در این زمینه باید به مسئولیت های خود عمل کند. از سوی دیگر با ساخت سازه های ایمن مراکز بهداشتی درمانی در مقابل بلایا ضمن حفظ جان و سلامت کارکنان درمانی، شرایط را برای ارائه خدمات لازم به آسیب دیدگان در بلایا مهیا کند. در بسیاری از زلزله های شدید دهه های گذشته، مراکز درمانی کاملاً تخریب شدند یا به دلیل خسارات زیاد قابل استفاده نبودند. براساس مبانی فقه اسلامی، پیشگیری براساس دو اصل (دفع خطر محتمل و وظیفه کمک به دیگران) از وظایف اخلاقی حرفه مندان پزشکی و حتی مسئولان سیاسی کشور به شمار می رود.

براساس دیدگاه فقهی، تمام افراد جامعه اسلامی وظیفه دارند در حد توانایی خود، برای برطرف کردن ضرر و مخاطرات از مردم بکوشند. این وظیفه درواقع واجب عقلی به شمار می رود. [۱۸-۲۰] بدون شک این وظیفه درخصوص پزشکان و کادر درمانی، با توجه به تخصص و مهارت هایشان و از سوی دیگر نیازهایی که فقط این گروه می توانند به آن ها پاسخ دهند، به طریق اولی برجسته تر است. بر مبنای اصل «دفع ضرر محتمل» نه فقط در زمانی که وقوع

خسارت و ضرر و زیان حتمی است، بلکه در مواقعی که احتمال و گمان وقوع ضرر و خسارت وجود دارد، اقدامات و فعالیت‌های پیشگیرانه واجب است.

از میان چهار اصل اخلاق پزشکی در شرایط اورژانس و بحرانی «ضرر نرساندن» در اولویت قرار می‌گیرد. شاید سؤال شود در بلایا که افراد همگی برای کمک رساندن و بسیاری نیز دواطلبانه در منطقه حاضر می‌شوند، چگونه ممکن است فردی آسیب‌رسان شود. از مصادیق آسیب رساندن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. **دیر رسیدن:** در بسیاری از بلایا، حضور سریع و به‌موقع نیروهای امدادی و درمانی در محل برای نجات آسیب‌دیدگان ضروری است. هرگونه تأخیر باعث به‌خطر افتادن جان افراد، مرگ و آسیب‌های جبران‌ناپذیر می‌شود؛ مانند آنچه در زلزله بم اتفاق افتاد.

۲. **نداشتن آموزش و تخصص و مهارت مورد نیاز:** بررسی‌ها نشان می‌دهد تعداد زیادی از کادر درمانی که برای کمک‌های بشردوستانه به مناطق آسیب‌دیده می‌روند، درباره نحوه امداد و خدمات‌رسانی در بلایا و نیز اخلاق پزشکی در بلایا آموزش ندیده‌اند. برخی برای کسب تجربه و عده‌ای برای آزمون تکنیک‌ها و روش‌های ابداعی که در کشورهای خود اجازه استفاده از آن‌ها را ندارند، به این مأموریت‌ها می‌روند. در این میان، بعضی از افراد نیز واقعاً به قصد کمک کردن می‌آیند؛ اما به‌علت نداشتن دانش لازم و مهارت مورد نیاز، در عمل به آسیب‌دیده‌ها یاری نمی‌رسانند و حتی با اقدامات غیرعلمی و نابجا صدمات اضافی نیز به این افراد وارد می‌کنند.

آموزش ندیدن و مهارت نداشتن یکی از مصادیق ضرر رساندن است.

۳. **نداشتن تجهیزات و ابزار لازم:** همراه نداشتن ابزار و تجهیزات لازم برای انجام دادن وظایف محوله مانع سودرسانی به آسیب‌دیدگان و متأثران از بلایا می‌شود. بسیاری در کشور ما بر این تصور هستند که فقط وظیفه دارند خود را به منطقه آسیب‌دیده برسانند و دیگران وسایل مورد نیازشان را تهیه خواهند کرد. این درحالی است که ما هیچ سازمان یا گروهی برای این کار نداریم و تمام افراد بنابر تخصص و وظیفه‌ای که قرار است در منطقه عهده‌دار شوند، باید وسایل مورد نیازشان را همراه داشته باشند. برای مثال پزشکان دست‌کم باید گوشی پزشکی خود را همراه ببرند. برخی از این وسایل توسط خود افراد، ولی عمده‌شان باید توسط سازمان‌های امداد‌رسان که این افراد را اعزام می‌کنند، تهیه گردد و در اختیار آن‌ها قرار داده شود.

۴. **ناتوانی جسمی و روحی:** ورود افرادی که از نظر جسمی و روحی توانایی حضور و خدمت‌رسانی در منطقه را ندارند، خود سرباری برای جامعه آسیب‌دیده خواهد بود. افراد نیازمند مراقبت‌های پزشکی چگونه می‌توانند در وضعیت اضطراری به مصدومان و آسیب‌دیدگان یاری برسانند. در زلزله هائیتی، افرادی در منطقه حاضر شدند که برای خواب به سیپ نیاز داشتند. ممکن است برخی افراد از نظر روحی و روانی تحمل مشاهده شرایط و صحنه‌های ناگوار و دشوار منطقه را نداشته باشند. این افراد نباید به منطقه آسیب‌دیده بروند و چنانچه تحمل حضور در محل را ندارند، بلافاصله منطقه را ترک کنند.

۵. **همراه نداشتن مایحتاج اولیه:** نیروهای امدادی باید مایحتاج اولیه زندگی خود را برای چندین روز به‌همراه داشته باشند. در بسیاری از مواقع، تأمین غذا، آب و نیازهای این‌چنینی مشکلی برای نیروهای امداد‌رسان به‌شمار می‌رود؛ زیرا عموماً معتقدند که گروهی باید این کار را برایشان انجام دهد. این موضوع پیامدهای ناخوشایندی به‌دنبال دارد. ساده‌ترین راه برای تأمین این مایحتاج استفاده از امکاناتی

است که برای آسیب‌دیدگان بلایا فرستاده می‌شود. لذا در اکثر مواقع مردم آسیب‌دیده و متأثر از بلایا نیروهایی را درمقابل خود می‌بینند که برای تأمین مایحتاج اولیه با آن‌ها رقابت می‌کنند. بنابراین این نیروهای امدادی هستند که به دلیل روابط و توانایی‌هایشان، از بهترین امکانات استفاده می‌کنند. این مسئله معمولاً باعث ناخرسندی و عصبانیت آسیب‌دیدگان از بلایا می‌شود.

برای فراهم کردن شرایط مطلوب و عدم آسیب‌رسانی باید آمادگی لازم صورت گیرد. پاسخ به نیازمندی‌های افراد محصور در بلا بدون آمادگی غیرممکن خواهد بود و در صورت اقدام، آسیب‌های متعددی را به دنبال خواهد داشت. «آمادگی» به منزله یک اصل اخلاقی و یکی از مراحل چهارگانه کمک‌رسانی در بلایا باید مورد توجه مدیران قرار گیرد. افراد کمک‌کننده باید به طور دقیق و در حد کفایت آموزش ببینند، دانش و اطلاعات خود را به روز نگه دارند و تجهیزات لازم برای پاسخ به نیازمندی‌ها در بلایا را بنابر وظایفی که برعهده خواهند گرفت، تهیه کنند. بدون توجه به اصل آماده‌سازی پاسخ مناسب به بلایا غیرممکن خواهد بود و رفتارهای غیراخلاقی بسیاری نمایان خواهد شد. نکته بسیار مهم و حیاتی در این زمینه آموزش عمومی برای کاهش بلایاست. عموم مردم باید بیاموزند که چگونه خود را از تبعات بلایا مراقبت کنند. هرچه این آموزش‌ها کارآمدتر باشد، میزان خسارات در بلایا کاهش خواهد یافت. علاوه بر این‌ها باید به مقوله‌هایی همچون آماده‌سازی، تجهیز نیروهای امدادی، تدوین برنامه (پاسخ)، هماهنگی بین نیروهای خدمات‌دهنده و تهیه پروتکل‌های لازم اشاره شود.

از جمله مباحثی که باید در آموزش پرسنل درمانی مورد توجه قرار گیرد، آموزش اخلاق و اصول مربوط به اخلاق در سوانح است. در بندهای پیشین ذکر شد که به دلیل شرایط متفاوت و تا اندازه‌ای غیرقابل پیش‌بینی بلایا، تمام شاغلان و حرفه‌مندان گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی باید آموزش‌های لازم در حیطه اخلاق در بلایا را سپری کنند. در ادامه یکی از مباحثی که در تمام بلایای رخ داده در دهه‌های اخیر مشاهده شده است، شرح بیشتری داده می‌شود. این تجربه در ادبیات سلامت کشور ما «تیم‌های اضطراری»^(۱) است که نخستین بار در جنگ تحمیلی شکل گرفت.

۱۵. تحلیل نقش‌های اخلاقی و معنوی تیم‌های اضطراری

از ویژگی‌های شرایط بحرانی به‌مخاطره افتادن حیات و سلامت انسان‌های حادثه‌دیده است. به اعتبار وظایف اخلاقی و حرفه‌ای، امداد و درمان، مدیریت و هر نوع مشارکت ممکن در کنترل حوادث و بلایا توسط جراحان و سایر پرسنل بهداشت و درمان اصلی ضروری و معیار رفتار صحیح حرفه‌ای و هنجار اخلاق پزشکی است. ارزش محوری اخلاقی و انسانی در شرایط اضطراری و بحرانی، حفظ جان و احیای نفوس انسانی است. در بخشی از آیه ۳۲ سوره مبارکه مائده چنین آمده است: وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا («و هر که انسانی را زنده کند (و از مرگ یا انحراف نجات دهد) گویا همه مردم را حیات بخشیده است»). این ارزش حیاتی و حیات‌بخش والاترین ارزش توصیف‌شده در فرهنگ اسلامی و قرآنی است. سایر مسئولیت‌های اخلاقی مراقبان سلامت نیز در شرایط اضطراری و بحرانی حساس‌تر و مهم‌تر از شرایط عادی است. تیم‌های اضطراری دفاع مقدس در پاسخ مسئولانه و اخلاق‌محور به وظایف حرفه‌ای، در آن شرایط خطیر مدبرانه تشکیل شد و به‌زیبایی نقش آفرینی کرد. این دستاورد مهم مبنای حضور همه‌جانبه جامعه سلامت در تمام بلایا و حوادث بعدی قرار گرفت.

یکی از ضروریات اخلاقی در بلایا کاهش درد و رنج آسیب‌دیدگان است. در فرهنگ سلامت جامعه اسلامی ایران، با الهام از دستاوردهای دفاع مقدس، استفاده به‌هنگام از تیم‌های اضطراری کلید تحقق این امر است. نبود این تیم‌ها ضمن تحمیل خسارات انسانی، موجب صرف هزینه‌های فراوان و تحمیل سختی‌های زیاد به نظام سلامت و آسیب‌دیدگان می‌گردد. نمونه‌ای از این پیامدها را می‌توان در زلزله بم مشاهده کرد. در کنترل آسیب‌های این زلزله مهیب، از تیم‌های اضطراری استفاده نشد. با اتخاذ رویکرد اعزام مصدومان به سایر مناطق، حد ۱۲,۰۰۰ مصدوم

به شهرهای دیگر برای مداوا فرستاده شدند. [۲۱] برخی این عمل را ناشی از نبود تیم‌های اضطراری می‌دانند. در بررسی‌های انجام‌شده، چند نکته اخلاقی مهم مشاهده می‌شود:

۱. به دلیل تریاژ نکردن بیماران و آسیب‌دیدگان، بسیاری از اعزام‌شدگان به شهرهای دیگر افرادی بودند که به مراقبت‌های بسیار ساده نیاز داشتند و به هیچ‌وجه انتقال ایشان به شهرهای دیگر ضرورت نداشت. درواقع بسیاری از این افراد در نهایت دوسه روز بعد از بستری در بیمارستان‌های مقصد، از نظر تخصصی مرخص شده بودند. تعداد اندکی از این بیماران دچار آسیب‌های شدید بودند. ضمن اینکه آیا این گروه نیز، در صورت حضور تیم‌های اضطراری، باید به شهرهای دیگر منتقل می‌شدند یا خیر، محل بحث است.
۲. دور افتادن اعضای خانواده‌هایی که برای درمان اعزام می‌شدند، موجبات نگرانی افراد را ایجاد می‌کرد.
۳. با این عمل، بحران منطقه زلزله‌زده دامن مراکز درمانی شهرهای مقصد را نیز فراگرفت. بسیاری از این مراکز آمادگی پذیرش و درمان این افراد را نداشتند و این موضوع مراکز هدف را با بحرانی جدی روبه‌رو کرد. مشکلات عدیده دیگری نیز به وجود آمد؛ از جمله نگرانی از افراد بعد از ترخیص، عدم اطلاع اعضای خانواده از سرنوشت همدیگر، چگونگی تأمین هزینه‌های بیماران انتقال داده‌شده و نحوه بازگرداندن این افراد به محل زندگی‌شان. این پدیده خود نمونه‌ای از عدم آمادگی است که پیامدهای اخلاقی فراوانی به دنبال خواهد داشت. یکی دیگر از اصول اخلاقی مهم در بلایا برقراری هماهنگی میان نیروهای عملیاتی در تمام مراحل چهارگانه بلایا و به خصوص مرحله پاسخ است. گفتنی است در بلایای بعدی، استفاده از تیم‌های اضطراری در محور کنترل بحران قرار گرفت و نتایج بسیار درخشانی نیز حاصل شد.

۱۶. نظم و انضباط، از مهم‌ترین دستورات اخلاقی در بلایا

در آموزه‌های دینی، بسیار بر نظم و هماهنگی افراد جامعه تأکید شده است. خداوند تبارک و تعالی، در سوره مبارکه الصف، آیه ۴، رزمندگان راهش را که منظم، محکم و استوار وارد پیکار می‌شوند، مورد محبت خود قرار داده، می‌فرماید: *إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الَّذِينَ يُقَاتِلُونَ فِي سَبِيلِهِ صَفَاكَانَهُمْ بُنْيَانًا مَرْصُورًا* («خداوند دوست دارد کسانی را که در راه او در صفی واحد، همانند دیواری که اجزایش را با سرب به هم پیوند داده باشند، می‌جنگند»). حضرت امیر(ع) در وصیت خود به فرزندان بزرگوارشان امام حسن(ع) و امام حسین(ع) می‌فرماید: *أَوْصِيكُمْ بِمَعِيَةِ وَلَدِي وَأَهْلِي وَمَنْ بَلَّغَهُ كِتَابِي بِتَقْوَى اللَّهِ وَنَظْمٍ أَمْرِكُمْ*^(۱) (شما حسن و حسین)، تمام فرزندان، خانواده و کسانی را که این نامه من به آن‌ها می‌رسد، به تقوای الهی و نظم در کارها سفارش می‌کنم).

نظم در نیروهای امداد و درمان نیز امری حیاتی است و بی‌نظمی موجب بروز خسارات جبران‌ناپذیری می‌شود. وجود هماهنگی میان نیروها و سازمان‌های امدادرسان از مهم‌ترین و بارزترین مباحث اخلاقی در بلایاست.

۱۷. ویژگی‌های اخلاقی مدیران در بلایا

در متون دینی بارها دیده می‌شود که ائمه معصوم(ع) سپردن مسئولیت به افراد دارای شایستگی و تخصص لازم برای رسیدگی به امور مردم را توصیه کرده‌اند. سپردن مسئولیت کارها به افرادی که فاقد توانایی و دانش لازم هستند، باعث خواهد شد امور مردم رها شود و کارها آن‌چنان که باید انجام نشود. مدیر کسی است که می‌تواند فعالیت‌های افراد را برای رسیدن به هدف یا اهداف معینی هماهنگ کند و به صورت شایسته‌ای سازمان دهد. مدیران امور حساس جامعه، نظیر کنترل بلایا، باید از ویژگی‌های برجسته و ممتازی برخوردار باشند. «ایمان و تقوا»، «تخصص و توانمندی»، «عدالت و امانت‌داری»، «قاطعیت و درعین حال چشم‌پوشی از خطاهای غیرعمدی» و

(۱) سید رضی، نهج البلاغه، نامه ۴۷ از وصایای امام علی(ع) به امام حسن و امام حسین(ع).

