



نشریه علمی - پژوهشی

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

۱۶

سال هشتم، شماره دوم (شماره پیاپی ۱۶)، زمستان ۱۴۰۴، شاپای الکترونیک: ۲۷۱۷-۴۰۲۶

■ بر بلندای استقامت و قله شهادت

■ لزوم بازخوانی مدیریت سلامت در دفاع مقدس؛ از مستندنگاری تجارب تا تولید نظریات راهبردی

■ الگوی بررسی پژوهش‌های توسعه پایدار و امنیت در جنوب شرق ایران: مروری دامنه‌ای بر چالش‌های زیستی،

زیست‌محیطی و سلامت با نگاهی یکپارچه به سیاست‌گذاری

■ اهمیت توجه به تغییر اقلیم در بازخوانی نقش بسیج در تأمین و ارتقاء سلامت در جنوب شرق کشور

■ تبیین ساختار و محمل سلامت استان سیستان و بلوچستان: ظرفیت‌ها، چالش‌ها و راهبردهای پیشنهادی

■ رابطه امنیت با سلامت در ابعاد مختلف با تأکید بر منطقه راهبردی جنوب شرق ایران

■ دوگانگی توسعه و محرومیت: واکاوی ابرچالش‌ها و ابرفرصت‌های سلامت در جنوب شرق ایران در دهه پیش‌رو

■ خسارات انسانی غیرنظامیان ایرانی بر اثر حملات تویخانه‌ای حکومت بعثی عراق در طول جنگ تحمیلی (۱۳۶۷-۱۳۵۹)

■ یک مطالعه بین‌رشته‌ای: گزارشی درباره کتاب مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس؛ روایت‌های مرحوم دکتر پرویز وزیریان

بمهر رفته‌ای ایام و رنژ دهر را در پارت و عین بن ابیطالب علیه
سلامت به کرم. جمع کارکنان و رتبانان و دیگر زحمت‌کنان
را در غنای جان مجروحین جنت و زندگان آسیب‌دیده و راهبردی
مرکز زندگی و بیداری. است دست‌انکاران و دست‌نمونه‌ها
همیشه با عجب و شگفتی که هر چه از کشته‌های این بی‌پایان را بکن
دادار میکنی. خداوند از همه‌شان قبول کند و همه‌شان را رفیق عیسی کند
۱۳۶۷/۵/۴

دارای رتبه
علمی-پژوهش

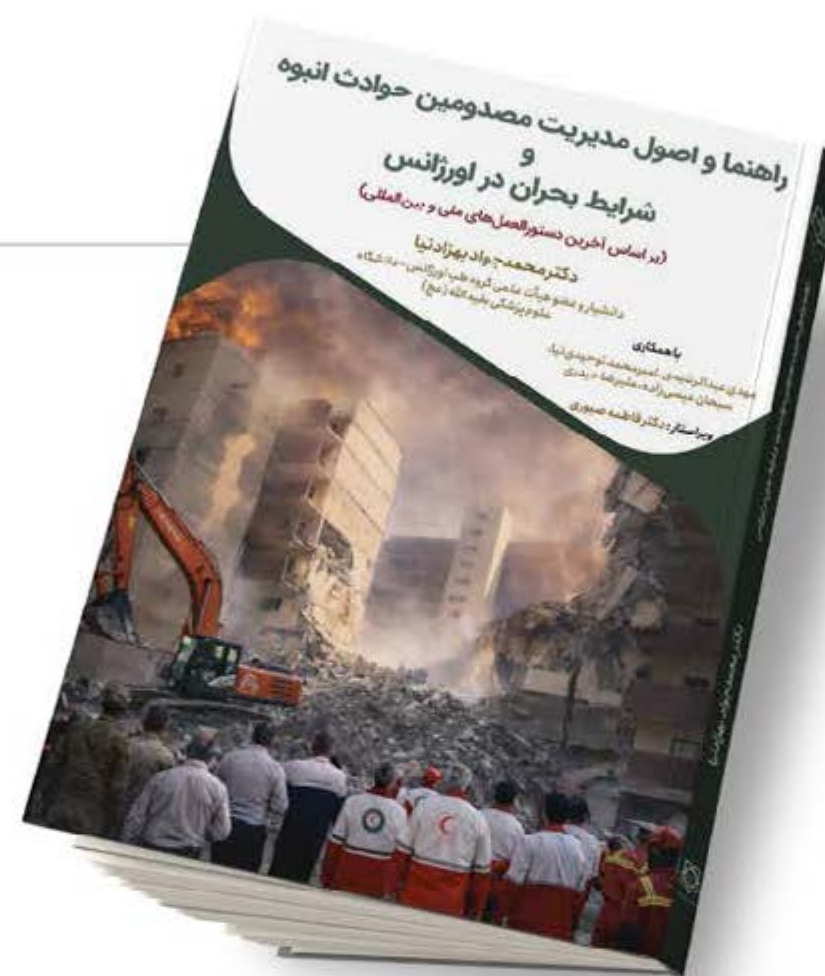
دلتوشته و یادداشت رهبر شهید
حضرت آیت‌الله خامنه‌ای (ره)
هنگام بازدید از بیمارستان صحرایی
حضرت علی ابن ابیطالب (ع)
در زمان تصدی ریاست جمهوری
به تاریخ: ۱۳۶۷/۵/۴



نشریه علمی - پژوهشی

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال هشتم، شماره دوم (شماره پیاپی ۱۶)، زمستان ۱۴۰۴





فهرست

- ۱- سخن سردبیر- بر بلندای استقامت و قله شهادت ۱۷۴-۱۷۵
- ۲- نامه به سردبیر- لزوم بازخوانی دکترین مدیریت سلامت در دفاع مقدس؛ از مستندنگاری تجارب تا تولید نظریات راهبردی ۱۷۶-۱۷۷
- ۳- مروری دامنه‌ای- الگوی بررسی پژوهش‌های توسعه پایدار و امنیت در جنوب شرق ایران: مروری دامنه‌ای بر چالش‌های زیستی، زیست‌محیطی و سلامت با نگاهی یکپارچه به سیاست‌گذاری ۱۷۸-۱۹۲
- ۴- مروری روایتی- اهمیت توجه به تغییر اقلیم در بازخوانی نقش بسیج در تأمین و ارتقاء سلامت در جنوب شرق کشور ۱۹۳-۲۰۷
- ۵- مروری روایتی- تبیین ساختار و محمل سلامت استان سیستان و بلوچستان: ظرفیت‌ها، چالش‌ها و راهبردهای پیشنهادی ۲۰۸-۲۱۴
- ۶- پژوهشی اصیل- رابطه امنیت با سلامت در ابعاد مختلف با تأکید بر منطقه راهبردی جنوب شرق ایران ۲۱۵-۲۲۶
- ۷- پژوهشی اصیل- دوگانگی توسعه و محرومیت: واکاوی ابرچالش‌ها و ابرفرص‌های سلامت در جنوب شرق ایران در دهه پیش‌رو ۲۲۷-۲۳۵
- ۸- پژوهشی اصیل- خسارات انسانی غیرنظامیان ایرانی بر اثر حملات توپخانه‌ای حکومت بعثی عراق در طول جنگ تحمیلی (۱۳۶۷-۱۳۵۹) ۲۳۶-۲۴۲
- ۹- پژوهشی اصیل- یک مطالعه بین رشته‌ای: گزارشی درباره کتاب مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس؛ روایت‌های مرحوم دکتر پرویز وزیریان ۲۴۳-۲۴۷



مشخصات نشریه

نشریه علمی پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت
شماره پیاپی ۱۶؛ زمستان ۱۴۰۴

- **عنوان فارسی:** نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت
- **عنوان لاتین:** Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)
- **شاپای الکترونیک:** ۴۰۲۶-۲۷۱۷
- **حیطه فعالیت:** علمی پژوهشی (طب و ترومای جنگی)
- **دارای رتبه:** علمی - پژوهشی
- **دوره انتشار:** دو فصل نامه
- **زبان:** فارسی
- **شروع انتشار:** زمستان ۱۳۹۶
- **صاحب امتیاز:** مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت با همکاری علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)
- **مدیر مسئول:** دکتر سید مسعود خاتمی
- **سردبیر:** دکتر محمدعلی محقق
- **مدیر اجرایی:** دکتر رکن الدین سلطانی نژاد
- **هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):**
- علی ابراهیمی، حسن ابوالقاسمی، ابوالحسن احمدیان، محمدجواد بهزادینا، سعید بینات، یونس پناهی، بهروز توانا، خسرو جدیدی، عبدالمجید چراغعلی، رحمت‌الله حافظی، وحید

حمیدی، هادی خوش‌محبت، صادق رجائی، ناصر سیم فروش، سیاوش صحت، سید رحیم صفوی، محمدرضا ظفرقندی، احمد عبداللهی قمی، حسن عراقی زاده، جلیل عرب خرمند، بهرام عین‌اللهی، ایرج فاضل، نصراله فتحیان، عباس فروتن، مصطفی قانعی، سید محمدرضا کلانتر معتمدی، سید علیرضا مرنودی، علی اصغر ملا، شعبان مهرورز، علی مهرابی توانا، امیر نظامی اصل، احمدعلی نوربالا تفتی

- **ویراستار فارسی این شماره:** دکتر امیرمهدی طالب
- **لایوت مقالات و ویراستار لاتین این شماره:** دکتر مصطفی اکبری قمی
- **محل انتشار:** تهران
- **تلفن:** ۰۲۱-۸۸۶۰۶۷۲۸-۸۸۶۰۶۱۵۲
- **نمبر:** ۰۲۱-۸۸۰۵۲۶۸۴
- **نشانی:** میدان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان شیخ بهایی جنوبی، نبش کوچه نصرتی، جنب ورودی مسجد جامع بقیه‌الله (عج)، واحد دوم شمالی
- **کد پستی:** ۱۴۳۵۹۱۶۹۶۱
- **صندوق پستی:** ۱۹۳۹۵-۵۴۸۷
- **سایت نشریه:** www.jmedbehrazm.ir
- **ایمیل الکترونیک:** jmedbehrazm@gmail.com
- **لیتوگرافی، چاپ و صحافی:** روزنامه جوان

ارزشمندی است که در دوران نورانی زندگی و بویژه دوران زعامت جهان اسلام و رهبریت ملت بزرگ ایران اسلامی، توصیه یا تقریر یا بیان فرموده اند. والسلام علیکم ورحمةالله و برکاته.

محمدعلی محققى

استاد جراحى سرطان، دانشگاه علوم پزشکى تهران، تهران، ایران

Mohamad Ali Mohagheghi

Professor of Cancer Surgery, Tehran University of

Medical Sciences, Tehran, Iran

شهدای گرانقدری از طبقات مختلف تقدیم راه عزت و استقلال کشور و اعتلای اسلام و انقلاب اسلامی کرده‌ایم و خساراتی دیگر هم دیده‌ایم. اینک با تمام وجود به دعای خاص حضرتتان برای غلبه قاطع بر دشمن چه در صحنه مذاکرات و چه در میدان نبرد دل بسته‌ایم و امید داریم هر چه زودتر، هم ما و هم دشمنانمان اثر معجزه‌آسای آن را مشاهده کنیم، ان‌شاءالله».

روح پرفتوح قائد شهید و علمدار استقامت عالم اسلام در دوره معاصر قرین رحمت و مغفرت الهی باشد. پاسداشت خدمات بی بدیل این عالم ربانی و امام شهید، عمل کردن به فرامین و وصایا و حکمت‌های

بر بلندای استقامت و قله شهادت

On the Heights of Endurance and the Peak of Martyrdom

در بامداد خونین یازدهمین روز ماه مبارک رمضان، بار دیگر ارکان هدایت، در محراب خدمت و عبادت، با سلاح کینه و عداوت و کفر و الحاد، ناجوانمردانه، ترور و در جوار رحمت الهی آسمانی شد. روح بلند پیشوای مسلمانان و فریاد بلند عدالت و پرچم‌دار نستوه انسانیت، بعد از عمری جهاد و خدمت، در میدان نبرد با پلیدترین جرثومه‌های فساد و تباهی و دشمن‌ترین دشمنان خداوند متعال، به ملکوت اعلی پیوست. ضمن تسلیت این ضایعه عظمی به ساحت قدسی پیامبر اعظم صلی الله علیه و آله و امام زمان عجل الله تعالی فرجه الشریف و مردم شریف و مقاوم و شهیدپرور ایران اسلامی، به یکی از موارث ارزشمند و پر رمز و راز آن امام شهید، در این فراز اشاره می‌شود. اهتمام عالی و مجاهدات ملت پرشکوه و امت مبعوث شده، موجبات پیروزی نهایی اسلام و ظهور عدالت موعود را فراهم خواهد ساخت ان‌شاءالله.

خداوند متعال در آیه ۱۱۲ سوره هود فرموده است: «فَاسْتَقِمْ كَمَا أُمِرْتَ وَمَنْ تَابَ مَعَكَ وَلَا تَطْغَوْا إِنَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ؛ پس (ای پیامبر!) همان گونه که مأمور شده‌ای، استوار باش و (نیز) هر کس که با تو، به سوی خدا آمده است، و سرکشی نکنید که او به آنچه می‌کنید بیناست. استقامت حکم الهی و میراث نبوی و سیره علوی و همه امامان علیهم السلام است. نتیجه تاریخ انبیاء، استقامت است. در استقامت و پایداری، رهبر باید پیشگام همه باشد این سنت سنیه از زمان حیات نورانی پیامبر اعظم (ص) تا امروز تداوم داشته و پرشکوه‌ترین مصداق آن در تاریخ معاصر، زندگی پرافتخار و شهادت رهبر نستوه انقلاب اسلامی، حضرت آیت‌الله العظمی امام خامنه‌ای بوده است. آن شخصیت عظمای تاریخ اسلام، در مراسم اربعین حسینی (ع) مضامین بسیار ارزشمند و الهام بخشی در باب این فرمان عزت‌آفرین الهی فرموده‌اند: «باید با اراده حرکت کرد، باید با تصمیم حرکت کرد. جاذبه‌ها برای زاویه ایجاد کردن از این صراط مستقیم کم نیست. همیشه این زاویه‌ها بوده، و امروز بیشتر از همیشه است. اراده قوی لازم است تا در مقابل این جاذبه‌های شیطانی بتوانید مقاومت کنید. اگر مقاومت کردید، آن وقت قلّه را فتح خواهید کرد؛ و به قلّه حاکمیت دین خدا، حاکمیت حق، حاکمیت عدل، به قلّه رسیدن

به مقصود و غرض از خلقت انسانی که عبارت از تکامل انسان و کمال بشری، خواهید رسید؛ کاری که از بعد از زمان رسول خدا تا امروز انجام نگرفته ... تلاش کنید در این راه استقامت بورزید: فَاسْتَقِمْ كَمَا أُمِرْتَ وَ مَنْ تَابَ مَعَكَ؛ استقامت مهم است، ایستادگی مهم است و این کار را شما می‌توانید بکنید و ان‌شاءالله به برکت توجّه و توسّل به حسین بن علی (ع) خواهید کرد (۱۵/۶/۱۴۰۲)».

امام شهید رضوان الله تعالی علیه، در دیدار با دانشجویان و دانش آموزان، استقامت را فرهنگ رمزآلود پیروزی ملت‌ها در مقابله با تهدیدها دانسته، بر نقش تعیین‌کننده رهبری، تصریح فرموده‌اند: «هرجا ملت‌ها حرکت کنند، ایستادگی کنند، صبر و مقاومت نشان بدهند، پیروزی قطعی است؛ همه‌جا همین جور است. اشکال کار مبارزاتی که به شکست می‌انجامد، این است که یا ملت‌ها طاقت ندارند و ایستادگی نمی‌کنند، یا رهبرانی که بتوانند این‌ها را درست اداره کنند ندارند. ما در زمان این سال‌های اخیر دیدیم جاهایی را که ملت‌ها حرکت کردند، عزم و اراده خودشان را نشان دادند، به نتایجی هم رسیدند؛ [اما] رهبرانی که بتوانند این‌ها را درست اداره کنند، هدف را درست تشخیص بدهند، راه را در مقابل مردم درست ترسیم کنند، وجود نداشتند، [لذا] شکست خوردند؛ این را در همین سال‌های اخیر همه شماها دیدید؛ من نمی‌خواهم اسم از کشوری و جایی بیاورم ... ۱۲/۸/۱۳۹۴».

رهبر معظم انقلاب حضرت آیت الله سیدمجتبی خامنه‌ای، در پیامی نورانی، قائد عظیم الشان و شهید انقلاب را چنین توصیف فرموده‌اند: «... قائد شهید ما، فقیهی زمان‌شناس و بصیر، مجاهدی خستگی‌ناپذیر و چون کوه استوار و محکم، عالمی عامل و ربانی، اهل ذکر و تهجد و تضرع به درگاه ربوبی و توسل به ذوات مقدسه معصومین صلوات‌الله و سلامه علیهم اجمعین، و از عمق جان، مؤمن به وعده‌های الهی بودند ... در پایان خطاب به سرورمان عجل الله تعالی فرجه الشریف عرضه می‌دارم که ما با ایمان به خدای متعال و توسل به ائمه معصومین صلوات‌الله و سلامه علیهم و با تأسی به رهبر شهید خود در زیر پرچم جنابتان و در مقابل جبهه کفر و استکبار ایستاده‌ایم و در این مسیر

آثاری، صیانت از سرمایه نمادین نظام سلامت و پاسداری از هویت ملی است.

منابع

1. Nonaka I, Takeuchi H. The Knowledge-Creating Company. Oxford: Oxford University Press; 1995.
2. Vazirian P. Healthcare Management in Sacred Defense. Tehran: Hadi Meshkat Noor Publications; 2025.
3. Namjoo Nik K. History of Military Medicine. Iran Sabz Publications; 2010.
4. Levy BS, Sidel VW. Documenting the effects of armed conflict on population health. Annual Review of Public Health. 2016;37(1):205-18. doi:10.1146/annurev-publhealth-032315-021913

این «دیتابیس عملیاتی» برای تدوین رساله‌های دکترای تخصصی و استخراج مقالات علمی - پژوهشی در تراز جهانی استفاده نمایند (۳).
(۴) آگاهی‌بخشی به نسل حاضر و هویت‌سازی حرفه‌ای: در دنیای معاصر، آشنایی نسل جوان کادر درمان با تاریخ‌نگاری‌های دقیق این کتاب، سلاح «تجربه و آگاهی» را در اختیار آنان قرار می‌دهد. این اثر ثابت می‌کند که مدیریت بهداشت در ایران، واجد یک دکترین دفاعی مستقل است که می‌تواند به عنوان یک الگوی بومی تحت عنوان «دفاع از سلامت» در سرفصل‌های مدیریت بحران‌های نوین تدریس شود (۴).

پیشنهاد می‌گردد تحریریه محترم آن مجله وزین علمی - پژوهشی، با اختصاص بخشی به بررسی تخصصی این‌گونه آثار، بستری برای تبدیل این تجارب به «نظریات علمی بومی» فراهم آورد. حمایت از چنین

لزوم بازخوانی دکترین مدیریت سلامت در دفاع مقدس؛

از مستندنگاری تجارب تا تولید نظریات راهبردی

The Need to Review the Doctrine of Health Management in the Sacred Defense: from Documenting Experiences to Producing Strategic Theories

خلیل علی محمدزاده

Khalil Alimohammadzadeh

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مرکز تحقیقات سیاست گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، ایران

I- Department of Health Services Management, NT. C., Islamic Azad University. Health Economics Policy Research Center, TeMS. C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

سردبیر محترم

تجربه زیسته یک ملت در مواجهه با بحران‌های وجودی، زیربنای هویت علمی و مدیریتی آن جامعه را تشکیل می‌دهد. نظام سلامت ایران در حالی گام به دهه‌های جدید از قرن پانزدهم هجری شمسی می‌گذارد که بازخوانی تجارب دفاع مقدس نه یک انتخاب نمادین، بلکه یک ضرورت راهبردی برای تقویت تاب‌آوری ملی محسوب می‌شود. در این راستا، رونمایی از مجموعه سه‌جلدی کتاب «مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس» (تألیف دکتر پرویز وزیریان و زینب یزدانی؛ مرکز تحقیقات سلامت دفاعی) در فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، فرصتی مغتنم برای واکاوی پیوند میان تجارب میدانی و دانش دانشگاهی فراهم آورده است.

این اثر که توسط انتشارات هادی مشکات نور منتشر شده، از چند منظر حائز اهمیت فنی و پژوهشی است:

۱) مدیریت دانش و روایت‌گری راهبردی: این کتاب با گردآوری هوشمندانه مصاحبه‌ها و مستندات مدیران غیرنظامی حوزه مدیریت بهداشت و درمان در دوران دفاع مقدس، فرآیند حیاتی تبدیل «دانش ضمنی» به «دانش تصریح شده» را محقق کرده است (۱). روایت‌گری صحیح در این اثر، فراتر از بازگویی ساده وقایع، به معنای تبیین مدل‌های

تصمیم‌گیری در شرایط «عدم قطعیت» است. این نوع مستندسازی، مانع از تحریف تاریخ شده و لایه‌های پنهان مدیریت لجستیک و زنجیره درمان در سطوح پشت جبهه و خطوط مقدم را برای پژوهشگران شفاف می‌سازد.

۲) تبیین دکترین بازدارندگی و استقلال ملی: بررسی محتوایی این مجموعه نشان می‌دهد که ریشه‌های اقتدار و تاب‌آوری امروز ایران، در «حق نه گفتن» به اراده‌های تحمیلی قدرت‌های جهانی نهفته است. این اقتدار حاصل جرأت استفاده از اراده ملی در بن‌بست‌های بحران‌های دست‌ساز بشر است. پایداری نظام سلامت در شرایط بحرانی (اعم از طبیعی یا انسان‌ساخت)، ریشه در همین الگوهای خوداتکایی دارد که در کتاب به تفصیل در قالب دستورالعمل‌ها و بازخوانی قوانین حوزه سلامت ارائه شده است (۲).

۳) فراخوان دانشگاهی برای رساله‌های تخصصی و مدل‌سازی‌های نوین: این مجموعه سه‌جلدی نباید تنها به عنوان یک اثر مرجع در کتابخانه‌ها محصور بماند. بخش‌های مربوط به بهداشت حرفه‌ای، پایش امنیت آب و غذا و مدیریت مداخلات روانی در بحران، هر یک کدهایی عملیاتی برای پدافند غیرعامل هستند. ضرورت دارد پژوهشگران دانشگاهی و دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی از

The Pattern of Reviewing Sustainable Development and Security Research in Southeastern Iran: A Scoping Review of Biological, Environmental, and Health Challenges with an Integrated Policy-Making Perspective

Jalil Arabkheradmand^{1*}, Mehrdad Farrokhi Kri Bozorg², Jamal Mehrali Pour 2, Maryam Naghdiani¹, Mohammad Reza Vaez Mahdavi³

1- Defense Health Research Center, Tehran, Iran

2- Health in Emergency and Disaster Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- Hamdelan Ayandeh Negar Iran Foundation (HASB), Hamdelan Ayandeh Negar Sistan and Baluchestan (HASB), Shahed University, Research Institute for Equity in Health, Tehran, Iran

Received: 3 September 2025 Accepted: 31 October 2025

Abstract

Background and Aim: This scoping review examines research on sustainable development and security in southeastern Iran, focusing on Sistan and Baluchestan Province, based on over 127 national and international sources from 2014 to 2025. The primary aim is to map the current state of research across key axes: health equity, biological threats and bio-defense, water scarcity crisis, dust storms and social health impacts on marginalized populations, institutional synergy, and foresight of emerging threats.

Methods: The methodology follows the Arksey and O'Malley (2005) framework and PRISMA-ScR guidelines, involving systematic searches in databases like SID, PubMed, Scopus, and official reports; screening with inclusion/exclusion criteria; data extraction using quantitative tools (Gini coefficient, Moran's statistics) and qualitative methods (thematic analysis); and SWOT analysis for each axis.

Results: Findings reveal persistent inequalities in health equity: Gini coefficient for general practitioner distribution at 0.223-0.438 (higher than national average 0.19-0.22), with over 60% resources concentrated in major cities. Biological threats, such as bioterrorism, rank among the top five global risks, with simulations indicating 30-50% societal impact.

Conclusion: Basij Medical Society covered over 65-75% of marginal areas during COVID-19, providing over 450,000 free visits and 180,000 mobile vaccinations. Water scarcity features annual groundwater decline of 50-80 cm, with participatory models increasing farmer involvement by 30-40%; forecasts to 2036 predict 18-25% rise in invasive vectors (malaria, leishmaniasis). Dust storms (PM10 up to 3,000 µg/m³) lead to 45-65% increase in child respiratory hospitalizations and 30-45% mental disorders in marginalized communities, with low social capital worsening health outcomes by 28-35%. Institutional HSE synergy reduces biological risks by 20-30% and boosts border service coverage to 80%. SWOT analysis highlights gaps like the absence of integrated multivariate models. Recommendations include conducting a comprehensive scoping review for data synthesis and evidence-based policy-making. This study provides a scientific foundation for the "Basij, Development, and Sustainable Security in Southeastern Iran" conference to strengthen the link between science and practice.

Keywords: Health Equity, Biological Threats, Bio-Defense, Water Scarcity Crisis, Dust Storms, Sustainable Development

* **Corresponding Author:** Jalil Arabkheradmand
Address: Defense Health Research Center, Tehran, Iran.
E-mail: arabkheradmand@gmail.com

الگوی بررسی پژوهش‌های توسعه پایدار و امنیت در جنوب شرق ایران: مروری دامنه‌ای بر چالش‌های زیستی، زیست‌محیطی و سلامت با نگاهی یکپارچه به سیاست‌گذاری

جلیل عرب خردمند^{۱*}، مهرداد فرخی کری بزرگ^۲، جمال مهرعلی پور^۲، مریم نقدیانی^۱، محمد رضا واعظ مهدوی^۳

۱- مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا، پژوهشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۳- بنیاد همدلان آینده نگر ایران، همدلان آینده نگر سیستان و بلوچستان (هاسب)، پژوهشکده عدالت در سلامت، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه مروری دامنه‌ای بر پژوهش‌های مرتبط با توسعه پایدار و امنیت در جنوب شرق ایران، با تمرکز بر استان سیستان و بلوچستان، است که بر اساس بیش از ۱۲۷ منبع داخلی و بین‌المللی از سال ۱۳۹۳ تا ۱۴۰۴ (۲۰۱۴ تا ۲۰۲۵ میلادی) انجام شده است. هدف اصلی، نقشه‌برداری از وضعیت موجود پژوهش‌ها در محورهای کلیدی عدالت سلامت، تهدیدات زیستی و پدافند زیستی، بحران کم‌آبی، ریزگردها و اثرات سلامت اجتماعی حاشیه‌نشین‌ها، هم‌افزایی نهادی و آینده‌نگاری تهدیدات نوین است.

روش‌ها: روش انجام مطالعه حاضر بر پایه چارچوب Arksey و O'Malley (۲۰۰۵) و PRISMA-ScR بنا شده که شامل جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های SID، PubMed، Scopus و گزارش‌های رسمی، غربالگری با معیارهای ورود/خروج، استخراج داده با ابزارهای کمی (ضریب جینی، آمار موران) و کیفی و تحلیل SWOT برای هر محور می‌باشد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان‌دهنده نابرابری‌های پایدار در عدالت سلامت هستند: ضریب جینی توزیع پزشکان عمومی ۰/۲۲۳-۰/۴۳۸ (بالتر از میانگین کشوری ۰/۱۹-۰/۲۲)، با تمرکز بیش از ۶۰ درصد منابع در شهرهای اصلی، تهدیدات زیستی، مانند بیوتروریسم، جزو پنج تهدید اصلی جهانی رتبه‌بندی شده، با شبیه‌سازی تأثیر ۳۰-۵۰ درصد بر جامعه.