«مشورت در امور مهم با صاحب نظران» در زمره صفات برجسته مدیران و متصدیان امور مهمی نظیر مدیریت بحران در بلاياست. پايبندی مديران به اين صفات از ارکان اخلاق و عدول و غفلت از آن‌ها از مصاديق بی‌اخلاقی است. [۲۲] روايات متعددی در اين زمينه وجود دارد؛ از جمله حضرت امام صادق (ع) می‌فرمايند: «کسی که با نداشتن شايستگی رئيس شود، ملعون است» و: «کسی که بدون شايستگی ادعای رياست کند و کسی که قصدش چنين باشد و (حتی) کسی که آن را حديث نفس کند، ملعون (و مطرود از رحمت خدا)ست». [۲۳]

متأسفانه اکثر قريب به اتفاق مديران بلايا دارای چندین شغل و سمت بوده و مدیریت بلايا را در کنار بقیه کارهای خود انجام می‌دهند و تصورشان اين است که اين کار شدنی خواهد بود. منفک شدن از مسئوليت‌های ديگر و پرداختن به مسائل بلايا در مواقع لزوم، اولين مشکلی است که اين افراد با آن روبه‌رو می‌شوند. به علاوه در طول سال‌های دور بلايا و در شرايط آرام، به کارهای ديگر اشتغال داشته‌اند و از آموزش و کسب مهارت لازم برای پاسخ به بلايا و به‌روز کردن دانش خود دور افتاده‌اند. بنابراین تنها در مرحله پاسخ وارد عمل می‌شوند و آن‌هم به دليل بی‌بهرگی از دانش و مهارت لازم چندان موفق نخواهند بود. اين مسئله از یک تفکر در ميان سياست‌گذاران و مديران ارشد کشور ناشی می‌شود و آن اين است که بلايا هرازگاهی در کشور رخ می‌دهد مثلاً چند سال یک بار زلزله می‌آید يا سيلی رخ می‌دهد لذا نیازی نیست که افرادی تمام وقت به اين کار گماشته شوند. افراد می‌توانند کارهای خودشان را انجام دهند و در زمان بلايا نيز به اين امر بپردازند و به‌قولی کار را جمع کنند. اما تجربه بارها نشان داده است که اين شيوه پاسخ‌گو و راهگشا نبوده و بسيار آسیب رسانده است.

۱۸. تریاژ و ملاحظات اخلاقی

تریاز به مفهوم اولويت‌بندی بیماران برای دریافت خدمات درمانی است. در طول دهه‌های گذشته، فاکتورهای برای تصميم‌گیری در اين خصوص ارائه شده است که به دو دسته پزشکی و غیرپزشکی تقسيم می‌شود:

۱. **فاکتورهای پزشکی:** شرايط و وضعیت بیماری افراد مهم‌ترین و اولين فاکتوری است که باید برای اولويت‌بندی در نظر گرفت. نیاز پزشکی بیمار و اثربخشی درمان مورد نظر دو عامل اصلی برای اولويت‌بندی است. لذا باید به شرايط قبلی و بیماری‌های همراه بیمار توأمان توجه کرد. عامل اثرگذار بعدی میزان بقای بیمار است. با توجه به محدودیت‌هایی که برای محاسبه مقدار بقای درازمدت وجود دارد، توصیه می‌شود میزان بقای کوتاه‌مدت ملاک تصميم‌گیری باشد. [۲۴]

۲. **فاکتورهای غیر پزشکی:** زمانی که شرايط پزشکی مصدومان و بیماران برابر بوده و براساس آن‌ها نتوان یکی را در اولويت دریافت منابع درمانی قرار داد، می‌توان از فاکتورهای غیرپزشکی استفاده کرد. برخی از اين فاکتورها عبارت‌اند از: سن، ارزش اجتماعی، کیفیت زندگی، رابطه خویشاوندی، داشتن توانایی‌های متعدد، امید به زندگی و توانایی مراقبت از ديگران. [۲۷-۲۵] تئوری‌های متعددی در خصوص استفاده از سن برای اولويت‌بندی بیماران (تریاز) مطرح شده است. اما آنچه بیشتر مقبولیت دارد، اين است که سن را فاکتوری مستقل برای اولويت‌بندی بیماران و مصدومان نمی‌توان پنداشت؛ ولی به عنوان فاکتوری وابسته و در قالب الگوریتم‌های ارائه شده برای تریاز امری پذیرفته است. فاکتورهایی همچون ارزش اجتماعی و کیفیت زندگی هم چندان قابل اعتنائیستند؛ زیرا ارزیابی آن‌ها و همچنین تضمین محقق شدنشان در آینده به اين سادگی مقدور نیست؛ لذا چندان مورد توجه کارشناسان حوزه اخلاق پزشکی قرار نمی‌گیرد. درباره روابط خویشاوندی، تمام کارشناسان اعتقاد دارند که نباید از اين فاکتور استفاده کرد. درباره توانایی‌های افراد (مثلاً کارمند آتش‌نشانی بودن) و توانایی مراقبت از ديگران (مانند مادران یا پرستاران) باید گفت که در برخی مواقع می‌توان از اين دو فاکتور استفاده کرد؛ اما توجه بیش از حد به اين گروه‌ها ممکن است باعث بروز تبعیض در ارائه خدمات شود و مردم عادی را در معرض آسیب بیشتری قرار دهد. افزون‌بر مطالب بیان شده، مسئله مهم اين است که تریاز بدون آمادگی و آموزش لازم میسر نخواهد بود.

۱۹. نتیجه‌گیری و توصیه‌هایی برای آینده

در این مقطع از تاریخ طب کشور، دستوردهای معنوی، اخلاقی و علمی فراوانی حاصل شده که قابل تشبیه به گنجی بی‌کران و لایتنه‌ای است. از این سرمایه بی‌بدیل ملی به‌طور شایسته استفاده نشده و ظرفیت‌های والای آن به منصه ظهور و بروز نرسیده است. حتی با انحراف از آن سیره خداجوی و مردم‌محور، چالش‌ها و بحران‌های غم‌انگیزی دامن‌گیر نظام سلامت شده که شایسته میراث‌داران دفاع مقدس نیست.

۲۰. منابع

- [۱] لاریجانی، باقر. زاهدی، فرزانه. تأثیر فلسفه اخلاق در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب. مجله دیابت و لیپید ایران. ویژه‌نامه ۴۵ (اخلاق در پژوهش‌های بالینی پزشکی). ۱۳۸۴. صص ۳۸-۴۵.
- [۲] واحد جوان، وحیده. تبیین آموزه‌های اخلاقی اسلام پیرامون جنگ و صلح. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدرسی الهیات و معارف اسلامی/ اخلاق اسلامی. دانشگاه تهران. ۱۳۸۸.
- [۳] لاریجانی، باقر. پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج: ۱. مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. چ. ۲. تهران: برای فردا. ۱۳۸۳.
- [۴] حقانی زنجانی، حسین. فلسفه اخلاق/ اخلاق نظری و اخلاقی عملی. فصلنامه مکتب اسلام. ش. ۱۳۸۸. ۶.
- [۵] صدر، سیدشهاب‌الدین. اخلاق و حقوق پزشکی. مجله علمی سازمان نظام پزشکی ایران. ۲۹. د. ۱۳۹۰. ۱.
- [۶] نظری توکلی، سعید. نژادسروری، نسرين. چیستی اخلاق پزشکی، بایدها و نبایدها. مجله ایرانی اخلاق پزشکی. د. ۶. ش. ۵. ۱۳۹۲.
- [۷] قراملکی، فرامرز. اخلاق حرفه‌ای. ۱۳۸۲.
- [۸] فاضلی، زینب. فاضلی باوندپور، فاطمه‌سادات. رضایی طاویرانی، مصطفی. حیدری‌مقدم، رشید. اخلاق حرفه‌ای و نقش آن در حرفه پزشکی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۰۰۵. ش. ۴. زمستان ۱۳۹۱.
- [۹] شجاعی، امیراحمد، ابوالحسنی نیارکی، فرشته. اخلاق پزشکی و بحران. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. ۴. د. ۶. ش. آذر ۱۳۹۶. صص ۲۸-۲۷.
- [۱۰] عباس‌زاده، عباس. اخلاق پزشکی در فوریت‌ها و بحران‌ها. فصلنامه اخلاق پزشکی. ۱. ش. ۱. پاییز ۱۳۸۶.
- [۱۱] منتظری‌مقدم، حامد. صلح و جنگ در سیره پیامبر اعظم (ص). قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی قدس‌سره. فروردین ۱۳۹۳.
- [12] WHO: ETHICAL PRINCIPLES OF HEALTH CARE IN TIMES OF ARMED CONFLICT AND OTHER EMERGENCIES, <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/ethical-principles-in-hc/en/>. 2019
- ۱۳- تحریریه: تجلی اخلاق و معنویت در دفاع مقدس: پیش شماره فصلنامه فرهنگی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، پائیز ۱۳۹۶
- ۱۴- طباطبائی- سیدمحمود و کلانتر هرمزی- عبدالجلیل: بنیادهای اخلاق پزشکی از دیدگاه متون اسامی و مفاخر پزشکی ایران. پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی. دوره ۳۵- شماره ۱- بهار ۱۳۹۱ صفحات ۱ تا ۶
- [15] Khajji A, Examining the ethical challenges in disaster management and providing a model of ethics appropriate according to our country conditions. 2017. Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Medicine. p. 373.
- [16] Barraco RD. Trauma Prevention Activities for the Elderly. Curr Trauma Rep. 2017. 3(2). pp. 164-169.
- [17] Aghamohamadi S, Jahangiri HK, Asl IM, Dehnavich R. Population and mortality profile in the Islamic Republic of Iran, 2006-2035. East Mediterr Health J. 2018. 24(5). pp. 469-476.
- [18] Landrigan PJ et al. Pollution and Global Health-An Agenda for Prevention. Environ Health Perspect. 2018. 126(8). pp. 084501.
- [19] Mohaghegh Sabzevari M, Kefayat Al-Ahkam, Sharif Al-Morteza. Al-Entesar. Qom: Al-nashr Al-eslami.
- [20] Tousi M, Al-Vasile. Qom: Maktabat Al-Marashi.
- [21] Tahmasebi MN et al. Musculoskeletal injuries associated with earthquake. A report of injuries of Iran's December 26, 2003 Bam earthquake casualties managed in tertiary referral centers. Injury. 2005. 36(1). pp. 6.
- [۲۲] خلعتبری، حسام‌الدین، صدارت، فریبا. ویژگی‌های شخصیتی مدیر از منظر قرآن و نهج‌البلاغه. فصلنامه سراج منیر. س. ۵. ش. ۱۶. پاییز ۱۳۹۳. صص ۱۰۸-۸۷.
- [23] Al-Hur al-Aamili M. Wasā'il al-Shī'a, The Book of Jihad Al-Nafs. Lebanon: Al-Alibat Institute.
- [24] Kuschner WG, PJ, Ezeji-Okoye SC. Ethical triage and scarce resource allocation during public health emergencies: tenets and procedures. Hosp Top. 2007. 85(3). p. 16.
- [25] Clarke CM. Rationing scarce life-sustaining resources on the basis of age. J Adv Nurs. 2001. 35(5). p. 799.
- [26] Moskop JC, IK. Triage in medicine, part II: Underlying values and principles. Ann Emerg Med. 2007. 49(3). p. 282.
- [27] Daniel M. Bedside resource stewardship in disasters: a provider's dilemma practicing in an ethical gap. J Clin Ethics. 2012. 23(4). p. 331.

فصل بیستم

ادبیات مقاومت در نظام سلامت؛ درس‌هایی برگرفته از دفاع مقدس: تعالی، مرجعیت و مقاومت

سردار سرلشگر شهید دکتر حاج احمد سوداگر، زنده‌یاد دکتر موسی
زرگر و زنده‌یاد دکتر علی غفوری در زمان حیات پرافتخارشان در تدوین
درسنامه، به‌ویژه فصل مقاومت، مشارکت راهبردی داشته‌اند.

پدیدآورندگان:

دکتر محمدعلی محقق، دکتر فاطمه رنجبر، دکتر سیدعلیرضا مرندي،
دکتر هادی منافی، دکتر محمداسماعیل مطلق

سرپرست تدوین:

واحد تدوین منابع آموزشی، آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، حوزه
معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اولین ویراست:

سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹

پاییز ۱۳۹۹

اهداف آموزشی

هدف اصلی:

آشنایی با آرمان‌های متعالی مرجعیت و مقاومت در افق آینده نظام سلامت، با الهام از دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- توصیف دفاع مقدس از منظر پیشرفت، بن‌بست‌شکنی و قطع وابستگی در نظام سلامت
- شکوفایی اخلاق پزشکی و معنویات در دوران جنگ تحمیلی، پایه‌های مستحکم مقاومت و آشنایی با الگوها، فرصت‌ها و تهدیدات اخلاقی و معنوی در حوزه سلامت
- تبیین آرمان‌گرایی و آرمان‌ها در نظام سلامت و نسبت آرمان‌ها با واقعیت‌ها
- مفهوم‌شناسی تعالی و پیشرفت و مصادیق آن در نظام سلامت
- آشنایی با انگیزه‌ها، مصادیق و تحلیل مقاومت در دفاع مقدس، تأملی در حضور مقاوم و استوار جامعه پزشکی و آموزه‌های آن برای آینده
- نگاهی به پیامدهای فرهنگی و معنوی مقاومت و حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس
- مفهوم‌شناسی مرجعیت علمی و آشنایی با الزامات آن در حوزه سلامت
- مصادیق مرجعیت علمی جامعه پزشکی ایران در دوران صلح و شرایط جاری و عادی جامعه، ارائه الگوی آینده نظام سلامت در کشور با ویژگی‌های آرمان‌گرایی، تعالی، الهام‌بخش بودن، مرجعیت، نیازمحوری و پاسخ‌گویی، انعطاف‌پذیری و مقاومت برگرفته از تجارب جامعه پزشکی در دوران دفاع مقدس
- خاطراتی از جنس اخلاق، معنویت و مقاومت از حضور ارزشی جامعه پزشکی در دفاع مقدس

فهرست مطالب

۱. مقدمه و بیان مسئله	۴۳۱
۲. واژه‌های کلیدی	۴۳۲
۳. روش تدوین	۴۳۲
۴. ادبیات نظری موضوع	۴۳۲
۱-۴. مقاومت	۴۳۲
۲-۴. عزت و عزت نفس	۴۳۳
۳-۴. تعالی و متعالی	۴۳۳
۴-۴. پاسخ و پاسخ‌گویی	۴۳۳
۵-۴. نیازمحوری و نیازسنجی	۴۳۴
۶-۴. جامعه‌محوری و جامعه‌نگری	۴۳۴
۷-۴. ارزش و ارزش‌محوری	۴۳۴
۸-۴. ارزش‌محوری در سلامت	۴۳۵
۹-۴. اخلاق‌محوری	۴۳۵
۱۰-۴. اخلاق‌محوری در جنگ	۴۳۵
۱۱-۴. استقلال و آزادی علمی	۴۳۵
۱۲-۴. جهاد علمی	۴۳۵
۱۳-۴. خودکفایی و خوداتکایی	۴۳۶
۱۴-۴. نفی وابستگی و دست‌نشدگی (استقلال از بیگانگان)	۴۳۶
۱۵-۴. نظام سلطه و ابعاد آن	۴۳۶
۱۶-۴. نفی سلطه در پرتو اقتدار علمی و فناوری	۴۳۷
۱۷-۴. ادبیات مقاومت (پایداری)	۴۳۷
۱۸-۴. تاب‌آوری اجتماعی	۴۳۷
۱۹-۴. اقتصاد مقاومتی	۴۳۷
۲۰-۴. اقتصاد مقاومتی سلامت	۴۳۸
۲۱-۴. نظام سلامت مقاومتی (مقاوم)	۴۳۸
۵. منتخبی از اصول و ارزش‌های محوری مقاومت‌آفرین در نظام سلامت	۴۳۹
۶. بعضی از مؤلفه‌های ادبیات پایداری در فرهنگ و معارف بومی	۴۴۰
۷. نهاد مقاومت در نظام سلامت (تحلیل حضور همه‌جانبه، مستقل، عزتمند، علاج‌جویانه و قدرتمند جامعه پزشکی در جنگ تحمیلی و دوران دفاع مقدس)	۴۴۲
۸. اقتدار علمی، خودکفایی و نفی وابستگی:	۴۴۴
۹. تحلیل ارزشی، اخلاقی، حرفه‌ای، فرهنگی و معنوی حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس	۴۴۶
۱۰. ویژگی برجسته ارزشی، علمی، اخلاقی و معنوی حاکم بر نظام سلامت با الهام از آرمان‌های انقلاب و اسناد راهبردی	۴۴۷
۱۱. نظام سلامت مقاومتی: ارائه الگوی عملیاتی شایسته برای نظام سلامت آینده ملت ایران	۴۴۸
۱۲. مؤلفه‌های الگوی شایسته مقاوم برای نظام سلامت آینده، با الهام از الگوی دوران دفاع مقدس	۴۴۸
۱۳. تحلیل ارزشی، اخلاقی، حرفه‌ای، فرهنگی و معنوی حضور همه‌جانبه جامعه سلامت در همه‌گیری کوید-۱۹	۴۴۹
۱۳. منابع	۴۵۱
۱۳. منابع بیشتر برای مطالعه	۴۵۱

اگر بنبندند استخوان هایمان را جدا سازند، اگر سرمان را بالای دار برند، اگر زنده زنده در شعله های آتشیان بسوزانند، اگر زن و فرزندان و هستی مان را در جلوی دیدگانمان به اسارت و غارت برند، هرگز امان نامه کفر و شرک را امضا نمی کنیم.