نتیجه‌گیری: بسیج جامعه پزشکی در کووید-۱۹ بیش از ۶۵-۷۵ درصد مناطق حاشیه‌ای را پوشش داد و جهادگران سلامت بیش از ۱۲۰۰۰۰ خدمت رایگان ارائه کردند. بحران کم‌آبی با افت سالانه ۵۰-۸۰ سانتی‌متر آب زیرزمینی همراه است، که مدل‌های مشارکتی مشارکت کشاورزان را ۳۰-۴۰ درصد افزایش می‌دهد. در این راستا پیش‌بینی تا ۱۴۱۵ افزایش ۱۸-۲۵ درصد ناقلین مهاجم را نشان می‌دهد. ریزگردها (ذرات معلق ۱۰ میکرون تا ۳۰۰۰ µg/m³) منجر به افزایش ۴۵-۶۵ درصد بستری تنفسی کودکان و ۳۰-۴۵ درصد اختلالات روانی در حاشیه‌نشین‌ها با سرمایه اجتماعی پایین می‌شود که نتایج سلامت را ۲۸-۳۵ درصد ضعیف‌تر می‌کند. هم‌افزایی نهادی HSE ریسک زیستی را ۲۰-۳۰ درصد کاهش داده و پوشش خدمات مرزی را تا ۸۰ درصد افزایش می‌دهد. تحلیل SWOT خلأهایی مانند نبود مدل‌های یکپارچه چندمتغیره را برجسته می‌کند. پیشنهادها شامل اجرای پژوهش ساختارمند دامنه‌ای جامع برای تلفیق داده‌ها و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است. این مطالعه مبنایی علمی برای همایش "بسیج، توسعه و امنیت پایدار در جنوب شرق ایران" فراهم می‌آورد تا پیوند علم و عمل تقویت شود.

کلیدواژه‌ها: عدالت سلامت، تهدیدات زیستی، پدافند زیستی، بحران کم‌آبی، ریزگردها، توسعه پایدار.

* **نویسنده مسئول:** جلیل عرب خردمند
آدرس: مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران.
ایمیل: arabkheradmand@gmail.com

مقدمه

جنوب شرق ایران، به ویژه استان سیستان و بلوچستان، به عنوان یکی از وسیع‌ترین و استراتژیک‌ترین مناطق کشور، با موقعیت جغرافیایی منحصربه‌فرد خود، مرزهای طولانی با کشورهای پاکستان و افغانستان و دسترسی به دریای عمان، نقش کلیدی در امنیت ملی، تجارت و توسعه اقتصادی ایفاء می‌کند. این منطقه با مساحتی بیش از ۱۸۰ هزار کیلومتر مربع و جمعیتی حدود ۳/۲۸ میلیون نفر، تنوع قومی و فرهنگی بسیار غنی دارد که شامل اقوام بلوچ، سیستانی و سایر گروه‌ها می‌شود. استان سیستان و بلوچستان دومین استان پهناور کشور، در میان ۳۱ استان کشور دارای رتبه اول جمعیت کمتر از ۱۵ سال است و به نوعی جوانترین استان کشور است اما به لحاظ شاخص‌های زیرساختی و توسعه‌ای در بخش‌های مختلف مانند اقتصاد، راه و حمل و نقل، آموزش و بهداشت، تأمین اجتماعی، درآمد سرانه و فرهنگ و هنر در میان استان‌های کشور نه تنها از میانگین کشوری پایین‌تر است بلکه فاصله این شاخص‌ها با میانگین کشوری نیز بسیار زیاد است به نحوی که در اغلب موارد کمتر از نصف میانگین کشوری است. این فاصله چشمگیر شاخص‌های توسعه‌ای و زیر ساختی این استان با دیگر مناطق کشور نشان‌دهنده نابرابری چشمگیر در برخورداری از مواهب توسعه و به نوعی عدم ایفای حقوق شهروندی برای این منطقه محروم کشور است. مروری بر این شاخص‌ها وضعیت توسعه نیافتگی استان سیستان و بلوچستان را نسبت به سایر استان‌ها واضح‌تر می‌سازد. این استان دارای بالاترین درصد فقر بر اساس آخرین گزارش سامانه رفاه ایرانیان و پایین‌ترین رتبه شاخص امید به زندگی در بدو تولد در سال ۱۳۹۵ را بین ۳۱ استان کشور می‌باشد. در جنوب شرق ایران، این مفهوم با امنیت پایدار گره خورده‌است، جایی که امنیت نه تنها به معنای نبود تهدیدات نظامی، بلکه شامل امنیت اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و بهداشتی است (۱).

در دهه‌های اخیر، تغییرات اقلیمی جهانی و عوامل محلی مانند مدیریت ناکارآمد منابع، منجر به بحران‌های جدی شده‌است. بحران کم‌آبی یکی از برجسته‌ترین چالش‌هاست که ریشه در کاهش بارندگی، خشک شدن رودخانه هیرمند و تالاب هامون دارد. تالاب هامون، که زمانی منبع حیاتی آب، کشاورزی و شیلات برای مردم سیستان بود، اکنون به دلیل سدسازی‌ها در افغانستان و تغییرات آب و هوایی، به بیابانی خشک تبدیل شده‌است (۲). این امر نه تنها اقتصاد محلی را فلج کرده، بلکه مهاجرت اجباری جمعیت را افزایش داده و امنیت اجتماعی را تهدید می‌کند. بر اساس گزارش‌ها، سطح آب زیرزمینی در دشت‌های سیستان سالانه ۵۰ تا ۸۰ سانتی‌متر افت می‌کند، که این مسئله منجر به بیابان‌زایی گسترده شده‌است (۳). همچنین، بادهای ۱۲۰ روزه سیستان، که با سرعت بالا همراه هستند، ذرات ریزگرد را تا سطوح خطرناک (بیش از ۳۰۰۰ میکروگرم بر مترمکعب) افزایش می‌دهند، که این میزان بیش از ۶۰ برابر حد مجاز سازمان جهانی بهداشت است. این ریزگردها نه تنها سلامت تنفسی ساکنان را تهدید می‌کنند، بلکه بر کشاورزی، دامداری و اکوسیستم تأثیر منفی می‌گذارند و منجر به افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی و حتی اختلالات روانی مانند افسردگی در میان

حاشیه‌نشین‌ها می‌شوند (۴).

چالش‌های زیست‌محیطی در جنوب شرق ایران فراتر از مرزهای ملی است و جنبه‌های بین‌المللی دارد. بحران‌های زیست محیطی مانند خشکسالی و ریزگردها، بحران‌های جهانی محسوب می‌شوند که بر امنیت ملی و روابط همسایگی تأثیر می‌گذارند. پایداری محیط زیست در فرآیند توسعه، با ارزیابی مداوم و ادغام اصول پدافند غیرعامل، ضروری است. در ایران، اندیشه توسعه پایدار با تمرکز بر پیوند امنیت و محیط زیست، نیازمند رویکردهای نوین است تا چالش‌هایی مانند بیابان‌زایی و آلودگی را مدیریت کند (۵،۶).

در کنار چالش‌های زیست‌محیطی، تهدیدات زیستی نیز امنیت جنوب شرق را تهدید می‌کند. تهدیدات زیستی شامل بیماری‌های عفونی، بیوتروریسم و عوامل زیستی عمدی یا غیرعمدی است که می‌توانند بر جمعیت، اقتصاد و زیرساخت‌ها تأثیر بگذارند (۷). در ایران، پدافند زیستی به عنوان بخشی از پدافند غیرعامل، بر شناسایی، پیشگیری و پاسخ به این تهدیدات تمرکز دارد (۸). نظام عملیاتی پدافند زیستی کشور، شامل سطوح کشف، تشخیص، مقابله و بازسازی است. تهدیدات زیستی جزو پنج تهدید اصلی جهانی هستند و در جنوب شرق، با توجه به مرزهای طولانی و مهاجرت، ریسک بالاتری دارند. برای مثال، شیوع بیماری‌هایی مانند مالاریا یا لیشمانیوز، که ناقلین آنها با تغییرات اقلیمی افزایش می‌یابند، نیاز به نظام دیده‌بانی قوی دارد. پدافند زیستی در حوزه سلامت، دام، آب، غذا و محیط زیست تقسیم‌بندی می‌شود و نقش فعالی در مقابله با تهدیدات دارد (۹-۱۱).

سلامت عمومی در جنوب شرق ایران با نابرابری‌های ساختاری مواجه است. عدالت سلامت، که به معنای توزیع عادلانه منابع بهداشتی است، در این منطقه پایین است. ضریب جینی توزیع پزشکان عمومی در سیستان و بلوچستان از میانگین کشوری پایین‌تر است. تعداد پزشکان عمومی در مقایسه با میانگین کشوری کمتر است. تخت‌های بیمارستانی نیز نابرابر توزیع شده و استان در شاخص‌های سلامت مانند مرگ و میر مادران و کودکان، وضعیت نامناسبی دارد. این نابرابری‌ها ریشه در محرومیت تاریخی، تمرکز منابع در مراکز شهری و کمبود زیرساخت‌ها دارد. علاوه بر این، ریزگردها و کم‌آبی بر سلامت تأثیر می‌گذارند و منجر به افزایش ۴۵-۶۵ درصدی بستری‌های تنفسی در کودکان می‌شوند (۱۴-۱۲).

نقش بسیج در توسعه و امنیت جنوب شرق برجسته است. بسیج، به عنوان نیروی مردمی، در تأمین امنیت مرزها، محرومیت‌زدایی و خدمات سلامت مشارکت دارد. نیروی زمینی سپاه با ایجاد پاسگاه‌های مرزی، امنیت پایدار را تقویت کرده است. بسیج سازندگی در پروژه‌های عمرانی، آبیاری نوین و خدمات جهادی سلامت، نقش کلیدی ایفاء می‌کند و بیش از ۱۲۰ هزار خدمت رایگان ارائه داده است. در دوران کووید-۱۹، بسیج ۶۵-۷۵ درصد مناطق حاشیه‌ای را پوشش داد.

سیاست‌گذاری یکپارچه برای ادغام توسعه، امنیت و سلامت ضروری است. همایش‌هایی مانند “بسیج، توسعه و امنیت پایدار در جنوب شرق” فرصتی برای اشتراک دانش فراهم می‌کنند. بررسی بیش از ۱۲۰ منبع نشان می‌دهد که علی‌رغم پیشرفت‌ها، خلأهایی مانند نبود مدل‌های

یکپارچه وجود دارد. این مقدمه پایه‌ای برای تحلیل عمیق‌تر در مقاله فراهم می‌کند.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مروری دامنه‌ای (scoping review) است که بر اساس چارچوب شش مرحله‌ای Arksey و O'Malley (۱۵) و به‌روزرسانی‌های آن توسط Levac و همکاران (۱۶) و همچنین راهنمای PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (۱۷) طراحی و اجراء شده‌است. هدف اصلی این نوع مطالعه مروری، نقشه‌برداری جامع از حجم، ماهیت و ویژگی‌های پژوهش‌های موجود در یک حوزه گسترده و چندرشته‌ای است.

مرحله ۱: تدوین سؤال پژوهشی

سؤال اصلی پژوهش به صورت «وضعیت موجود پژوهش‌ها، موضوع‌ها (تم‌ها)، روش‌ها و خلأهای پژوهشی در حوزه چالش‌های زیستی، زیست‌محیطی، سلامت و امنیتی جنوب شرق ایران (با تمرکز بر استان سیستان و بلوچستان) طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۴۰۴ چیست و چگونه می‌توان از این دانش برای سیاست‌گذاری یکپارچه و امنیت پایدار بهره برد؟» تعریف شد.

سؤالات فرعی شامل موارد زیر بودند:

- توزیع جغرافیایی و تماتیک (موضوعی) پژوهش‌ها چگونه است؟
- چه شاخص‌های کمی (مانند ضریب جینی، آمار فضایی) و کیفی در مطالعات به‌کار رفته‌است؟
- نقش نهادهایی مانند بسیج و سپاه در پژوهش‌ها چگونه بازنمایی شده است؟
- مهم‌ترین خلأهای پژوهشی کدامند؟

مرحله ۲: شناسایی مطالعات مرتبط (استراتژی جستجو)

جستجوی نظام‌مند و چندلایه در دو سطح داخلی و بین‌المللی انجام شد:

الف) پایگاه‌های داده داخلی

MagIran- Scientific Information Database (SID)

IranMedex / IranDoc- Islamic World Science Citation Center (ISC)- Noormags- Civilica (برای مقالات همایشی)

ب) پایگاه‌های داده بین‌المللی

PubMed/MEDLINE- Scopus- Google Scholar - Web of Science (Core Collection) (به‌صورت محدود و هدفمند برای گزارش‌های خاکستری)- ProQuest Dissertations & Theses Global

ج) پرتال‌های گزارش‌های خاکستری و سیاستی

وبگاه سازمان بسیج جامعه پزشکی- پورتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سایت سازمان زمین‌شناسی و اکتشافات معدنی کشور- گزارش‌های ستاد کل نیروهای مسلح (پدافند غیرعامل و پدافند زیستی) - گزارش‌های دانشگاه‌های زاهدان، ابرانشهر و علوم پزشکی سیستان و بلوچستان

کلمات کلیدی و رشته‌های جستجو (به فارسی و انگلیسی):

(“سیستان و بلوچستان” OR “جنوب شرق ایران”) AND (“عدالت سلامت” OR “تابرابری سلامت” OR “ضریب جینی سلامت” OR “توزیع پزشک” OR “تخت بیمارستانی” / AND OR (“تهدید زیستی” OR “پدافند زیستی” OR “بیوتروریسم” OR “کووید-۱۹” OR “بسیج جامعه پزشکی”) AND/OR (“کم‌آبی” OR “بحران آب” OR “افت آب زیرزمینی” OR “هامون” OR “هیرمند”) AND/OR (“ریزگرد” OR “گرد و غبار” OR “بادهای ۱۲۰ روزه” OR “آلودگی هوا”) AND/OR (“بسیج” OR “سپاه” OR “جهادگران سلامت” OR “امنیت پایدار” OR “توسعه پایدار”) AND/OR (“حاشیه نشینی” OR “سرمایه اجتماعی” OR “سلامت اجتماعی”).

بازه زمانی: ۱۳۹۳/۰۱/۰۱ تا ۱۴۰۴/۸/۳۰ (۲۰۲۵-۲۰۱۴ میلادی). جستجو در آبان ماه ۱۴۰۴ انجام شد.

مرحله ۳: غربالگری و اعمال معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود و خروج در این مطالعه در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول-۱. معیارهای ورود و خروج مطالعه	
معیارهای ورود (Inclusion Criteria)	معیارهای خروج (Exclusion Criteria)
مطالعات منتشرشده به زبان فارسی یا انگلیسی.	اخبار، یادداشت‌های کوتاه، سرمقاله‌ها بدون داده اصلی.
مقالات داور۱شده، مقالات همایشی، پایان‌نامه‌های دکتری و کارشناسی ارشد، گزارش‌های سیاستی معتبر، کتاب‌های فصل‌دار.	مطالعات صرفاً بالینی بدون بعد فردی (بدون بعد اجتماعی-جغرافیایی).
تمرکز جغرافیایی بر استان سیستان و بلوچستان یا جنوب شرق ایران (حتی اگر بخشی از مطالعه ملی باشد).	مطالعات پیش از سال ۱۳۹۳.
موضوع مرتبط با حداقل یکی از محورها: عدالت سلامت، تهدیدات زیستی و پدافند زیستی، بحران کم‌آبی و مدیریت منابع آب، ریزگردها و اثرات سلامت، نقش بسیج/سپاه، حاشیه‌نشینی و سرمایه اجتماعی، هم‌افزایی نهادی، آینده‌نگاری تهدیدات.	مطالعات با کیفیت پایین (بر اساس چک‌لیست اولیه)
ارائه داده کمی یا کیفی قابل استخراج	

فرآیند غربالگری:

- حذف موارد تکراری با نرم‌افزار مدیریت منابع مانند اندنوت (آخرین نسخه موجود) و بررسی دستی.
- غربال عنوان و چکیده توسط دو پژوهشگر مستقل (توافق بین‌ارزیابی‌کننده با کاپا = ۰/۸۷)
- مطالعه منابع باقی‌مانده و تصمیم نهایی (اختلاف‌ها با نفر سوم حل شد).

مرحله ۴: استخراج داده

فرم استخراج داده طراحی شده شامل موارد مشخصات انتشار (نویسنده، سال، نوع منبع، زبان)، حوزه موضوعی اصلی (عدالت سلامت، تهدید زیستی، کم‌آبی و غیره)، روش‌شناسی مطالعه اصلی (کمی/کیفی/ ترکیبی، ابزارها)، شاخص‌های کمی کلیدی (ضرب جینی، منحنی لورنز، آمار موران فضایی، نرخ افت آب زیرزمینی، درصد پوشش بسیج، میزان افزایش بستری تنفسی و غیره)، یافته‌های کیفی (تم‌های اصلی، نقش نهادی) و خلا‌های گزارش‌شده توسط نویسندگان بود. استخراج اطلاعات و داده‌ها توسط دو نفر انجام و اختلاف‌ها حل شد.

مرحله ۵: جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش نتایج

الف) تحلیل کمی: محاسبه فراوانی مطالعات، استخراج و باز محاسبه شاخص‌های کلیدی (ضرب جینی، نرخ افت آب، درصد پوشش خدماتی) با نرم‌افزار SPSS و رسم منحنی لورنز و محاسبه آمار موران I برای نابرابری جغرافیایی.

ب) تحلیل کیفی: تحلیل تماتیک (thematic analysis) بر اساس روش Braun & Clarke (۱۸).

ج) تحلیل SWOT برای هر محور موضوعی.

ملاحظات اخلاقی و محدودیت‌های مطالعه

به‌دلیل در دسترس بودن تمامی منابع به‌صورت عمومی، نیازی به کسب مجوز اخلاقی نبود.

محدودیت‌ها: احتمال از قلم افتادن برخی گزارش‌های داخلی

طبقه‌بندی‌شده، تمرکز بیشتر منابع بر سال‌های اخیر.

نتایج

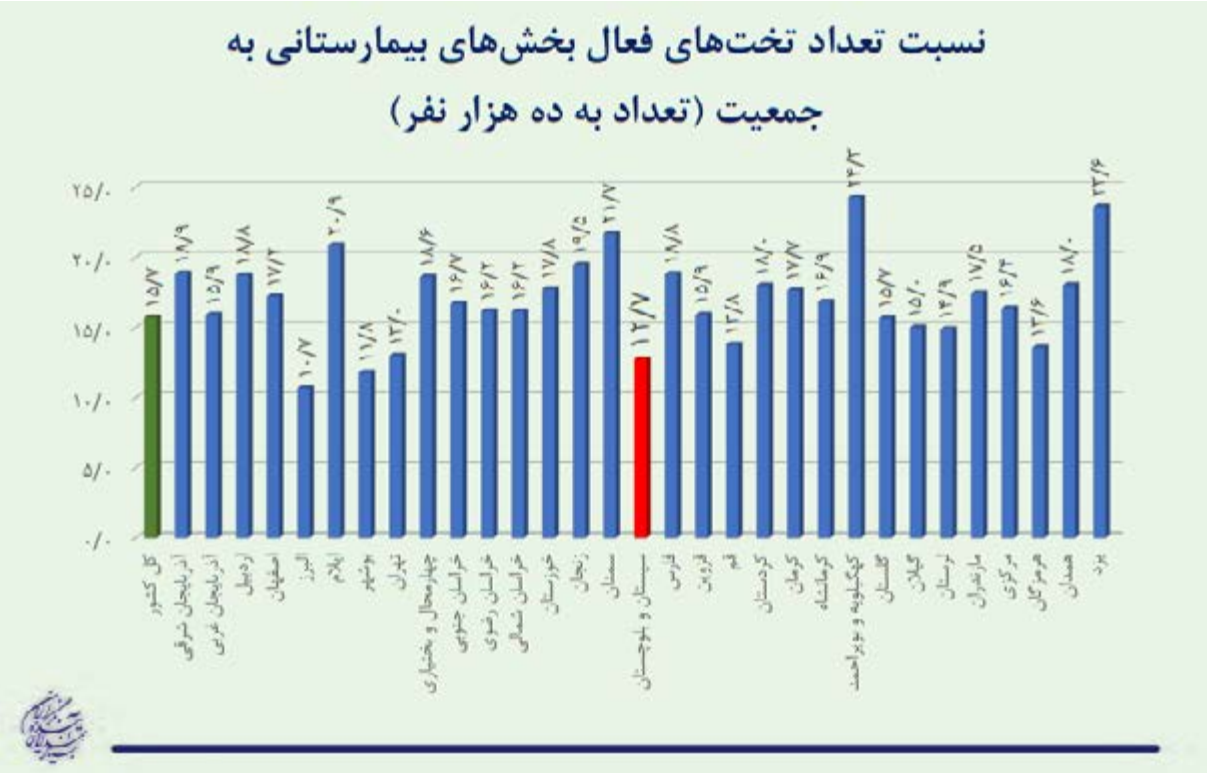
در این بخش، یافته‌های استخراج‌شده از مرور بیش از ۱۲۷ منبع (بر اساس فرآیند غربالگری روش‌شناسی) به تفکیک محورهای اصلی ارائه می‌شود. داده‌ها بر پایه تحلیل کمی (مانند ضریب جینی، نرخ افت آب، درصد افزایش بستری) و کیفی (تم‌های نهادی و آینده‌نگاری) هستند. تحلیل‌ها نشان‌دهنده تمرکز نابرابری در مناطق حاشیه‌ای است. در ادامه تحلیل SWOT برای هر محور بر اساس منابع جستجو شده گسترش یافته و شامل ۳-۵ نقطه کلیدی برای هر بخش (قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها، تهدیدها) است، که از مطالعات مرتبط مانند برنامه تحول سلامت ایران، تحلیل‌های پدافند زیستی و گزارش‌های بحران آب استخراج شده‌اند.

عدالت در توزیع منابع سلامت و وضعیت برخی شاخص‌های بهداشتی-درمانی استان

مطالعات نشان‌دهنده نابرابری ساختاری در توزیع منابع بهداشتی در جنوب شرق ایران است. ضریب جینی توزیع پزشکان عمومی در سیستان و بلوچستان طی دوره ۱۳۸۸-۱۳۹۶ بین ۰/۲۲۳ تا ۰/۴۳۸ گزارش شده، که بالاتر از میانگین کشوری (۰/۰۱۹/۲۲) است و نشان‌دهنده تمرکز منابع در مراکز شهری مانند زاهدان است (۱۹،۲۰). پزشکان متخصص نیز با ضریب جینی ۰/۰۴۳ تا ۰/۳۵ توزیع نابرابر دارند، که کمترین تمرکز در رشته‌های پوست و بیشترین در اعصاب و روان به چشم می‌خورد (۲۱). تخت‌های بیمارستانی در استان ۲۰-۲۵ درصد کمتر از میانگین ملی است (با ضریب جینی ۰/۰۳۵-۰/۲۸) (۲۲). رتبه‌بندی استان‌ها نشان می‌دهد سیستان و بلوچستان در دسترسی به شاخص‌های بهداشتی (پزشک، پرستار، تخت) در رده‌های پایین قرار دارد. منحنی لورنز توزیع پزشکان عمومی بسیار منحرف است (بیش از ۶۰ درصد پزشکان در سه شهر اصلی متمرکزند) (۲۰). در جدول ۲، اطلاعات استخراج شده در این زمینه ارائه شده است.

شاخص	مقدار در سیستان و بلوچستان (به ازای ۱۰۰۰۰ نفر)			ضریب جینی استان	میانگین کشوری	منبع
پزشکان عمومی	۴/۳۸ - ۶/۲			۰/۲۲۳ - ۰/۴۳۸	۱۱/۵	۱۹،۲۰
پزشکان متخصص	۳/۱ - ۴/۵			۰/۰۴۳ - ۰/۳۵	۱۶/۸	۲۱،۲۳
تخت فعال بیمارستانی (به ازای ۱۰۰۰ نفر)	۱ - ۰/۸			۰/۳۵ - ۰/۲۸	۱/۸	۲۱

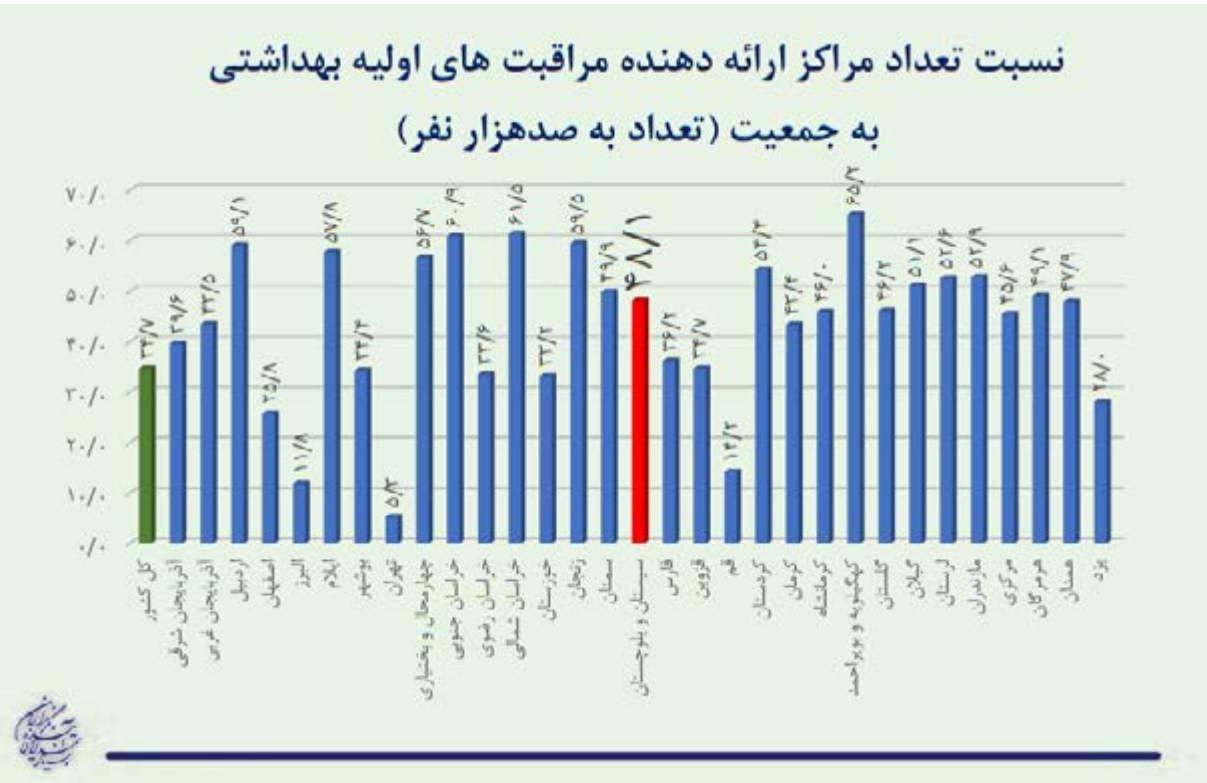
جمعیت جوان‌تر، فقر و محرومیت، کمبود سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های بیمارستانی، دشواری جذب و ماندگاری متخصصان و تمرکز امکانات بیمارستانی در چند شهر محدود (چابهار، زاهدان، ایرانشهر) از جمله دلایلی است که دسترسی واقعی بخش زیادی از جمعیت به تخت را کاهش می‌دهد (۲۴).