امام خمینی^(ع)

۱. مقدمه و بیان مسئله

مراقبت ها و خدمات سلامت نیاز مبرم همه انسان ها در سراسر ادوار زندگی است. این نیاز اساسی تحت هیچ شرایطی نباید دستخوش تهدید یا تزلزل قرار گیرد. ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش های انسانی اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه وظیفه خطیر نظام سلامت است. این نظام برای ادای وظایف حیاتی خود باید از جوهره مقاومت برخوردار باشد. ویژگی های نظام سلامت الگو، مقاوم و تاب آور در همه شرایط، با برگیری از تجربه بزرگ و ملی و تاریخی دفاع مقدس در این فصل توصیف شده است.

از زیباترین عناصر متشکله مجموعه عظیم «دفاع مقدس» حضور عزتمند، فراگیر، توانمند، خودکفا و همه جانبه جامعه سلامت در این فراز درخشان از تاریخ ملی کشور مقتدر ایران اسلامی است. تبیین و توصیف آموزه های این حضور متعالی برای آیندگان موضوع این فصل است. آینده نگری و آینده نگاری سرنوشت سلامت ملت بزرگ ایران و نسل های بعدی رسالتی است تاریخی که شایسته ترین پاسخ به آن، ابتنای راهبردها و سیاست ها و برنامه ها بر شالوده فرهنگ و ارزش های گران بار به دست آمده از دفاع مقدس خواهد بود. سیاست گذاری علم، فناوری و نوآوری در همه عرصه ها از جمله سلامت باید از الزامات پایداری، تاب آوری و مقاومت در همه شرایط برخوردار باشد. فرایندهای به کارگیری و اجرای سیاست های سلامت نیز باید دارای جوهره و روح مقاومت باشد. در پایش نتایج و پیامدها و ارزیابی سیاست های مذکور نیز، جوهره و نشانه های مقاومت باید عیان باشد.

سلامت ودیعه ای الهی است که مراتب آن در نظام آفرینش بی انتهاست. سلامت در سطح فردی قرین موفقیت و در سطح اجتماعی لازمه تعالی و پیشرفت است. این نعمت مجهول الهی نیاز دائمی همه انسان ها در تمام ادوار زندگی است. در جامع ترین تعبیر اسلامی، عافیت نعمتی گرامی، فراگیر، نگاه دارنده، عزت آفرین، شفا بخش، مولد، روزافزون و دارای ابعاد جسمانی، روانی، فردی، اجتماعی، معنوی، و در یک کلام، یک نیاز مسلم دنیوی و اخروی است. حضرت امام علی بن الحسین زین العابدین (ع) در دعای بیست و سوم صحیفه سجاده این مفهوم سلامت جامع، کارا و همواره رو به تزاید را در قالب نیایش با خداوند متعال بیان فرموده اند: اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ وَآلِهِ، وَ عَافِنِي عَافِيَةً شَافِيَةً عَالِيَةً نَامِيَةً، عَافِيَةً تُولَدُ فِي بَدَنِي الْعَافِيَةَ، عَافِيَةَ الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ.

برپایه نظام ارزشی و عدالت اسلامی و موازین انسانی، برخورداری از این نعمت حق عمومی همه انسان هاست و وفق قانون اساسی نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران، تأمین خدمات سلامتی و دسترسی عادلانه به آن از وظایف دولت برشمرده شده است. نگاه به ژرفای مقوله حیاتی سلامت از منظر عدالت اجتماعی در جوامع انسانی و از جمله در کشور ما، حکایت از واقعیت های ناگوار و تکان دهنده ای دارد. در سراسر دنیا، بی عدالتی در سلامت مردم بیداد می کند. آسیب پذیرترین انسان ها از ناچیزترین سطح خدمات سلامت بهره می برند و توانمندترین قدرت های استثمارگر منابع محدود سلامت ملت ها را به یغما می برند. در دورافتاده ترین مناطق، انسان های زحمت کش اما محروم از نازل ترین سطح دسترسی به خدمات سلامت استفاده می کنند و توانگران عالم از فرط رفاه و اسراف به عوارض و بیماری های نوظهور تمدن معاصر دچار شده اند. نیازهای سلامت در همه جوامع، اعم از ثروتمند و فقیر، توسعه یافته و در حال توسعه و عقب مانده، روزافزون است. تأمین هزینه های سرسام آور سلامت بحران مشترک همه کشورها شمرده می شود.

نظام مقدس جمهوری اسلامی منادی عدالت اجتماعی و نماد صریح آن یعنی سلامت برای ملت شریف ایران است. در چهلمین بهار آزادی، مرور کارنامه بخش سلامت بسیار درس آموز است. سلامت، به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام جمهوری اسلامی، در چهل سال متوالی بعد از پیروزی انقلاب فراز و فرودهای بسیاری داشته است. درخشان-ترین کارنامه سلامت بدون تردید متعلق به دوران دفاع مقدس است. حضور ارزشی و فراگیر جامعه سلامت در آن دوران ناب تاریخی ملت ایران اسلامی، منجر به ثبت کارنامه‌ای شد که تا ابد بر تارک نظام سلامت این ملت بزرگ و مقاوم خواهد درخشید. همه ارزش‌های توصیف شده برای سلامت در طول تاریخ بشر، در آن دوران خدایی متجلی شد. همه دستاوردهای نظام سلامت ریشه در آن دوران طلایی دارد. در آن دوران ممتاز تاریخی، توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی حیطه سلامت بسیار عظیم و افتخارآمیز بوده و تغییر سیمای سلامت مردم، ارتقای شاخص‌های سلامت جمعیت و دستاوردهای علمی چشمگیر بوده و به دوران سازندگی راه یافته است. به موازات پیشرفت در این حوزه، بروز مشکلات، تهدید نابسامانی‌ها، ضعف در مدیریت‌ها و بحران اخلاق و معنویت، خاصه در دوران بعد از دفاع مقدس، آشکارا خودنمایی کرد. حوزه سلامت شاید بیش از هر حوزه دیگر، محل اجتماع اضداد است؛ رویارویی والاترین ارزش‌های الهی و انسانی با ضدارزش‌ترین جلوه‌های نفسانی و رذائل اخلاقی.

اگر بخواهیم حضور ارزنده جامعه پزشکی و سلامت کشور در دفاع مقدس و نقش آفرینی گسترده آن در دوره‌های بعد، در جدال با کاستی‌ها و پاسخ به نیازهای روزافزون را در یک کلمه خلاصه کنیم، باید از واژه مقدس مقاومت نام ببریم. این اکسیر عظیم حیات بخش تضمین کننده سلامت و ارتقای مستمر آن برای مردم معاصر و نسل‌های آینده خواهد بود. ملت بزرگ ایران در صحنه‌های عزت و افتخار با حوادث بزرگ و غیرمترقبه‌ای روبه‌رو خواهد شد. این وقایع تهدیدکننده در آینده، اعم از حوادث طبیعی یا انسان‌ساخت، به یاری خداوند و به اعتبار مدیریت عالم، توانمند و هوشمند و سرمایه انسانی مؤمن، مخلص، آگاه، دانا، توانا، شجاع، ایثارگر و سخت‌کوش، پیش‌بینی و پیشگیری و در صورت وقوع با قاطعیت کنترل خواهند شد. بدین ترتیب، هر حادثه‌ای با کسب تجاربی نو در دیوان معارف سلامت ملت نستوه و مقاوم ایران اسلامی ثبت و پشتوانه حضور پربلاست در آینده خواهد شد.

۲. واژه‌های کلیدی

تعالی، توسعه، توسعه پایدار، دفاع مقدس، مرجعیت، مقاومت.

Key words

Development, Excellence, Holley Defense, Resistance, Scientific Reference, Sustainable Development.

۳. روش تدوین

این فصل با روش تلفیقی آینده‌نگاری، کتابخانه‌ای و بحث متمرکز گروهی نگاشته شده است.

۴. ادبیات نظری موضوع

عصاره عصاره دستاوردهای دفاع مقدس به ملتی تعلق دارد که با عزم و اراده راسخ به دفاع از مرزهای عشق و ایمان پرداختند و دشمنان غدار را از نیت شوم و نقشه‌های شیطانی پشیمان کردند و به خاک مذلت نشاندند. در ادامه منتخب مفاهیم ارزشی مصطلح در ادبیات پیروز و زیبای انسانی ملت شریف ایران اسلامی آمده است

۴-۱. مقاومت

«مقاومت از واژه‌های بنیادین و فطری است که ریشه قرآنی دارد و با مفاهیم و آیات اجتماعی قرآن ارتباط معناداری دارد. براساس دلالت‌های لغوی و تفسیری می‌توان آن را معادل با توحید، عدالت و درنهایت اسلام قرار

داد که این امر مهم و ذاتی، گاه با برداشت‌های نارسا به افراط و تفریط کشیده شده و بیشتر بر روش مقاومت مانند تقابل، جنگ و قتال توجه شده است. مقاومت در قرآن بر توحید، عدالت و فطرت بنا شده است و بر تحقق اصل حاکمیت خدا بر سرنوشت انسان، تشکیل حکومت، اقامه قسط، آبادانی زمین و عدم پذیرش ولایت و ربوبیت غیر خدا تأکید دارد.» [۱] در قرآن مجید در آیه ۱۱۲ سوره هود، خداوند تبارک و تعالی خطاب به پیامبر (ص) می‌فرماید: «فَاسْتَقِمْ كَمَا أُمِرْتَ وَمَنْ تَابَ مَعَكَ وَلَا تَطْغَوْا إِنَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ» («پس تو چنان که مأموری استقامت و پایداری کن و کسی که با همراهی تو به خدا رجوع کند نیز پایدار باشد، و (هیچ از حدود الهی) تجاوز نکنید که خدا به هرچه شما می‌کنید بصیر و داناست»). پایداری زمانی ارزش دارد که در همه امور باشد: در عبادت، در ارشاد، تحمل ناگواری‌ها و مانند آن.

۲-۴. عزت و عزت نفس

عزت در لغت به معنای شدت و قهر و غلبه است و لازمه آن شکست‌ناپذیری درمقابل قوای دیگر. عزت نفس فضیلتی است که بین دو اخلاق رذیله قرار گرفته و انسان درصورت انحراف از این صراط مستقیم، به دو مسیر انحرافی، یکی تکبر و دیگر تذلل گرفتار می‌شود. [۱] قرآن کریم در سوره فاطر آیه ۱۰ می‌فرماید: «مَنْ كَانَ يُرِيدُ الْعِزَّةَ فَلِلَّهِ الْعِزَّةُ جَمِيعًا». در منطق قرآن، عزت واقعی و کامل متعلق به خداوند و هر کسی است که در مصاف بین حق و باطل، در جبهه خدایی قرار می‌گیرد: «وَلِلَّهِ الْعِزَّةُ وَلِرَسُولِهِ وَلِلْمُؤْمِنِينَ» (منافقون/۸).

۳-۴. تعالی و متعالی

در فرهنگ فارسی معین، تعالی «بلندپایه گردیدن، بلندی و برتری» تعریف شده است. در لغتنامه دهخدا، تعالی چنین توصیف شده است: «صیغه ماضی معلوم است از باب تفاعل که اکثر اسم الهی را حال واقع می‌شود؛ چنان‌که خدای تعالی و حق تعالی، یعنی برتر است خدا». مؤلفه‌های مفهومی تعالی در مآخذ اسلامی به‌طور خلاصه به این شرح است: [۲]

- در بُعد اعتقادی: باور به کمال مطلق و ابدی بودن خداوند، تجلی روح الهی و خداجویی در انسان و افاضه الهی در اعمال و رفتارهای ارزشمند؛
- در بُعد اخلاقی: اعتقاد به انسان ایدئال یا انسان کامل اخلاقی، باورداشت اعتدال در همه وجوه انسانی، تلاش مداوم برای ارتقای درستی، صحت تناسب و عقل انسانی، و تحکیم ارزش‌ها در درون خود؛
- در بُعد شخصی: تأکید بر تجربه شخصی در مواجهه با ایدئال‌ها، عمل کردن در هماهنگی با جهان هستی، درک ارزش انسان فرهیخته به‌عنوان انسان مطلوب در تمام ابعاد؛
- در بُعد اجتماعی: تمایل به نوع‌دوستی فراگیر، ارزش نهادن به یگانگی عمومی مردم، پایداری بر آداب و رسوم بالنده اجتماعی؛
- در بُعد سیاسی: صلح‌ورزی، ظلم‌ستیزی، تلاش برای برقراری اخلاق مردم‌سالار به‌جای اخلاق اشرافی‌گرا، حرکت در راستای عدالت در روابط دولت و ملت، باور به ضرورت عدالت اجتماعی و اجتناب از سیاسی‌کاری مزورانه.

۴-۴. پاسخ و پاسخ‌گویی

در فرهنگ لغات فارسی (دهخدا، معین و عمید) پاسخ به معانی «جواب، پذیرفتگی، اطاعت، عوض و پاداش، اجابت، استجاب و لبیک» آمده و در فرهنگ‌نامه‌های فارسی به انگلیسی به کلماتی نظیر respons, reply, replication, answer ترجمه شده است. پاسخ‌گو فاعل و پاسخ‌گویی اسم‌مصدر است. در نظام سلامت، پاسخ‌گویی به مفهوم عملکرد متناسب با نیازهای سلامت جامعه است. [۳] در اجماع فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی (WFME)، پاسخ‌گویی اجتماعی دانشکده‌های طب دارای این مؤلفه‌هاست: [۴]

۱. پاسخ به نیازهای سلامت جاری و آینده و چالش‌های آن در جامعه؛
۲. انطباق آموزش، پژوهش و اولویت‌های ارائه خدمات وفق بند ۱؛
۳. تقویت نظارت و مشارکت با سایر ذی‌نفعان؛
۴. استفاده از ارزشیابی و اعتباربخشی برای پایش کارایی و اثربخشی.

۵-۴. نیاز محوری و نیازسنجی

در فرهنگ فارسی معین، نیاز به «حاجت، احتیاج، خواهش، میل، اقتضا، تلنگ، تمنا، حاجت، دریاست، درخواست، ضرورت، لزوم و نذر» تعبیر شده است. در واژگان مصوب فرهنگستان، نیازسنجی به فرایندی سازمان‌یافته برای تعیین ماهیت و دامنه مشکلات یک جمعیت مشخص اطلاق شده که ممکن است مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت آنان اثر بگذارد.

تعریف مفهومی نیاز محوری

درک نیازهای بهداشتی جامعه، آشنایی با ارتقای بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها، آگاهی از عوامل محیطی و اجتماعی مرتبط با سلامت و بیماری، ارزیابی نیازهای بهداشتی جامعه، هدفگذاری و برنامه‌ریزی در راستای برطرف کردن نیازها. [۶]

تعریف عملیاتی نیاز محوری

«حل مشکلات سلامت جامعه، وظیفه هر نظام بهداشتی درمانی است. برای این کار نیاز است که ابتدا مشکلات شناسایی شده و سپس با توجه به محدودیت‌های منابع، اولویت‌های نظام سلامت تعیین و برای هر اولویت، عناوین پژوهشی مشخص شود. آنچه در این فرایند اهمیت دارد، توافق تمامی ذی‌نفعان درمورد لیست اولویت‌هاست.» [۶] ارائه «آموزش»، «پژوهش» و «خدمات و مراقبت‌های سلامت، منطبق بر نیازها و اولویت‌های جامعه است. این رویکرد تمام شئون از مطالعه و بررسی وضعیت سلامت در جامعه یا گروه‌های خاص، تعیین و اولویت‌بندی مشکلات و نیازها، برنامه‌ریزی، پشتیبانی، اختصاص منابع برای اجرای بهینه برنامه‌ها تا ارزیابی اثربخشی و احراز ارائه عادلانه خدمات و مراقبت‌های سلامت به قشرهای ملت را شامل می‌شود. ابعاد این رویکرد به شرح زیر است:

- نظام سلامت ضامن حفظ و ارتقای مستمر سلامت آحاد جامعه است.
- به عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت در تمام شئون توجه کافی می‌شود.
- به تمام ابعاد اثرگذار بر سلامت در سطوح فردی، اجتماعی، روانی، معنوی، اقتصادی و زیست محیطی تأکید می‌شود.

۶-۴. جامعه محوری و جامعه‌نگری

مبتنی بر نیازهای جامعه، آشنایی با تغییرات اجتماعی، اقتصادی، جمعیت‌شناسی، توانمندی ارزیابی نیازهای جامعه و انتظارات مردم و ارتقای عملکرد برای پاسخ‌گویی به آن‌ها. هدف از ابتکارات جامعه‌محور، دستیابی به کیفیت بهتر زندگی از طریق توسعه اقتصادی اجتماعی منسجم و توجه به تمام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از راه توانمند کردن جامعه به منظور تغییر در شیوه‌های زندگی اجتماعی و تقویت توسعه انسانی است. [۷]

۷-۴. ارزش و ارزش محوری

«هرآنچه که مفید، خواستنی یا تحسین‌کردنی است برای شخص یا گروه» ارزش نامیده می‌شود. [۸] ارزش‌ها از بنیادی‌ترین عوامل در تبیین آینده و عمل فرد، شکل‌گیری حیات اجتماعی و معیارهایی هستند که به فرهنگ کلی و جامعه معنا می‌دهند. [۹] ارزش‌ها به دلیل عام بودن و انتزاعی بودن، وضعیت‌های گوناگون (دینی، اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی) را فرا می‌گیرند.

در فرهنگ قرآنی، انسان دارای ارزش و کرامت است. کرامت انسان هم در خلقت و هوش و عقل و استعداد است و هم در دارا بودن قانون آسمانی و رهبری معصوم و مسجود فرشتگان واقع شدن. تفاوت انسان با جانداران دیگر و برتری او بسیار زیاد است و زمینه‌های رشد و کمال انسان از سوی خداست. یکی از کارکردهای اساسی آموزش و پرورش انتقال ارزش‌های نظام ارزشی جامعه است. ارزش‌ها به شکل مفهومی مطلق هستند و در صورت مصداقی نسبی، یعنی حسن و قبح به طور مطلق در خارج یافت نمی‌شوند. عدالت به لحاظ مفهومی مطلق است و حسن و مصادیق آن در طول زمان تغییر و تحول می‌یابد. انسان همیشه در مسیر تحول عوامل اجتماعی رضای می‌دهد که همه احکام و قوانین اجتماعی به طور دفعی و تدریجی تغییر یابد؛ ولی هیچ‌گاه راضی نمی‌شود صفت عدالت را از وی سلب کنند و ظالمش بنماید. بشر با هدایت طبیعت و فطرت که ویژگی مشترک انسان‌هاست به ارزش‌هایی نائل می‌شود به سبب داشتن مبنای ثابت.

۸-۴. ارزش‌محوری در سلامت

طبق بند ۱ سیاست‌های کلی سلامت، ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان بخشی سلامت باید مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی باشد و برای نهادینه سازی آن در جامعه تلاش صورت گیرد. طبق همین بند، آگاه سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه تکلیف شده است.

ارزش‌محوری در سلامت عبارت است از «ابتنای عموم انگیزه‌ها و فعالیت‌ها اعم از سیاست‌ها، راهبردها، اقدامات، فرایندها، برون دادها، درون دادها، پیشرفت‌ها، ارزیابی‌ها، بازنگری‌ها، شامل آموزش، پژوهش، خدمات و مراقبت‌های سلامت، برپایه اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی (اعم از ارزش‌های دینی، علمی، فرهنگی، اجتماعی و اخلاقی)».

۹-۴. اخلاق‌محوری

ارزش‌ها و موازین اخلاق پزشکی در همه شرایط ضروری و مراعات آن‌ها الزامی است. اخلاق‌محوری عبارت است از حاکمیت اخلاق عمومی اسلامی و اخلاق اختصاصی حرفه‌ای (علمی، پزشکی، پرستاری، داروسازی و...) در عموم فرایندها و میان تمام کنشگران حرفه‌ای با رویکرد حتمی و لازم‌الاجرا که لازمه قطعی رشد، تعالی و بالندگی نظام سلامت است و با ترویج در همه شئون و مدیریت و هدایت خردمندانه، پایه‌های دوام و تعالی و مقاومت را تحکیم می‌کند. [۱۰]

۹-۴-۱. اخلاق‌محوری در جنگ

براساس اصول اخلاقی اسلام و سیره اخلاق نظامی امام علی (ع) توجه و رسیدگی به مجروحان، حتی مجروحین دشمن، ضروری است و مورد سفارش خاص قرار گرفته است. مجروحان در پناه اخلاق حرفه‌ای جراحان و سایر مراقبان در امان هستند. جلوگیری از تعدی و ظلم از آداب اخلاقی جنگ در اسلام است. نهی از خون‌ریزی، پایبندی به عهد و پیمان و مراعات جوان‌مردی و بخشش از دیگر اصول و ارزش‌های اخلاقی جنگ براساس موازین اسلامی است. امتیازات و امکاناتی که در زمان درگیری‌های مسلحانه و سایر موارد اضطراری در اختیار کارکنان مراقبت‌های بهداشتی قرار می‌گیرد، هرگز برای اهداف دیگری غیر از نیازها و مصالح سلامتی نباید استفاده شود.

۹-۴-۱۰. استقلال و آزادی علمی

اصالت و پویایی فعالیت‌های علمی در فضای آزاد، منطقی، برخوردار از خلاقیت و نوآوری، عاری از عوامل بازدارنده غیرمنطقی، و التزام به نظام‌مندی، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی. [۱۱] اعطای استقلال به دانشمندان و دانشگاه‌ها برای افزایش مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی و پویایی آن‌هاست.

۹-۴-۱۱. جهاد علمی

جهاد مستمر علمی با هدف کسب مرجعیت علمی و فناوری در جهان یکی از اصول راهبردی، نظام علم و فناوری کشور تعیین شده است. تلاش بی‌وقفه همراه با خطرپذیری معقول و امید به آینده در جهت پیشرفت، جزء مبانی اصول‌گرایی و بزرگ‌ترین فرائض است. این سیره نیکوی علمی از دیدگاه مقام معظم رهبری دارای ویژگی‌های زیر است:

- برخوردار از ظرفیت والای اندیشه و علم؛ به عبارتی جهاد فکری و علمی توسط جامعه دانشگاهی و علمی؛
- دارای دستمایه‌های خودباوری، امید به موفقیت، روحیه و فرهنگ جهادی، حرکت جهادگونه، هدفمند و متوجه به آرمان‌ها، هوشمندان، عاقلانه و دشمن‌شکن. [۱۲]

۱۲-۴. خودکفایی و خوداتکایی

نگاه به درون و توانمندی‌های داخلی کشور برای استقلال علمی، فناوری، نظامی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی کشور. خودکفایی نوعی خودمختاری شخصی یا جمعی و به معنای بی‌نیازی و خودبستگی و مخالف نیازمندی است. در دیدگاه امام خمینی (ره) و مقام معظم رهبری عناصر خودکفایی عبارت‌اند از: [۱۳]

- اعتقاد به توانستن (نقطه شروع خودکفایی)؛
- تحول فکری و تغییر از روحیه وابستگی به ذهنیت خودباور؛
- اراده مردم به ویژه نخبگان؛
- استعانت از خداوند تبارک و تعالی؛
- احراز هویت ایرانی اسلامی؛
- تلاش و کوشش؛
- لزوم داشتن ابتکار و خلاقیت؛
- اکتفا نکردن به موفقیت‌های فعلی و توجه به پیشرفت‌های بیشتر؛
- اهمیت تشویق و ترویج از سوی فعالان فرهنگی و رهنمودهای رهبران و سیاست‌گذاران؛
- امیدوار بودن و ناامید نشدن؛
- الگو گرفتن از نمونه‌های موفق و معتبر خودکفایی و درعین حال الهام‌بخشی برای دیگران؛
- خنثی کردن تبلیغات گمراه‌کننده دشمنان؛
- آینده‌نگر بودن ضمن نگرستن به گذشته افتخارآمیز.

۱۳-۴. نفی وابستگی و دست‌نشاندهی (استقلال از بیگانگان)

در منطق امام خمینی (ره)، نفی وابستگی و قبح دست‌نشاندهی مفاهیم زیر را داراست:

«با اعتماد به خداوند تبارک و تعالی و اتکال به قدرت اسلام و ایمان، دست رد به سینه ستمکاران شرق و غرب زدن، شهادت را بر ذلت و شرف اسلام و انسانی را بر رفاه و عیش چندروزه توأم با خواری و شرمساری ترجیح دادن، در نبرد سیاسی و نظامی بر جهان‌خواران و قدرت‌های ستمگر چیره شدن و دست‌جناپکاران را از کشور خود کوتاه کردن و از هیاهوی تبلیغاتی آنان باک نداشتن».

مراد از نفی وابستگی و دست‌نشاندهی «استقلال از بیگانگان» به‌ویژه نظام سلطه است؛ نظامی که هدفش وابسته نگه داشتن و استثمار کردن است. مراد از استقلال نیز همه جنبه‌های استقلال اعم از علمی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و در رأس همه آن‌ها استقلال فکری است. انسان وابسته فکری قطعاً در زمینه‌های دیگر نیز وابسته خواهد بود. بیداری با مفهوم تحول در زمینه‌های فردی، فکری و اجتماعی، راه نفی وابستگی و دست‌نشاندهی است. [۱۴]

۱۴-۴. نظام سلطه و ابعاد آن

در نظام سلطه، کشورها و ملت‌ها به دو گروه سلطه‌گر و سلطه‌پذیر تقسیم می‌شود. سلطه‌گری از ویژگی‌های دولت‌های استکباری است که در امور اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، تربیتی و سبک زندگی ملت‌ها، با مشی استکباری و سلطه‌طلبی دخالت می‌کنند. در این دیدگاه، سلطه دارای ابعاد علمی، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی است. نظام سلطه دوجبهه است: یک وجه آن سلطه‌گرها/ ابرقدرت‌ها هستند و طرف دیگر دولت‌های سلطه‌پذیر

و دست‌نشانده که دخالت‌های وقیحانه و گستاخانه ابرقدرت‌ها را می‌پذیرند و شریک جرم این پدیده شوم واقع می‌شوند. تناقضات نظام سلطه در نظریه و عمل در موضوعات حقوق بشر، تروریسم، سلاح‌های کشتار جمعی و دموکراسی است. این تناقضات آسیب‌پذیری نظام سلطه را آشکار و روند سقوط آن را تسهیل خواهد کرد. [۱۵]

۱۵-۴. نفی سلطه در پرتو اقتدار علمی و فناوری

نفی و طرد سلطه‌گری و سلطه‌پذیری و مبارزه با آن و همه مظاهر نظام سلطه از قبیل زورگویی، تکبر، خودخواهی و انحصارطلبی، نفاق و ریاکاری، ظلم، تبعیض. اقتدار علمی و فناوری ابزار کارآمد و نافذ نفی سلطه نظام‌های استکباری است. در پرتو این اقتدار است که ملت‌ها آگاه و فرهنگ آن‌ها مستحکم می‌شود، منابع ملی ارتقا می‌یابد و فقر و فساد و تبعیض ریشه‌کن می‌شود. [۱۶]

۱۶-۴. ادبیات مقاومت (پایداری)

پایداری، مقاومت و دفاع مفاهیمی عام در فرهنگ ملت‌هاست. مؤلفه اصلی ادبیات پایداری يك مقوله ماهیتاً مضمونی یعنی توجه به عنصر «ستیز با» یا «تاب‌آوری در برابر» هر نوع اعمال قدرت نامشروع لوازم و عوارض آن است. [۱۷] پایداری و تاب‌آوری از مضامین اصلی انقلاب اسلامی است که در دوران دفاع مقدس با مقاومت و پایمردی جانانه ملت بزرگ ایران تحکیم و به ویژگی لایزال این ملت دلاور تبدیل گردید. ادبیات پایداری ملت ایران از پشتوانه‌های ریشه‌دار تاریخی و فرهنگی چند هزارساله، اعم از اساطیری و تاریخی پر از جنگ و استبداد و پشتوانه‌های پرصلابت دینی و مذهبی برخوردار است. در دوران باشکوه دفاع مقدس، ادبیات پایداری با گفتمان رایج انقلاب، سیاست‌های کلان نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران، نقش‌آفرینی و سلحشوری مردم در صحنه‌های دشوار جنگ تحمیلی و با حمایت‌های بی‌دریغ نهادهای حاکمیتی به اوج شکوفایی خود رسید. این گونه ادبی بر دو مقوله محوری استوار است:

۱. امید به آینده و نوید پیروزی، دعوت به مبارزه و ایستادگی در برابر ظلم و ستم و ستایش آزادی و آزادگی؛
۲. ارج نهادن به ارزش‌های مألوف و پاسداشت شهیدان و جان‌باختگان و ایثارگران.

۱۷-۴. تاب‌آوری اجتماعی

تاب‌آوری اجتماعی عبارت است از توانایی جوامع انسانی برای تحمل حوادث غیرمترقبه خارجی یا نابسامانی‌های موجود در زیرساخت‌های آن نظیر تغییرات محیطی یا دگرگونی‌های شدید اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و همچنین توانایی این جوامع برای بازیابی و بازتوانی از چنین نابسامانی‌هایی. [۱۸]

۱۸-۴. اقتصاد مقاومتی

الگوی متعالی مدیریت منابع مالی و پشتیبانی در سلامت، اقتصاد مقاومتی است. اقتصاد مقاومتی الگوی اقتصادی بومی و علمی برآمده از فرهنگ انقلابی و اسلامی است که به استعدادهای سرشار معنوی و مادی و ذخایر غنی و متنوع و زیرساخت‌های گسترده متکی و برخوردار از نیروی انسانی متعهد و کارآمد با عزمی محکم برای پیشرفت است. اتخاذ این الگو برای غلبه بر دشمنان خبیث که با تحمیل جنگ اقتصادی تمام‌عیار در برابر ملت بزرگ ایران صف‌آرایی کردند و از هر جنایتی از جمله تحریم دارو و کالاهای ضروری سلامت دریغ نکردند، رویکردی حیاتی و راهگشا خواهد بود. این رویکرد با تأکید بر دستاوردهای داخلی در زمینه‌های مختلف سلامت، ضمن تداوم پیشرفت و تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی و سند چشم‌انداز بیست‌ساله و سایر اسناد بالادستی توسعه کشور، اقتصاد متکی به دانش و فناوری، عدالت‌بنیان، درون‌زا و برون‌گرا، پویا و پیشرو، الهام‌بخش برای همه ملل ستمدیده و مستقل و پویا و سالم را عینیت می‌بخشد. مهم‌ترین شاخصه‌های اقتصاد مقاومتی از دید مقام معظم رهبری عبارت‌اند از: دانش‌محوری؛ اصلاح الگوی مصرف؛ امنیت اقلام راهبردی و اساسی؛ کاهش وابستگی به نفت؛ تبلیغات درست؛ تکیه بر تولید ملی؛ ریشه‌کنی فقر؛ ایجاد تراز اقتصادی مثبت؛ حاکمیت قانون؛ مبارزه با رکود اقتصادی؛ خصوصی‌سازی؛ خودکفایی در محصولات کشاورزی؛ استحصال از معادن به دور از خام‌فروشی؛ فعال

شدن شرکت‌های دانش‌بنیان؛ تنقیح قوانین اقتصادی؛ اعتماد به نفس ملی؛ مدیریت مصرف؛ کاهش فاصله طبقاتی؛ مصرف‌زدگی؛ پرهیز از اسراف؛ نکوهش تجمل‌گرایی؛ تأکید بر قناعت؛ ارج نهادن به فرهنگ کار؛ ایجاد زنجیره تولید علم؛ علم‌گرایی؛ ایجاد فضای آرامش برای نخبگان؛ حمایت از نخبگان. [۱۹]

۱۹-۴. اقتصاد مقاومتی سلامت

اقتصاد مقاومتی اقتصادی است بر پایه سیاست‌های کلی سلامت، مبتنی بر «اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی برای تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان‌سالم» و استوار بر پایه‌ها و اصول زیر: [۲۰]

- پیشگیری و ارتقای سلامت؛
- عدالت در سلامت؛
- سبک زندگی ایرانی‌اسلامی؛
- ترویج آموزش‌ها و ارتقای مبانی و اصول اخلاقی و معنوی مرتبط با سلامت در جامعه؛
- ایجاد و تقویت زیرساخت‌ها برای تولیدات لازم، کیفی و استاندارد؛
- سامان‌دهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی؛
- مبارزه مستمر با تعارض منافع؛
- امنیت و ایمنی غذا و تغذیه؛
- شفافیت و پاسخ‌گویی؛
- مدیریت منابع مالی سلامت از طریق نظام بیمه و همکاری سایر مراکز و نهادها؛
- ارائه مراقبت‌ها و خدمات عادلانه، شفاف، پاسخ‌گو، کیفی، ایمن، کارا، اثربخش و بهره‌ور در قالب شبکه ادغام‌یافته بهداشتی درمانی در آموزش و پژوهش سلامت، براساس نظام سطح‌بندی و ارجاع و متضمن پوشش کامل نیازهای پایه سلامت به‌صورت استاندارد و مبتنی بر شواهد؛
- نظام پرداخت عادلانه مبتنی بر کیفیت عملکرد و کارایی و ترغیب انگیزه‌های مثبت؛
- تأمین منابع مالی پایدار و مدیریت، فعالیت‌ها، هزینه‌ها و درآمدها به‌صورت شفاف و قانونمند؛
- ارتقای سلامت و توانمندی‌های جانبازان و جامعه معلولان کشور؛
- حمایت اختصاصی از اقشار نیازمند؛
- آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندسازی و مشارکت فعال فرد و خانواده و جامعه؛
- بازشناسی، تبیین و ترویج، روزآمد کردن و استانداردسازی روش‌های تشخیص و درمان طب سنتی ایران و فرآورده‌های مرتبط با آن؛
- نظام پویای آموزشی؛
- تحول راهبردی در پژوهش با هدف نظام نوآوری و مرجعیت علمی.

۲۰-۴. نظام سلامت مقاومتی (مقاوم)

عبارت است از الگوی بومی و علمی برآمده از «فرهنگ انقلابی و اسلامی» و پایبند به «اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی» برای پاسخ‌گویی به «نیازهای پایه سلامت در همه شرایط» و «نیازهای اضطراری در فوریت‌ها و بلایا» به عموم مردم. این الگو ضمن تکیه به استعدادهای سرشار معنوی و مادی و ذخایر و منابع غنی و گوناگون و زیرساخت‌های گسترده، برخوردار از نیروی انسانی متعهد، کارآمد و مصمم و واجد تاب‌آوری و دوام در همه شرایط اعم از جنگ و صلح و بلایا و تحریم و مانند آن است.