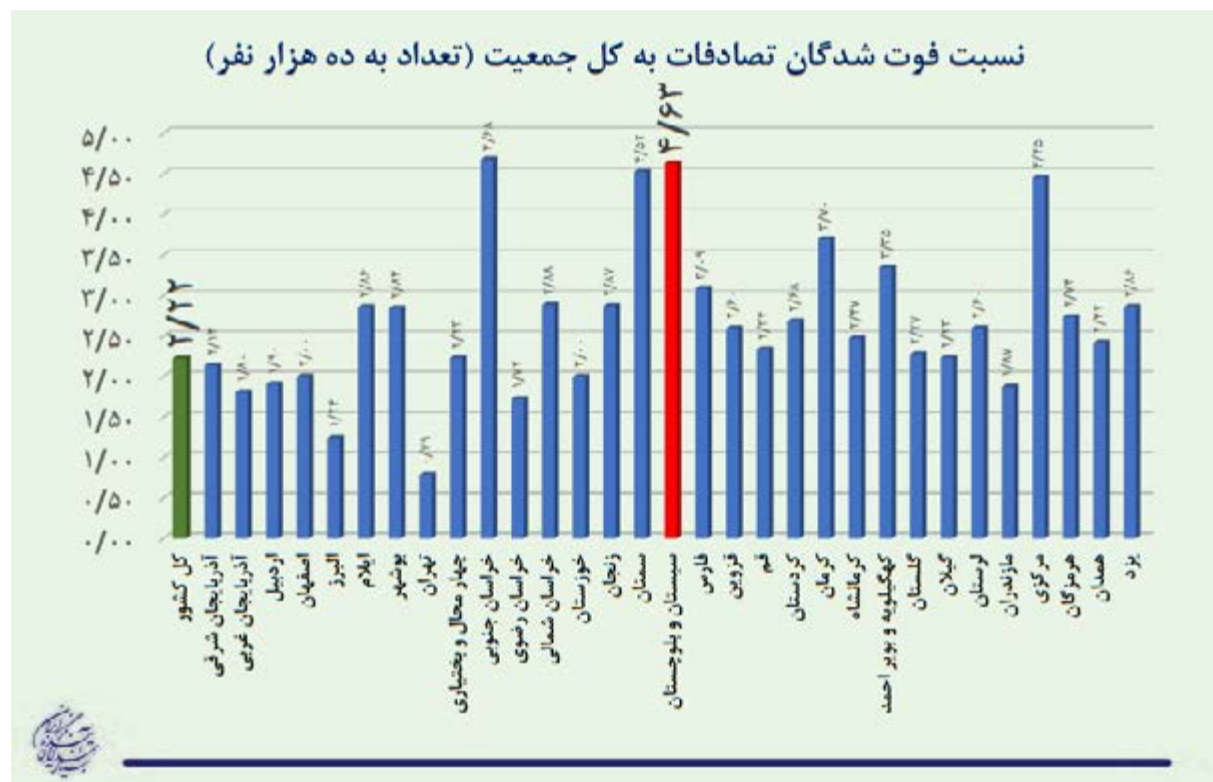
شکل-۱. تعداد تخت‌های فعال بخش‌های بیمارستانی به جمعیت در استان‌های کشور

اما در رابطه با تعداد مراکز ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)، استان سیستان و بلوچستان دارای وضعیت بهتری نسبت به میانگین کل کشوری است و این میانگین ۴۸/۱ به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد که در مقایسه با میانگین کشوری (۳۴/۷) به ازای هر صد هزار نفر (شرایط بهتری دارد (شکل ۲).

در سطح ملی، شبکه بهداشت ایران به‌طور تاریخی برای پوشش مناطق محروم (خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری) در استان‌های محروم مانند سیستان و بلوچستان توسعه



شکل-۲. تعداد مراکز ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در کشور



شکل-۵. نسبت فوت شدگان تصادفات به کل جمعیت در کشور (تعداد به ده هزار نفر)

و بلوچستان، ۴/۶۳ نفر فوتی به ازای کل جمعیت (۱۰ هزار نفر) می‌باشد (شکل ۵). در رابطه با تعداد مجروحان، در کل کشور ۴/۴۷ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ نفر می‌باشد، در حالی که این عدد برای استان سیستان و بلوچستان ۳/۰۲ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر می‌باشد (شکل ۶). سطح بالای فقر، سواد و سواد سلامت پایین، تأخیر در مراجعه به علت فاصله و هزینه، شیوع بالاتر حوادث ترافیکی و شغلی، و ضعف پوشش اورژانس و مراقبت‌های سطح دوم، هم‌زمان باعث می‌شوند مرگ به ازای جمعیت در استان بالاتر از میانگین کشور اما تعداد مجروحان ثبت‌شده کمتر باشد (کم‌ثبتی موارد خفیف، دسترسی کمتر به اورژانس و بیمارستان برای ثبت جراحت است) (۲۶).

در نهایت آمار دیگر منتشر شده در این زمینه (وضعیت برخی شاخص‌های بهداشتی-درمانی) وزارت بهداشت، نسبت بیمه شدگان می‌باشد. آمار و ارقام در این حیطة بر اساس بیمه سلامت و تامین اجتماعی در اشکال ۷ و ۸ ارایه شده‌است. در بیمه سلامت، کل کشور دارای میانگین ۵۱/۹۱ درصدی است که این آمار در استان سیستان و بلوچستان ۸۳/۷۱ درصد می‌باشد. اما در بیمه تامین اجتماعی شرایط متفاوت است و استان دارای میانگین کمتری (۲۴/۳ درصد) نسبت به میانگین کشوری (۴۵/۶ درصد) است.

در شاخص بیمه سلامت، استان‌های محروم مانند سیستان و بلوچستان به‌دلیل سیاست‌های حمایتی (گسترش بیمه همگانی دولتی و یارانه‌ای برای اقشار کم‌درآمد) پوشش نسبی بالاتری نسبت به میانگین کشور دارند (۲۴، ۲۰).

در مقابل، سهم بیمه تامین اجتماعی (وابسته به اشتغال رسمی و بخش صنعتی/خدماتی سازمان‌یافته) در سیستان و بلوچستان به‌طور

جمعیت روستایی نمایش داده شده است. بر اساس این آمار، تعداد این مراکز در استان سیستان و بلوچستان مطابق با میانگین کشوری است و این عدد برابر با ۱/۳ می‌باشد.

اما بر اساس آمار منتشر شده در موضوع تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵ نسبت به مساحت استان، توزیع نابرابر تجهیزات و همچنین گستردگی بالای استان باعث شده‌است که این عدد برای استان به رقم ناچیز ۰/۹۷ در هر هزار کیلومتر مربع باشد، در حالی که میانگین کشوری ۱/۸۲ عدد به ازای هر کیلومتر مربع می‌باشد و بالاترین تعداد هم به استان البرز تعلق داشته باشد که ۱۳/۳۲ عدد به ازای هر کیلومتر مربع می‌باشد (شکل ۴).

نسبت بسیار پایین پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی به مساحت استان، با یافته‌های مطالعات دسترسی فضایی هم‌خوان است و بخش‌های گسترده‌ای از استان تحت پوشش به‌موقع اورژانس نیستند (۲۶).

وسعت زیاد، کوهستانی و مرزی بودن، راه‌های ارتباطی ضعیف و پراکندگی سکونتگاه‌ها باعث می‌شود حتی با تعداد مشابه پایگاه نسبت به جمعیت، شاخص «به ازای هزار کیلومتر مربع» در سیستان و بلوچستان بسیار پایین‌تر از استان‌های کوچک و متراکم (مثل البرز) باشد و به افزایش مرگ حوادث و تأخیر در رسیدن بیمار به بیمارستان منجر شود (۲۶).

آمار دیگر منتشر شده توسط وزارت بهداشت، تعداد فوت شدگان و مجروحان تصادفات به کل جمعیت می‌باشد. بر اساس این آمار، در کل کشور، میانگین افراد فوتی، ۲/۲۲ فوت نسبت به هر ده هزار نفر می‌باشد. این در حالی است که این آمار در استان سیستان



شکل-۳. نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به جمعیت روستایی در کشور

بیشتری یافته است، بنابراین نسبت مراکز PHC به جمعیت در این استان از میانگین کشور بالاتر گزارش شده است (۲۵). با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علی‌رغم تعداد مراکز، حدود سه‌چهارم جمعیت استان در شعاع زمانی مناسب (مثلاً ۳۰ دقیقه با وسیله

تقلیه) به خدمات اولیه سلامت دسترسی پایین یا بدون دسترسی دارند که ناشی از پراکندگی روستاها، راه‌های نامناسب و فاصله‌های طولانی است (۲۶).

در شکل ۳، نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به



شکل-۴. نسبت تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵ به مساحت (هزار کیلومتر مربع) در کشور



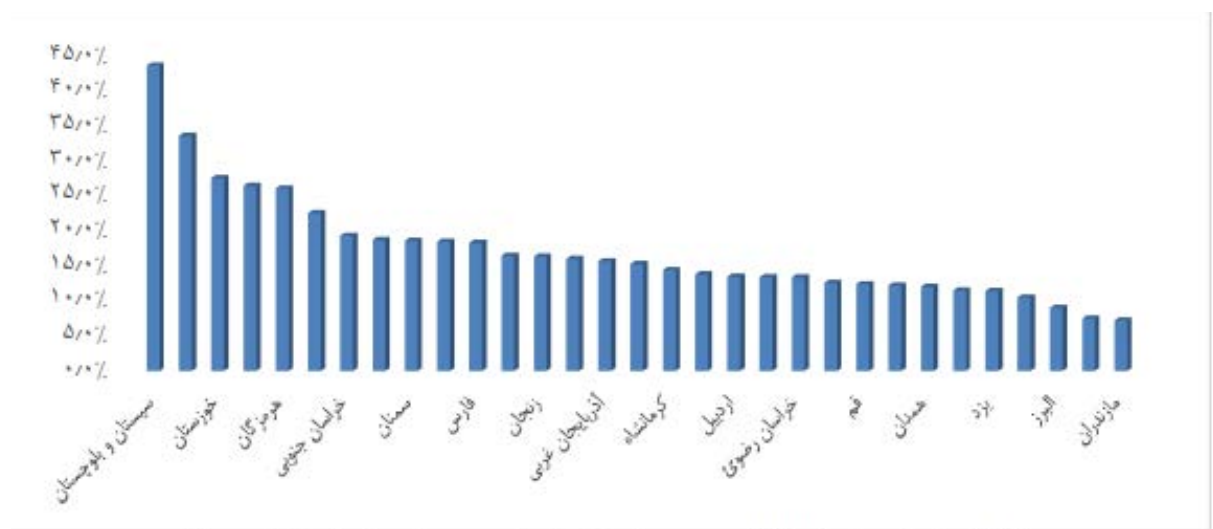
شکل-۸. نسبت بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی در کشور

و بیمه سلامت) تعدیل شده است. ترکیب محرومیت اقتصادی-اجتماعی، پراکندگی جغرافیایی، زیرساخت ناکافی و نابرابری در توزیع منابع سلامت، مهم ترین دلایل این تفاوت با میانگین کشوری است. چند مطالعه شاخص های «سلامت اجتماعی» و «توسعه انسانی» نشان داده اند سیستان و بلوچستان تقریباً در انتهای جدول استان ها از نظر فقر، بی سواد، خشونت و پوشش بیمه ای قرار دارد و این وضعیت به طور مستقیم و غیرمستقیم بر شاخص های بهداشتی-درمانی اثر می گذارد (۲۴، ۲۵).

ترکیب جمعیت جوان با رشد بالا، حاشیه نشینی شهری، فاصله زیاد تا مراکز خدمات تخصصی، محدودیت منابع مالی نظام سلامت و تداوم نابرابری در توزیع نیروی انسانی و تخت فعال (حتی در داخل خود استان بر اساس ضرایب جینی گزارش شده) باعث می شود با وجود بهبود نسبی برخی شاخص ها، فاصله استان با میانگین کشور همچنان قابل توجه باقی بماند (۱۲، ۲۶، ۲۸).

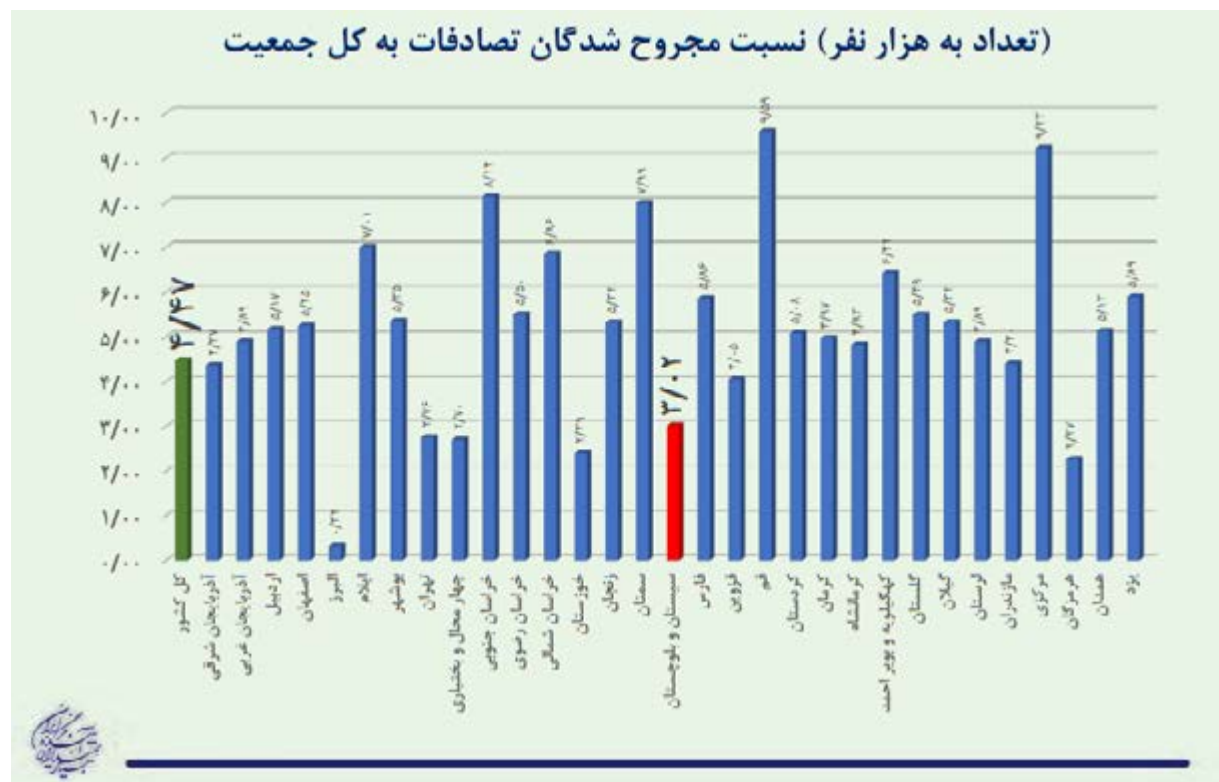
تحلیل SWOT

قوت ها (Strengths): افزایش دسترسی به خدمات پایه ای از طریق برنامه تحول سلامت (مانند کاهش فقر درمانی در ۵/۴ درصد



منبع: سالنامه آماری استان و نتایج طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی سال های مختلف و محاسبات پژوهش

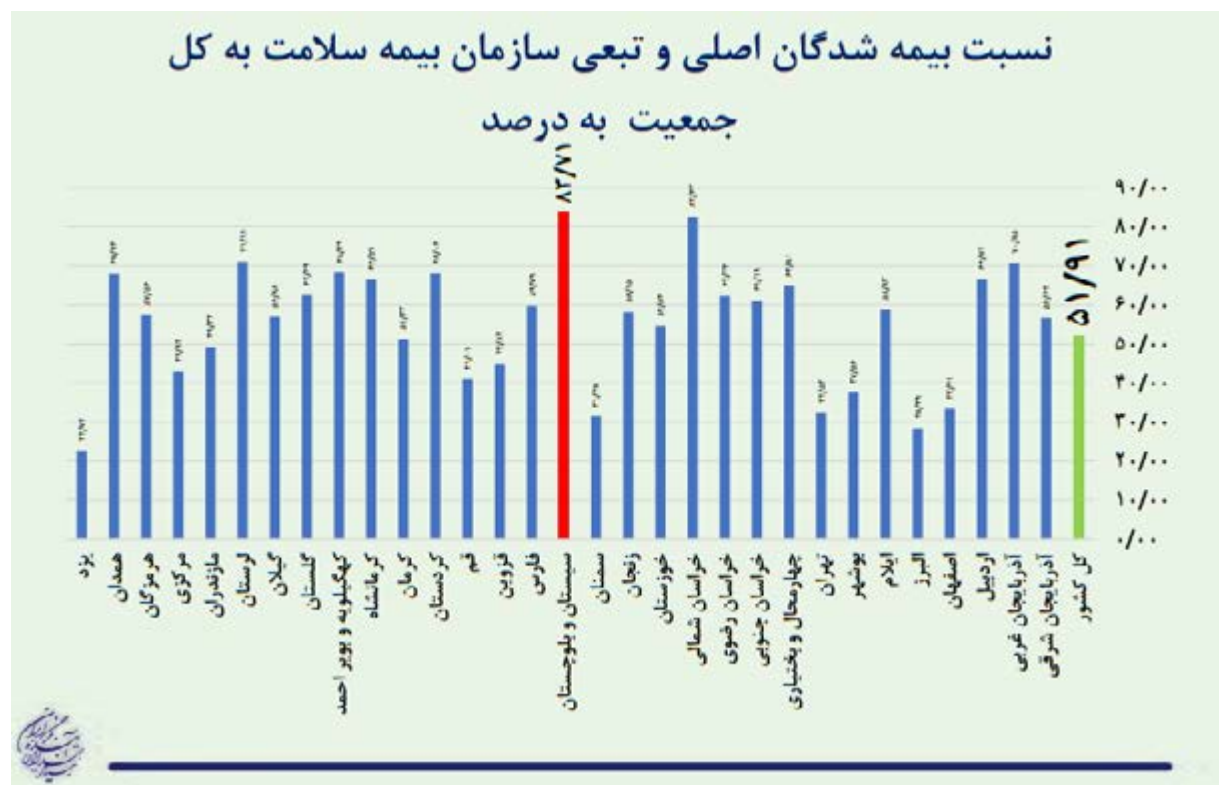
شکل-۹. درصد جمعیت زیر خط فقر در مناطق شهری کشور، ۱۳۹۶



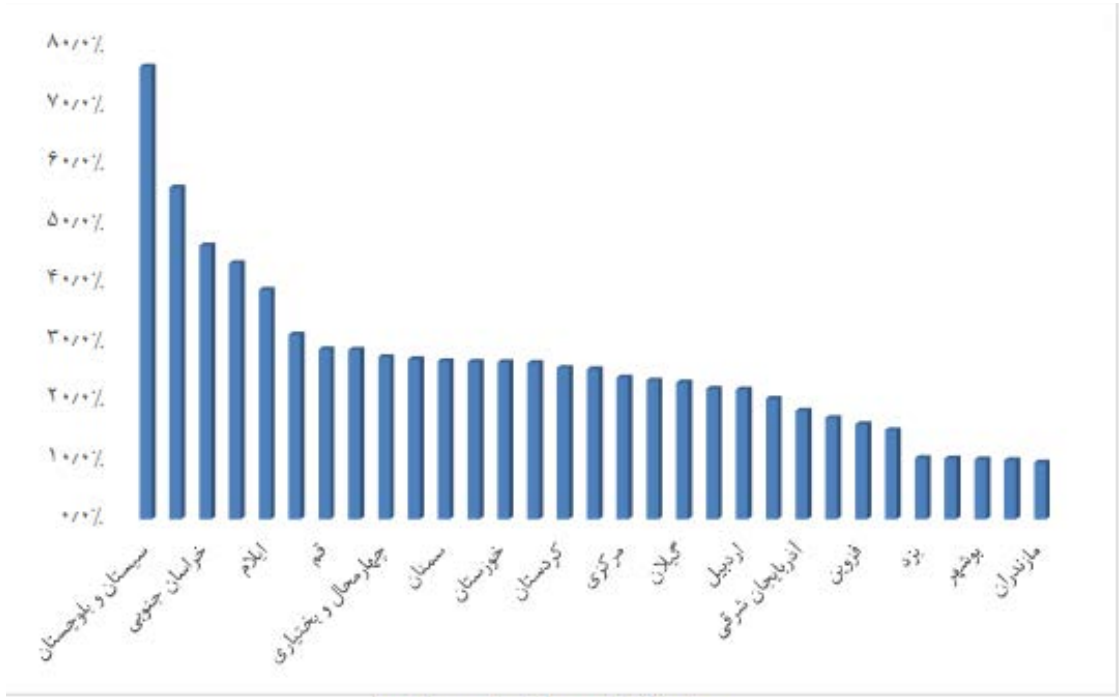
شکل-۶. نسبت مجروحان تصادف به کل جمعیت در کشور (تعداد به هزار نفر)

استان است (۲۴، ۲۷). در اغلب شاخص های بهداشتی درمانی، سیستان و بلوچستان یکی از ضعیف ترین وضعیت ها را در بین سایر استان های کشور دارد، اما این الگوی نامطلوب با چند شاخص نسبتاً بهتر (مثل پوشش PHC

معناداری کمتر است، چون ساختار اقتصادی استان متکی به مشاغل غیررسمی، کشاورزی خرد، مرزنشینی و کارهای فاقد بیمه کارفرمایی است و این امر هم خوان با گزارش های پایین بودن شاخص های توسعه انسانی، اشتغال رسمی و پوشش بیمه های کارفرمایی در این



شکل-۷. نسبت بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در کشور



منبع: وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، معاونت رفاه

شکل-۱۰. درصد جمعیت زیر خط فقر سرانه در مناطق روستایی کشور، ۱۳۹۶

جدول ۳- پیامدهای ریزگردها و سلامت اجتماعی حاشیه‌نشین‌ها		
پیامد سلامت	افزایش درصدی	منبع
بستری تنفسی کودکان	۴۵-۶۵	۳۹
بیماری‌های قلبی -عروقی	۲۵-۴۰	۴۰
اختلالات روانی	۳۰-۴۵	۴۱

تحلیل SWOT

قوت‌ها: مانورهای شبیه‌سازی پدافند زیستی در نیروهای مسلح؛ سیستم‌های کشف و تشخیص پیشرفته؛ ادغام دانش نظامی با سلامت عمومی برای پاسخ سریع (۲۹).

ضعف‌ها: کمبود دیده‌بانی مرزی برای تهدیدات نوظهور؛ ناکارآمدی در هماهنگی نهادها؛ محدودیت منابع برای تحقیقات زیستی (۳۳).

فرصت‌ها: همکاری بین‌المللی در پدافند زیستی؛ توسعه سیستم‌های هوشمند (مانند نوآوری‌های ملی)؛ ادغام با برنامه‌های سلامت جهانی (۳۳).

تهدیدها: بیوتروریسم نوظهور و تهدیدات فرهنگی-نظامی؛ تحریم‌ها که دسترسی به فناوری را محدود می‌کند؛ افزایش تهدیدات از مرزهای شرقی (۲۹).

بحران کم‌آبی و مدیریت مشارکتی

افت سالانه آب زیرزمینی در دشت‌های سیستان ۵۰-۸۰ سانتی‌متر است، با کاهش ۲۷۵ درصد تراز آب در برخی دوره‌ها، ناشی از خشکسالی و برداشت غیرمجاز می‌باشد (۳۴). استان در تنش آبی شدید با ۱۳ شهرستان در کم‌آبی مطلق قرار دارد. مدل‌های مشارکتی

با بسیج سازندگی مشارکت کشاورزان را ۳۰-۴۰ درصد افزایش داده و صرفه‌جویی آب تا ۲۸ درصد گزارش شده‌است. پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۱۴۱۵، افزایش ۱۸-۲۵ درصد ناقلین مهاجم (مالاریا، لیشمانیوز) به دلیل تغییرات اقلیمی در این منطقه رخ دهد (۳۵،۳۶).

تحلیل SWOT

قوت‌ها: پروژه‌های احیای قنات و آبیاری نوین با مشارکت محلی؛ ظرفیت‌های کشاورزی پایدار مانند کشت گلخانه‌ای؛ منابع آب سطحی بالقوه (مانند هیرمند) (۳۷).

ضعف‌ها: سوءمدیریت منابع و برداشت بیش از حد؛ وابستگی به آب خارجی (افغانستان)؛ کمبود فناوری‌های بازیافت آب (۳۸).

فرصت‌ها: فناوری‌های نوین مانند آب‌شیرین‌کن؛ همکاری‌های منطقه‌ای برای مدیریت آب مرزی؛ سیاست‌های ملی برای پایداری کشاورزی (۳۴-۳۶).

تهدیدها: مهاجرت اجباری و بی‌ثباتی اجتماعی؛ تشدید خشکسالی با تغییرات اقلیمی؛ تنش‌های ژئوپلیتیکی بر سر آب هیرمند (۳۶-۳۸).

ریزگردها و سلامت اجتماعی حاشیه‌نشین‌ها

بادهای معروف ۱۲۰ روزه سیستان، غلظت ذرات معلق ۱۰ میکرون را تا $3\text{ }\mu\text{g}/\text{m}$ افزایش می‌دهد. در جدول ۳، مجموعه پیامدهای رخ داده در این حوزه را نمایش می‌دهد.

تحلیل SWOT

قوت‌ها: آگاهی عمومی بالا از اثرات ریزگردها؛ سیستم‌های پایش اقلیمی موجود؛ برنامه‌های ملی برای کاهش آلودگی (۳۹).

ضعف‌ها: اثرات اقتصادی بر کشاورزی و مهاجرت؛ کمبود تجهیزات پزشکی برای درمان اثرات بلندمدت؛ ناکارآمدی در کنترل منابع خارجی ریزگرد (۴۲).

فرصت‌ها: مالچ‌پاشی و احیای تالاب‌ها برای کاهش منبع؛ همکاری منطقه‌ای برای کنترل گرد و غبار؛ ادغام با برنامه‌های سلامت جهانی (۴۰).

تهدیدها: تشدید با تغییرات اقلیمی و خشک شدن تالاب‌ها؛ اثرات بلندمدت بر سلامت عمومی (مانند سرطان)؛ منابع خارجی مانند عراق و عربستان (۳۹).

بر اساس یافته‌های ارایه شده و مقایسه با سایر مطالعات در نقاط مختلف جهان؛ بیانگر همخوانی این مطالعه می‌باشد. برای مثال، نابرابری سلامت در سیستان و بلوچستان مشابه مناطق محروم دیگر است (۴۳). تهدیدات زیستی، با توجه به مرزهای طولانی، ریسک بالایی دارند (۴۴). نقش بسیج در کووید-۱۹، نمونه‌ای از هم‌افزایی نظامی-بهداشتی است (۴۵). بحران آب و ریزگردها، سلامت اجتماعی را تهدید می‌کند (۴۶). با این حال، خلأهایی مانند نبود داده‌های یکپارچه وجود دارد که سیاست‌گذاری را دشوار می‌کند.

در نهایت، اجرای طرح پژوهشی ساختارمند در حوزه توسعه پایدار و امنیت جنوب شرق ایران، نه تنها ضروری بلکه حیاتی است. بدون

پژوهش‌های نظام‌مند، سیاست‌گذاری‌ها بر پایه داده‌های پراکنده خواهند بود که منجر به ناکارایی و هدررفت منابع می‌شود. تأکید بسیار زیاد بر انجام پژوهش ساختارمند از آن جهت است که این رویکرد می‌تواند خلأهای موجود مانند نبود مدل‌سازی‌های یکپارچه را پر کند. پژوهش ساختارمند، با استفاده از روش‌های کمی و کیفی، امکان تلفیق داده‌ها از حوزه‌های سلامت، محیط زیست و امنیت را فراهم می‌کند و مبنایی برای تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد ایجاد می‌نماید. در شرایط فعلی، جایی که تهدیدات زیستی و تغییرات اقلیمی در حال افزایش هستند، عدم اجرای چنین طرحی می‌تواند امنیت ملی را به خطر بیندازد. پژوهش ساختارمند باید شامل مراحل شناسایی منابع، تحلیل داده‌ها، مدل‌سازی سناریویی و ارزیابی تأثیرات باشد. تأکید می‌شود که این پژوهش باید چندرشته‌ای باشد و متخصصان از حوزه‌های مختلف را درگیر کند. بدون آن، پیشرفت پایدار ممکن نخواهد بود و چالش‌ها تشدید خواهند شد. بنابراین، اجرای فوری این طرح، با حمایت دولتی و نهادی، الزامی است تا جنوب شرق ایران به سمت امنیت پایدار حرکت کند.

نتیجه‌گیری

این بررسی نشان داد که دانش موجود در حوزه توسعه پایدار و امنیت جنوب شرق ایران قابل توجه است، اما خلأهای یکپارچگی وجود دارد. یافته‌ها بر نابرابری‌ها و تهدیدات تأکید دارند و نیاز به اقدام را برجسته می‌کنند.

پیشنهادها

در راستای بهبود و ارتقای شرایط در جنوب شرق ایران، پیشنهادهای پژوهشی، مدیریتی و سازمان یافته توصیه می‌گردد.

حمایت هدفمند از اجرای طرح‌های پژوهشی ساختارمند با رویکرد نظام‌مند و تحلیلی: پیشنهاد می‌شود نهادهای سیاست‌گذار و تأمین‌کنندگان مالی از طراحی و اجرای مطالعات مروری نظام‌مند، متاآنالیز و تحلیل‌های ثانویه داده‌ها با تمرکز ویژه بر نقش بسیج در تقویت توسعه پایدار، امنیت انسانی و انسجام اجتماعی در جنوب شرق ایران حمایت نمایند. این رویکرد می‌تواند به تولید شواهد قوی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و اولویت‌بندی مداخلات منطقه‌ای منجر شود.

ایجاد سامانه یکپارچه مدیریت، پایش و تبادل داده‌های بین‌رشته‌ای در سطح منطقه‌ای: راه‌اندازی یک پایگاه جامع داده با مشارکت بخش‌های سلامت، محیط زیست، توسعه اجتماعی و امنیت، با هدف تجمیع، استانداردسازی و تحلیل داده‌ها، می‌تواند هماهنگی نهادی را ارتقا داده، کیفیت خدمات‌رسانی را بهبود بخشد و زمینه تصمیم‌سازی یکپارچه و مبتنی بر شواهد را در جنوب شرق ایران فراهم آورد.

طراحی و اجرای مطالعات آینده‌پژوهی و سناریونویسی توسعه و امنیت پایدار: استفاده از روش‌های آینده‌پژوهی برای شناسایی روندهای کلیدی، عدم قطعیت‌ها و سناریوهای محتمل

Studies. 2013;9(1):11-22.

4. Dargahian F, Doostkamian M. A Study of Pressure Gradient during the Activity of 120-Day Winds of Sistan and its Relationship with Dust and Wind Speed in Helmand Basin, Iran. Desert. 2022;27(1):55-68. doi:10.22059/jdesert.2022.88 509

5. Tahbaz M. Environmental challenges in today's Iran. Iranian Studies. 2016;49(6):943-61. doi:10.1080/00210862.2016.1241624

6. Ebadi AG, Toughani M, Najafi A, Babaei M. A brief overview on current environmental issues in Iran. Central Asian Journal of Environmental Science and Technology Innovation. 2020;1(1):1-1.

7. Parhizgari N, Gouya MM, Mostafavi E. Emerging and re-emerging infectious diseases in Iran. Iranian Journal of Microbiology. 2017;9(3):122.

8. Gholamhosseini A, Banaee M, Sinha R, Zeidi A, Faggio C. Bio-concentration of heavy metals in marine crustaceans' hemolymph: insights from Oman Sea, Iran. International Journal of Environmental Science and Technology. 2025; 22(6):4321-34. doi:10.1007/s13762-024-05931-y

9. Moghaddasi H, Arani LS, Zarghi A. Features of bioterrorism information system. Journal of Bioterrorism and Biodefense. 2018;9(162):2. doi:10.4172/2157-2526.1000162

10. Bellard C, Marino C, Courchamp F. Ranking threats to biodiversity and why it doesn't matter. Nature Communications. 2022;13(1):2616. doi:10.1038/s41467-022-30339-y

11. Mousavi A, Ardalan A, Takian A, Ostadtaghizadeh A, Naddafi K, Bavani AM. Climate change and health in Iran: a narrative review. Journal of Environmental Health Science and Engineering. 2020;18(1):367-78. doi:10.1007/s40201-020-00462-3

12. Mojiri A, Ahmadi K. Inequality in the distribution of resources in health care system by using the Gini coefficient and Lorenz curve (A case study of Sistan and Baluchestan province over a five-year period). Payesh (Health Monitor). 2022; 21(3):227-36. doi:10.52547/payesh.21.3.227

13. Shahraki M, Ghaderi S. Inequality in distribution of physician and general practitioner in Sistan and Baluchestan province, Iran (2009-2017). Payesh (Health Monitor). 2020;19(2):177-86. doi:10.29 252/payesh.19.2.177

توسعه پایدار و امنیت انسانی در جنوب شرق ایران توصیه می‌شود.

توسعه چارچوب مفهومی بومی امنیت انسانی مبتنی بر سلامت و محیط زیست: پیشنهاد می‌شود یک مدل مفهومی بومی‌سازی‌شده که تعامل پویا بین سلامت عمومی، محیط زیست، معیشت، تاب‌آوری اجتماعی و امنیت پایدار را تبیین می‌کند، طراحی و به‌عنوان ابزار سیاست‌گذاری منطقه‌ای به کار گرفته شود.

انجام مطالعات مداخله‌ای و ارزیابی اثربخشی و کارایی سیاست‌ها: ارزیابی نظام‌مند اثربخشی، هزینه-فایده و پایداری مداخلات اجراشده در حوزه‌های سلامت، محیط زیست و توسعه اجتماعی در جنوب شرق ایران.

تقویت رویکردهای مشارکتی و توانمندسازی جامعه محلی: به‌کارگیری رویکردهای مبتنی بر مشارکت جامعه در طراحی و اجرای برنامه‌ها می‌تواند مقبولیت اجتماعی و پایداری مداخلات توسعه‌ای و امنیتی را افزایش دهد.

یکپارچه‌سازی داده‌های سلامت، محیط زیست و امنیت با فناوری‌های دیجیتال و GIS: استفاده از سامانه‌های اطلاعات جغرافیایی، کلان‌داده و ابزارهای هوشمند برای پایش هم‌زمان مخاطرات زیستی، زیست‌محیطی و اجتماعی توصیه می‌شود.

توسعه برنامه‌های آموزش و ظرفیت‌سازی بین‌رشته‌ای برای تصمیم‌گیران: طراحی دوره‌های آموزشی تخصصی برای سیاست‌گذاران و مدیران محلی با هدف تقویت نگاه یکپارچه به توسعه پایدار، سلامت و امنیت پیشنهاد می‌شود.

تمرکز بر ارتقای تاب‌آوری منطقه‌ای در برابر بحران‌های زیستی و زیست‌محیطی: پژوهش‌ها و سیاست‌ها باید بر افزایش تاب‌آوری جنوب شرق ایران در برابر تغییر اقلیم، خشکسالی، بیماری‌های نوپدید و نابرابری‌های سلامت متمرکز شوند.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Khammarnia M, Ghiasvand H, Javadi F, Safdari AF. Equity in the Distribution of health resources: A Case Study in Southeast Iran. Shiraz E-Medical Journal. 2021; 22(8):e106392. doi:10.5812/semj.106392

2. Istgaldi M, Hossein Zadeh R, Chamani A. The Effect of Climate Change on Production of Agricultural and Other Economic Sectors of Sistan and Baluchestan Province. Advanced Environmental Sciences. 2025.

3. Ebrahimzadeh I, Esmaelnejad M. Climate changes and the role of recent droughts on agricultural economy of Sistan. Romanian Review of Regional

Iran. PLoS One. 2023;18(3): e0283663. doi:10.1371/journal.pone.0283663

24. Rarani MA, Rafiye H, Morasae EK. Social health status in Iran: an empirical study. Iranian Journal of Public Health. 2013;42(2):206-14.

25. Goudarzi S, Hatami H. Improvement in health indicators of islamic republic of iran in the years 2004 and 2008. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2011;13(8):574-77.

26. Raeesi A, Hashtarkhani S, Tara M, Sargolzaei N, Kiani B. Empowering access: unveiling an overall composite spatial accessibility index to healthcare services in Southeastern Iran. International Journal for Equity in Health. 2025;24(1):35. doi:10.1186/s12939-025-02399-1

27. Zamankhani F, Abachizadeh K, Omidnia S, Abadi A, Hiedarnia MA. Composite social health index: Development and assessment in provinces of Iran. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2019;33:78. doi:10.34171/mjiri.33.78

28. Yazdani MH, Montazer F. Analysis of indicators of health status in provinces and ten regions of Iran. Health and Development Journal. 2018;6(4):290-301.

29. Darabi M, Ataee Kachoe MH, Arefnia MH, Farhadinia A. Passive defense strategies for critical infrastructure against biological threats by SWOT Method (Case study: civilian airports). Military Management Quarterly. 2025;25(97): 194-233. doi:10.22034/iamu.2025.2048500.3128

30. Rahbarqazi M, Sadeghi Naghdali Z. Qualitative Analysis of Biological Threats in the Iranian Armed Forces: A Grounded Theory Approach. Defensive Future Studies. 2024;9(34):117-46. doi:10.22034/dfsr.2024.2042416.1835

31. Najafinasab M, Agheli L, Sadeghi H, Dizaji SF. Identifying and prioritizing strategies for developing medical tourism in the social security organization of Iran: A SWOT-AHP hybrid approach. Iranian Journal of Public Health. 2020; 49(10):1959-69. doi:10.18502/ijph.v49i10.4700

32. Minaei ME, Zaki Dizaji H, Jalali G. Explain the Macro Goals and Strategies of Passive Defense in The Nuclear Industry Technology in The Health Branch. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022;6(1):127-40. doi:10.22034/6.1.17

33. Akbari Z, Haddad GR. SWOT Strategic Analysis

14. Sefiddashti SE, Arab M, Ghazanfari S, Kazemi Z, Rezaei S, Karyani AK. Trends of geographic inequalities in the distribution of human resources in healthcare system: the case of Iran. Electronic Physician. 2016;8(7):2607-13. doi:10.19082/2607

15. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616

16. Levac D, Colquhoun H, O'brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implementation Science. 2010;5(1):69. doi:10.1186/1748-5908-5-69

17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Annals of Internal Medicine. 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/M18-0850

18. Braun V, Clarke V, Hayfield N. 'A starting point for your journey, not a map': Nikki Hayfield in conversation with Virginia Braun and Victoria Clarke about thematic analysis. Qualitative Research in Psychology. 2022;19(2):424-45. doi:10.1080/1478 0887.2019.1670765

19. Olyaeemanesh A, Behzadifar M, Mousavinejhad N, Behzadifar M, Heydarvand S, Azari S, et al. Iran's health system transformation plan: a SWOT analysis. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2018;32:39. doi:10.14196/mjiri.32.39

20. Mehrolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V, Lashkari M. Measuring inequalities in the selected indicators of National Health Accounts from 2008 to 2016: evidence from Iran. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2020;18(1):37. doi:10.1186/s12962-020-00235-7

21. Darvishi B, Behzadifar M, Ghanbari MK, Ehsanzadeh SJ, Bakhtiari A, Behzadifar M, et al. Financial protection indexes and the Iranian Health Transformation Plan: a systematic review. The Yale Journal of Biology and Medicine. 2021;94(3):465-76.

22. World Health Organization. Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: An assessment of key health financing and governance issues. World Health Organization; 2019.

23. Behzadifar M, Ghanbari MK, Azari S, Bakhtiari A, Rahimi S, Ehsanzadeh SJ, et al. A SWOT analysis of the development of health technology assessment in

The Importance of Addressing Climate Change in Reassessing the Role of Basij in Health Provision and Promotion in Southeastern Iran

Mohammad Reza Vaez Mahdavi*

I- Future Empathizers of Iran Foundation, Future Empathizers of Sistan and Baluchestan (HASB), Health Justice Research Institute, Shahed University, Tehran, Iran

Received: 26 August 2025 Accepted: 30 October 2025

Abstract

Background and Aim: Sistan and Baluchestan Province, the largest province in southeastern Iran, despite its strategic geographic location and predominantly young population, faces substantial disparities in development, infrastructure, and health indicators compared with national averages. This study aimed to analyze the health status of the province, identify the major healthcare challenges, and examine the effects of social determinants of health and climate change on health conditions and service delivery.

Methods: This study was conducted using a descriptive-analytical review of official reports, documentary evidence, and available research related to health and development in Sistan and Baluchestan Province. Secondary data were obtained from reports of the Hamdelan Ayandehnegar Foundation of Sistan and Baluchestan (HASB), the Ministry of Health, and other relevant institutions. Health indicators, healthcare infrastructure, and the provincial health service network were analyzed, with particular attention to disparities from national averages and the impact of broader social and environmental determinants.

Results: The findings indicate that health and development indicators in Sistan and Baluchestan are significantly lower than the national average. Life expectancy in the province is estimated to be approximately 7 years lower than the national mean, reflecting a considerable burden of health inequality and structural deprivation. Major healthcare challenges include high mortality and disability due to traffic accidents, communicable diseases, malnutrition, and population-related issues such as migration, addiction, and genetic and familial disorders. In addition, major deficiencies were identified in healthcare infrastructure, including shortages of more than 400 health houses, nearly 100 comprehensive health centers, and insufficient hospital space and bed capacity, particularly in the southern parts of the province. The findings also suggest that social determinants of health and climate-related factors, especially water scarcity, drought, intense rainfall, flooding, soil erosion, and desertification, play an important role in aggravating underdevelopment and health inequalities in the region.

Conclusion: Improving health status and reducing inequalities in Sistan and Baluchestan require urgent expansion of healthcare infrastructure, completion of the health service network, accelerated construction and equipping of health and hospital facilities, and implementation of intersectoral interventions addressing water management, flood prevention, watershed management, and environmental degradation. Integrated policy measures targeting both healthcare system deficiencies and broader social and climatic determinants are essential for sustainable health improvement in the province.

Keywords: Sistan and Baluchestan, Health Indicators, Health Service Network, Health House, Climate Change, Social Determinants of Health.

* **Corresponding Author:** Mohammad Reza Vaez Mahdavi
Address: Future Empathizers of Iran Foundation, Future Empathizers of Sistan and Baluchestan (HASB), Health Justice Research Institute, Shahed University, Tehran, Iran.
E-mail: mh_mahdavi@yahoo.com

doi:10.1186/s12913-024-11621-9

40. Aghababaeian H, Ostadtaghizadeh A, Ardalan A, Asgary A, Akbary M, Yekaninejad MS, et al. Global health impacts of dust storms: a systematic review. *Environmental health insights*. 2021; 15:11786302211018390. doi:10.1177/11786302211018390

41. Nasab SE, Wolf ID, Kambouzia J, Aghamir FS, Sargazi H, Nazari MR, et al. Waterless wetlands, as a new source of wind erosion: Developing remediation strategies for the Hamoon Wetland in Iran. *Ecological Informatics*. 2023;78:102368. doi:10.1016/j.ecoinf.2023.102368

42. MalAmiri N, Rashki A, Al-Dousari A, Kaskaoutis DG. Socioeconomic and health impacts of dust storms in Southwest Iran. *Atmosphere*. 2025; 16(2):159. doi:10.3390/atmos16020159

43. Rezaei N, Moghaddam SS, Farzadfar F, Larijani B. Social determinants of health inequity in Iran: a narrative review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2023;22(1):5-12. doi:10.1007/s40200-022-01141-w

44. Drexel B, Withers C. AI and the Evolution of Biological National Security Risks. *CNAS Center for a New American Security* August. 2024; 13:2024.

45. Golkar S. By Mobilizing to Fight Coronavirus, the IRGC Is Marginalizing the Government. *Policy Alert*, Washington Institute for Near East Policy, April. 2020;8.

46. Allahbakhshi K, Ghomian Z, Jazani RK, Khorasani-Zavareh D. Preparedness challenges of the Iranian health system for dust and sand storms: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019;8(1):114. doi:10.4103/jehp.jehp_470_18

of the Islamic Republic of Iran's Smart Power in Taking Advantage of Sino-American Competition. *Political Strategic Studies*. 2025;14(52):315-51. doi:10.22054/QPSS.2023.75269.3294

34. Asgari S. Hydropolitics of Iran's Water Resources: Consequences of the Water Scarcity Challenge. *Political Organizing of Space*. 2024; 6(4):87-106.

35. Mohammadkhani M, Nakhaee N, Goudarzi R, Nekoei-Moghadam M, Aminizadeh M. Living on the slum areas in the shadow of drought: a qualitative analysis of lived experience of migrant households facing drought in Southeast of Iran. *BMC Public Health*. 2024;24(1):3241. doi:10.1186/s12889-024-20455-3

36. Dehgan A, Palmer-Moloney LJ, Mirzaee M. Water security and scarcity: Potential destabilization in western Afghanistan and Iranian Sistan and Baluchestan due to transboundary water conflicts. *InWater and post-conflict peacebuilding* 2014. pp. 305-326.

37. Sadeghi H, Khanzadeh M. Strategic analysis of agricultural development by SWOT and QSPM matrix: A case study of Urmia lake basin. *Agricultural Economics and Development*. 2020; 27(4):87-118. doi:10.30490/aead.2020.252675.0

38. Nouri M, Homaee M, Pereira LS, Bybordi M. Water management dilemma in the agricultural sector of Iran: A review focusing on water governance. *Agricultural Water Management*. 2023;288:108480. doi:10.1016/j.agwat.2023.108480

39. Mosadeghrad AM, Afshari M, Dehnavi H, Keliddar I, Zahmatkesh M, Isfahani P, et al. Strategic analysis of Iran's climate resilient health system. *BMC Health Services Research*. 2024; 24(1):1149.

اهمیت توجه به تغییر اقلیم در بازخوانی نقش بسیج در تأمین و ارتقاء سلامت در جنوب شرق کشور

محمد رضا واعظ مهدوی^۱

۱- بنیاد همدلان آینده نگر ایران، همدلان آینده نگر سیستان و بلوچستان (هاسب)، پژوهشکده عدالت در سلامت، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: استان سیستان و بلوچستان به‌عنوان پهناورترین استان جنوب شرق ایران با موقعیت جغرافیایی ویژه و جمعیت نسبتاً جوان، از لحاظ شاخص‌های توسعه‌ای، زیرساختی و بهداشتی در برابر میانگین ملی دارای شکاف‌های قابل توجهی است. این مطالعه با هدف تحلیل وضعیت سلامت و شناسایی چالش‌های اصلی بهداشت و درمان استان و همچنین بررسی اثرات متغیرهای اجتماعی سلامت و تغییر اقلیم بر ابزارها و خدمات سلامت انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از مرور و تحلیل گزارش‌های رسمی و پژوهشی مرتبط با سلامت و توسعه در استان استفاده کرده است. داده‌های ثانویه از بنیاد همدلان آینده‌نگر سیستان و بلوچستان (هاسب)، بنیاد پیشنه‌ادی و گزارش‌های وزارت بهداشت و سازمان‌های مرتبط بهداشت و درمان جمع‌آوری و تحلیل شدند. با تمرکز بر شاخص‌های سلامت، شبکه بهداشتی-درمانی، و زیرساخت‌های بهداشت، به‌طور توصیفی-تحلیلی فاصله با میانگین ملی و اثر عوامل فرابخشی بررسی گردید. گزارش‌ها حاکی از احداث و تکمیل برخی زیرساخت‌های بهداشتی است (مثلاً بیش از ۴۰۰ خانه بهداشت، نزدیک به ۱۰۰ مرکز جامع سلامت و بهبود شبکه بهداشتی-درمانی، تکمیل ۴ بیمارستان با ۶۱۲ تخت‌خواب در چهار شهر) و نیازهای فوری در حوزه‌های بیمارستانی به‌ویژه در منطقه جنوب استان مطرح می‌شوند.

یافته‌ها: شاخص‌های سلامت و توسعه در استان به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از میانگین ملی است؛ فاصله‌ای در حدود چند سال در برخی شاخص‌ها وجود دارد (مثلاً امید به زندگی)؛ جمعیت جوان استان با فشارهای سلامت و دسترسی محدود به خدمات پایه سلامت مواجه است؛ کمبودهای کلیدی در زیرساخت‌های بهداشتی و فضای درمانی، به‌ویژه در مناطق جنوبی، و نیاز به توسعه سریع مجموعه‌ای از خدمات سلامت مشاهده می‌شود؛ چالش‌های عمده بهداشت و درمان شامل مرگ‌ومیر و معلولیت ناشی از تصادفات، بیماری‌های واگیردار، سوءتغذیه و وجود ملاحظات جمعیتی-اجتماعی (مهاجرت، اعتیاد، بیماری‌های ژنتیک/خانوادگی) است؛ تغییر اقلیم و مسائل آب و اقلیم خشک با بیابان‌زایی و سیلاب‌های محتمل می‌تواند بارهای سلامت را تشدید کند و نیازمند مداخلات فرابخشی در حوزه‌های آب‌خیزداری و مدیریت محیطی است. **نتیجه‌گیری:** برای ارتقای سلامت و کاهش نابرابری در سیستان و بلوچستان، ضروری است توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی با سرعت بیشتری انجام شود، شبکه بهداشتی-درمانی تکمیل و تجهیزات و فضاهای بیمارستانی تقویت گردد، و مداخلات فرابخشی با تمرکز بر مدیریت منابع آب، تغییر اقلیم و بهبود شرایط اجتماعی سلامت اجرا شود. سیاست‌گذاری‌ها باید به سمت تقویت ظرفیت‌های اجرایی در شهرستان‌ها، بهبود دسترسی به خدمات پایه سلامت و پاسخ‌گویی مناسب به چالش‌های جمعیتی و محیطی حرکت کند.

کلیدواژه‌ها: سیستان و بلوچستان، سلامت عمومی، شبکه بهداشتی-درمانی، خانه بهداشت، تغییر اقلیم، متغیرهای اجتماعی سلامت.

* نویسنده مسئول: محمد رضا واعظ مهدوی

آدرس: بنیاد همدلان آینده نگر ایران، همدلان آینده نگر سیستان و بلوچستان (هاسب)، پژوهشکده عدالت در سلامت، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

ایمیل: mh_mahdavi@yahoo.com

مقدمه

استان سیستان و بلوچستان به‌عنوان پهناورترین استان در ناحیه جنوب شرق کشور واقع شده است. این استان ۱۲۱۰ کیلومتر مرز خاکی با دوکشور پاکستان و افغانستان و ۳۷۰ کیلومتر مرزآبی در کرانه‌های شمالی دریای عمان و از شمال به استان خراسان جنوبی، از جنوب به دریای عمان، از شرق به کشورهای پاکستان و افغانستان و از غرب به استان‌های هرمزگان و کرمان محدود شده است.

مساحت استان ۱۸۷۵۰۲ کیلومتر مربع است که ۱۱/۵ درصد از وسعت کشور را برمی‌گیرد. براساس سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰ تراکم نسبی استان ۱۲/۵ نفر در هر کیلومتر مربع بوده است که از این لحاظ یکی از کم‌تراکم‌ترین استان‌های کشور محسوب می‌شود. میزان این شاخص در سال ۱۳۸۵ برابر ۱۳ نفر در هر کیلومتر مربع بوده است. کل مرزهای استان حدود ۲/۱۵۸۰ کیلومتر یعنی معادل یک ششم از کل مرزهای جمهوری اسلامی ایران می‌باشد. طول مرزهای استان با کشور افغانستان نیز ۵/۲۸۸ کیلومتر یعنی معادل یک سوم از کل مرز ایران با افغانستان و طول مرزهای مشترک استان با کشور پاکستان ۷/۹۲۱ کیلومتر بوده که کل مرز مشترک ایران و پاکستان را تشکیل می‌دهد. طول مرزهای آبی استان با ساحل دریای عمان ۳۷۰ کیلومتر است.

استان سیستان و بلوچستان از دو منطقه شمالی و جنوبی تشکیل شده است:

- (شمال استان)، گنئی است برآمده از آبرفت‌های رودخانه هیرمند، که بزرگ‌ترین دریاچه آب شیرین جهان را در خویش جای داده است. شریان حیاتی منطقه یعنی هیرمند نوسانات سالیانه قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. وزش بادهای ۱۲۰ روزه که از اواخر بهار تا پایان تابستان می‌وزد در خشکی محیط موثر است. منطقه شمال استان شامل شهرستان‌های زاهدان، میرجاوه، زابل، زهک، نیمروز، هامون و هیرمند می‌باشد.

- (جنوب استان)، تنوع اقلیمی‌اش را با دریای عمان گره زده است. این وادی دارای طبیعتی کوهستانی می‌باشد. مناطق جنوبی استان با توجه به مجاورت با دریای عمان و بهره‌گیری از بادهای موسمی اقلیم متفاوتی دارند. بالا بودن میانگین دما و پایین بودن نوسانات آن از مشخصه‌های اساسی اقلیم منطقه است. با توجه به پایین بودن نزولات جوی و عدم وجود منابع برفی کوهستانی اکثر جریانات رودخانه‌ای، موقتی و فصلی بوده و در بخش وسیعی از استان منابع محدود آب‌های زیر زمینی تنها امکانات تأمین آب محسوب می‌شوند. وجود مخروط آتشفشانی تفتان با ۳۹۴۱ متر ارتفاع در شمال بلوچستان مرکزی، شرایط اقلیمی متنوع و جالبی را فراهم آورده است. منطقه جنوب استان از شهرستان‌های خاش، سراوان، سیب و سوران، مهرستان، ایرانشهر، بمپور، سرباز، دلگان، نیکشهر، قصرقند، فنوج، چابهار و کنارک تشکیل می‌گردد.

همجوارای استان با دو کشور افغانستان و پاکستان با وجود بازارهای مصرف بی رقیب از یک سو و شرایط خاص حاکم بر آن کشورها از سوی دیگر، این استان را از اهمیت بسیاری برخوردار ساخته است. از سوی دیگر منطقه سیستان در حال حاضر به دلیل مواجهه با خشکسالی‌های پی در پی و قطع آب هیرمند به دلیل عدم تمکین کشور مقابل به موافقت

| توجه به تغییر اقلیم در بازخوانی نقش بسیج در تأمین و ارتقاء سلامت | ۱۹۵

نامه‌های دو جانبه و عدم رعایت حق آبه جمهوری اسلامی ایران، دچار مشکلات و چالش‌های فراوانی در بخش‌های اقتصادی و اجتماعی خود گردیده است.

ایجاد شرایط و امکانات لازم به‌منظور تغییر روند مذکور و حفظ و ماندگاری جمعیت به‌ویژه جمعیت جوان و تحصیل کرده در منطقه، در برون رفت سیستان از ضعیف فعلی بسیار تاثیرگذار خواهد بود. اگرچه در سال‌های اخیر اقدامات بسیار ارزنده و مفیدی در این خطه برای جبران کاستی‌ها و مشکلات موجود انجام گرفته است، لیکن برون رفت کامل از وضعیت موجود و برنامه‌ریزی برای توسعه اقتصادی منطقه، نیازمند اقدامات و توجه بیشتری می‌باشد.