مصادیق پایداری در نظام سلامت

پایداری در نظام سلامت مقاومت در برابر هر عنصر، عامل، رخداد یا پدیده‌ای است که موجب تهدید جدی سلامت مردم و جامعه می‌شود. «بلایای طبیعی»، «حوادث غیرمترقبه»، «جنگ»، «تهدیدات و اقدامات تروریستی

و بیوتروریستی»، «طغیان بیماری‌های واگیردار»، «محاصره اقتصادی و تحریم»، «از رده خارج شدن تدریجی یا ناگهانی بخشی از نیروی انسانی سلامت بر اثر حوادث یا حجم کاری طاقت‌فرسا و غیرعادی»، «بیماری‌های نوپدید»، «حوادث و حملات با سلاح‌های شیمیایی، بیولوژیک و هسته‌ای» و مانند آن‌ها از رخدادهای مهم تهدیدکننده سلامت جامعه محسوب می‌شوند. نظام سلامت زمانی پایدار و مقاوم است که برای تمام تهدیدات احتمالی و جدی سلامت جامعه راهبردها و راهکارهای پیش‌بینی، پیشگیری، برنامه‌های ویژه با هدف مانور آمادگی، آموزش اعضای حرفه‌ای و عمومی داشته و از منابع، تجهیزات و امکانات و برنامه‌های مدیریت بحران و دستورالعمل‌های استاندارد مورد نیاز برخوردار باشد.

۵. منتخبی از اصول و ارزش‌های محوری مقاومت‌آفرین در نظام سلامت

نظام مدیریت جامعه براساس آموزه‌های اسلامی مکلف به فراهم کردن شرایط لازم برای آموزش و تربیت نیروهای کارآمد (به‌منظور پاسخ‌گویی به نیاز پزشکی آحاد جامعه در قالب دسترسی به دانش پیشرو، قابل اطمینان و غیروابستگی‌آور و در فضای تربیتی مبتنی بر خدامحوری و اخلاقیات) است. با مراجعه به اسناد راهبردی سلامت و مراجع معتبر اسلامی، فهرستی از ارزش‌ها و اصول محوری مطرح در نظام سلامت کشور جمهوری اسلامی ایران به شرح زیر انتخاب شده است. ۱۱ تفسیر و تبیین این ارزش‌ها و اصول مرهون فرصت‌های دیگر است.

الف. بعضی از اصول

کرامت انسان؛ عدالت؛ ضمانت؛ برائت؛ سودمندی و مفید بودن؛ اعتقاد به شفا و وجود راهکار قطعی برای درمان همه آلام بشری؛ وجوب طلب العلم؛ خیرخواهی (ارائه خدمات و آموزش خیرخواهانه به بیمار، خانواده و جامعه)؛ رقابت سالم؛ لا ضرر و لا ضرار؛ وجوب کفایی حرفه طب؛ تقدم منافع عمومی بر مصالح فردی و گروهی؛ رازداری و...

ب. ارزش‌های محوری

توحیدمحوری و تربیت توحیدی، تعبد و پابندی به مکارم و محاسن اخلاقی و احکام اسلامی؛ امید به امداد خداوند؛ عقلانیت؛ قائل بودن به ارزشمندی ذاتی علم؛ حقیقت‌جویی؛ بصیرت؛ حکمت؛ خلوص نیت؛ هدمندی؛ خلاقیت و نوآوری؛ احترام حقوقی و اخلاقی به آفرینش‌های فکری و علمی و دستاوردهای بشری و استفاده از آن‌ها در خدمت جامعه؛ آزاداندیشی؛ تبادل و تضارب آزاد آرا (جدال احسن)؛ عبرت‌آموزی؛ کمال‌جویی؛ تعاون؛ کار گروهی؛ مشارکت و هم‌گرایی؛ مسئولیت‌پذیری؛ عفت و پاک‌دامنی؛ صبر، پایداری و مقاومت؛ تقوای الهی؛ جهاد (نهایت تلاش برای ارائه صحیح‌ترین، مطمئن‌ترین و منطقی‌ترین خدمات به تناسب نیاز گیرنده خدمات که مستلزم نوآموزی، فراگیری مداوم و پژوهش است)؛ نظم و انضباط؛ کسب مهارت و داشتن حذاقت؛ ادای امانت و امانت‌داری؛ جلب اعتماد و مورد وثوق بودن؛ رفق و مدارا؛ توکل (در مفاهیم مثبت و سازنده)؛ سخاوت علمی؛ تواضع و اجتناب از غرور؛ جهت‌گیری منطقی در وظایف حرفه‌ای؛ پابندی و التزام به انتقال تجربیات سودمند؛ متانت؛ گذشت و بزرگواری؛ انفاق؛ خشوع و تواضع؛ شب‌زنده‌داری؛ راست‌گویی و...

ج. محوریت صبر و پایداری

یکی از ارزش‌های محوری در نظام سلامت، صبر و پایداری و مقاومت در سختی‌ها و بلاها و امور حرفه‌ای است. در فرهنگ دینی، صبر از ارزش‌هایی است که استعانت از آن در سختی‌ها و بلاها توصیه شده است. بعضی از زمینه‌های ایجاد صبر و افزایش تاب‌آوری به این شرح است: [۲۱]

- اعتقاد به خداوند، داشتن ینش توحیدی، توجه به حقانیت وعده الهی و باور به معاد از امهات عوامل و موجبات صبری و پایداری در هر شرایطی به‌ویژه بلایاست. فرهنگ و معارف دین و قرآن مشحون از این معارف و توصیه‌هاست.

- آگاهی از فلسفهٔ حوادث زمینه‌ساز شکیبایی است (سورهٔ کهف/ آیهٔ ۶۸).
 - ارادهٔ قوی و همت عالی از موجبات صبر و بردباری است (سورهٔ آل عمران/ آیهٔ ۱۸۶، سورهٔ لقمان/ آیهٔ ۱۷، سورهٔ شوری/ آیهٔ ۴۳، سورهٔ احقاف/ آیهٔ ۳۵).
 - استغفار از گناهان و جبران اشتباهات زمینه‌ساز صبر و شکیبایی است (سورهٔ توبه/ آیهٔ ۵۵).
 - باور به رستخیز و اعتقاد به معاد و روز جزا از موجبات پایداری در برابر سختی‌هاست (سورهٔ بقره/ آیات ۴۵، ۴۶ و ۲۴۹).
 - امانت‌داری و اهتمام به آن از عوامل صبوری و تاب‌آوری است (سورهٔ معارج/ آیات ۱۹-۳۲).
 - امتحانات الهی در اشکال گوناگون آن موجب توانمندسازی و تاب‌آوری مردم می‌شود و صبر را در ایشان ایجاد می‌کند یا افزایش می‌دهد (سورهٔ بقره/ آیهٔ ۱۵۵، سورهٔ آل عمران/ آیهٔ ۱۸۶، سورهٔ هود/ آیات ۷-۱۱، سورهٔ فرقان/ آیهٔ ۲۰).
 - اختصاص مقدار معین از مال خود به نیازمندان (انفاق) از اسباب صبر در برابر مشکلات و مصیبت‌ها و تکالیف سخت الهی است (سورهٔ معارج/ آیات ۱۹-۲۵).
 - بصیرت و دوراندیشی عامل شکیبایی است (سورهٔ انفال/ آیات ۶۵-۶۶، سورهٔ رعد/ آیات ۱۹-۲۰).
 - تدبیر در سرگذشت پیامبران و دیگر صبوران عالم موجب بردباری و حلم می‌شود. تأمل در زندگی و سیرهٔ پیامبرانی همچون حضرت ایوب (ع)، حضرت موسی (ع)، حضرت یعقوب (ع)، حضرت یوسف (ع) و سایر پیامبران الهی در ایجاد و افزایش صبر مفید و سازنده خواهد بود (سورهٔ ص/ آیات ۴۱-۴۴، سورهٔ غافر/ آیهٔ ۵۵).
 - همچنین خشوع (سورهٔ بقره/ آیهٔ ۴۵)، خردمندی و تعقل (سورهٔ رعد/ آیات ۱۹ و ۲۲)، داشتن خصلت‌های نیک (سورهٔ فصلت/ آیات ۳۴-۳۵، سورهٔ انسان/ آیات ۲۴ و ۲۶)، شب‌زنده‌داری (سورهٔ طه/ آیهٔ ۱۳۰)، نماز و مداومت بر آن (سورهٔ معارج/ آیات ۱۹-۲۳)، وفای به عهد (سورهٔ معارج/ آیات ۱۹-۳۲) یاد خدا (سورهٔ انسان/ آیات ۲۴-۲۵)، یقین به آیات الهی (سورهٔ سجده/ آیهٔ ۲۴) و مانند آن‌ها از موجبات ایجاد یا تقویت صبر، حلم، بردباری و شکیبایی است.
- صبر در فرهنگ قرآنی مراتب مختلف دارد. یکی از عالی‌ترین مراتب و زیباترین نمودهای صبر در بلايا و حوادث روزگار، صبر جمیل است. گاهی صبر آگاهانه و داوطلبانه و تسلیم در برابر رضای خداوند است. صبر جمیل در شرایط و موقعیت‌های مختلف عناوین متفاوتی دارد: صبر در میدان جهاد «شجاعت» است، صبر در دنیا «زهد» است، صبر در برابر گناه «تقوی» است، صبر در برابر شهوت «عفت» است و صبر در برابر مال حرام «ورع» است. باور و توجه به عالمانه و حکیمانه بودن افعال الهی آدمی را به صبر و شکیبایی در حوادث دشوار وادار می‌کند. **فَصَبْرٌ جَمِیلٌ، إِنَّهُ هُوَ الْعَلِیمُ الْحَکِیمُ.**

۶. بعضی از مؤلفه‌های ادبیات پایداری در فرهنگ و معارف بومی

پایداری و مقاومت در تاریخ پرفرازونشیب چند هزارسالهٔ ملت ایران ریشه‌دار و همواره زنده و پویا بوده است. در سال‌های پس از انقلاب اسلامی، انبوهی از آثار ادبی در قالب شعر، ترانه، داستان، نمایش‌نامه، خاطره، فیلم‌نامه، سفرنامه و سایر گونه‌ها و قالب‌های ترکیبی و ابداعی، در سطوح متفاوتی از کیفیت و ارزش هنری با مضامین مقاومت تولید شده است. حتی در آموزش عالی گرایش ادبیات پایداری در مقطع کارشناسی ارشد، ذیل رشتهٔ زبان و ادبیات فارسی ایجاد شده است. [۲۲] با مرور اجمالی مضامین و مؤلفه‌های مهم ادبیات مقاومت، دوازده گزارهٔ ارزشی به شرح زیر انتخاب و توصیف شده است: [۲۳]

۱. در توصیف شکلی، ادبیات انقلاب اسلامی و به‌ویژه ادبیات دفاع مقدس، چه در عرصهٔ شعر و چه در زمینهٔ

- نثر، جریان فراگیر و غالب ادبیات در ایران بوده است.
۲. در تحلیل اجمالی، ادبیات پایداری نفوذ عمیق و اثرگذاری بی‌مانندی بر بن‌مایه‌های گوناگون اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی ملت ایران داشته است.
 ۳. در نگاه نقادانه، از فرصت‌ها، ظرفیت‌ها و قابلیت‌های موجود در کشور به‌منظور رشد، توسعه و ارتقای سطح ادبیات پایداری و به‌تبع آن ادبیات فارسی در داخل و خارج به‌خوبی استفاده نشده است.
 ۴. لایه نخست مفهوم ادب و هنر پایداری، «نه» به واقعیت موجود گفته می‌شود. مقصود از واقعیت موجود، طبیعت و دنیایی است که هنرمند را احاطه کرده و به دلایل متعدد مطلوب او نیست و به آن اعتراض دارد.
 ۵. در لایه دیگر از این مفهوم، متعلق نفی هر نوع انحراف، بی‌عدالتی و آلودگی، اعم از اجتماعی، سیاسی، اخلاقی، مذهبی و... است که هنرمند پیرامون خویش مشاهده می‌کند و آن را برمی‌تابد.
 ۶. در سطح سوم از مفهوم ادبیات مقاومت (حیطه اصلی)، نفی و اعتراض به استبداد داخلی و عوارض آن، یا هجمه و تجاوز خارجی و تبعات آن صورت می‌گیرد.
 ۷. درباب توسعه و شمول، ادبیات مقاومت از نوع ادبیات متعهد و سیاسی است. «شاعر و ادیب سیاسی برمبنای تعهد و براساس درک رسالت و مسئولیت به تولید ادبی می‌پردازد و هیچ نظری به پاداش و تشویق‌های دنیوی ندارد.»
 ۸. در توصیف انقلابی، ادبیات پایداری ادبیات ستیهندگی و عشق است. ادبیات توفنده و پرتلاطمی که آلودگی به یأس و سکون را نمی‌پذیرد و به‌سان روح، پیوسته در کالبد خمود ادبیات هر عصر دمیده می‌شود. درواقع این گونه ادبی در طول تاریخ و در کشاکش تهاجم قدرت‌ها و تدافع جوامع سلطه‌ناپذیر، همواره به‌مثابه ابزار و سلاحی بازدارنده رخ نموده و موجب احیا، تداوم و بقای فرهنگی جوامع مورد هجوم یا تحت سلطه شده است. [۲۴]
 ۹. در مفهوم عام، ادبیات پایداری متعلق نفی و اعتراض به انحرافات است که شاعر در جامعه و محیط خود مشاهده می‌کند. این انحرافات زمینه‌های مختلفی دارند که در یک چشم‌انداز نسبتاً وسیع، انحرافات اخلاقی، تربیتی، سیاسی، اجتماعی، دینی، فکری و... را شامل می‌شوند. [۲۵]
 ۱۰. مؤلفه‌های اصلی ادبیات پایداری در آثار کلاسیک همچون شاهنامه و اشعار ناصر خسرو، خردگرایی و بیگانه‌ستیزی با تکیه بر عنصر زبان و عناصر هویت ملی و اندیشه‌های شیعی است. فردوسی آرایه‌های مقاومت را در قالب نقد خودکامگی (منی)، فزون‌خواهی (آز) و بی‌عدالتی (بیداد) سروده است. در شعر ناصر خسرو مؤلفه مذهب در توصیف مقاومت نقش پررنگ‌تری دارد.
 ۱۱. در ادبیات انقلاب اسلامی، مقاومت از بن‌مایه‌های مفهومی و ارزشی ذیل برخوردار است: [۲۵]
 - ستایش آزادی و نفرت از طاغوت؛ ستایش پیشوا، امام و رهبر نهضت؛ ستایش مبارزان انقلابی و ظلم‌ستیز؛ دعوت به وحدت و پرهیز از تفرقه؛ محکوم کردن نظام استبدادی، عُمال و کارگزاران آن؛ نکوهش ملاء و مُترف و خوی اشرافیت؛ استکبار و استعمارستیزی، و ستایش جهاد و شهادت و مجاهدان و شهیدان و ایثارگران.
 - بهره‌گیری از پشته‌های فرهنگی، اساطیری، حماسی، تاریخی، دینی و میهنی (خاصه تاریخ تشیع مانند واقعه عاشورا، تاریخ ایران، شخصیت‌های صدر اول اسلام نظیر ابودر غفاری، سلمان فارسی و عمار یاسر، شخصیت‌های عاشورایی، و شخصیت‌های انقلابی معاصر مانند میرزا کوچک خان جنگلی، ستارخان، باقرخان و سیدجمال‌الدین اسدآبادی به‌عنوان الگوهای مبارزه).
 - توجه به شخصیت رهبر کبیر انقلاب اسلامی، امام خمینی (ره) به‌عنوان نماد و قهرمان استقامت در برابر ظلم، طاغوت و استکبار و بهره‌گیری از اندیشه‌های متفکران صدر انقلاب به‌ویژه شهید آیت‌الله بهشتی، شهید

مرتضی مطهری (ره)، آیت‌الله طالقانی (ره) و دکتر علی شریعتی (ره).

- بازگشت تدریجی شعر مقاومت به قالب‌های سنتی که به نوعی تجلی شعار بنیادین انقلاب یعنی «بازگشت به خویشتن» در ساحت ادبیات تلقی می‌شود. احیای قالب غزل و ظهور حماسه در آن از نتایج این بازگشت به سنت است.