استان سیستان و بلوچستان، در میان ۳۱ استان کشور دارای رتبه اول جمعیت کمتر از ۱۵ سال است و به نوعی جوان‌ترین استان کشور است اما به لحاظ شاخص‌های زیرساختی و توسعه‌ای در بخش‌های مختلف مانند اقتصاد، راه و حمل و نقل، آموزش و بهداشت، تأمین اجتماعی، درآمد سرانه و فرهنگ و هنر در میان استان‌های کشور نه تنها از میانگین کشوری پایین‌تر است بلکه فاصله این شاخص‌ها با میانگین کشوری نیز بسیار زیاد است به نحوی که در اغلب موارد کمتر از نصف میانگین کشوری است. این فاصله چشمگیر شاخص‌های توسعه‌ای و زیر ساختی این استان با دیگر مناطق کشور نشان‌دهنده نابرابری چشمگیر در برخورداری از مواهب توسعه و به نوعی عدم ایفای حقوق شهروندی برای این منطقه محروم کشور است. مروری بر این شاخص‌ها وضعیت توسعه نیافتگی استان سیستان و بلوچستان را نسبت به سایر استان‌ها واضح‌تر می‌سازد. این استان دارای بالاترین درصد فقر بر اساس آخرین گزارش سامانه رفاه ایرانیان و پایین‌ترین رتبه شاخص امید به زندگی در بدو تولد در سال ۱۳۹۵ را بین ۳۱ استان کشور می‌باشد. در جنوب شرق ایران، این مفهوم با امنیت پایدار گره خورده است، جایی که امنیت نه تنها به معنای نبود تهدیدات نظامی، بلکه شامل امنیت اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی و بهداشتی است (۱).

در دهه‌های اخیر، تغییرات اقلیمی جهانی و عوامل محلی مانند مدیریت ناکارآمد منابع، منجر به بحران‌های جدی شده است. بحران کم‌آبی یکی از برجسته‌ترین چالش‌هاست که ریشه در کاهش بارندگی، خشک شدن رودخانه هیرمند و تالاب هامون دارد. تالاب هامون، که زمانی منبع حیاتی آب، کشاورزی و شیلات برای مردم سیستان بود، اکنون به دلیل سدسازی‌ها در افغانستان و تغییرات آب و هوایی، به بیابانی خشک تبدیل شده است (۲). این امر نه تنها اقتصاد محلی را فلج کرده، بلکه مهاجرت اجباری جمعیت را افزایش داده و امنیت اجتماعی را تهدید می‌کند. بر اساس گزارش‌ها، سطح آب زیرزمینی در دشت‌های سیستان سالانه ۵۰ تا ۸۰ سانتی‌متر افت می‌کند، که این مسئله منجر به بیابان‌زایی گسترده شده است (۳). همچنین، بادهای ۱۲۰ روزه سیستان، که با سرعت بالا همراه هستند، ذرات ریزگرد را تا سطوح خطرناک (بیش از ۳۰۰۰ میکروگرم بر مترمکعب) افزایش می‌دهند، که این میزان بیش از ۶۰ برابر حد مجاز سازمان جهانی بهداشت است. این ریزگردها نه تنها سلامت تنفسی ساکنان را تهدید می‌کنند، بلکه

بر کشاورزی، دامداری و اکوسیستم تأثیر منفی می‌گذارند و منجر به افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی و حتی اختلالات روانی مانند افسردگی در میان حاشیه‌نشین‌ها می‌شوند (۴).

چالش‌های زیست‌محیطی در جنوب شرق ایران فراتر از مرزهای ملی است و جنبه‌های بین‌المللی دارد. بحران‌های زیست‌محیطی مانند خشکسالی و ریزگردها، بحران‌های جهانی محسوب می‌شوند که بر امنیت ملی و روابط همسایگی تأثیر می‌گذارند. پایداری محیط زیست در فرآیند توسعه، با ارزیابی مداوم و ادغام اصول پدافند غیرعامل، ضروری است. در ایران، اندیشه توسعه پایدار با تمرکز بر پیوند امنیت و محیط زیست، نیازمند رویکردهای نوین است تا چالش‌هایی مانند بیابان‌زایی و آلودگی را مدیریت کند (۵،۶).

در کنار چالش‌های زیست‌محیطی، تهدیدات زیستی نیز امنیت جنوب شرق را تهدید می‌کند. تهدیدات زیستی شامل بیماری‌های عفونی، بیوتروریسم و عوامل زیستی عمدی یا غیرعمدی است که می‌توانند بر جمعیت، اقتصاد و زیرساخت‌ها تأثیر بگذارند (۷). در ایران، پدافند زیستی به عنوان بخشی از پدافند غیرعامل، بر شناسایی، پیشگیری و پاسخ به این تهدیدات تمرکز دارد (۸). نظام عملیاتی پدافند زیستی کشور، شامل سطوح کشف، تشخیص، مقابله و بازسازی است. تهدیدات زیستی جزو پنج تهدید اصلی جهانی هستند و در جنوب شرق، با توجه به مرزهای طولانی و مهاجرت، ریسک بالاتری دارند. برای مثال، شیوع بیماری‌هایی مانند مالاریا یا لیشمانیوز، که ناقلین آن‌ها با تغییرات اقلیمی افزایش می‌یابند، نیاز به نظام دیده‌بانی قوی دارد. پدافند زیستی در حوزه سلامت، دام، آب، غذا و محیط زیست تقسیم‌بندی می‌شود و نقش فعالی در مقابله با تهدیدات دارد (۱۱-۹).

سلامت عمومی در جنوب شرق ایران با نابرابری‌های ساختاری مواجه است. عدالت سلامت، که به معنای توزیع عادلانه منابع بهداشتی است، در این منطقه پایین است. ضریب جینی توزیع پزشکان عمومی در سیستان و بلوچستان از میانگین کشوری پایین‌تر است. تعداد پزشکان عمومی در مقایسه با میانگین کشوری کمتر است. تخت‌های بیمارستانی نیز نابرابر توزیع شده و استان در شاخص‌های سلامت مانند مرگ و میر مادران و کودکان، وضعیت نامناسبی دارد. این نابرابری‌ها ریشه در محرومیت تاریخی، تمرکز منابع در مراکز شهری و کمبود زیرساخت‌ها دارد. علاوه بر این، ریزگردها و کم‌آبی بر سلامت تأثیر می‌گذارند و منجر به افزایش ۶۵-۴۵ درصدی بستری‌های تنفسی در کودکان می‌شوند (۱۲-۱۴).

نقش بسیج در توسعه و امنیت جنوب شرق برجسته است. بسیج، به عنوان نیروی مردمی، در تأمین امنیت مرزها، محرومیت‌زدایی و خدمات سلامت مشارکت دارد. در این میان به خصوص نقش بسیج و نیز قرارگاه های بسیج مردمی در سازماندهی، جذب منابع و محرومیت زدایی در منطقه چشم گیر است. فرمانده قرارگاه سازندگی منطقه شرق کشور در جلسه هیات مدیره بنیاد هاسب در روز ۲۵ خرداد ۱۴۰۴ اظهار داشت سردار شهید حسین سلامی فرمانده کل سپاه پاسداران انقلاب اسلامی شخصاً فعالیت‌های قرارگاه محرومیت‌زدایی و سازندگی بسیج را پیگیری و هدایت می کرده است. نیروی زمینی سپاه با ایجاد پاسگاه‌های

مرزی، امنیت پایدار را تقویت کرده است و بسیج سازندگی در پروژه‌های عمرانی، توزیع بسته‌های معیشتی، مدرسه سازی، تأمین لوازم التحریر، آب‌رسانی روستایی، آبیاری نوین و خدمات جهادی سلامت، نقش کلیدی ایفا می‌کند. در دوران کووید-۱۹، بسیج ۷۵-۶۵ درصد مناطق حاشیه‌ای را پوشش داد.

در این مقاله نخست اهمیت نابرابری در شاخص‌های توسعه و تأثیر آن بر روند سامان فضایی توسعه منطقه جنوب شرق (آمایش سرزمین) محرومیت و نابرخورداری در حوزه بهداشت و درمان تبیین شده است و در مرحله بعد افق‌های تغییر اقلیم طی ۵۰ سال آینده با استفاده از اسناد و مدارک ملی و بین‌المللی مورد بررسی قرار گرفته و بر اهمیت اقدام پیشگیرانه در ساماندهی مسائل درون بخشی و برون بخشی (به عنوان مصداقی از متغیرهای اجتماعی سلامت: SDH)؛ با هدف استمداد و طلب یاری از بسیج تاکید گردیده است.

حکمرانی و اهمیت عدالت؛ عوامل مخدوش کننده عدالت در جامعه

شاید در طول تاریخ، بعد از تأمین نیازهای اساسی، بشر با هیچ دغدغه‌ای به اندازه دغدغه «عدالت» مواجه نبوده است. عدالت یک مفهوم فطری برای نوع بشر است و انسان‌ها همواره از بی عدالتی در رنج بوده‌اند. پیام اصلی پیامبران الهی نیز بعد از توحید، عدالت و تحقق حق برخوردار

همه انسان‌ها از نعمات الهی بوده است:

إِنَّ اللَّهَ بِأَمْرٍ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ ، وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ، يَعْطُكُم لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ (نحل / ۹۰).
فَلِذَلِكَ فَادْعُ وَاسْتَقِمْ كَمَا أُمِرْتُ وَلَا تَتَّبِعْ أَهْوَاءَهُمْ،وَقُلْ: أَمَنْتُ بِمَا أَنْزَلَ اللَّهُ مِنْ كِتَابٍ،وَأُمِرْتُ لِأَعْدِلَ بَيْنَكُمْ ، اللَّهُ رُبُّنَا وَرُبُّكُمْ ، لَنَا أَعْمَالُنَا وَلَكُمْ أَعْمَالُكُمْ، لَا حُجَّةَ بَيْنَنَا وَبَيْنَكُمْ، اللَّهُ يَجْمَعُ بَيْنَنَا وَإِلَيْهِ الْمَصِير (شوری / ۱۵).

عدالت یکی از مهمترین آرمان‌های بشری و هدف والای نهضت‌های انبیاء بوده است. پیامبر گرامی اسلام برای برقراری عدالت اجتماعی اهتمام فراوان داشتند و امیرالمومنین علی (ع) شهید راه عدالت خوانده شده اند. امروزه عدالت در سلامت مهمترین چالش نظام‌های سلامت است و نابرابری در عرصه سلامت در هیچ یک از نظام‌های سلامت پسندیده و قابل قبول نیست. مطالعات فراوان نشان داده است که بی عدالتی از مهمترین عوامل تهدید کننده سلامت است. مکانیسم‌های متعددی برای این اثر بیان شده و در مقالات متعددی از بنیان-گذاران مورد تحلیل قرار گرفته است.

فقر و نابرابری‌های اجتماعی موجب ایجاد نوعی استرس در موجودات زنده اعم از حیوان و انسان می‌شود که به استرس مزمن (Chronic Stress) و یا استرس اجتماعی (Social Stress) موسوم گردیده است. این استرس با فعال کردن محور HPA و ترشح گلوکوکورتیکوئیدها در سطح پایه‌ای که توسط مکانیسم پس نورد منفی ACTH مهار نمی‌گردد (Cortisol Scape / فرار کورتیزولی)، آثار بیولوژیک گسترده‌ای بر سیستم‌های مختلف بدن منجمله سیستم‌های ایمنولوژیک بر جای می‌گذارد. انواع استرس های مزمن شامل فقر، نابرابری، مشکلات

خانواده رفتاری- اجتماعی به مرور عملکرد مغز و بدن را دچار اختلال کرده و سبب بروز انواع بیماری ها و شتاب در روند پیری می‌شوند (۱۵-۱۸).

مفهوم و هدف عدالت در سلامت، برخورداری یکسان همه انسان‌ها از خدمات سلامت و برونداد سلامت است. مثال مهم در تبیین این مفهوم و هدف، این است که امروزه امید به زندگی در يك کشور آفریقایی مثل سیرالیون ۴۷ و در لسوتو حداکثر ۵۰ سال ولی در کشوری مانند ژاپن ۸۴ سال است. چرا مردمی که در سیرالیون به دنیا می‌آیند، نمی‌توانند بیش از ۴۷ سال امید به زندگی داشته باشند ولی در ژاپن امید به زندگی به ۸۴ سال رسیده است؟ این تفاوت، غیر منصفانه، غیر اخلاقی و غیر عادلانه است. دلیل این نابرابری چشمگیر، شرایط بد زندگی، سوتغذیه، بی عدالتی‌های اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی ناکافی در این کشورهای محروم است.

اخلاق انسانی، آرمان بین‌المللی بشری و همچنین رسالت انبیا، ایجاب می‌کند که همه انسان‌ها به اندازه یکسان حق حیات داشته باشند، همه انسان‌ها حق برخورداری از مواهب خلقت و مواهب هستی داشته باشند، همه انسان‌ها فرصت برخورداری از دستاوردهای علم و تکنولوژی و پیشرفت بشری را داشته باشند.

عواملی که منجر به برخورداری نابرابر عده‌ای از انسان‌ها و انحصارگری عده‌ای دیگر می‌شود، همان “عوامل مخدوش کننده عدالت” در جامعه هستند. در همین راستا “عدالت در سلامت” یکی از شاخه‌های مهم عدالت اجتماعی است. امروزه نظام‌های سلامت در سطح جهانی با چالش‌های بسیار جدی و جدیدی مواجه شده اند؛ طول عمر و امید به زندگی افزایش یافته و جمعیت جهان به سمت سالمندی می‌رود که همین فرایند، هزینه‌های بسیار زیادی برای نظام‌های سلامت ایجاد کرده است. علاوه بر این، به دنبال رشد تکنولوژی پزشکی، درمان‌ها و داروهای جدیدی کشف و تولید و تجویز می‌شود که این‌ها هم هزینه بر هستند. در کنار این پدیده‌ها، سبک زندگی بشر هم دستخوش تغییر شده؛ در سالیان دور، افراد از خانه تا محل کار، پیاده می‌رفتند و از طریق کار و فعالیت و تحرک بدنی، سوخت و ساز بدن بالا می‌رفت، تغذیه و غذای مردم، سالم بود و هوا آلوده نبود و آب شرب هم پاکیزه بود، مردم بعد از یک روز کاری، غروب که به خانه برمی‌گشتند، به دیدار بستگان می‌رفتند و شرایط عمومی زندگی مردم هم دستخوش استرس و تنش نبود. امروز، سبک جدید زندگی که نقطه مقابل روال قدیم است، گسترش بیماری‌ها و مخدوش شدن سلامت و به تبع آن، افزایش هزینه‌ها را تشدید کرده است. در شرایطی که سرعت افزایش منابع تأمین سلامت، از سرعت افزایش هزینه‌ها کمتر است، قهراً رقابت برای به دست آوردن منابع تشدید می‌شود و البته در این رقابت فزاینده، برنده‌ها افراد قوی‌تر و افراد دارای روابط بیشتر و افراد بهره‌مند از انواع رانت‌ها و مزایا هستند و بازنده‌ها، افراد محروم و ضعیف‌تر خواهند بود. لذا در شرایط تشدید رقابت‌ها، فاصله طبقاتی بین غنی و فقیر و همچنین فاصله سلامتی افراد دارا و افراد نادار، افزایش می‌یابد و بنابراین، شکاف ایجاد شده بر اثر اختلاف طبقاتی و بی عدالتی، عمیق‌تر و عمیق‌تر می‌شود.

به همین دلیل، امروز، مفهوم عدالت در سلامت، اهمیتی بسیار

بیشتر از گذشته پیدا کرده است و به موازات آن، چالش مهم نظام‌های سلامت، این شده است که برای برخورداری همگانی از خدمات سلامت و کاهش فاصله برخورداری‌ها و افزایش دسترسی همگانی چه باید کرد (۱۹)؟

فقر، مهمترین نمود بی عدالتی و عارضه توسعه نامتوازن و عدم توزیع عادلانه ثمرات رشد و پیشرفت جوامع است. توسعه نامتوازن به این معنی است که ثروت‌ها و ظرفیت‌های اجتماعی به طور یکسان و برابر بین همگان توزیع نمی‌شود. برخی «برخوردار» و برخی «نا برخوردار» می‌شوند. این نابرابری می-تواند نابرابری در درآمد، نابرابری در سواد و علم و دانش، نابرابری در سلامت، و نابرابری در دیگر عرصه‌های حیات اجتماعی انسان‌ها را شامل شود.

در آموزه‌های اسلامی، «اتفاق» برای مقابله با فقر پیشنهاد و تاکید شده است. اتفاق از ریشه « نفق» می‌باشد و نفق یعنی چاله: اتفاق یعنی پر کردن چاله‌ها؛ یعنی اتفاق تا آنجا باید پیش برود که در جامعه چاله‌ها یا فواصل شدید اجتماعی و درآمدی وجود نداشته باشد. به عبارت دیگر سیاست «اتفاق» با سیاست «رفع نابرابری های اجتماعی» منطبق است.

در سال‌های اخیر، جهان با چالش‌های جدید و پرمخاطره‌ای مواجه شده است. عوارض ناشی از توسعه نامتوازن و نامتقارن جهان و بخصوص آسیب‌های وارده به محیط زیست و از جمله، آلودگی هوا، افزایش دمای کره زمین و آثار تغییر اقلیمی، تغییر سبک زندگی، مصرف غذاهای نامناسب و فست فودها، افزودنی-های غذایی، بی تحرکی و کاهش فعالیت فیزیکی، شب بیداری-ها، استرس و نابرابری‌های اجتماعی، نگرانی‌های بابت جنگ‌ها و مشکلات اقتصادی و آینده بشریت، پیدایش بیماری‌های جدید مثل کرونا یا بازگشت بیماری‌هایی همچون سل و مالاریا که در گذشته تصور می‌کردیم مهار شده‌اند؛ علی‌رغم دستاوردهای ارزنده علم و تکنولوژی برای بشر، مجموعه‌ای از رخدادهایی را شکل داده‌اند که آثار استرس‌زایی بر ارگان‌های مختلف بدن ایجاد می-کنند. تأثیرات ناشی از این رخداده‌ا و نیز افزایش تمایلات راحت طلبی و تجمل دوستی؛ سلامتی و رفاه و آرامش بشر را در مخاطره قرار داده است؛ و شرایطی را ایجاد کرده است که هزینه-ها و مصارف انسان‌ها را بسیار افزایش داده است.

سرعت این افزایش هزینه‌ها از افزایش درآمدها فزونی گرفته و شرایطی ایجاد کرده است که رقابت برای دریافت این منابع بسیار تشدید یافته است (۲۰).

در دنیای امروز، برنده این رقابت تشدید یافته چه کسانی خواهند بود؟ برندگان، کسانی هستند که قوی‌ترند و روابط بیشتری دارند و به رانت‌های مختلف اجتماعی وصل هستند. به همین دلیل در شرایط فزونی مصارف و نیازها بر منابع و امکانات و تشدید رقابت برای دریافت منابع محدود، بخش اعظمی از منابع به قدرتمندان و توانگران اختصاص می‌یابد و محرومان و فقرا (و نیز ساکنان مناطق محروم و دور از ساختارهای قدرت) منابع کمتری را در دسترس خواهد داشت و بدین ترتیب نابرابری‌ها افزایش می‌یابد!

به همین دلیل؛ امروزه نابرابری؛ چالش مهم نظام‌های اجتماعی در

تمام کشورهاست. با توجه به این چالش، تحقق عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای، مهمترین راهبردی است که حتی در سازمان‌های بین‌المللی دوستدار بشریت دنبال می‌شود. امروزه نابرابری در برخورداری از مواهب زندگی، مهمترین ناترازی جوامع انسانی تلقی می‌شود و اهتمام دانایان و نیک اندیشان در سراسر گیتی بر این قرار گرفته است که نا تراز ی‌ها در بین جوامع ونیز احاد جامعه را کاهش دهند (۲۳-۲۱).

سیستان و بلوچستان؛ نابرابری در شاخص‌ها؛ سامان فضایی توسعه (آمایش)

امروز مهمترین ناترازی در جهان، ناترازی در حیات است. چنانکه امروزه امید به زندگی در بعضی از کشورها با کشورهای دیگر فاصله زیادی دارد و به عنوان نمونه، در کشور لسوتو امید به زندگی ۵۱/۴۸ و در آفریقای مرکزی ۵۲/۳۱ سال؛ ولی در ژاپن ۸۴/۴۶ سال است در حالی که این ۳۲ سال تفاوت، نه از نظر اخلاقی و نه از نظر انسانی قابل توجیه نیست.

ما بر اساس همان رویکرد فطری عدالت محور به تحلیل ناترازی در امید به زندگی ایرانیان به عنوان مهمترین شاخص حیات بشری پرداختیم. این تحلیل به ما نشان داد که امید به زندگی در استان‌های مختلف کشور بین ۶۷ سال در استان سیستان و بلوچستان، تا ۷۶/۲ سال در استان البرز و ۷۶/۰۵ سال در استان تهران متفاوت است. البته در طول سال‌های بعد از پیروزی انقلاب، دستاوردهای بسیار ارزنده‌ای در حوزه سلامت داشتیم و امید به زندگی که در آستانه پیروزی انقلاب حدود ۵۱/۲ سال بود و در فاصله سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۹ فقط دو سال افزایش (از ۴۹/۵ به ۵۱/۲ سال) داشت، در فاصله سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۸ و ظرف ۸ سال، با وجود شرایط انقلاب و مشکلات سال‌های آغازین دهه ۱۳۶۰ و جنگ و محاصره اقتصادی و کاهش درآمدهای نفتی، از حدود ۵۱/۲ سال به ۶۱/۶ سال رسید. این افزایش، در طول سال‌های بعد نیز کمابیش ادامه یافته و در سال ۱۹۹۷ به ۶۹/۵ و سال ۲۰۰۳ به ۶۹/۸ سال رسید.

جدول-۱. شاخص توسعه انسانی در جمهوری اسلامی ایران ۲۰۰۳-۱۹۶۰

سال	۱۹۶۰	۱۹۸۰	۱۹۸۸	۱۹۹۷	۲۰۰۳
نرخ باسوادی بزرگسالان %	۱۴/۵	۴۱/۸	۶۱/۶	۶۹/۵	۷۷/۱
امید به زندگی (سال)	۴۹/۵	۵۱/۲	۶۱/۶	۶۹/۵	۶۹/۸
تولید سرانه (GDP) واقعی (US\$, PPP)	۱۹۸۵	۴۹۶۷	۳۷۱۵	۵۲۲۲	۷۰۰۰
رشد شاخص توسعه انسانی (HDI)	۰/۵۶۲	۰/۵۶۶	۰/۶۲۶	۰/۶۹۰	۰/۷۲۲

Source: HDR, 2006.

سال ۱۳۷۲ و در زمان ریاست آقای دکتر پزشکیان در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کمبود ۵۰۰ خانه بهداشت مواجه بود که در آن زمان، با کمک همه نهادها و بسیج همکاری بین بخشی و اعتبارات وزارت بهداشت و سازمان برنامه، این کسری کاهش یافت. در واقع، شرایط امروز استان سیستان و بلوچستان مثل شرایط استان آذربایجان شرقی یا زنجان و همدان و سایر استان‌ها در سال ۱۳۷۲ است.

زمانی که نرخ امید به زندگی خیلی پایین و حول و حوش ۵۲ سال بوده، عمدتاً به این علت بوده است که تعداد زیادی از کودکان در اثر اسهال و استفراغ از بین می‌رفتند و بسیاری از مادران باردار در هنگام زایمان فوت می‌کردند. یکی از دلایل افزایش امید به زندگی در سال‌های بعد از انقلاب، کاهش مرگ کودکان و مادران باردار بود. عوامل مهم این کاهش میزان مرگ و میر، ایجاد جاده و ایجاد شبکه بهداشتی درمانی و مهار بیماری‌های عفونی همچون فلج اطفال و دیفتری و وبا و کزاز و حتی افزایش باسوادی بوده است. مادر با سواد، خیلی بهتر از یک مادر بی سواد می‌تواند حیات بچه‌اش را حفظ کند و ارتقای امید به زندگی، الزاماً مربوط به خدمات پزشکی نیست بلکه بخش مهمی از افزایش

وضعیت امید به زندگی در کشور



شکل-۱. وضعیت امید به زندگی در کشور

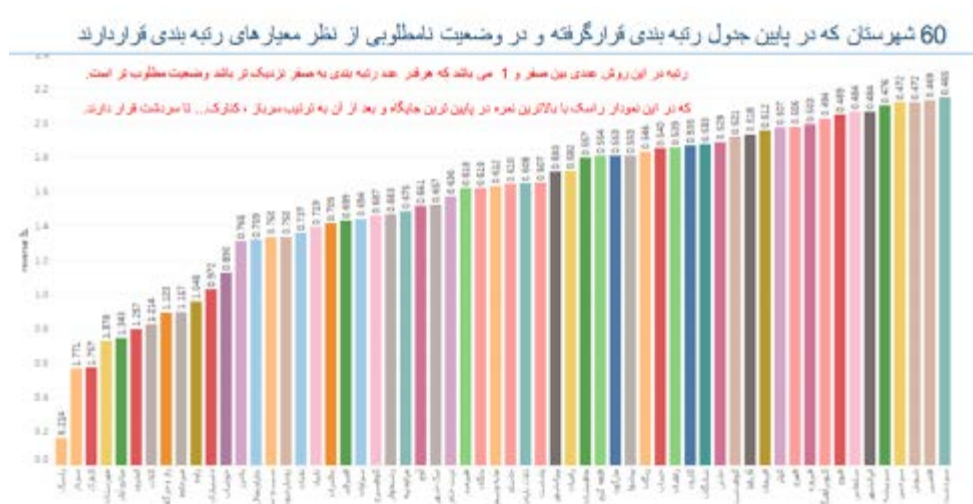
استان سیستان و بلوچستان ۶/۸۵ صدم و در استان بوشهر ۶/۹۵ صدم است و بنابراین، در تعداد خانه-های بهداشت هم در بعضی استان‌ها با ناترازی مواجهیم. از دیگر شاخص‌های مهم، نسبت خانوارهای دارای بیمه سلامت و نسبت خانوارهای دارای بیمه اجتماعی نسبت خانواده‌های دارای فرد معلول و حتی نسبت پزشک به هزار نفر جمعیت است که در این شاخص‌ها هم با نابرابری مواجهیم. بنابراین، ناترازی‌ها باید در ابتدا در قالب شاخص‌ها مورد بررسی قرار بگیرد و مهمترین تراز: کاهش نابرابری در شاخص‌های توسعه و دستیابی به برابری و تحقق برخورداری همگانی بر اساس شاخص‌های توسعه کشور است. امروز در سایر حوزه‌ها و از جمله در وضعیت خط فقر و کیفیت تحصیلی و سطوح آموزش هم کمابیش با ناترازی مواجهیم.

نابرابری در جمعیت زیر خط فقر

یکی از شاخص‌های مؤثر در امید به زندگی، وضعیت خط فقر است و در این شاخص هم شاهدیم که طبق محاسبات وزارت رفاه، تعداد جمعیت زیر خط فقر در استان‌های مختلف بسیار متفاوت است. در استان تهران ۹ درصد، در استان سمنان ۱۳ درصد، در استان یزد ۱۰ درصد، در استان آذربایجان شرقی ۲۲ درصد، در استان آذربایجان غربی ۳۲ درصد، در استان خوزستان ۲۵ درصد، در استان خراسان رضوی ۲۸ درصد، در استان خراسان شمالی ۳۸ درصد، در استان کرمان ۲۸ درصد و در استان سیستان و بلوچستان ۵۳ درصد جمعیت زیر خط فقر هستند و این شاخص نشانه یک ناترازی مهم در کشور است در حالی که وضع خط فقر در تمام استان‌ها با یک خط‌کش اندازه‌گیری شده ولی در استان سیستان و بلوچستان ۵۳ درصد جمعیت زیر خط فقرند چون سطح زندگی و سطح درآمد مردم در این استان با سایر استان‌های

امید به زندگی، ناشی از بهبود کیفیت زندگی و افزایش درآمد و حتی پوشش شبکه برق در روستاها حاصل شده است. مجموع این اقدامات، کاهش مرگ و میر را به دنبال داشته است. حدود ۵۰ سال قبل، اغلب مادران، ۱۰ فرزند می‌آوردند به امید اینکه ۳ یا ۴ فرزند زنده بماند ولی امروز اینطور نیست. بنابراین، اقدامات اولیه برای بهبود شاخص‌ها، هم آسان و هم زود بازده است. امروز در کشورهای اروپایی یا کشورهای اسکاندیناوی، امید به زندگی به حدود ۸۴ سال رسیده و افزایش هر یک سال امید به زندگی، بسیار دشوار است و اقدامات بسیار گسترده‌تری باید صورت بگیرد تا بتوانیم به کیفیت بالاتری دست پیدا کنیم.

مهمترین شاخص نابرابری‌های اجتماعی و نابرابری در سلامت، امید به زندگی به عنوان يك شاخص برون داد است و این شاخص می‌تواند به بخش‌های اختصاصی‌تری همچون مرگ و میر کودکان یا مادران یا امکانات جمعیتی مثل تخت بیمارستانی تقسیم شود. امروز در ایران، میانگین کشوری تخت بیمارستانی به جمعیت ۱/۶۵ صدم است یعنی به ازای هر هزار جمعیت ۱/۶۵ تخت بیمارستانی داریم که حتی در همین بخش هم شاهد تفاوت بین استان‌ها هستیم چنانکه این شاخص در استان سیستان و بلوچستان ۰/۹۲ صدم، در استان هرمزگان ۱/۱۲ صدم، در استان مرکزی ۱/۵ و در استان یزد ۱/۵۷ است. بنابراین در دسترسی به بیمارستان هم با ناترازی مواجهیم و به همین دلیل، ساخت بیمارستان باید به سمت استان‌های دارای تعداد تخت کمتر هدایت شود. یکی دیگر از زیرشاخص‌های امید به زندگی، تعداد خانه‌های بهداشت نسبت به جمعیت روستایی است. امروز در کل کشور، به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت روستایی ۸/۵ خانه بهداشت داریم در حالی که تعداد خانه-های بهداشت در



شکل-۴. نمودار تحلیل شاخص محرومیت در ۶۰ شهر دارای بیشترین محرومیت

در استان سیستان و بلوچستان ۷/۷۴ صدم است که حتی در کیفیت آموزش هم این استان در پایین ترین ردیف قرار گرفته و طبیعی است که نمره امتحان نهایی ۷/۷۴ صدم به معنای شانس کمتر برای قبولی در کنکور است و این اعداد نشان می دهد که فرصت های توسعه آموزش عالی هم به طور یکسان در کشور توزیع نشده است. (شکل ۵)

بنابراین، امروز مهمترین ناترازی موجود در کشور، ناترازی در شاخص های توسعه است آن هم در حالی که عدالت اجتماعی، هدف مورد تاکید قانون اساسی است و شعار امیرالمومنین و هدف پیامبران، برقراری عدالت بوده و روزه ماه رمضان برای درک درد فقرا و گرسنگان است. تبیین اجتماعی مفهوم عدالت، تلاش برای برابری در شاخص های توسعه، کاهش نابرابری شاخص های توسعه، تلاش برای توسعه متوازن و توسعه همگن با هدف برخورداری متعادل و تقریباً یکسان همه ایرانیان از دستاوردهای توسعه و رفاه اجتماعی است. سعدی می فرماید:



شکل-۵. معدل امتحانات نهایی خردادماه ۱۴۰۲ در استان ها

در کنارک ۱/۷۵ در مهرستان ۱/۳۷ در شادگان ۰/۵۳ صدم، در قلعه گنج ۰/۵۵ صدم، در تایباد ۰/۷۱ صدم، در رودبار جنوب ۰/۷۵ صدم و در جرگلان ۱/۲۳ صدم است و اغلب استان ها،

یک یا دو شهر با ضریب محرومیت بالا دارند و مجموع شهرهای دارای بالاترین شاخص محرومیت در سراسر کشور ۶۰ شهر است اما از این ۶۰ شهر، بیش از ۳۰ شهر در استان سیستان و بلوچستان است (شکل ۴).

از دیگر شاخص های مهم در امید به زندگی، کیفیت آموزش است. وزارت آموزش و پرورش در یک اقدام قابل توجه، میانگین نمرات امتحان نهایی خرداد سال گذشته استان ها را به تفکیک اعلام کرد که در این نمرات هم می بینیم که میانگین نمرات امتحان نهایی در دانش آموزان در استان خوزستان ۸/۲۹ صدم، در استان همدان ۹/۱۲ صدم، در استان یزد ۱۲، در استان تهران ۱۰/۶۷، در استان سمنان ۱۱/۶۲، در استان کرمان ۹/۴۴ در استان هرمزگان ۸/۷۶ صدم و



شکل-۲. نقشه استانی فقر

بررسی و برای رفع آن سیاستگذاری بشود. ناترازی واقعی، در سطح زندگی و رفاه مردم آشکار می شود.

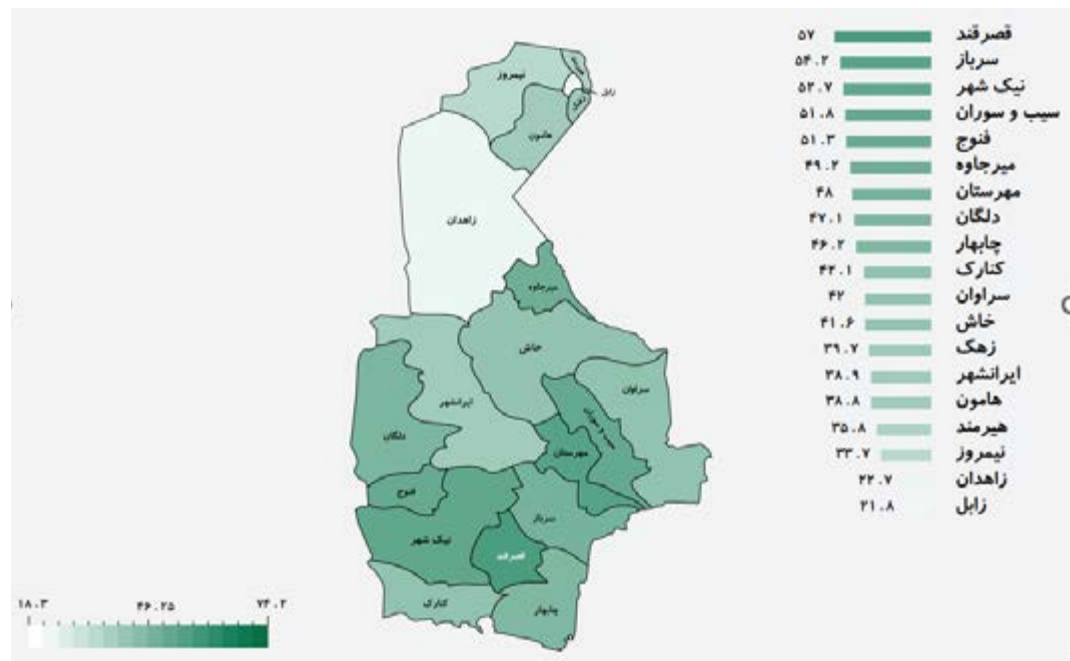
تحلیل شاخص محرومیت در ۶۰ شهر دارای بیشترین محرومیت؛ جلوه دیگری از این ناترازی را ظاهر می سازد.

طبق نمودار شاخص محرومیت، بالاترین ضریب این شاخص عدد ۶ محاسبه شده است؛ (اعداد بالاتر نشان دهنده محرومیت بیشتر و ضرایب پایین تر محرومیت کمتر را نشان می دهد؛) بر مبنای این ضریب، شاخص محرومیت در شهرستان راسک ۶/۲۱، در سرپاز ۱/۷۷

کشور، بسیار بسیار متفاوت است.

البته در بعضی شهرهای استان سیستان و بلوچستان، شمار جمعیت زیر خط فقر گاهی تا ۷۰ درصد است. تفاوت در شاخص جمعیت زیر خط فقر نشان می دهد که باید در سیاست های جبرانی به این جمعیت توجه بیشتری داشته باشیم.

بر این اساس پرداخت یارانه یکسان در کشور، منصفانه نیست و حمایت های اجتماعی باید بیشتر به سمت جمعیت زیر خط فقر هدایت شود. ناترازی های واقعی در قالب شاخص های نابرابری اجتماعی باید



شکل-۳. بررسی میزان جمعیتی که در دو دهک پایین درآمدی قرار دارند: دو دهک معادل ۲۰ درصد جمعیت است؛ لکن چنانچه در شکل فوق مشاهده می شود در شهر-های قصرقند، سرپاز، نیک شهر، سیب و سوران و فنوج بیشتر از ۵۰ درصد جمعیت در دو دهک پایین درآمدی واقع شده اند: اطلس رفاه ایرانیان؛ برگرفته از پایگاه رفاه اطلاعات رفاه ایرانیان: سیستان و بلوچستان.



شکل-۷. نمونه‌ای از فرسایش خندقی و ایجاد گالی در منطقه دشتیاری

ب) در فرابخش؛ حوزه‌های تأثیرگذار عمومی: اهمیت متغیرهای اجتماعی سلامت و جایگاه سیاست‌ها و اقدامات فرابخشی در تأمین سلامت مورد تأکید فراوان قرار گرفته و مفصلاً مستند سازی شده است (۲۵).

در منطقه شرق و جنوب شرقی کشور مهمترین چالش ایجاد کننده توسعه نیافتگی مسئله آب و اقلیم خشک و کم باران منطقه می‌باشد. بر

بر: ۱) مرگ و میر و معلولیت‌های بسیار زیاد ناشی از تصادفات؛ ۲) بیماری‌های واگیر؛ ۳) سوء تغذیه؛ ۴) چالش‌های مبتنی بر ساختارهای جمعیتی (مهاجرین، اعتیاد، بیماری‌های ژنتیک و خانوادگی) می‌باشد که برای مقابله با هر یک از این چالش‌ها اقدامات اختصاصی مربوطه در حوزه بخشی (بهداشت و درمان) باید سازماندهی و به موقع اجرا گذاشته شود (۲۴).



شکل-۸. فرسایش خندقی که در زبان محلی به آن گرگروک می‌گویند زمین‌های کشاورزی و ساختمان‌های روستایی را در خود می‌بلعد و روستاها را نابود مضمحل، و روستاییان را آواره می‌کند.



شکل-۶. آب گرفتگی در روستای گنجک، شهرستان زرآباد در سیل پاییز ۱۴۰۴

اسلامی در زمره کارآمدترین و توانمندترین نهادهای تأثیرگذار در این عرصه تلقی می‌شوند.

چه باید کرد؟

الف) در بخش بهداشت و درمان: فاصله عمیق شاخص‌های کلیدی بخش بهداشت و درمان در استان سیستان و بلوچستان با سایر استان‌های کشور بیانگر محرومیت و عدم برخورداری بخش عظیمی از مردم این استان از خدمات پایه سلامت می‌باشد. توجه به ۷ سال فاصله امید به زندگی در این استان با میانگین کشوری با احتساب جمعیت حدود سه ملیون نفری این استان قریب به ۲۱ میلیون نفر- سال، سال‌های از دست رفته عمر نسبت به میانگین کشوری را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها ضرورت اقدام سریع در زمینه توسعه زیر ساخت‌ها و جبران کمبودهای زیرساختی در حوزه بهداشت و درمان این استان را مورد تأکید قرار می‌دهد. بنابراین نخستین گام اهتمام برای احداث بیش از ۴۰۰ خانه بهداشت، نزدیک به یکصد مرکز جامع سلامت و تکمیل شبکه بهداشتی و درمانی در این استان و نیز تسریع در تکمیل بیمارستان ۲۵۰ تختخوابی چابهار، بیمارستان ۵۰۰ تختخوابی ایرانشهر، بیمارستان ۳۲ تختخوابی پلدان، بیمارستان ۳۲ تختخوابی کلات و تأمین دیگر نیازهای زیرساختی این استان در زمینه‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد: (طرح جامع توسعه استان سیستان و بلوچستان: گزارش کمیسیون برنامه و بودجه هیات دولت برای طرح در هیأت وزیران: کدپیشنهاد ۶۴۶۲۴؛ تاریخ تنظیم گزارش ۱۴۰۴/۰۸/۰۶)

علاوه بر این‌ها طبق بررسی‌های بنیاد همدلان آینده‌نگر سیستان و بلوچستان (هاسب) اهم چالش‌های بهداشت و درمان استان مشتمل



“بنی آدم اعضای یکدیگرند که در آفرینش ز یک گوهرند
تو کز محنت دیگران بی غمی نشاید که نامت نهند آدمی”
تلاش برای برقراری عدالت اجتماعی و کاهش ناترازی در شاخص‌های توسعه، ویژگی ادمیت و انسان بودن است.

تبیین شاخص‌های بهداشت و درمان و نابرابری‌های منطقه‌ای آن: اهمیت شاخص در تدوین راه و برنامه-ریزی اقدام

بر اساس تحلیل نابرابری در شاخص‌های فوق و نیز بسیاری دیگر از شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و زیر ساختی؛ بنیاد هاسب، هدف اصلی و محوری خود را «ارتقاء شاخص‌های توسعه همه مناطق نابرخوردار کشور به سطح میانگین کشوری» تعریف نموده است و با توجه به فاصله چشمگیر اکثریت قریب به اتفاق شاخص‌های توسعه‌ای استان سیستان و بلوچستان با میانگین کشوری؛ گام نخست این اهتمام را تلاش برای ارتقاء شاخص‌های توسعه این استان؛ به خصوص شاخص‌های بهداشتی و درمانی و شاخص‌های سلامت به سطح میانگین کشوری قرار داده است.

به منظور دستیابی به این هدف، با الهام از تجربیات ملی و مطالعات بین‌المللی تلاش شده است تا فعالیت‌ها در سه حیطه: ۱) جلب حمایت سیاسی و عزم مدیریتی در دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی؛ ۲) ترغیب نهادهای عمومی غیردولتی نظیر بنیاد مستضعفان، بنیاد برکت، دانشگاه آزاد اسلامی، سازمان تأمین اجتماعی، بانک‌ها، بسیج مسئولیت اجتماعی شرکت‌های عمومی و نظایر این‌ها، و ۳) تشویق مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد مشابه؛ سامان یابد. بسیج سازندگی و قرارگاه محرومیت‌زدایی و سازندگی سپاه پاسداران انقلاب



شکل-۹. تصاویری از سیل بند روستای کورکیچ در منطقه دشتیاری که در اولین بارندگی سال جاری نقش موثری در حفاظت و پیشگیری از سیل و آب گرفتگی روستا ایفا کرد.



شکل-۱۰. لایروبی رودخانه و مسیل روستای هومدان؛ شهرستان زرآباد: پاکسازی این مسیل منجر به حفاظت از این روستا در جریان بارندگی سال جاری گردید.

روستا صدماتی بالغ بر ۱۰۰۰ میلیارد تومان وارد ساخته است. (مدیریت سیلاب و کنترل فرسایش خندقی - گالی، در حوزه بلوچستان جنوبی: مهندسین مشاور ایده پردازان توسعه، اداره کل منابع طبیعی و آبخیزداری استان سیستان و بلوچستان). بر این اساس مدیریت سیلاب در زمره اهم مسائل و استراتژی‌های پیش‌رو قرار دارد. توسعه سازه‌های آبخیزداری و پخش سیلاب تقویت مدیریت سیلاب و پایش بارش‌های شدید حفاظت خاک و کنترل گسترش گالی‌ها و استفاده از تصاویر ماهواره‌ای برای رصد مستمر بارندگی‌های فصلی اقدامات مهمی هستند که می‌تواند تهدید سیل و ایجاد فرسایش خندقی را به فرصت عمران و آبادانی و افزایش درآمد در این منطقه تبدیل کند.

بنیاد خیریه ما به سهم خود و با جلب کمک‌های خیرین تا بحال نسبت به احداث حدود ۱۰ پروژه آبخیزداری در سطح منطقه اقدام کرده است که به نوبه خود از فرسایش خاک و ایجاد گالی (که در زبان محلی به آن گرگروک گفته می‌شود) جلوگیری کرده و در حفاظت از روستاهای در معرض خطر سیل موثر بوده است.

لیکن این اقدامات در برابر حجم نیاز آبخیزداری و کنترل سیل هم در بالا دست و هم در پایین دست حوزه‌های سیلاب بسیار ناچیز بوده است. بررسی‌های مشترک ما با اداره کل منابع طبیعی و آبخیزداری سیستان و بلوچستان اجرای نزدیک به ۱۰۰۰ پروژه آبخیزداری با نیاز اعتباری بالغ بر ۲ تا ۳ همت را ضروری و اجتناب ناپذیر نشان می‌دهد. بدین لحاظ و با توجه به نقشی که این پروژه‌ها در پیشگیری از سیل و مدیریت صدمات ناشی از تغییر اقلیم در منطقه می‌تواند ایفا کند از بسیج سازندگی و قرارگاه محرومیت‌زدایی سپاه پاسداران برای این اقدام ضروری استمداد می‌طلبیم.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسنده تصریح می‌نماید که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

اساس جمع‌بندی و تحلیل نتایج حاصل از بحران‌های مذکور و اطلاعات موجود از گزارش‌های بین‌المللی مربوط به تغییر اقلیم: بنیاد هاسب نسبت به دریافت مطالعات و گزارش‌های پیش‌بینی وضعیت بارندگی در ۵۰ سال آینده اقدام نموده و شرکت‌ها و محققینی که نسبت به آنالیز این گزارش‌ها مطالعاتی انجام داده بودند را گرد هم آورد و با تشکیل جلساتی با مدیران وزارت جهاد کشاورزی، سازمان برنامه‌بودجه، بنیاد مستضعفان، ستاد توسعه مکران، استانداری سیستان و بلوچستان، ادارات منابع طبیعی، وزرا و نمایندگان مجلس، افق‌های درازمدت تغییر اقلیم در منطقه را مورد بررسی و بحث قرار داد. گزارش‌های مذکور حاکی از آن هستند که جنوب شرق کشور طی ۵۰ سال آینده در معرض رخدادهای ناشی از افزایش بارندگی و بروز سیلاب، سیل، فرسایش خاک و بیابان زایی شدیدی قرار خواهد داشت.

استان سیستان و بلوچستان دارای ۵ حوزه آبریز اصلی مشتمل بر: (۱) هامون ماشکیل؛ (۲) هامون هیرمند؛ (۳) هامون جازموربان؛ (۴) کویر لوت؛ (۵) بلوچستان جنوبی (حوزه رایج- باهوكلات) می-باشد. رودخانه‌های اصلی در این منطقه عبارتند از هیرمند، رایج، کهیر، کاجو و باهوكلات. سدهای احداث شده بر روی این رودخانه‌ها متشکل از ۵ سد (پیشین، شیرکرک، زبردان، خیرآباد و کهیر) با ظرفیت ۷۶۲ میلیون متر مکعب می‌باشد. با توجه به اینکه میزان روان آب سالیانه نزدیک به ۲ میلیارد متر مکعب در سال برآورد

می‌شود، چالش اصلی هدر رفت بیش از ۱۳۳۶ میلیون متر مکعب آب شیرین از این منطقه کم آب می‌باشد. علاوه بر این فرسایش خاک و گالی‌ها سایت بزرگی از فرسایش خندقی به وسعت ۱۳۰ هزار هکتار در منطقه دشتیاری را شکل داده‌اند.

روند افزایش گالی‌ها از سال ۱۳۳۶ تاکنون بسیار افزایش یافته بوده است. به نحوی که از ۲۳۷۱ هکتار در سال ۱۳۳۶ به ۸۷۳۰ هکتار در سال ۱۳۹۹ بالغ شده است. هدر رفت خاک در اثر این فرسایش به ۴۱ تن در هکتار بالغ گردیده است. سیلاب تنها در سال ۱۴۰۲ به ۱۴۷

منابع

1. Khammarnia M, Ghiasvand H, Javadi F, Safdari AF. Equity in the Distribution of health resources: A Case Study in Southeast Iran. *Shiraz E-Medical Journal*. 2021;22(8):e106392. doi:10.5812/semj.106392
2. Istgaldi M, Hossein Zadeh R, Chamani A. The Effect of Climate Change on Production of Agricultural and Other Economic Sectors of Sistan and Baluchestan Province. *Advanced Environmental Sciences*. 2026;23(4):809-24. doi:10.48308/envs.2025.236441.1423
3. Ebrahimzadeh I, Esmaelnejad M. Climate changes and the role of recent droughts on agricultural economy of Sistan. *Romanian Review of Regional Studies*. 2013;9(1):11-22.
4. Dargahian F, Doostkamian M. A Study of Pressure Gradient during the Activity of 120-Day Winds of Sistan and its Relationship with Dust and Wind Speed in Helmand Basin, Iran. *Desert*. 2022;27(1):55-68. doi:10.22059/jdesert.2022.88 509
5. Tahbaz M. Environmental challenges in today's Iran. *Iranian Studies*. 2016;49(6):943-61. doi:10.1080/00210862.2016.1241624
6. Ebadi AG, Toughani M, Najafi A, Babaee M. A brief overview on current environmental issues in Iran. *central Asian Journal of Environmental Science and Technology Innovation*. 2020;1(1):1-11. doi:10.22034/CAJESTI.2020.01.08
7. Parhizgari N, Gouya MM, Mostafavi E. Emerging and re-emerging infectious diseases in Iran. *Iranian Journal of Microbiology*. 2017;9(3):122-42.
8. Gholamhosseini A, Banaee M, Sinha R, Zeidi A, Faggio C. Bio-concentration of heavy metals in marine crustaceans' hemolymph: insights from Oman Sea, Iran. *International Journal of Environmental Science and Technology*. 2025;22(6):4321-34. doi:10.1007/s13762-024-05931-y
9. Moghaddasi H, Arani LS, Zarghi A. Features of bioterrorism information system. *Journal of Bioterrorism and Biodefense*. 2018;9(162):2. doi:10.4172/2157-2526.1000162
10. Bellard C, Marino C, Courchamp F. Ranking threats to biodiversity and why it doesn't matter. *Nature Communications*. 2022;13(1):2616. doi:10.1038/s41467-022-30339-y

11. Mousavi A, Ardalan A, Takian A, Ostadtaghizadeh A, Naddafi K, Bavani AM. Climate change and health in Iran: a narrative review. *Journal of Environmental Health Science and Engineering*. 2020;18(1):367-78. doi:10.1007/s40201-020-00462-3
12. Mojiri A, Ahmadi K. Inequality in the distribution of resources in health care system by using the Gini coefficient and Lorenz curve (A case study of Sistan and Baluchestan province over a five-year period). *Payesh (Health Monitor)*. 2022; 21(3):227-36. doi:10.52547/payesh.21.3.227
13. Shahraki M, Ghaderi S. Inequality in distribution of physician and general practitioner in Sistan and Baluchestan province, Iran (2009-2017). *Payesh (Health Monitor)*. 2020;19(2):177-86. doi:10.2 9252/payesh.19.2.177
14. Sefiddashti SE, Arab M, Ghazanfari S, Kazemi Z, Rezaei S, Karyani AK. Trends of geographic inequalities in the distribution of human resources in healthcare system: the case of Iran. *Electronic physician*. 2016;8(7):2607-13. doi:10.19082/2607
15. Seeman T, Epel E, Gruenewald T, Karlamangla A, McEwen BS. Socio-economic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1186(1):223-39. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05341.x
16. McEwen BS. Sex, stress and the hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging*. 2002;23(5):921-39.
17. Heidary F, Vaeze Mahdavi MR, Momeni F, Minaei B, Rogani M, Fallah N, et al. Food inequality negatively impacts cardiac health in rabbits. *PloS One*. 2008;3(11):e3705. doi:10.1371/journal.pone.0003705
18. Moradi F, Vaezmahdavi M, Ahmadiani A, Roghani M, Delshad AA, Mojarab S, Altiraihi T. Social instability, food deprivation and food inequality can promote accumulation of lipofuscin and induced apoptosis in hepatocytes. *World Applied Science Journal*. 2012;20(2):310-8. doi:10.5829/idosi.wasj.2012.20.02.3660
19. Shahed University, Health Justice Research Center, Founding Statement.
20. Vaez Mahdavi MR. Poverty, Inequality and Social Welfare. *Sepideh Danaei*. 2025. No. 183. Available from: <https://www.magiran.com/p2884618>
21. Ezoji A, Arani AA, Vaez Mahdavi MR, Jahangard

- with non-fatal myocardial infarction in Tehran, Iran: A population-based case-control study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:160.
24. Statement Identifying and Removing Barriers to Health Equity. Statement of the General Assembly of the Academy of Medical Sciences. 2025.
25. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. doi:10.1016/s0140-6736(05)71146-6
26. Mohammad Reza Vaez Mahdavi in conversation with Ali Mirzaei, Sistan and Baluchestan, awaiting sustainable development: *Negah-e-No Quarterly*, 2020. No. 127, pp. 39.

- E. The impact of human capital (health and education) on labor productivity; a composite model approach-a case study of Iran. *Iranian Economic Review*. 2019;23(2):373-97. doi:10.2 2059/ier.2019.70287
22. Kiadaliri AA, Asadi-Lari M, Kalantari N, Jafari M, Mahdavi MR, Faghihzadeh S. Absolute and relative educational inequalities in obesity among adults in Tehran: Findings from the Urban HEART study-2. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2016;10:S57-63. doi:10.1016/j.orcp.2015.05.002
23. Cheraghian B, Nedjat S, Mansournia MA, Majdzadeh R, Mohammad K, Vaez-Mahdavi MR, Faghihzadeh S, Mehrizi AA, Asadi-Lari M. Different patterns of association between education and wealth

تبیین ساختار و محمل سلامت استان سیستان و بلوچستان:
ظرفیت‌ها، چالش‌ها و راهبردهای پیشنهادی

فاطمه رخشانی*

۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: این تحقیق به بررسی وضعیت سلامت در استان سیستان و بلوچستان می‌پردازد و آن را از منظر ظرفیت‌ها، چالش‌ها و ضرورت‌های توسعه پایدار تحلیل می‌کند. و هدف اصلی آن ارائه پیشنهادات کاربردی برای توسعه همه جانبه استان می‌باشد. **روش‌ها:** داده‌های این مطالعه با استفاده از آمارهای مرکز آمار ایران، مطالعات انجام شده در سطح استان اطلاعات منتشر شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز تجارب کسب شده در جهان و استان و مصاحبه با برخی دست اندرکاران به دست آمده است.

یافته‌ها: از ظرفیت‌های مهم استان می‌توان به شبکه گسترده بهداشتی-درمانی، نیروی انسانی بومی مانند بهورزان، توان دانشگاه‌های علوم پزشکی و امکان همکاری‌های بین‌بخشی و بین‌المللی برای کنترل بیماری‌های مرزی اشاره کرد. در مقابل، استان با مشکلات جدی مانند پراکندگی جغرافیایی، کمبود زیرساخت، کمبود نیروی متخصص، ناپایداری مدیریتی، مداخلات غیرعلمی، فقر، سوءتغذیه، کمبود آب سالم و شیوع بالای بیماری‌هایی مانند تالاسمی، سل، دیابت و فشار خون روبه‌رو است. همچنین، این تحقیق نشان می‌دهد بسیاری از شاخص‌های سلامت استان هنوز پایین‌تر از میانگین کشور است. میانگین سن فوت‌شدگان در این استان برابر با ۵۰ سال است که در مقایسه با بقیه استان‌های کشور پایین‌ترین و ۲۰ سال با بهترین استان فاصله دارد است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که با وجود آنکه بیش از ۵۰ درصد جمعیت استان در مناطق روستایی مستقر هستند متأسفانه هنوز شبکه بهداشت و درمان این استان به خصوص در دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر و دانشکده علوم پزشکی چابهار تکمیل نشده است.