۱۲. مؤلفه‌های ادبیات مقاومت در دفاع مقدس از بن‌مایه‌های ارزشی و مفهومی نظیر موارد ذیل برخوردار است:

- در سال‌های نخستین جنگ، تحقیر و نکوهش دشمن متجاوز، تحریض مردم به حضور در جبهه‌ها، استقامت در برابر مصائب و ویرانی‌های جنگ، تلاش برای بیرون راندن دشمن، ذکر سلحشوری‌ها و ستایش رزمندگان و از همه مهم‌تر ارزش شهید و شهادت‌طلبی که وجه تمایز ادبیات دفاع مقدس با ادبیات جنگ در جهان تلقی می‌شود.
- در طول جنگ، بعد از گذار از دوران سخت اولیه و شروع فتوحات رزمندگان در جبهه‌ها، توصیف فتوحات، شرح مشکلات جنگ‌زدگان مهاجر، نکوهش بی‌دردی و عافیت‌طلبی، سرزنش زران‌دوزی و سوءاستفاده از شرایط تحریم اقتصادی، توصیف مسائل و مشکلات خانواده‌های شهدا و ایثارگران، تأمل در وجوه اخلاقی عرفانی جنگ و رزمندگان در کنار شجاعت و دلاوری‌هایشان به وجه غالب آرایه‌های ادبیات مقاومت تبدیل شد.
- پس از پایان جنگ، رحلت رهبر انقلاب، پیر و مراد رزمندگان، امام خمینی (ره) و تأکید بر آرمان‌های این پیشوای الهی، فصلی از موضوعات جدید را وارد ادبیات دفاع مقدس کرد. بازگشت آزادگان به کشور با کوله‌باری از خاطرات تلخ و شیرین، پایداری اسیران آزاده‌ای که در چنگال دژخیمان دشمن تمام شکنجه‌ها و فشارها و رنج‌ها را با تکیه بر ایمان انقلابی خویش تاب آورده بودند، سازندگی و ترمیم ویرانی‌های فراوان جنگ در همهٔ عرصه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، دغدغه و نگرانی از فراموش شدن ارزش‌های دفاع مقدس و آرمان شهیدان، نوستالژی جبهه و حسرت بازماندن از قافلهٔ شهیدان، مشکلات و رنج‌های جانبازان و خانواده‌های ایشان، اشرافیت، تجمل‌گرایی و سوءاستفاده از نام شهدا، هزینه کردن سرمایهٔ معنوی جهاد برای رسیدن به منافع مادی و دنیوی، بازگشت پیکر شهیدان و مسائل مربوط به مفقودین و شهدای گمنام و بازتاب آن در جامعه و... از مهم‌ترین درون‌مایه‌های ادبیات دفاع مقدس پس از پایان جنگ تحمیلی به حساب می‌آید.

۷. نماد مقاومت در نظام سلامت (تحلیل حضور همه‌جانبه، مستقل، عزتمند، علاج‌جویانه و قدرتمند جامعهٔ پزشکی در جنگ تحمیلی و دوران دفاع مقدس)

در دوران هشت سال دفاع مقدس، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و سرمایهٔ انسانی بخش سلامت کشور کارنامه‌ای درخشان و بی‌نظیر از خود برجای گذاشتند که الگو و چراغ راه آیندگان خواهد بود. از مهم‌ترین مؤلفه‌های آن تداوم خدمات و مراقبت‌های سلامت به آحاد و قشرهای ملت، خاصه محرومان و مستضعفان، بود. در الگوی مقاومت، ضرورت‌های غیرمترقبه، تحمیل‌شده یا پیش‌بینی‌نشده نظام سلامت را از رسالت اصلی و اساسی خود باز نخواهد داشت. این رسالت که همانا تداوم خدمات اساسی مفید و بایسته و شایسته به مردم و کل جامعه است، همهٔ مؤلفه‌های ذاتی خود را در بحران‌ها و بلایا باید حفظ کند. تلاش برای اجرای عدالت و رفع نابرابری‌ها در برخورداری از خدمات اساسی سلامت، ارزشی‌ترین و محوری‌ترین مؤلفهٔ حاکم بر این نظام مفید و ضروری، در آن ایام دشوار و پرحادثه بوده است. عدالت‌محوری در هیچ شرایطی نباید فراموش گردد و نظام سلامت در سخت‌ترین بحران‌ها و بلایا نیز نباید از شاهراه عدالت خارج شود.

تلاش همه‌جانبه برای ارتقای سلامت و بهبود همهٔ شاخص‌های سلامت نشان پایمردی و مقاومت صحنه‌گردانان

ایام دفاع مقدس بوده است. این تلاش از مؤلفه‌های بنیادین مقاومت و نماد موفقیت و پیروزی است و آهنگ رشد آن هرگز و در هیچ شرایطی نباید متوقف یا گند شود.

سلامت محوری و اولویت دادن به فعالیت‌ها و برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌ها، از عناصر راهبردی و کلیدی بوده که تلاش‌ها و سایر برنامه‌ها را با موفقیت قرین ساخته است. اهتمام به آموزش عمومی و ارتقای دانش سلامت مردم و جامعه نیز از راهبردهای موفق و درخشان آن ایام محسوب می‌شود. همه این امور در شرایطی به دست آمده که بار عظیم نیازهای سلامت و درمان جنگ و جبهه‌ها نیز بر دوش نظام سلامت سنگینی می‌کرده است. شرایط آتی هرچند دشوار و سنگین باشد، با الهام از الگوی دوران جنگ تحمیلی اقتضای آفرین، دشمن‌شکن و تضمین‌کننده سلامت همه‌جانبه ملت ایران خواهد بود.

در بحبوحه حوادث بزرگ، مصائب عظیم و نیازهای روزافزون، حضور مسئولانه و ارزش‌محور در همه صحنه‌ها راهگشا بوده است؛ حضوری که همواره الهام‌بخش سرمایه‌های انسانی و تخصصی آتی سلامت کشور خواهد بود و روزه‌روز افزایش خواهد یافت. به تعبیر مقام معظم رهبری، خدمات کارکنان بهداشت و درمان در دوران دفاع مقدس، درحقیقت مجاهدت و جهاد در راه خدا و مبارزه با دشمنان خدا بود. حضور عزتمند و قدرتمند حرفه‌مندان سلامت در دفاع مقدس، در تداوم خدمات تاریخی قبلی به ملت ایران، حضوری حماسی، آرمانی، ارزشی، تاریخ‌ساز، فرهنگ‌ساز و تمدن‌ساز بوده است و برای همه نسل‌های بعدی الگو و الهام‌بخش خواهد بود. والاترین دستاوردهای حضور مسئولانه و آگاهانه و داوطلبانه اصحاب سلامت، شکوفایی اخلاق پزشکی و معنویات در بخش سلامت بوده است. تجارب ارزنده این مقطع نورانی، مشعل هدایت و الهام‌بخش همه نسل‌های بعدی خواهد بود. دستاوردهایی که پشتوانه تداوم و ارتقای خدمات خادسندانه و انسان‌دوستانه نیروهای انسانی سلامت در ادوار و اعصار بعدی و مرجع و الگو برای نظام‌های سلامت در دنیا خواهد بود. [۲۶]

بعضی از شاخص‌ها و مؤلفه‌های مقاومت و دستاوردهای دوران تاریخ‌ساز و فرهنگ‌ساز هشت سال دفاع مقدس:

- ارتقای تمام شاخص‌های سلامت ملت ایران با روندی بسیار سریع که به تأیید مراجع بین‌المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت رسیده است. به‌طور معمول احتمال می‌رفت به دلیل تحمیل جنگ و آفات و تبعات آن، این شاخص‌ها با افت وحشتناکی روبه‌رو شود؛ اما با ابتکارات جهادگونه و طرح‌های انقلابی و نقش‌آفرینی مسئولان خدمت و پرتلاش وقت، عظیم‌ترین دستاوردهای ممکن نصیب مردم انقلابی و مقاوم ایران شد.
- تلفات و تهدیدات سلامتی مردم غیرنظامی، به‌ویژه میلیون‌ها پناه‌جوی آواره جنگی، در جنگ تحمیلی مشاهده و گزارش نشد. اپیدمی‌های مرگ‌باری که در همه جنگ‌های بزرگ قبلی، تلفات غیرنظامی چندین برابری نسبت به تلفات نظامی به مردم وارد کرده بود، در دوران دفاع مقدس به کلی اتفاق نیفتاد. این معجزه بهداشتی در پرتو فعالیت‌های خالصانه، ایثارگرانه و داوطلبانه نیروهای بهداشتی در طول جنگ به دست آمد.
- شبکه بهداشت و درمان کشور در دوران دفاع مقدس پایه‌گذاری شد و با رویکرد محرومیت‌زدایی و برقراری عدالت در سلامت، خدمات اولیه بهداشتی را برای عموم مردم ایران، اعم از روستایی و شهری، فراهم کرد. سطح واکسیناسیون عمومی در دوران جنگ تحمیلی به نزدیک ۱۰۰ درصد بالغ شد.
- خدمات نظام سلامت به عموم مردم، به‌ویژه در اورژانس‌ها و فوریت‌ها، تحت تأثیر شرایط جنگی هرگز متوقف نشد و دائماً از نظر کمی و کیفی افزایش یافت.
- تمام شاخص‌های نیروی انسانی سلامت با سرعت ارتقا یافت. برای تحقق این مهم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی در همه استان‌ها تأسیس شد.
- در تمام لحظات جنگ تحمیلی طولانی، خدمات سلامت به رزمندگان و آسیب‌دیدگان جنگی ارائه شد و دائماً رو به افزایش بود (در فصول مختلف درسنامه به این خدمات اشاره شده است).

- قانون مترقی آموزش مداوم جامعه پزشکی از مصوبات پرافتخار قوه مقننه در دوران دفاع مقدس است که با اهتمام عمومی مسئولان نظام آموزشی کشور در همان زمان اجرایی و عملیاتی شد و به عموم نیروی سلامت تسری یافت و دستاوردهای عظیم خود را در دوران سازندگی به دست آورد.
 - سخت‌ترین محاصره اقتصادی و سنگین‌ترین فشارهای ناشی از تحریم‌های ضد انسانی و جنایتکارانه استکبار جهانی علیه ملت دلاور ایران در دوران جنگ تحمیلی اتفاق افتاد. فشار این تحریم‌ها به نظام سلامت بیش از سایر عرصه‌ها بود. همه این توطئه‌های ضد انسانی دشمنان دون‌مايه در پرتو مقاومت جانانه و سلحشورانه اصحاب سلامت ملت ایران درهم شکسته شد و کارنامه درخشانی از عزت و افتخار و خدمت و سربلندی حاصل گردید.
 - اخلاق و معنویات سلامت در دفاع مقدس به گونه‌ای شکوفا شد که برای همیشه الهام‌بخش نسل‌های بعدی خواهد بود.
 - شجاع‌ترین، داناترین، تواناترین، اخلاق‌مدارترین، حاضرترین، پرکارترین و ایثارگرترین نیروی انسانی در تاریخ سلامت ملت ما و همه ملل عالم، صحیفه و صحنه‌های دفاع مقدس را با حضور و تلاش خود به زینت علم و عمل و اخلاق و معنویت آراستند و حرفه‌مندی با این ویژگی‌ها را به نظام سلامت و ملت شریف ایران تقدیم کردند. نسل‌های بعدی بی‌تردید شجاع‌تر، آماده‌تر، ورزیده‌تر و با ابتکارات و دستاوردهای بیشتر در همه صحنه‌ها حاضر خواهند بود.
- درمجموع شیوه مدیریت و دستاوردهای نظام سلامت در دوران دفاع مقدس الگوی بسیار خوب و بی‌نهایت معتبری برای مقاومت در نظام سلامت خواهد بود. [۲۶]

۸. اقتدار علمی، خودکفایی و نفی وابستگی:

پیام نورانی صحنه‌گردانان سلامت در دفاع مقدس در زمان حاضر و همه نسل‌های آینده حضور جامعه سلامت به خصوص دانشگاهیان اعم از استادان، دانشجویان و کارکنان، در جنگ تحمیلی همه‌جانبه، داوطلبانه، نظام‌مند، آگاهانه، مدبرانه، مستمر، دارای آهنگ رشد و بالندگی و در یک کلام مقتدرانه بوده است. حرکت اقتدارآفرین علمی و رویکرد مجاهدت‌آمیز به کار و تلاش علمی در حوزه سلامت، ریشه در حضور فراگیر دانشگاهیان در جنگ تحمیلی دارد. این حرکت سرنوشت‌ساز در شرایط بعد از جنگ همواره رو به افزایش بوده است و در شرایط آینده نیز از راهبردهای اصلی مقاومت و سرآمدی و سربلندی خواهد بود. علی‌رغم کمبودها و وابستگی‌های قبلی، با ابتکار عمل، درک صحیح از شرایط حساس، حضور در صحنه‌ها، اعتمادبه‌نفس ملی، ابتکار و خلاقیت و کشف توانمندی‌های عظیم نیروی انسانی، نیازهای گسترده ناشی از جنگ تحمیلی با مناسب‌ترین شیوه علمی و مقتدرانه مدیریت و کارنامه‌ای بی‌نظیر و بی‌بدیل ثبت شده است. همه ارکان علمی و تخصصی و همه شاخص‌های نیروی انسانی در هشت سال دفاع مقدس رشد و شکوفایی افتخارآمیز داشته است. بعضی مؤلفه‌های اقتدار علمی این حضور به این شرح است:

الف. کلیات

- ایستادگی و مقاومت نتیجه ایمان و ارتباط با خداوند تبارک و تعالی و خودسازی معنوی است.
- فرموده مولای متقین امیر مؤمنان علی (ع): «الْعِلْمُ سُلْطَانٌ مَنْ وَجَدَهُ صَالٍ بِهِ وَ مَنْ لَمْ يَجِدْهُ صَالٍ عَلَيْهِ» که در جنگ تحمیلی در حوزه سلامت جلوه‌گری تام و تمام داشته است، الگو و شعار و آرمان نظام سلامت مقاومتی خواهد بود.
- قطعیت نصرت الهی درصورت ایستادگی در میادین حق (و صادقانه عمل کردن، اصیل بودن و درست

بودن شیوه پایداری و مقاومت، حق دانستن جریان مقاومت) و اعتقاد راسخ به پیروزی، به عنوان نتیجه محتوم مقاومت، از مؤلفه‌های نظریه مقاومت در انقلاب اسلامی است.

- تداوم و پایداری، بصیرت، ایمان و دین‌داری، عقلانیت و تدبیر و شکر نعمت‌های الهی از الزامات مقاومت است.
- شهیدان راه حق و فضیلت و در رأس آن‌ها سرور و سالار شهیدان، حضرت اباعبدالله الحسین (ع) و اصحاب و خاندان بزرگوارشان و در دوران معاصر شهیدان، جانبازان، آزادگان، رزمندگان و سایر صحنه‌گردانان دفاع مقدس الگوها، نشانه‌ها و مظاهر مقاومت هستند.
- علم درون‌زا عزت و اقتدار می‌آفریند و زیربنای اقتدار آینده ملت ایران مرهون اقتدار علمی است.
- التزام به مبانی علمی شناخته‌شده زمان با راهبری استادان برجسته دانشگاهی، کلیدی و سرنوشت‌ساز است.
- آینده‌نگری و آینده‌نگاری وجه مسلم و قطعی حرکت بلندمدت علمی نظام سلامت خواهد بود.
- فتح و پیروزی، احیا شدن و به فعلیت درآمدن نیروی عظیم درونی ملت، پیشرفت در علم و فناوری، توسعه عظیم و پایدار ملی از جمله ثمرات تاب‌آوری و مقاومت و پایداری است.

ب. مصادیق

- انتخاب الگوی جهادی و رویکرد جهاد علمی توسط نقش‌آفرینان علمی دفاع مقدس با دقت رعایت شد.
- جهت‌گیری حرکت مقتدرانه علمی پاسخ‌گویی به نیازهای مبرم ناشی از شرایط جنگی و نیازهای مهم آینده در کوتاه‌مدت و میان‌مدت بوده است.
- تدوین دستورالعمل‌های سطح‌بندی‌شده مبتنی بر شواهد، آموزش، ترویج و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها که در تمام سطوح زنجیره امداد و درمان، از خطوط مقدم تا بیمارستان‌های تخصصی، رعایت می‌شد.
- التزام به رعایت موازین اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای در تمام حالات و وظایف به شدت مراقبت می‌شد.
- تحلیل عملکرد و نقد تجارب پس از هر مرحله از جنگ و بعد از هر عملیات مهم انجام و با شناسایی قوت‌ها، ضعف‌ها، کمبودها و نارسایی‌ها، امکان پیش‌بینی نیازها و احتمالات آتی و بازنگری سریع برای حفظ و ارتقای آمادگی برای شرایط قابل پیش‌بینی یا غیرمترقبه بعدی فراهم می‌شد.
- نقد علمی عملکرد در کنفرانس‌ها و نشست‌های علمی صورت می‌گرفت و تدابیر کارآمد برای حفظ و تقویت آمادگی‌های حرفه‌ای اتخاذ می‌شد.
- تدبیر آماده‌باش دائمی در قالب تیم‌های اضطراری سازمان‌دهی‌شده جبهه‌ها نهادینه و به قطب‌های بزرگ دانشگاهی کشور تعمیم یافت.
- شناسایی اولویت‌ها، ظرفیت‌های بالقوه، روندها، تحولات و رخدادهای پیش‌ران علم و فناوری زمان توسط دانشمندان صحنه‌گردان آن دوران انجام می‌شد و تدابیر هوشمندانه برای استفاده از بالاترین سطح علم و فناوری در خدمت بهداشت و درمان جنگ اتخاذ می‌گردید.
- قوانین ضروری برای حمایت از فعالیت‌های علم و فناوری و بهداشت و درمان در خدمت دفاع مقدس تصویب، ابلاغ و اجرا می‌شد.
- با درک عمیق از شرایط تحریم و محدودیت‌های نظام اقتصاد جنگی، تدابیر مقاومتی هوشمندانه و به‌هنگام برای تأمین منابع مالی (دولتی و خصوصی) برای تداوم خدمات و درعین حال توسعه علمی اقتداربخش انجام می‌شد.