نتیجه‌گیری: از راهبردهای مناسب در کوتاه مدت برای رفع مشکلات می‌توان به انتخاب مدیران ماندگار و با برنامه، توجیه سیاست‌گذاران، تکمیل خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی-درمانی و افزایش تیم‌های سلامت سیار، پزشکان، ماماها، اورژانس و دارو اشاره کرد. در میان مدت ایجاد مرکز مرجع منطقه‌ای کنترل بیماری‌های عفونی مرزی، تربیت هدفمند نیروی بومی متخصص، تقویت زیرساخت آب سالم در روستاها و توسعه جاده‌ها و در بلند مدت تدوین نقشه جامع سلامت بومی برای بهبود وضعیت مناسب هستند. در مجموع، توجه راهبردی به سلامت این استان برای توسعه ملی ضروری است زیرا می‌تواند به الگویی برای کل کشور به ویژه نقاط محروم تبدیل شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت، سیستان و بلوچستان، جنوب شرق، چالش.

* نویسنده مسئول: فاطمه رخشانی

آدرس: گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایمیل: rakhshanif@gmail.com

Explaining the Structure and Health Infrastructure of Sistan and
Baluchestan Province: Capacities, Challenges, and Proposed Strategies

Fatemeh Rakhshani*

1- Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 14 October 2025 Accepted: 5 November 2025

Abstract

Background and Aim: This study examines the health status of Sistan and Baluchestan province and analyzes it from the perspective of capacities, challenges, and necessities for sustainable development. Its main goal is to provide practical suggestions for the comprehensive development of the province.

Methods: The data for this study were obtained using statistics from the Statistical Center of Iran, studies conducted at the provincial level, information published by the Ministry of Health and Medical Education, as well as experiences gained in the world and the province, and interviews with some stakeholders.

Results: The province's important capacities include an extensive health network, local human resources such as community health workers (Behvarz), the capacity of universities of medical sciences, and the possibility of inter-sectoral and international cooperation to control border diseases. On the other hand, the province faces serious problems such as geographical dispersion, lack of infrastructure, lack of specialized personnel, management instability, unscientific interventions, poverty, malnutrition, lack of clean water, and high prevalence of diseases such as thalassemia, tuberculosis, diabetes, and hypertension. Also, this study shows that many of the province's health indicators are still lower than the national average. The average age of those who die in this province is 50 years, which is the lowest compared to other provinces in the country and 20 years behind the highest province. Studies show that although more than 50% of the province's population is located in rural areas, unfortunately, the health and treatment network of this province, especially in Iranshahr University of Medical Sciences and Chabahar Faculty of Medical Sciences, has not yet been completed.

Conclusion: Appropriate strategies in the short term to resolve problems include selecting permanent managers with a plan, justifying policymakers, completing health houses and health centers, and increasing mobile health teams, doctors, midwives, emergency services, and medicine. In the medium term, establishing a regional reference center for border infectious disease control, targeted training of local specialist personnel, strengthening the infrastructure of safe water in villages, and developing roads, and in the long term, developing a comprehensive local health plan are appropriate to improve the situation. Overall, strategic attention to the health of this province is essential for national development because it can become a model for the entire country, especially deprived areas.

Keywords: Health, Sistan and Baluchestan, Southeast, Challenge.

* Corresponding Author: Fatemeh Rakhshani

Address: Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University

of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: rakhshanif@gmail.com

مقدمه

ضرورت تمرکز بر سلامت در جنوب شرق ایران

استان سیستان و بلوچستان دومین استان پهناور کشور و در منطقه جنوب شرق با مرز طولانی با پاکستان و افغانستان و مرز آبی با دریای عمان، منطقه‌ای با تنوع فرهنگی، جغرافیایی و اقلیمی بسیار گسترده است که نقش حیاتی در امنیت، اقتصاد و مناسبات مرزی کشور ایفا می‌کند. با این حال، این منطقه در دهه‌های گذشته با وجود دستاوردهای قابل توجه در حوزه بهداشت، به دلایل تاریخی، جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی، همچنان شاخص‌های سلامت پایین‌تری نسبت به میانگین کشوری، کمبود زیرساخت و آسیب‌پذیری‌های اجتماعی روبه‌رو است. از این رو پرداختن به وضعیت سلامت این منطقه نه تنها یک ضرورت اجتماعی و انسانی است، بلکه اقدامی راهبردی برای توسعه پایدار کشور محسوب می‌شود.

سلامت در جنوب شرق کشور نه یک نیاز محلی، بلکه مسئله‌ای ملی و راهبردی است. اگر سلامت در این منطقه ارتقا یابد، توسعه اقتصادی، کاهش آسیب‌های اجتماعی، افزایش امنیت مرزی و بهبود شاخص‌های انسانی رقم خواهد خورد. این منطقه با وجود چالش‌های جدی، ظرفیت‌های بی‌ظنیری برای رشد دارد و با سرمایه‌گذاری هدفمند می‌تواند الگوی عدالت سلامت در ایران شود. این منطقه دروازه ارتباطی ایران با آب‌های آزاد، منطقه‌ای حساس از نظر امنیت مرزی، و نقطه‌ای کلیدی در توسعه سواحل مکران و کریدورهای ترانزیتی است.

در این مقاله نگاهی کوتاه به ظرفیت‌ها و چالش‌های استان خواهیم داشت و سپس به وضعیت شاخص‌های سلامت در استان خواهیم پرداخت. سپس به چالش‌ها و راهکارها خواهیم پرداخت. تلاش بر آن است تا با تبیین وضع موجود، ظرفیت‌ها و توانمندی‌ها، پیشنهادات عملیاتی را ارائه نماییم.

نقاط قوت و ظرفیت‌های کلیدی منطقه

شبکه بهداشتی-درمانی گسترده و قابل اتکا

نظام بهداشت ایران با تکیه بر شبکه بهداشت یکی از موفق‌ترین مدل‌های منطقه است. در جنوب شرق کشور، این شبکه ستون فقرات ارائه خدمات است و با وجود همه محدودیت‌ها، توانسته دستاوردهای ارزشمندی ایجاد کند.

بر خلاف توزیع جمعیتی کشور که بیش از ۷۵ درصد در شهرها ساکن هستند در این استان بیش از نیمی از جمعیت در روستاها زندگی می‌کنند، در این منطقه، خانه‌های بهداشت در روستاها، مراکز جامع سلامت در شهرها و بخش‌ها، پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی، بیمارستان‌های عمومی و تخصصی، و نظام ارجاع، مجموعه‌ای به هم پیوسته را تشکیل می‌دهند که تلاش می‌کند در شرایط گاه

سخت جغرافیایی و اجتماعی، خدمات اولیه و حتی خدمات تخصصی را در دسترس مردم قرار دهد.

سرمایه انسانی بومی با پذیرش اجتماعی بالا

وجود به‌ورزان، مراقبین سلامت و نیروهای محلی، عامل اصلی موفقیت برنامه‌های واکسیناسیون، کنترل بیماری‌های عفونی از جمله بیماری‌های اسهالی، سل، مالاریا، سرخک و مراقبت مادر و کودک است. بهبود وضعیت تغذیه، بهداشت محیط و آموزش‌های عمومی در کنار توسعه اجتماعی و اقتصادی این سال‌ها از دلایل عمده این دستاوردها می‌باشد.

نقش به‌ورزان بومی در این میان بی‌بدیل است؛ نیروهایی که از دل جامعه برخاسته‌اند، زبان مردم را می‌دانند، فرهنگ محلی را می‌شناسند و مورد اعتماد جامعه هستند. این سرمایه انسانی بزرگ، یکی از دلایل موفقیت برنامه‌هایی همچون واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک و غربالگری‌ها بوده است.

ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی منطقه

دانشگاه‌ها نقش مهمی در تربیت نیروی انسانی، ارایه خدمات و تولید سیاست‌های سلامت دارند. در حال حاضر سه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زابل، ایرانشهر و دانشکده علوم پزشکی چابهار در این استان نقشی چندبعدی دارند. آن‌ها علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی، مسئولیت آموزش نیروی انسانی، پژوهش‌های کاربردی و مدیریت سیاست‌های سلامت منطقه را نیز بر عهده دارند. این یکپارچگی از یک سو یک فرصت مهم برای هماهنگی بیشتر است و از سوی دیگر مسئولیت سنگینی بر دوش دانشگاه‌ها گذاشته است، به‌ویژه در مناطقی که دسترسی به نیروی انسانی متخصص محدود است.

پتانسیل همکاری‌های بین‌سازمانی و بین‌المللی

ظرفیت تعامل با کشورهای همسایه برای کنترل بیماری‌های مرزی، تبادل داده‌های بهداشتی و توسعه برنامه‌های مشترک پیشگیری و نیز حضور صنایع و بنادر (به‌ویژه مکران و چابهار) برای مشارکت در حوزه سلامت وجود دارد.

چالش‌ها و کاستی‌های منطقه

با وجود ظرفیت‌های ذکر شده، منطقه جنوب شرق با چالش‌های مهمی روبه‌روست که بخشی ریشه در ساختار و بخشی ریشه در مسائل اجتماعی و تاریخی دارند.

کوتاه بودن دوره مدیریت رؤسای دانشگاه‌ها: میانگین دوره مدیریت رؤسای دانشگاه‌ها در دنیا ۱۰ سال، در ایران ۲/۵ سال و در

استان کمتر از کشور است. گرچه این چالش در کل کشور وجود دارد و حتما باید در الویت‌ها کشوری قرار گیرد، اما در استان به دلیل نیاز به اجرای برنامه‌های طولانی مدت برای جبران عقب ماندگی‌های گذشته، به چالشی با اهمیت ویژه تبدیل شده است. نگاه جناحی به مدیران، نداشتن استانداردهای ارزیابی عملکرد مدیران، باعث حاشیه امن برای مدیران با ترک فعل واضح، و حاشیه نشینی مدیران دلسوز شده است. گرچه چنین رویکردی در مورد تمامی مدیریت‌ها، آسیب‌زا می‌باشد، اما پست‌های حساس و مرتبط با سلامت مردم، باید به صورت ویژه مدنظر قرار گیرد.

مداخلات غیرعلمی سیاست‌گزارن در تصمیمات دانشگاه‌ها: به کرات مشاهده می‌شود که نمایندگان مجلس، حامیان جناح-های مختلف سیاسی به دنبال عزل و نصب رؤسای دانشگاه‌ها، معاونین و دخالت در امور تخصصی هستند. در حالی که در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، تاکید بر اقدامات پیشگیری شده است، متأسفانه درخواست‌های حتی سیاست‌گزاران، تأسیس بیمارستان، بخش ویژه و دستگاه‌های تشخیصی و ... می‌باشد و تا کنون هرگز به دلیل بالا رفتن بیماری‌های غیرواگیر از جمله فشارخون، دیابت، سکنه‌های قلبی و مغزی از هیچ وزیر یا رییس دانشگاهی سوال نشده است.

پراکندگی جغرافیایی و کمبود زیرساخت‌ها

فاصله زیاد روستاها، پراکندگی جمعیت، و نبود راه‌های مناسب، ارائه خدمات را دشوار کرده و هزینه خدمت‌رسانی را افزایش داده است.

کمبود نیروی انسانی متخصص

یکی از جدی‌ترین مشکلات، کمبود پزشک متخصص، کمبود ماما و کمبود پرستار است. در برخی مناطق، دسترسی به تخصص‌های اصلی (اطفال، جراحی، زنان، عفونی) نیز در حال کاهش است. مشکل دیگر، ماندگار نبودن نیروها است؛ بسیاری از نیروهای متخصص پس از مدت کوتاهی محل خدمت را ترک می‌کنند.

آسیب‌پذیری‌های اجتماعی-اقتصادی

فقر، سوءتغذیه، محرومیت آموزشی، بارداری‌های پرخطر، و حاشیه‌نشینی بر شاخص‌های سلامت تأثیر مستقیم دارند. این عوامل باعث شده برخی بیماری‌های واگیر و نیز سوءتغذیه کودکان و آئمی هنوز شیوع بالایی داشته باشند.

بار بیماری‌ها

تالاسمی، سل، بیماری‌های عفونی مرزی (مالاریا، وبا و ...)، مرگومیر مادر و نوزاد، کم‌وزنی هنگام تولد و سوءتغذیه از جمله

بیماری‌ها و مشکلاتی هستند که در جنوب شرق شیوع بیشتری نسبت به میانگین کشور دارند. از سوی دیگر شیوع بیماری‌های غیرواگیر از جمله فشارخون، دیابت نیز از بیماری‌های رایج می‌باشد.

کمبود آب سالم و مشکلات اقلیمی

خشکسالی و کمبود منابع آب سالم، همچنان یکی از مهم‌ترین تهدیدهای سلامت منطقه است و تا زمانی که حل نشود، بیماری‌های ناشی از آب در گردش خواهند بود.

روش‌ها

برای انجام این مطالعه به منابع مختلف از جمله مرکز آمار ایران، سالنامه آماری استان سیستان و بلوچستان، آمارهای معاونت درمان و معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آمارهای سازمان بهزیستی، آموزش و پرورش و سازمان بیمه سلامت ایرانیان مراجعه شده است. ضمناً از تجارب زیست و مدیریت در استان و نیز مصاحبه با برخی از مدیران استان استفاده شده است.

نتایج

با وجود آنکه در طی سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۹۴ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر از ۲/۲۱ درصد به ۸ درصد مرگ‌ها کاهش می‌یابد، بیماری‌های غیرواگیر از ۱/۵۰ درصد به ۵/۸۰ درصد افزایش می‌یابد. در طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ با وجود هدف ثابت نگه داشتن شیوع چاقی، وزن بالا و هر دو در کشور، آمار نشان داد که به ترتیب هر کدام ۹ درصد، ۵/۵ درصد، ۷ درصد افزایش داشته‌اند. در طی همین سال‌ها با وجود هدف کاهش ۲۵ درصدی شیوع فشارخون، افزایش ۲۱ درصدی را تجربه می‌کنیم. در مورد دیابت و پیش دیابت نیز بجای ثابت نگه داشتن شیوع، به ترتیب افزایش ۳۰ درصدی و ۳۷ درصدی را شاهدیم. این در حالی است که پوشش درمان دیابت ۱۶ درصد افزایش اما درمان موثر آن ۲۵ درصد کاهش داشته است. آمارهای سازمان بیمه سلامت ایران حاکی از افزایش شدید هزینه‌های درمان در طی چند سال اخیر می‌باشد که می‌تواند تأثیر منفی بر پرداخت از جیب مردم، هزینه‌های دولتی، شاخص‌های سلامت جامعه، رضایت‌مندی مردم باشد.

از دلایل اصلی چنین آمارهایی در کشور می‌توان به فقدان رویکرد پیشگیرانه و تمرکز بر درمان، ناهماهنگی و پراکندگی در سیاست‌گذاری‌ها و اجرا و رویکرد مدیریتی و برنامه‌ریزی از بالا به پایین، به روز رسانی نشدن شبکه بهداشت و درمان کشور بر اساس نیازهای در حال تغییر کشور، نبود استراتژی جامع و پایدار برای بیماری‌های غیر واگیر، کمبود منابع مالی پایدار و توزیع نامناسب منابع موجود به بهداشت و مناطق مختلف، ضعف در آموزش عمومی و ترویج



نمودار-۱. سلامت، نیروی محرکه مهم اجتماعی و اقتصادی

مصوب ۱۷۵ خانه بهداشت (۳۳ درصد)، از ۳۱ پایگاه سلامت مصوب ۸ پایگاه (۲۵ درصد)، از ۱۱۵ مرکز بهداشت شهری و روستایی مصوب ۳۷ مرکز (۳۲ درصد) غیر فعال هستند.

در دانشکده علوم پزشکی چابهار که دو سال از تاسیس آن می‌گذرد و شش شهرستان محروم منطقه را تحت پوشش دارد، از ۴۳۳ خانه بهداشت مصوب، ۱۵۹ (۳۶/۷ درصد) غیرفعال، از ۳۵ پایگاه بهداشت مصوب، ۹ (۲۵ درصد) غیرفعال، از ۶۹ مرکز جامع روستایی مصوب، ۲۶ (۳۷/۶ درصد) غیرفعال می‌باشد. مراکز جامع شهری مصوب ۱۶ مورد که همه فعال می‌باشند.

از شاخص‌های حوزه درمان به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. شاخص پزشک به تخت بیمارستانی از نصف میزان کشوری شاخص است و شاخص پرستار هم تقریباً چنین شرایطی دارد. سرانه سی تی اسکن در یک میلیون نفر جمعیت، کمترین در کل کشور (با وجود بالا بودن تصادفات، سوانح و حوادث و مسافت‌های طولانی و دسترسی محدود)، سرانه آنژیوگرافی در یک میلیون نفر کمتر از یک چهارم میزان کشوری شاخص و آخرین استان کشور است که یکی از دلایل مهم آن کمبود متخصص و عدم ماندگاری آنهاست. و این در حالی است که شاخص بیمارپذیری در بیمارستان‌های دولتی این استان نسبت به میزان کشوری در سطح بالاتری قرار دارد (۳-۱).

چنین شرایطی در استان باعث شده است، علاوه بر اختلال در دسترسی به خدمات درمانی، موجب سرگردانی بیماران در استان‌های دیگر کشور شود و مردم منطقه با وجود محرومیت‌های شدید با هزینه‌های بالای درمان و اسکان مواجه باشند.

سلامت و عوامل اجتماعی اقتصادی

سلامت در پیامدهای اقتصادی به عنوان نیروی محرکه، ایفای نقش می‌کند (نمودار ۱). سلامت انسان‌ها تحت تأثیر ژنتیک، است. دو عامل

سبک زندگی سالم، نارسایی در داده‌ها و اطلاعات سلامت، تأخیر در استفاده موثر از فناوری‌های نوین در خدمات سلامت اشاره کرد.

وضعیت شاخص‌های سلامت در استان

در طی سال‌های پس از انقلاب شاخص‌های بهداشتی در استان، بهبود قابل توجهی داشته است. کاهش مرگ و میر مادران و کودکان یکی از مواردی است که مورد توجه محافل بین‌المللی قرار گرفت و دستیابی ایران به اهداف هزاره را سریع‌تر از زمان مورد هدف اعلام نمودند. حذف سرخک، کزاز نوزادی، ریشه کنی فلج اطفال، کنترل بیماری‌های شایع سل، مالاریا، وبا و افزایش پوشش واکسیناسیون با وجود صعب‌العبور بودن بسیاری از مناطق و بهبود تغذیه مادر و کودک، بهداشت محیط و نیز بالا رفتن آگاهی‌های بهداشتی در منطقه از جمله برخی از موارد می‌باشد.

اما با وجود تلاش‌های صورت گرفته، به دلیل محرومیت‌های تاریخی منطقه، این استان در بسیاری از شاخص‌های سلامت، از میانگین کشوری پایین‌تر است که به برخی از آن اشاره می‌شود.

یکی از مهمترین این موارد میانگین سن فوت شدگان با ۵۰ سال در استان که پایین‌ترین در کشور و با بهترین استان ۲۰ سال فاصله دارد. دلایل متعددی از جمله حوادث و تصادفات جاده‌ای و فوت در سنین پایین که یکی از دلایل آن نبودن جاده‌های استاندارد در استان می‌باشد. هنوز هم مرگ و میر مادران و کودکان در مقایسه با سایر استان‌ها پایین‌تر است.

با وجود آنکه بیش از ۵۰ درصد جمعیت استان در مناطق روستایی مستقر هستند متأسفانه هنوز شبکه بهداشت و درمان این استان به خصوص در دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر و دانشکده علوم پزشکی چابهار تکمیل نشده است.

طبق آمار در دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر از ۵۳۲ خانه بهداشت

- جذب و ماندگاری پزشکان و ماماها، جذب نیروی بیشتر و کمک به ماندگاری نیروها با تدوین بسته‌های تشویقی شامل مزایای مالی، امکانات رفاهی، فرصت‌های آموزشی و تحصیلی و حمایت‌های معیشتی.
- افزایش تیم‌های سلامت سیار، برای پوشش مناطق دورافتاده، عشایری و نقاط فاقد دسترسی.
- ارتقای مراقبت مادر و نوزاد، از طریق مراکز زایمانی کوچک، مامایی سیار و تقویت سیستم ارجاع.
- مداخله تغذیه‌ای هدفمند و مداوم برای کودکان، به‌ویژه در دو سال اول زندگی که پنجره طلایی رشد است با امکانات بومی.
- توسعه اورژانس ۱۱۵ و استقرار بالگردهای اورژانس، اختصاص آمبولانس و پایگاه برای مسیرهای پرخطر و مناطق فاقد دسترسی.
- به‌روزرسانی دارو و تجهیزات مراکز جامع سلامت، وسیله نقلیه مناسب، داروها و امکانات ادامه ارائه خدمات به خانوارهای تحت پوشش.

اقدامات میان‌مدت (۳ تا ۵ سال)

- ایجاد مرکز مرجع منطقه‌ای کنترل بیماری‌های عفونی مرزی، با همکاری پاکستان و افغانستان.
- گسترش خدمات و بیمارستان‌های مادر-کودک برای کاهش مرگ‌ومیر مادر و نوزاد.
- تربیت هدفمند نیروی بومی متخصص، با سهمیه‌های بومی‌گزینی و تعهد خدمت مؤثر.
- تقویت زیرساخت آب سالم در روستاها، برای پیشگیری از بیماری‌ها.
- توسعه جاده‌های شهری و روستایی، شبکه ریلی فعال، برای تقویت ترانزیت بین استانی، دسترسی بیشتر، کمک رسانی.
- اقدامات بلندمدت (۵ تا ۱۰ سال)
- تدوین نقشه جامع سلامت جنوب‌شرق، با رویکرد عدالت در سلامت و توسعه پایدار.
- به‌کارگیری ظرفیت توسعه سواحل مکران در حوزه سلامت، به‌کارگیری منابع بومی و نیروهای متعهد منطقه در توسعه استان و تضمین امنیت مرزی منطقه.
- تقویت همکاری بین بخشی، با حوزه‌های آب، آموزش، محیط‌زیست، صنعت و رفاه اجتماعی.
- جذب منابع از صنایع و معادن، برای توسعه مراکز سلامت، آموزش به‌روزان و پروژه‌های آب سالم.

نتیجه‌گیری

جنوب‌شرق ایران تنها یک منطقه محروم نیست؛ بلکه منطقه‌ای با

ژنتیک و مراقبت‌های بهداشتی درمانی حدود ۲۰ درصد در سلامت نقش دارند و حدوداً ۸۰ درصد عوامل موثر بر سلامت شامل سبک زندگی، سواد، درآمد و دارایی و محیط در اختیار وزارت بهداشت نیست. لذا ترویج سبک زندگی سالم (خصوصاً تغذیه، فعالیت بدنی و دوری از دخانیات)، سواد (اعم از تحصیلات و سواد سلامت منتهی به اخذ رفتارهای سالم)، ثروت (شامل کسب درآمد، شغل، مسکن)، محیط (محیط فیزیکی اعم از راه‌های ارتباطی، محیط شهری و روستایی، محیط اجتماعی، فرهنگی و معنوی) عوامل مهمی برای ارتقای سلامت جامعه است.

با رشد و توسعه در تمامی این عوامل، می‌توان ارتقای سلامت در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را انتظار داشت. در صورت دستیابی به این مهم می‌توان بهره‌وری مناسب، نیروی کار فعال، آموزش و تحصیلات عالی، سرمایه‌های مادی، اجتماعی و معنوی و در نهایت پیامدهای اقتصادی را انتظار داشت.

لذا توسعه سلامت استان، قبل از هر چیز نیاز به توسعه همه جانبه در همه ابعاد دارد. علاوه بر توجه و تأکید جدی بر این مقوله، در انتها به برخی از راهبردها و پیشنهادات عملیاتی می-پردازیم، در سه قسمت اقدامات کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت ارائه می‌شود.

راهبردها و پیشنهادات عملیاتی

پیشنهاد‌های سیاستی برای بهبود سلامت استان با توجه به چالش‌های ذکر شده در سه دسته کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت، قابل اجرا هستند:

اقدامات کوتاه‌مدت (۱ تا ۲ سال)

- انتخاب مدیران ماندگار و با برنامه و ارزیابی عملکرد آنان، انتخاب مدیران با بررسی برنامه‌ها، تیم همکاران و تجارب آنان توسط هیئت امناء دانشگاه‌ها و ارزیابی عملکرد آنان بر اساس شاخص‌های از قبل تعیین شده و با بازدیدهای میدانی و ارائه مشاوره برای بهبود شاخص‌ها.
- توجیه سیاستگذاران برای تأکید بر اقدامات پیشگیری کننده در دانشگاه‌ها، ضرورت دارد در جلساتی با نمایندگان مجلس، استانداران، فرمانداران و سایر مسئولین دستگاه‌های مرتبط با قوه مقننه، مجریه و قضاییه در سطح کشور و استان‌ها در زمینه اهمیت توجه و اقدام در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها خصوصاً غیر واگیر و آشنایی با این اقدامات و نیز هزینه اثربخشی آن تأکید نمود. این موضوع باید به طور مداوم و با ارائه آمار و اطلاعات به این گروه‌ها تداوم یابد.
- تکمیل خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی خصوصاً در دانشکده علوم پزشکی چابهار و ایرانشهر.

The Relationship Between Security and Health in Various Dimensions, with Emphasis on the Strategic Region of South East of Iran

Hassan Araghizadeh¹, Mohammad Gharari^{2*}, Habib Sadr³

1- Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Department of Health, Relief and Treatment of the Armed Forces General Staff, Tehran, Iran

3- Trauma Surgery Research Center, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 9 October 2025 Accepted: 12 November 2025

Abstract

Background and Aim: In strategic studies, sustainable security goes beyond military-centric approaches and emphasizes human, social, economic, biological, and health dimensions. In this framework, public health as a key element plays a central role in creating long - term stability and decreasing society's vulnerabilities. South - east of Iran due to sensitive geopolitical location, long land and water borders with neighboring countries, environmental biology challenges such as chronic droughts, dust storms and outbreaks of infectious diseases and socio - economic issues, the influence of terrorist groups and smugglers, is a region where health has a great impact on the sustainability of national security.

Methods: This research with a descriptive - analytical approach with a comprehensive review of internal and foreign resources, deals to deep analysis of the role of health in sustainable security. After multi-stage screening, 60 documents were finally selected and analyzed after coding.

Results: The findings of the research show that security problems and threats, health challenges and medical infrastructure in the south - east regions, not only reduce the quality of life, but also helps to create dissatisfaction and social instability, insecurity, forced immigration and border threats.

Conclusion: Developing and upgrading health and medical centres in the south east region, allocating health funds from the security budget to the border, health education programs, tripartite agreements with neighbours, the establishment of health research centres, using modern technologies and health surveillance, integrated investment in border health, Strengthening the health and medical services of the armed forces, the Ministry of Health, social procurement, charities and NGOs, in order to provide health care services to the people of the region, along with the promotion of social awareness, economic development and creating people-centered security, can improved health and , as a result, sustainable security.