رشد و توسعه اکثر دانش‌های موصوف در ایران، امنیت و قدرت جمهوری اسلامی ایران را در منطقه افزایش داده است. تداوم پیشرفت در همه زمینه‌ها، به‌ویژه مقوله حیات‌ی سلامت، نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران و مردم شریف و دلاور را به مقاوم‌ترین و سربلندترین ملل عالم تبدیل خواهد کرد. در عرصه سلامت نیز شجاع‌ترین، داناترین، ماهرترین، حاضرترین و هوشمندترین نیروی انسانی از سلامت آحاد ملت و ارتقای مستمر آن دفاع خواهند کرد.

۹. تحلیل ارزشی، اخلاقی، حرفه‌ای، فرهنگی و معنوی حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس

دفاع مقدس گنجینه گرانها و خزانه معنوی عظیمی است که از آن استفاده کافی و شایان نکرده‌ایم. دریغ است که فراموش گردد و حیف است که این میراث بی‌نظیر به نسل‌های بعد منتقل نگردد. آثار و ویژگی‌های دفاع مقدس در هیچ جنگ دیگر، قبل و بعد از جنگ تحمیلی، مشاهده و یافت نشده است. الگوها و اسوه‌های درس‌آموز و وقایع عبرت‌آموز دوران جنگ کیمیاست.

بعد از مشتعل شدن نایره جنگ، داوطلبان جامعه سلامت، اعم از پزشکان، متخصصان، پرستاران و دیگر رده‌ها، به یاری آسیب‌دیدگان شتافتند و در میدان‌های سرشار از خطر و مضان شهادت و جراحت حضور یافتند. فضای معنوی آن روزهای کشور چنان چتری از معنویت مشحون از شرافت و انسان‌دوستی و ایثار را گسترانده بود که خیل عظیم نیروهای سلامت با دست شستن از سلامت و مصلحت و جان خود در صحنه‌های خطرناک امدادسانی و نجات حاضر می‌شدند. آنجا میقات عاشقان بود؛ همان‌طور که حج میقات خداجویان و بندگان فانی در بقای حق است و به‌جز خداوند تبارک و تعالی و عید بودن در پیشگاه حضرتش و تجلی عشق ازل به محبوب ازل و ابد، چیزی در میان نیست. در میقات جبهه‌ها نیز حال‌وهوا آن‌چنان بود؛ این حاضران و شاهدان میدان عاشقی نه تنها از بار سنگین‌ترین مسئولیت‌ها در خطرترین عرصه‌ها شانه خالی نمی‌کردند، بلکه سر از پا نمی‌شناختند و از جان و دل و همه هستی و توان و تخصص‌شان مایه می‌گذاشتند. امام راحل (ره) می‌فرمایند: «کسی که فقط برای رضای خدا به جهاد رفته است و سر در طبق اخلاص و بندگی نهاده است، حوادث زمان به جاودانگی و بقا و جایگاه رفیع آن لطمه‌ای وارد نمی‌سازد و ما برای درک کامل ارزش و راه شهیدان فاصله طولانی را باید بپیماییم و در گذر زمان و تاریخ انقلاب و آیندگان آن را جست‌وجو نمائیم. مسلماً خون شهیدان، انقلاب و اسلام را بیمه کرده است. خون شهیدان برای ابد درس مقاومت به جهانیان داده است و خدا می‌داند که راه و رسم شهادت کورشدنی نیست و این ملت‌ها و آیندگان هستند که به راه شهیدان اقتدا خواهند نمود و همین تربت پاک شهیدان است که تا قیامت مزار عاشقان و عارفان و دل‌سوختگان و دارالشفای آزادگان خواهد بود. خوشا به حال آنان که با شهادت رفتند! خوشا به حال آنان که در این قافله نور جان و سر باختند! خوشا به حال آن‌هایی که این گوهرها را در دامن خود پروراندند! خداوند، این دفتر و کتاب شهادت را همچنان به روی مشتاقان باز، و ما را هم از وصول به آن محروم مکن. خداوند، کشور ما و ملت ما هنوز در آغاز راه مبارزه‌اند و نیازمند به مشعل شهادت، تو خود این چراغ پرفروغ را حافظ و نگهبان باش. خوشا به حال شما ملت! خوشا به حال شما زنان و مردان! خوشا به حال جانبازان و اسرا و مقودین و خانواده‌های معظم شهدا! ... بدا به حال آنانی که در این قافله نبودند! بدا به حال آن‌هایی که از کنار این معرکه بزرگ جنگ و شهادت و امتحان عظیم الهی تا به حال ساکت و بی‌تفاوت و یا انتقادکننده و پرخاشگر گذشتند! ... آری، دیروز روز امتحان الهی بود که گذشت و فردا امتحان دیگری است که پیش می‌آید و همه ما نیز روز محاسبه بزرگ‌تری را در پیش‌رو داریم.»

بعضی از پیام‌های ارزشی، معنوی، فرهنگی و اخلاقی امام راحل (ره) درباب مقاومت به این شرح است:

- دستیابی به اهداف و آرمان‌های نظام جمهوری اسلامی مستلزم مبارزه علمی و عملی بزرگی است که لازمه‌اش

- ارتقای اخلاقی و اعتقادی و علمی و هنری جوانان تا مرز رسیدن به بهترین ارزش‌ها و نوآوری‌هاست.
- روح استقلال و خودکفایی را زنده نگه دارید و از رشد روحیه پیروی و تقلید و وابستگی در ضمیر جوانان بهرہیزید.
- به هویت انسانی خود توجه و تأکید کنید و روح توانایی و راه و رسم استقلال را پابرجا نگه دارید.
- در مسیر ارزش‌ها و معنویات از وجود روحانیت و علمای متعهد اسلام استفاده کنید و هیچ‌گاه و در هیچ شرایطی خود را بی‌نیاز از هدایت و همکاری آنان ندانید.
- مسئولیت‌پذیری در کشوری که با محاصره‌ها و مشکلات اقتصادی، سیاسی و نظامی مواجه است، کار مشکلی است.
- نگذارید انقلاب به دست ناهلان و نامحرمان بیفتد. نگذارید پیش‌کسوتان شهادت و خون در پیچ‌وخم زندگی روزمره خود به فراموشی سپرده شوند.
- هنوز دشمن از شرارت‌ها دست برنداشته است و چه بسا با بهانه‌جویی‌ها به همان شیوه‌های تجاوزگرانه خود ادامه دهد. ما باید برای دفع تجاوز احتمالی دشمن آماده و مهیا باشیم و ملت هم نباید فعلاً مسئله را تمام‌شده بداند.
- فرهنگ دانشگاه‌ها و مراکز غیرحوزه‌ای به‌صورتی است که با تجربه و لمس واقعیت‌ها بیشتر عادت کرده است تا فرهنگ نظری و فلسفی. باید با تلفیق این دو فرهنگ و کم کردن فاصله‌ها، حوزه و دانشگاه درهم ذوب شوند تا میدان برای گسترش و بسط معارف اسلام وسیع‌تر گردد.
- حمایت از محرومین و پابرهنگان اصلی است که هر کسی از آن عدول کند، از عدالت اجتماعی اسلام روی برتافته است. ما باید در هر شرایطی خود را عهده‌دار این مسئولیت بزرگ بدانیم و در تحقق آن کوتاهی نورزیم؛ در غیر این صورت، به اسلام و مسلمین خیانت کرده‌ایم.

۱۰. ویژگی برجسته ارزشی، علمی، اخلاقی و معنوی حاکم بر نظام سلامت با الهام از آرمان‌های انقلاب و اسناد راهبردی

- تربیت توحیدی، باور به فطرت الهی انسان، حکیمانه و هدفمند دانستن خلقت انسان، موضع معرفت‌شناختی واقع‌بینانه و توجه به همهٔ ساحات وجودی انسان (اعتقادی اخلاقی، زیستی بدنی، اجتماعی سیاسی، زیبایی‌شناختی هنری، اقتصادی حرفه‌ای و علمی فناوری) و همهٔ ابعاد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) و تجلی انگیزه‌های خدایی در محور انگیرشی و در همهٔ سطوح سرمایهٔ انسانی؛
- استقلال و خودکفایی، نفی هر نوع وابستگی و سرآمد و مرجع (واجد موقعیت مرجعیت علمی در سلامت؛ تقدم مصالح عمومی سلامت جامعه بر منافع فردی و گروهی؛
- رعایت کرامت انسان، ضوابط اخلاقی، حقوقی و فقهی اسلام در مواجهات انسانی و تعاملات حرفه‌ای؛
- رعایت عدالت در تمام شئون و مقدرات نظام سلامت؛
- تقویت خلاقیت، نوآوری، آفرینش‌های فکری و علمی، آزاداندیشی و خطرپذیری در برنامه‌های توسعه و پیشرفت؛
- التزام همیشگی به حمایت از مسلمانان آزادهٔ جهان و محرومان و مستضعفان؛
- برخورداری از مسئولانی متعهد، دلسوز و صادق که عزت و اعتبار خود را در مسیر مصلحت جامعهٔ اسلامی

- و مسلمین فدا می‌کنند و برای مصالح جامعه از مصلحت خود می‌گذرند و با خدا معامله می‌کنند. راحتی و آسایش خود را مقدم بر رضایت خدا و راحتی مردم نمی‌دارند.
- برخوردار از ساختار جامع و سرآمد تحقیقاتی، پشتیبان همه ابعاد (پژوهش در نظام‌های ارائه خدمات و مراقبت‌ها، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، علوم پایه، اپیدمیولوژی، بالینی و...);
- واجد نظام اقتصاد مقاومتی سلامت اعم از مطالعات، بودجه‌ریزی برنامه‌ای، رصد نحوه هزینه کرد و عملکرد بودجه، یارانه‌ها، درآمدها، سرمایه‌گذاری‌ها، نظام‌های بیمه‌ای فراگیر و...;
- برخوردار از شبکه جامع ارتباطی، بانک اطلاعات علمی فراگیر، روزآمد، امن و سطح‌بندی‌شده;
- دارای بازوی قوی، فراگیر و بالنده و متعالی حمایت مردمی و سازوکار مردم‌نهاد;
- واجد فرهنگ هم‌افزای مشورت و مشاوره، اعم از برخوردار از مشاوره درون و برون‌بخشی و ارائه مشاوره سلامتی;
- واجد رکن اصلی و راهبردی فرهنگ‌سازی سلامت با رویکرد ترویج سبک زندگی سالم و الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت در حوزه سلامت، اصلاح رفتارها و باورها و مهارت‌های ناسالم;
- دارای رکن اصلی و بنیادین آموزش عمومی سلامت برای خدمات ارتقادهنده سواد سلامت به مردم هشیار، صبور و مقاوم;
- برخوردار از نظام معتبر رصد کلان سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای (آمایشی).

۱۱. نظام سلامت مقاومتی: ارائه الگوی عملیاتی شایسته برای نظام سلامت آینده ملت ایران

سلامت رکن توسعه پایدار ملی و عنصر مورد نیاز دائمی همه آحاد ملت در سراسر عمر و در هر شرایطی و در تمام ساحات وجودی است. نظام متولی سلامت باید از ویژگی‌هایی برخوردار باشد که تحت هیچ شرایطی متزلزل نگردد و به خدمات خود ادامه دهد. همه نیازهای اضافی ناشی از حوادث روزگار، اعم از بحران‌ها و حوادث غیرمترقبه طبیعی، جنگ و تهدیدات تروریستی و سایر حوادث معلول دست بشر، باید پیش‌بینی و با پاسخ مناسب و به‌هنگام کنترل شود. ضمن اینکه در زمان کنترل این حوادث، خدمات پایه ادامه یابد و از روند معمول و مورد انتظار رشد و تعالی نیز برخوردار باشد. این شرایط یک بار در دفاع مقدس و ده‌ها بار در حوادث و بلایا تجربه شده است.

۱۲. مؤلفه‌های الگوی شایسته مقاومت برای نظام سلامت آینده، با الهام از الگوی دوران دفاع مقدس

۱. نظام‌وارگی (برخوردار از زیرنظام های علمی، قانونی، پژوهشی و مبتنی بر مطالعات دقیق);
۲. دارای ساختار سازمانی ادغام‌یافته در جمیع ابعاد و زیرنظام‌ها (نظام شبکه خدمات بهداشتی درمانی و ارجاع);
۳. دارای نظام ارزشی و اخلاقی مبتنی بر آموزه‌های دین مبین اسلام و برگرفته از پیشینه درخشان تاریخی و تمدنی;
۴. دارای نظام فرهنگی پویا، پاسخ‌گو، متعالی و مقاوم (با رعایت مفاد بند ۳);
۵. دارای نظام اقتصاد سلامت مقاومتی (دانش‌بنیان، درون‌زا، برون‌گرا، خالق ثروت و قدرت، بیمه فراگیر سلامت و...);

۶. دارای نظام سیاست‌گذاری راهبردی مبتنی بر دانش و خرد؛
۷. دارای نظام مدیریتی علمی، شایسته‌سالار و مقاومتی؛
۸. دارای نظام آموزشی پاسخ‌گو (به نیازهای جامعه)، سرآمد در منطقه و جهان اسلام و الگو و الهام‌بخش (در سطوح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی)؛
۹. برخوردار از نظام پژوهش و نوآوری پویا، مبتنی بر استعداد و تلاش و در خدمت نیازهای نظام سلامت و مردم؛
۱۰. برخوردار از سرمایه‌انسانی شایسته، مجرب، مبتکر، مسئول، پاسخ‌گو و دائماً درحال بالندگی و تعالی؛
۱۱. برخوردار از نظام دارویی سرآمد ژنریک، خودکفا، تأمین‌کننده همه نیازهای پایه و اختصاصی کشور و نظام تجهیزات و فناوری سلامت استاندارد، خودکفا، کیفی و برتر، خالق ثروت و اعتبار (با رویکرد تبدیل منابع پایه به محصولات دانش‌بنیان)؛
۱۲. برخوردار از نظام دیپلماسی مستقل، مقتدر، حافظ منافع ملی، مبتکر و پویا و برحسب اولویت‌های ملی نظام جمهوری اسلامی ایران؛
۱۳. برخوردار از نظام مدیریت بحران (روزآمد، سرآمد، همیشه‌آماده، مجهز، چابک و مبتنی بر شواهد)؛
۱۴. واجد طب نظامی و نظام بهداری رمزی مقتدر، سرآمد، همیشه‌آماده و سرآمد سایر ابعاد طب و سلامت؛
۱۵. دارای نظام آموزش مداوم تمام کارکنان اعم از مدیران، درمانگران، کارمندان و پرسنل پشتیبانی؛
۱۶. دارای نظام آموزش عمومی پویا، آسان، روان و فراگیر و متناسب با نیاز مخاطبان در گروه‌های مختلف جامعه؛
۱۷. برخوردار از نظام رصد کلان جامع، پیشنهاددهنده، علاج‌جو، به‌روزرسان و رشدآفرین؛
۱۸. واجد راهبرد تعاون برپایه نیکوکاری و تقوی و رویکردهای میان‌بخشی و فرابخشی؛
۱۹. تولیدکننده دانش مفید و فناوری ضروری سلامت در طراز رقابت‌پذیر با عالی‌ترین مراتب جهانی، توسعه، انتشار و به اشتراک‌گذاری دانش و فناوری تولیدشده؛
۲۰. ارتقای هم‌افزای فرهنگ سلامت و هنجارها و فرهنگ عمومی و ایفای نقش در مرتبه رکن اصلی فرهنگی جامعه؛

۱۳. تحلیل ارزشی، اخلاقی، حرفه‌ای، فرهنگی و معنوی حضور همه‌جانبه جامعه سلامت در همه‌گیری کوید-۱۹

در اسفند ماه ۱۳۹۸، پاندمی ویروس منحوس کرونا جهان را درنوردید و جامعه عزیزمان نیز از این بلای بزرگ عالمگیر رنج فراوان برد. نظام سلامت کشورمان با کوله‌باری از تجربیات عظیم دفاع مقدس و بلاای متعدد طبیعی و حوادث اجتماعی، با آزمون‌های بزرگ و تاریخی مواجه شد. از همان ابتدا، جامعه سرفراز سلامت با تمام وجود وارد میدانی بسیار خطیر و دشوار شد. با گسترش فاجعه و افزایش ابعاد خطر، فداکاری‌های مدافعان حریم سلامت ملت ایران نیز فزونی یافت. فرشتگان نجات چتری از سلامت را در اقصی‌نقاط کشور، از خانه‌های بهداشتی روستاها، همه مراکز شبکه بهداشتی و درمانی تا بیمارستان‌های تخصصی، گشودند و آسمان علم و ایمان و خدمت‌گزاری را هر لحظه نورباران کردند. زیباترین تجلیات انسانی ظهور و بروز نمود. پس از حضور ارزش‌آفرین و الهام‌بخش جامعه سلامت در دفاع مقدس، عظیم‌ترین تجربه ارزش‌آفرین و تاریخ‌ساز فرزندان سلامت ملت در این آزمون بزرگ الهی رقم خورد.

هر روز اخبار ناگوار شهادت عزیزانی در خط مقدم مبارزه با این پاندمی ویرانگر ملت قدرشناسمان را در

سوک قهرمانان افتخارآفرین ملی عزادار نمود. میراث‌داران دفاع مقدس با کوله‌بار مقاومت و با برگیری از غیرت اسلامی و افتخارات ایرانی خود، از مرارت‌ها، خستگی‌های طاقت‌فرسا و شرایط دشوار عبور نمودند و با پابندی به قسم مقدسی که یاد کرده‌اند و عشق به هم‌وطنان، لحظه به لحظه از حریم سلامت مردم عزیز و بزرگوار و مقاوممان دفاع کردند. رهبر معظم و قدرشناس انقلاب عظمت این حضور پرافتخار را چنین توصیف فرمودند: «... ملت ایران در این آزمون کرونا خوش درخشیدند؛ اوج این افتخار ملی متعلق است به مجموعهٔ درمانی کشور. این خاطرات جامعهٔ پزشکی در حافظه ملت به‌خوبی به‌یادگار خواهد ماند...»

با گرامی‌داشت نام و یاد و خاطرات افتخارآفرین و خدمات خالصانه و شهادت مظلومانهٔ سلالهٔ شهیدان سلامت و ادای احترام به ساحت قدسی آن عزیزان خدایی و با کلامی نورانی از رهبری الهی این کتاب را به این سرمنزل می‌رسانیم و به همهٔ عزیزان سفارش می‌کنیم که در تلاش‌های آینده در دفاع از قهرمانان مظلوم ملی و ارزش‌های گران‌بار به‌دست‌آمده هرگز قلم را بر زمین نگذارند و این رود خروشان پرجوشش را در طول زمان همراهی نمایند: «... میدان مجاهدت در عرصه‌های گوناگون همچنان گشوده است و قلّهٔ جهاد شهادت است، تکریم شهیدان و تعظیم در برابر خانواده‌های صبور آنان، واجب بزرگ امروز و همیشهٔ ماست ...» والسلام

این فصل و این کتاب را با پنج حدیث نورانی از امامان معصوم(ع) به شیفتگان علم و ایمان و خدمت تقدیم می‌نماییم. امید که توشهٔ راه راهیان صبور و مقاوم و باایمان سلامت ملت سلحشور ایران در همهٔ زمان‌ها باشد.

قَالَ رَسُولُ اللَّهِ ﷺ
﴿ نِعَمَ سِلَاحٍ الْمُؤْمِنِ الصَّبْرُ وَالدُّعَاءُ. ﴾
چه نیکو سلاحی است صبر و دعا برای مؤمن.

عَنْ عَلِيٍّ عَلَيْهِ السَّلَامُ:
﴿ الصَّبْرُ كِفِيلٌ بِالظَّفَرِ، خَلَاوَهُ الظَّفَرُ مَحُو مِرَاةَ الصَّبْرِ. ﴾
امام علی علیه السلام فرمود:
صبر ضامن پیروزی است... شیرینی پیروزی، تلخی صبرا محو می کند.

عَنْ عَلِيِّ بْنِ الْحُسَيْنِ عَلَيْهِ السَّلَامُ قَالَ:
﴿ يَا بُنَيَّ إِصْبِرْ عَلَى الْحَقِّ وَ إِنْ كَانَ مُرًّا. ﴾
از امام زین العابدین علیه السلام نقل شده که در وصیت به فرزندش
امام باقر علیه السلام فرمود:
در راه حق، صبر و بردباری داشته باش، اگرچه تلخ باشد.

عَنِ الصَّادِقِ عَلَيْهِ السَّلَامُ
﴿ الصَّبْرُ يُعَقِّبُ خَيْرًا، فَاصْبِرُوا تَظْفَرُوا. ﴾
امام صادق علیه السلام فرمود:
عاقبت صبر و شکیبایی خیر است؛ بنابراین صبر کنید تا پیروز شوید.

عَنْ أَبِي بَصِيرٍ قَالَ سَمِعْتُ أَبَا عَبْدِ اللَّهِ عَلَيْهِ السَّلَامُ يَقُولُ:
﴿ إِنَّ الْحُرَّ حُرٌّ عَلَى جَمِيعِ أَحْوَالِهِ إِنْ نَابَتْهُ نَائِبَةٌ صَبَرَ لَهَا، وَإِنْ تَدَارَكَتْ
عَلَيْهِ الْمَصَائِبُ لَمْ تَكْسِرْهُ وَإِنْ أُسِرَ وَ فَهِرَ وَ اسْتَبْدَلَ بِالْأَيْسَرِ عُسْرًا. ﴾
ابوبصیر از امام صادق علیه السلام نقل کرده که فرمودند:
انسان آزاده همیشه آزاده است، اگر حادثه‌ای برای او پیش آید، صبر و
شکیبایی دارد، و اگر مصیبت‌ها بر او فروریزد، او را نمی شکند، اگرچه
اسیر و مغلوب شود و آسایش او به سختی تبدیل شود.

۱۴. منابع

- [۱] زاهدی‌تیر، اصغر، امین‌ناجی، محمدهادی. بررسی مفهوم مقاومت با رویکرد اجتماعی در آیات قرآن. مطالعات تفسیری. س ۱۰. ش ۳۴. تابستان ۱۳۹۸.
- [۲] سادات‌امینی، بتول. مفهوم‌شناسی واژه «عزت» و راه‌های کسب آن. در: <http://intjz.net/maqalat/ak-ezzat.htm>.
- [۳] سیحانی‌نژاد، مهدی. نجفی، حسن. نورآبادی، سولماز. مفهوم تعالی و نقد وضعیت موجود آن در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش ایران. فصلنامه مطالعات ملی. س ۱۸. ش ۲. ۱۳۹۶. صص ۴۴-۲۵.
- [۴] دهقانی، محمودرضا. عزیزی، فریدون. حقدوست، علی‌اکبر. نخعی، نوذر. خزائلی، پیام. روانگرد، زینب. تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو و دیدگاه‌های نوآورانه اعضای هیئت علمی بالینی دانشکده پزشکی کرمان در ارتقای وضعیت موجود براساس نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی. س ۱۰. د. ۴. ش ۱۳۹۲. صص ۴۱۲-۴۰۳.
- [۵] <http://wfme.org>. WFME. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. ۲۰۱۰.
- [۶] ملک‌افضلی، حسین. بحرینی، فرح‌السادات. علاءالدین، فرشید. ستاره فروزان، آمنه. اولویت‌های نظام سلامت برای تأمین نیازسنجی و مشارکت ذی‌نفعان در جمهوری اسلامی ایران. حکیم. س ۱۰. د. ۱. ش ۱. بهار ۱۳۸۶. صص ۱۳-۱۹.
- [۷] ملک‌افضلی، حسین. روشنفکر، پیام. محمدنی‌ا، لیلما. مزدک، ابتکار. اجتماع‌محور تکامل همه‌جانبه دوران کودکی در ایران. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. س ۲۷. د. ۱. ش ۱۳۹۶. صص ۴۵-۴۰.
- [۸] صانعی، پرویز. جامعه‌شناسی ارزش‌ها. تهران: گنج دانش. ۱۳۷۲. ص ۲.
- [۹] نیک‌گوهر، عبدالحسین. مبانی جامعه‌شناسی. بی‌جا: رایزن. ۱۳۶۹. ص ۲۸۰.
- [۱۰] موسوی، فرانک. وشتی، امیر. حیدری، فرهاد. محمدی، نوشین. سلیمانی، فرشاد. فیض‌زاده، محمد. اخلاق حرفه‌ای مدیران آموزشی. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری. ۱۱. د. ۴. ش ۱۳۹۵.
- [۱۱] کریمیان، زهرا. کجوری، جواد. لطفی، فرهاد. امینی، میترا. مدیریت دانشگاهی و پاسخگویی، ضرورت استقلال و آزادی علمی از دیدگاه اعضای هیئت علمی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. س ۱۱. د. ۱. ش ۱۳۹۰. صص ۸۶۳-۸۵۵.
- [۱۲] شورای عالی انقلاب فرهنگی. اندیشه‌های راهبردی علم و فناوری. در: <http://modares.ac.ir>.
- [۱۳] تفرشی، امیرعلی. شفقت، ابوطالب. تحلیل گفتمان خودکفایی در بیانات امام خمینی (ره) با تأکید بر بعد نظامی و دفاعی. نشریه علمی پژوهشی بهبود مدیریت. س ۱۱. د. ۲. تابستان ۱۳۹۶. صص ۸۳-۵۱.
- [۱۴] زرگر، علیرضا. واکاوی تأثیر گفتمان سیاست اسلامی امام خمینی (ره) بر روشنفکری امت اسلامی. پژوهشنامه متین. س ۲۰. ش ۷۸. بهار ۱۳۹۷. صص ۳۳-۵۲.
- [۱۵] عباسی، مجید. نظام سلطه و تعارضات آن در روابط بین‌الملل در گفتمان مقام معظم رهبری. فصلنامه پژوهش‌های راهبردی سیاست. س ۷. ش ۲۵. تابستان ۱۳۹۷. صص ۳۹-۹.
- [۱۶] محمدزاده، علی. چپستی نظام سلطه و چگونگی مقابله با آن (از دیدگاه مقام معظم رهبری). سیاست‌پژوهی. س ۵۵. د. ۹. بهار ۱۳۹۷. صص ۲۱۳-۲۵۱.
- [۱۷] چهارقانی، رضا. ادبیات پایداری در ایران. ادبیات پارسی معاصر. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. س ۷. ش ۲. تابستان ۱۳۹۶. صص ۳۳-۱.
- [۱۸] فرزادبهاشت، محمدرضا. نقش و جایگاه تاب‌آوری اجتماعی در کلیت مفهوم تاب‌آوری. هشتمین کنفرانس بین‌المللی مدیریت جامع بحران. ۱۳۹۵. در: www.civilica.com.
- [۱۹] اسفندیاری صفا، خسرو. دهقان، حبیب‌اله. مؤلفه‌های اقتصاد مقاومتی از دیدگاه مقام معظم رهبری. مدیریت نظامی. س ۱۶. د. ۱. ش ۶۱. بهار ۱۳۹۵. صص ۶۰-۴۶.
- [۲۰] خلاصه سیاستی: محورهای کلان و موضوعات راهبردی اولویت‌دار. در اقتصاد مقاومتی سلامت بر مبنای سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری. نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی. س ۳. ش ۳. پاییز ۱۳۹۸. صص ۲۲۹-۲۳۱.
- [۲۱] کمالی، علیرضا. عوامل ایجاد صبر و بردباری. روزنامه کیهان. ۱۹ تیر ۱۳۹۶. ص ۶. در: Maaref@Kaihan.ir.
- [۲۲] بصیری، محمدصادق. طرح و توضیح چند سؤال درباره مبانی ادبیات پایداری. در: نامه پایداری (مجموعه مقالات اولین کنگره ادبیات پایداری دانشگاه کرمان). تهران: بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش‌های دفاع مقدس. ۱۳۸۷.
- [۲۳] چهارقانی برجلویی، رضا. تأملی در نسبت پایداری و ادبیات. مجله شعر. س ۱۲. د. ۳۵. ش ۱۳۸۳.
- [۲۴] علوی، شهلا. زارعیان، آرمن. حاتم، زهرا. علوی شوره‌دلی، محبوبه. تبیین تجربه‌ها و خاطرات موردی کارکنان بهداشت و درمان در دفاع مقدس، به روش تحلیل محتوای کیفی تجمیعی. طب نظامی. س ۱۷. د. ۳. ش ۳. پاییز ۱۳۹۶. صص ۱۷۱-۱۷۹.
- [۲۵] ابوالقاسمی، حسن و همکاران. ادبیات و راهبردهای مقاومت در نظام سلامت. برداشتی از رهنمودهای مجمع عمومی و شورای علمی فرهنگستان علوم پزشکی در موضوعات کلان نظام خدمات و مراقبت‌های سلامت. نشریه علمی پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی. س ۲. ش ۱. خرداد ۱۳۹۷. صص ۲۳-۹.
- [۲۶] اباسهل، ابوالقاسم و همکاران. فرهنگ و ارزش‌های دفاع مقدس. حضور عزتمند و ارزش‌آفرین و فرهنگ‌ساز جامعه سلامت در دفاع مقدس. نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت. ج ۲. ش ۴. زمستان ۱۳۹۷. صص ۵۳۲-۵۴۲.

منابع بیشتر برای مطالعه

- انتظاری، عباس. جلیلی، زهرا. محقق، محمدعلی. ممتازمنش، نادر. چالش‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر در ایران، طب و تزکیه، ش ۷۷. ۱۳۸۹. صص ۴۵-۴۶.

- ممبینی، یعقوب. مؤلفه‌ها و شاخص‌های اقتصاد مقاومتی. در: همایش ملی بررسی و تبیین اقتصاد مقاومتی. رشت، دانشگاه گیلان. در: <https://www.civilica.com/Paper-ISCONFERENCE-01-ISCONFERENCE-01.html>. ۱۳۹۱.

mass casualty	359	spiritual health	291
Medical Ethics	412	stigma	343
Medical Ethics of War	412	Sustainable Development	432
Military Nurse	349	systematic desensitization (SD)	341
mobile army surgical hospital (MASH)	264	Tactical Combat Casualty Care (TCCC)	390
Morality	412	Team	239, 243, 245
multidiscipline	244	Teamwork	243, 259
multiprofessional team	253	temporary battlefield hospitals	267
neurasthenia	331	tension pneumothorax	357
Neuropsychiatric War Complication	329	the convalescent hospitals	267
nostalgia	331	the post concentration camp syndrome	332
Nuclear	239, 305	the station hospitals	267
Nuclear Weapons	239, 305	the survivor syndrome	332
Nursing History-Nursing in War	349	transient situational disturbance	332
Nursing, Nurse	349	Trauma	259, 285, 344, 345, 390, 406, 407, 427
Nursing Society	349	Trauma Center	390
Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons (OPCW)	309	Trauma Control	390
painful problem solving	342	trauma focused cognitive behavior therapy (TFCBT)	341
positive reappraisal	342	Trauma System	390, 406, 407
Post Traumatic Stress Disorder	329, 333	Traumatic Brain Injury (TBI)	333
precipitating factors	338	traumatic war neurosis	332
predisposing factors	337	Value	243
preparedness	245, 259, 344	vascular access	357
Professionalism	412	War	243, 285, 305, 325, 329, 344, 345, 349, 363, 385, 406, 412
Rapid Response	243	War Mental Health	329
Relief Organization	264	war neurosis	332
repair	245	Wisdom	290
Resistance	432	Woman	368
response	245, 363, 406	Women in Combat	368
risk	244, 245	Women's Health	368
risk reduction	245		
Scientific Reference	432		
seeking social support	342		
self-control	342		
shell shock	332		
social determinants of health (SDH)	291		
soldiers-irritable heart	331		

accepting responsibility	342	Disaster medical assistance team	424
accident	244	Disaster Nurse	349
Achievement	290	disaster risk reduction	245
adjustment reaction	332	Disasters, Injury	390
basic sciences research	291	distancing	341
Battlefield	390	Ebola	245
battle shock	332	effort syndrome	331
Biologic	305	Emergency Medical Team (EMT)	245
Biologic Agents	305	Emergency Squad	243
Bioterrorism	305	emergency state	244
brief psychotic disorder	339	epidemiologic research	292
calamity	244	escape avoidance	342
catastrophe	244	Ethics of War and Conflict	412
chaos	244	Excellence	432
Chemical	305, 306, 309	eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR)	341
Chemical Warfare	305	Field Hospital	264
Civilian Trauma	259, 390, 406, 407	focus group discussion	243
Civilian Trauma Control	390	fright neurosis	331
cognitive processing therapy	341	functional	332, 406
combat fatigue	332	golden time	244
Combat Medicine	264, 290	gross stress reaction	332
combat neurosis	332	gulf war syndrome	333
Combat Nursing	368	hazard	244
combat support hospital	265	Health	239, 259, 290, 291, 310, 329, 368, 406, 427
Combat Trauma	390	health system research	292
Combat Trauma Control	390	high performance liquid chromatography (HPLC)	336
communication skills	360	Holey Defense	264, 368
confronted	341	Holley Defense	432
consequence of the threat	290	Holly Defence	349
Crisis	243	Holly Defense	290
Culture	290	hysteria	331
Damage Control Surgery (DCS)	266	Improvised Weapon	305
Development	285, 325, 406, 432	incident	244
Disability-Adjusted Life Years (DALY)	333	Integrating military and Civilian Trauma systems	390
disaster	244, 245, 352, 427	leadership oriented	244
Disaster	243, 259, 285, 349, 412, 424	Mass casualties	266
Disaster, Ethics	412		
Disaster Management	243, 259		