Keywords: Sustainable Security, Public Health, South East of Iran, Biological Security, Health Policymaking.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسنده تصریح می نماید که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Statistical Yearbook of Population. National Organization for Civil Registration, National Population Monitoring Center, Ministry of Interior, 2024 (1403 SH).
2. Hospital Statistics and Information Yearbook

ظرفیت های عظیم، نیروی انسانی ارزشمند، موقعیت استراتژیک و آینده ای روشن است. سرمایه گذاری در سلامت این منطقه موجب توسعه ملی، کاهش آسیب های اجتماعی، افزایش امنیت، حفظ نیروی انسانی سالم و ارتقای شاخص های انسانی کشور است. اگر سلامت در جنوب شرق بهبود یابد، سلامت کل کشور بهبود یافته است. اگر عدالت سلامت در این منطقه محقق شود، می تواند به الگویی برای همه نقاط محروم تبدیل شود. بازاندیشی، هم افزایی و تصمیم های بزرگ تر در مسیر توسعه سلامت استان سیستان و بلوچستان، می تواند نقش قابل توجهی در شاخص های سلامت و توسعه اقتصادی کشور داشته باشد.

* **Corresponding Author:** Mohammad Gharari
Address: Department of Health, Relief and Treatment of the Armed Forces General Staff, Tehran, Iran.
E-mail: m.gharari@yahoo.com

رابطه امنیت با سلامت در ابعاد مختلف

با تأکید بر منطقه راهبردی جنوب شرق ایران

حسن عراقی‌زاده^۱، محمد قراری^۲، حبیب صدر^۳

۱- مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

۲- اداره بهداشت، امداد و درمان ستادکل نیروهای مسلح، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات جراحی تروما، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۱/۰۵

چکیده

زمینه و هدف: در مطالعات راهبردی، امنیت پایدار فراتر از رویکردهای نظامی محور عمل می‌کند و بر ابعاد انسانی، اجتماعی، اقتصادی و زیستی و سلامت تأکید دارد. در این چارچوب، سلامت عمومی به عنوان رکنی کلیدی، نقش محوری در ایجاد ثبات بلند مدت و کاهش

آسیب پذیری‌های جامعه ایفاء می‌کند. جنوب شرق ایران به دلیل موقعیت ژئوپلیتیکی حساس، مرزهای طولانی خاکی و آبی با کشورهای همسایه، چالش‌های زیست محیطی مانند خشکسالی‌های مزمن، طوفان‌های گردوغبار و شیوع بیماری‌های عفونی و همچنین مسائل اجتماعی- اقتصادی، نفوذ گروه‌های تروریستی و قاچاقچیان، منطقه‌ای است که سلامت تأثیر زیادی بر پایداری امنیت ملی دارد.

روش‌ها: این پژوهش با رویکرد توصیفی- تحلیلی با بررسی جامع منابع معتبر داخلی و خارجی به تحلیل عمیق نقش سلامت در امنیت پایدار می‌پردازد. پس از غربالگری چند مرحله‌ای نهایتاً ۶۰ سند انتخاب و پس از کدگذاری آنالیز انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که مشکلات و تهدیدات امنیتی، چالش‌های بهداشتی و کمبود زیرساخت‌های درمانی منطقه جنوب شرق، نه تنها کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد، بلکه به نارضایتی و بی‌ثباتی اجتماعی، ناامنی، مهاجرت‌های اجباری و تهدیدات مرزی دامن می‌زند.

نتیجه‌گیری: توسعه و ارتقای مراکز بهداشتی و درمانی در منطقه جنوب شرق، از جمله تخصیص میزان مؤثری از بودجه امنیتی به سلامت مرزی، برنامه آموزشی سلامت، توافق‌های سه جانبه با همسایگان، تأسیس مراکز پژوهش سلامت، استفاده از فناوری‌های نوین و نظارت بهداشتی، سرمایه‌گذاری یکپارچه در سلامت مرزی، تقویت بهداشت و درمان نیروهای مسلح، وزارت بهداشت، تأمین اجتماعی، خیریه و مردم نهاد در راستای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مردم منطقه به همراه ارتقای آگاهی‌های اجتماعی، توسعه اقتصادی و ایجاد امنیت مردم محور می‌تواند موجب ارتقاء سلامت و به دنبال آن امنیت پایدار شود.

کلیدواژه‌ها: امنیت پایدار، سلامت عمومی، جنوب شرق ایران، امنیت زیستی، سیاست‌گذاری بهداشتی.

مقدمه

پیامبر(ص) فرمودند: «نَعْمَتَانِ مَجْهُولَتَانِ الصَّحَّةُ وَالْأَمَانُ»: دو نعمت است که ناشناخته است: تندرستی و امنیت (۱).

در قرآن کریم، امنیت یکی از نعمت‌های بزرگ الهی معرفی شده که بر سایر نیازهای بشری مقدم است. در سوره‌هایی مانند قریش و نحل به نقش امنیت در زندگی روزمره و در مقابل تهدیدات مختلف اشاره شده است. از سوی دیگر، قرآن امنیت واقعی را به ایمان عمیق به خداوند و تقویت باورهای معنوی مرتبط می‌داند و تأکید می‌کند که با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابند (رعد / ۲۸) (۲).

رهبر شهید انقلاب (ره) همواره تأکید داشتند: «هم سلامت، هم امنیت در شمار نعمت‌های بزرگی است که انسان تا از آن نعمت‌ها محروم نباشد، اهمیت و ارزش آن را نمی‌فهمد؛ مثل هوا، مثل تنفس. تا وقتی انسان تنفس می‌کند، اهمیت این نعمت رایگان و همه‌جایی را درک نمی‌کند؛ تنفس که مشکل شد، انسان آن وقت احساس می‌کند چه نعمت بزرگی از دست رفته است. مجموعه پزشکی و پرستاری و بقیه دستگاه‌های سلامت، در واقع تأمین‌کننده این نعمت بزرگ برای جامعه‌اند» (۳).

پارادایم امنیتی در حال تکوین و متحول، اتخاذ رویکردی جدید در مطالعات امنیتی را بیش از پیش ضروری ساخته است. امروزه با ایجاد فضای جدید و پدیداری تهدیدهای نوین، پارادیم-های نوین، هم دولت محور است و هم فرا دولتی؛ چراکه با ورود کنش‌گران غیردولتی به مسائل دفاعی- امنیتی، شاهد نوعی پارادایم دوجبهی دولتی- غیردولتی هستیم. لذا با ظهور تهدیدهای نوین، سیاست‌گذاران ناچارند در تدوین استراتژی‌های دفاعی- امنیتی نو، بر گفتمان همکاری دولتی و غیردولتی تکیه کرده و از ظرفیت‌های اجتماعی بهره‌برند. از دل رویکردهای نوین امنیتی، مفاهیم بسیاری ساخته شده و هنوز هم در حال ساخته شدن است، مفاهیمی چون قدرت نرم، قدرت سخت، امنیت نرم، امنیت سخت و قدرت یا امنیت هوشمند. همچنان که نرم‌افزارگرایی یا سخت‌افزارگرایی به عنوان رویکرد سیاستی یا سیاست‌گذاری مورد توجه قرار گرفته و کاربرد آن به عرصه داخلی جوامع نیز تسری یافته‌است، از این رو می‌بایست از یک سو مردم را به عنوان سرمایه اجتماعی حفظ کرده و از سوی دیگر تهدیدات و چالش‌ها را مدیریت کرد (۴).

امنیت پایدار مفهومی چندبعدی است که فراتر از امنیت نظامی و صرفاً مهار تهدیدات فیزیکی تعریف می‌شود. این مفهوم شامل امنیت اقتصادی، محیط زیستی، غذایی و مهم‌تر از همه، امنیت سلامت است (۵). امنیت سلامت، فعالیت‌ها و اقداماتی در سراسر مرزهای حاکمیتی است که حوادث بهداشت عمومی را کاهش می‌دهد تا سلامت جامعه را تضمین نماید. امنیت سلامت از ارکان امنیت انسانی و پیش نیازهای توسعه پایدار است. بیماری‌های واگیر یکی از اصلی‌ترین مخاطرات امنیت سلامت انسان است. مشارکت همه جانبه جامعه، سرمایه‌گذاری اساسی در اجزای حیاتی نظام سلامت، تقویت نظام مراقبت و شبکه آزمایشگاهی و در رأس آن‌ها ارتقای مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای امنیت سلامت، ضروری

و سرنوشت‌ساز خواهند بود. همکاری و تعامل در سطوح منطقه‌ای و بین‌المللی نیز از الزامات اجتناب ناپذیر امنیت سلامت به شمار می‌رود. امنیت سلامت فقط وقتی ایجاد می‌شود که یک نظام سلامت تاب‌آور وجود داشته و مشکلات و موانع تعیین‌کننده‌های اقتصادی، تجاری و زیست محیطی سلامت به خوبی پاسخ داده شده باشد. مشارکت دائمی و نقش‌آفرینی شبکه بهداشتی درمانی کشور، از بالاترین درجه اهمیت برای تأمین و نگهداشت امنیت سلامت، برخوردار است (۶).

لذا هدف این مطالعه با تمرکز بر منطقه جنوب شرق، به بررسی پیوند میان سلامت و امنیت پایدار می‌پردازد و بر ضرورت بهره‌گیری بهینه از ظرفیت‌های سلامتی و همکاری‌های منطقه‌ای برای مقابله با تهدیدات امنیتی تأکید دارد و راه‌کارهایی عملی برای بهبود وضعیت امنیتی ارائه می‌دهد. مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد چگونه سرمایه‌گذاری در سلامت می‌تواند به عنوان ابزاری پیشگیرانه عمل کند.

چارچوب مفهومی

امنیت انسانی محصول بسترهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی است و برای تأمین آن می‌بایست قبل از وقوع هر تهدیدی، تمهیداتی اندیشید. منظور از تهدیدات شایع، موارد مهم ذیل می‌باشند:

- مخاطرات طبیعی نظیر سیل و زلزله و طوفان؛
 - مخاطرات خارج از کنترل سیاسی- اجتماعی، نظیر فقر و تنگدستی، جنگ‌ها و منازعات؛
 - معضلات قابل کنترل اما خارج از اراده‌های فردی، نظیر کمبود آب سالم آشامیدنی، کمبود یا فقدان وسایل بهداشتی، رواج ایدز
 - و بیماری‌های مسری و نظایر آن؛
- تهدیدات فوق از نظر مکانیسم عمل به دو گروه اصلی طبقه‌بندی می‌شوند:

- تهدیدات مستقیم امنیت انسانی نظیر جرایم خشونت‌آمیز، رفتار غیرانسانی، مواد مخدر، تبعیض و سلطه‌گری، منازعات بین‌المللی و سلاح‌های کشنده و مخرب؛
- تهدیدات غیر مستقیم نظیر محرومیت، بیماری، عقب‌ماندگی، انتقال و جابجایی جمعیت، تخریب محیط زیست؛

امنیت انسانی فقط ناظر بر وضع موجود نیست و فقط حفظ و حراست از امنیت فعلی را در دستور کار ندارد، بلکه به سازگاری، حمایت و حراست از حقوق و مصالح بلند مدت انسان‌ها نیز نظر می‌افکند. مقابله با خطرات مزبور، به صورت پیشگیرانه، سازمان یافته و نهادینه، قبل از وقوع، ضروری است (۷).

مناطق مرزی به دلیل مجاورت با کشورهای خارجی و شرایط جغرافیایی و سیاسی حاکم بر آن‌ها، ویژگی‌های خاص خود را دارد. چنانچه این ویژگی‌ها مورد توجه قرار نگیرد، تأثیراتی منفی بر روند توسعه و امنیت مناطق می‌گذارد و به عنوان تهدیدی در برابر توسعه عمل خواهد کرد. اما اگر مورد توجه قرار گیرند و در فرایند برنامه‌ریزی،

توسعه و آمایش آن مناطق، به کار گرفته شوند، اثرات مثبتی از خود به جای می‌گذارند و از تهدید به فرصت تبدیل می شوند (۸).
نگاهی ژرف و تاریخ‌مند به فراز و فرودهای فضای امنیتی استان استراتژیک سیستان و بلوچستان نمایانگر وجود چالش‌های امنیتی متنوعی و به تعبیر رهبر شهید انقلاب(ره)، «تنگه احد نظام» بوده است. از منظر سیاست‌گذاری، توجه یا عدم توجه به ثبات و کارآمدی رویکرد کارگزاران امنیتی در مواجهه با تهدیدات درونی و بیرونی محیط امنیت ملی جنوب شرق کشور، پیامدهای جدی و گسترده‌ای بر مسائل استان سیستان وبلوچستان و آینده امنیتی آن دارد (۴).

از سوی دیگر بخش بهداشت و درمان با توجه به نقش بسزایی که در سلامت افراد هر جامعه دارد، یکی از پراهمیت‌ترین بخش‌های اجتماعی جامعه محسوب می‌شود. نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی کلی بوده و محدود به قشر خاصی نمی‌شود. یکی از عناصر اصلی حرکت رو به جلو سلامت، عدالت اجتماعی و توزیع عادلانه امکانات است. اگر در کشور ارایه خدمات بهداشت و درمان به درستی انجام نگیرد و دارای مشکلات و کمبود باشد، ضمن افزایش هزینه‌های افراد و جامعه، نارضایتی را افزایش می‌دهد. تخصیص منابع باید به گونه‌ای باشد که نظام سلامت، سطحی از خدمات بهداشتی و درمانی را که تضمین‌کننده سلامت افراد جامعه است، تسهیل نماید (۹).

امنیت سلامت ملی، به مفهوم محفوظ ماندن کشور، از تمام تهدیدات و خطراتی است که ممکن است متوجه بنیان‌های سلامت ملی باشند. امنیت سلامت یکی از مهمترین عوامل ضروری برای دستیابی به امنیت ملی جامع است. توسعه کل بخش بهداشت در کانون و مرکز امنیت ملی جامعه قرار دارد. وپروس‌ها و بیماری‌های واگیر، از جدی‌ترین تهدیدهای امنیت ملی هستند. تقویت نقش دولت در تدوین سیاست‌های امنیت بهداشتی، برای اطمینان از پاسخگویی فعال به موارد همه‌گیری و حوادث بهداشت عمومی، ضروری است. لازمه تدوین و تحقق این سیاست‌ها، تجدید نظر در سیاست‌های امنیتی و دفاعی، تمرکز بیشتر بر مدیریت بحران‌ها و بالایی بین‌المللی و تجدیدنظر در مورد نقش دولت در نظارت بر ارائه خدمات اساسی به مردم است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، امنیت بهداشتی یا امنیت سلامت کلیه فعالیت‌های مورد نیاز برای به حداقل رساندن خطر و تأثیر رویدادهای حاد بهداشت عمومی است که سلامت جمعی سکنه سراسر مناطق جغرافیایی و مرزهای بین‌المللی را به خطر می‌اندازد (۶).

در ارتباط با این تحقیق، پژوهش‌ها و مقالاتی در حوزه جنوب شرق، به ویژه سیستان و بلوچستان صورت گفته است که هر يك به ابعاد خاصی از ناامنی منطقه پرداخته‌اند. اما هیچ يك به صورت دقیق ابعاد سلامت را مورد واکاوی قرار نداده‌اند. از این رو، می‌توان به چند پیشینه‌ای که در ارتباط تنگاتنگ با موضوع پژوهش است، اشاره کرد و سپس به موضوع بعد سلامت پرداخت:

قربانی سپهر و همکاران (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان “تحلیل تهدیدات طبیعی و انسانی فضای جغرافیایی استان سیستان و بلوچستان و پیامدهای امنیتی آن” که در فصلنامه نظم و امنیت

انتظامی به چاپ رسیده‌است، در نتایج به دست آمده بیان کرده‌اند تهدیدات طبیعی و انسان‌ساز تأثیر بسزایی بر شکل‌گیری پیامدهای امنیتی در این استان داشته است. به عبارت دیگر شاخص‌های شناسایی شده موجب کاهش ناامنی و نابسامانی در فضای جغرافیایی سیستان و بلوچستان شده‌است (۱۰).

حسن پولادی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان “الگوسازی عوامل تأمین‌کننده امنیت پایدار مرزی”؛ (مطالعه موردی مرزهای شرقی ایران) به بررسی عوامل تأمین امنیت پایدار در مرزهای شرقی کشور پرداخته‌اند. نتایج این تحقیق نشان داد که موضوعاتی همچون از بین بردن فقر فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، منابع و پتانسیل‌های بالقوه از جمله نخبگان منطقه، ایجاد و بهینه‌سازی زیرساخت‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، گسترش توسعه سیاسی و بازی با افکار عمومی در تصمیمات و تصمیم‌سازی‌ها، تمرکز بر ساخت هویت درون‌زا در اقشار مردم منطقه، افزایش توان نظامی داخلی از جمله موضوعاتی است که در زمره شرایط علّی ایجاد امنیت پایدار در مرزهای شرقی کشور هستند. همچنین قاچاقچیان بین‌المللی، اشار و اقدامات آن‌ها، محرومیت‌های فرهنگی، ناآگاهی و بی سوادی، عقب‌ماندگی اقتصادی از سایر استان‌ها، فقدان زیرساخت‌های حمل و نقل، بیکاری، امکانات پزشکی، نحوه تعامل نخبگان با موضوع، دسترسی آسان به سلاح و خریدوفروش، حضور و دخالت قدرت‌های فرامنطقه‌ای، منابع مشترک با همسایگان، شیوع اندیشه‌های وهابی، انزوای جغرافیایی ویژگی‌های خاص مرز، شرایط محیطی، موقعیت ژئوپلیتیک کشور و استان، حساسیت‌های قومی و مذهبی منطقه، گروه‌های معاند و مشکلات کارکنان مرزی از جمله شرایط مداخله‌گر در تأمین امنیت پایدار مرزهای شرقی کشور است. گسترش زیرساخت‌های اقتصادی- زیست محیطی، زیرساخت‌های امنیتی- پدافند غیرعامل، زیرساخت‌های فرهنگی- اجتماعی، زیرساخت‌های سیاسی- قانونی و زیرساخت‌های مذهبی در زمره عوامل زمینه‌ای در این مدل قرار می‌گیرند (۱۱).

متانت و همکاران (۱۳۹۰)، در مقاله‌ای با عنوان “تحلیل تهدیدات طبیعی و انسانی فضای جغرافیایی استان سیستان و بلوچستان و پیامدهای امنیتی آن “اپیدمیولوژی سل در دهه اخیر و مروری بر وضعیت آن در جنوب شرق ایران” بیان نمودند بیش از ۸۰ درصد کل تعداد مسلولین سالیانه، مربوط به کشورهای در حال توسعه است. در ایران، استان سیستان و بلوچستان و گلستان بالاترین میزان ابتلاء به سل را دارا هستند و برای دستیابی به اهداف سازمان جهانی بهداشت برنامه‌های کنترل و پیشگیری سل می‌باید به طور جدی مورد پیگیری قرار گیرد (۱۲).

رحیم صفوی و گویا (۱۴۰۱) در پژوهش خود تحت عنوان “نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی” نشان دادند که: امنیت سلامت، در احساس امنیت عمومی و پایداری آن نقش اساسی دارد. طیف وسیعی از تهدیدها برای امنیت سلامت کشور وجود دارد که می‌توانند باعث ایجاد اختلال گسترده و آسیب به سلامت انسان، اقتصاد و جامعه شوند. افزایش بیماری‌های واگیردار و تلاش جامعه

جهانی برای مقابله با آنها، مفاهیم امنیت را دگرگون ساخته است. پدیده مهاجرت جمعی، گرمایش جهانی، تغییرات اقلیمی، قاچاق مواد مخدر، تغییرات جوی و آلودگی هوا و بسیاری پدیده‌های جهانی دیگر، امنیت بهداشت و سلامت مردم را در سراسر دنیا تحت تأثیر قرار داده‌است. یکی از تأثیرات تغییرات اقلیمی، شیوع بیماری‌های واگیردار است، که در صورت عدم پیشگیری در آینده جامعه جهانی را به شدت تحت تأثیر قرار خواهد داد (۶).

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی با رویکرد ترکیبی کیفی- کمی است و بر پایه بررسی اسنادی، کتابخانه‌ای و تحلیل ثانویه داده‌ها انجام شده است. جامعه آماری شامل منابع علمی معتبر داخلی و خارجی (مانند گزارش‌های WHO، UNDP، و مقالات PubMed) بوده و سپس کلیه فابل‌های مولتی مدیا شامل صوتی، نوشتاری و تصویری مرتبط نیز از طریق جستجو در اینترنت و با مراجعه به وب سایت‌ها و پایگاه‌های داده‌ای و نیز تجارب و مشاهدات میدانی با کلیدواژه‌هایی مبتنی بر معیارهای فوق جستجو و جمع‌آوری گردید. تمامی اسناد و مقالات موجود مرتبط با امنیت و سلامت مشابه در سایر کشورها شناسایی شد. پس از غربالگری چند مرحله‌ای نهایتاً ۶۰ سند انتخاب و پس از کدگذاری آنالیز انجام شد.

نتایج

مشکلات و تهدیدات امنیتی منطقه جنوب شرق

علل و زمینه‌های بروز تهدیدات، شامل مجموعه‌ای از پدیده-های واقعی و یا عارضی هستند که می‌توانند به پیدایش و یا تشدید تهدیدات علیه یک کشور منجر شوند. برخی از این علل و زمینه‌ها در محیط داخلی و برخی دیگر در محیط خارجی هستند. در مورد آسیب‌پذیری چنین آورده‌اند: میزان حساسیت یک ملت در مقابل هر اقدام با هر ابزاری که موجب تقلیل توانایی‌ها و ارادهٔ ملی است، که امنیت را تضمین می‌کنند (۱۳).

مشکلات مرزی در منطقه جنوب شرق

استان سیستان و بلوچستان با حدود ۱۶۰۰ کیلومتر مرز خشکی و دریایی، به عنوان دروازه‌ای استراتژیک، با تهدیدات چندبعدی روبرو است (۵). چالش‌های عمده امنیتی مرزی استان سیستان و بلوچستان را می‌توان در مؤلفه‌هایی چون فعالیت اشرار و قاچاقچیان مवाद مخدر داخل و آن طرف مرزها، فعالیت گروه‌های تروریستی، حضور اتباع بیگانه غیرمجاز، قاچاق، جرائم سازمان یافته، حضور نیروهای خارجی در منطقه، ضعف حاکمیت دولت‌های همسایه در مرز و ... برشمرد. با توجه به این مطالب می‌توان ادعا کرد که بخش قابل توجهی از مؤلفه‌های تأثیرگذار در تأمین امنیت مرزهای جنوب شرق به نوعی متأثر از متغیرهای خارج از مرزهای سرزمینی است؛ بنابراین هرگونه آسیب‌پذیری در مرزهای جنوب شرقی کشور نقصان در امنیت داخلی و امنیت ملی را فراهم می‌نماید (۱۴).

بحران آب

یکی از مهمترین دغدغه‌های ایران در مرزهای شرقی کشمکش و درگیری بر سر استفاده از منابع آب مشترک میان ایران و افغانستان است. سیستان از دیرباز به دلیل جایگاه ویژه جغرافیایی و اقلیمی در ژئوپلیتیک شرق ایران از اهمیت زیادی برخوردار بوده است. در این میان تالاب هامون به عنوان بزرگترین تالاب آب شیرین ایران که در شمال و شمال غربی دشت سیستان قرار دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. خشکسالی‌های متوالی، احداث سد بر فراز رودخانه هیرمند که اصلی‌ترین شریان تغذیه آن است و عدم پایدنی کشور افغانستان به رعایت معاهده بین‌المللی سال ۱۳۵۱ مبنی بر آزادسازی ۲۶ مترمکعب آب در ثانیه در رود هیرمند منجر به خشکیدن هامون گردیده و سیستان را به کانون حرکت شن‌های روان تبدیل کرده‌است. این مسئله، خود زمینه ساز بروز مشکلات فراوان زیست محیطی، اجتماعی و اقتصادی شده‌است. در این میان بحران‌های زیست محیطی دامنه گسترده‌تری داشته‌است؛ به گونه‌ای که اکثر گونه‌های گیاهی و گونه‌های جانوران آبی منقرض و پرندگان مجبور به مهاجرت شده‌اند یا در نهایت از بین رفته‌اند. در مجموع خشکیدن هامون به دلیل عدم حل مسئله آب هیرمند، زیست بوم منطقه را به سمت نابودی کشانده‌است. همچنین از منظر اقتصادی نیز وابسته بودن اقتصاد منطقه سیستان به مشاغل کشاورزی و صیادی و از بین رفتن این دو شغل، حیات اقتصادی سیستان را نیز با مشکلات زیادی روبه‌رو ساخته‌است (۱۵).

حضور قدرت‌های فرامنطقه‌ای

عمدهٔ تهدید از ناحیهٔ بازیگران فرامنطقه‌ای، ناشی از رژیم صهیونیستی و آمریکاست که هر دو به صورت هدفمند در این منطقه فعالیت می‌کنند. عمدهٔ اقدامات این دو، بر محور تقویت گروه‌های واگرا، اشرار، قاچاقچیان مواد مخدر و سایر گروه‌های معارض کشور است که برای چندین هدف اساسی فعالیت می‌کنند:

- ناامن‌سازی فضای امنیتی کشور؛
- جمع‌آوری اطلاعات طبقه‌بندی شده و خاصه اطلاعات نظامی؛
- ایجاد تفرقه و اختلافات مذهبی و قومی؛
- ایجاد واگرایی مذهبی و قومی در شرق و جنوب شرق کشور؛
- گسترش دامنهٔ نفوذ و فعالیت گروه‌های وهابی؛
- برهم زدن تعاملات مثبت و سازندهٔ میان کشور ایران و پاکستان؛
- بروز اختلاف میان ایران و کشورهای عربی سنی مذهب.

فعالیت‌های گروه‌های اطلاعاتی و امنیتی کشور امریکا و رژیم صهیونیستی در مرزهای شرقی و جنوب شرقی ایران، خاصه از سال ۲۰۰۱ میلادی و اشغال افغانستان افزایش یافته است. این دو رژیم به تسلیح و آموزش و پشتیبانی مالی گروه‌های شرور در شرق و جنوب شرقی ایران پرداخته و در طرح‌ریزی و هدایت اقدامات ضد امنیتی این گروه‌ها علیه امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران همکاری‌های تنگاتنگی دارند (۱۳).

قاچاق مواد مخدر و کالا

مواد مخدر همواره از دغدغه‌های جدی و اساسی برای ایران بوده‌است. حال آنکه دولتمردان پاکستان و افغانستان به دلیل وجود مشکلات و چالش‌های سیاست داخلی کمتر به آن پرداخته‌اند و تاکنون مبارزه با این معضل از اولویت‌های اساسی در سیاستگذاری این کشورها برخوردار نبوده است. صدور مواد مخدر از شرق و جنوب شرق جمهوری اسلامی ایران برای مصرف داخلی و انتقال آن به بازارهای جهانی به ویژه اروپا، در ردیف مهمترین منابع نامنی و بحران در این منطقه از کشور می‌باشد. از نگاه برخی از مسئولان کشور، مکانیزم ورود، توزیع و حمل و نقل مواد مخدر، بخشی از توطئه امپریالیسم علیه ایران و هدف نهایی آن، ایجاد اختلال در امنیت داخلی و گسترش فساد بین شهروندان به ویژه جوانان است (۱۶). بنابراین، وجود بسترها و زمینه‌های مناسب قاچاق و تجارت مواد مخدر و کالا در منطقه جنوب شرق کشور، آن را به یکی از کانون‌های تهدید تبدیل کرده‌است. همجواری این منطقه با حوزهٔ دریایی و در نتیجه کشورهای عربی جنوب خلیج فارس و کشورهای پاکستان و افغانستان، این مسئله را تشدید کرده است (۱۰).

اتباع بیگانه

مهاجرت افغان‌ها که هرساله به صورت غیرقانونی از مرزهای شرقی وارد کشور می‌شوند، عامل دیگری است که ترتیب جمعیتی و مذهبی منطقه را تغییر می‌دهد. سکونت آن‌ها در استان سیستان و بلوچستان علاوه بر آثار زیانبار اجتماعی مانند افزایش قاچاق مواد مخدر و سوخت، شرارت و ناامنی، تبعات امنیتی نیز برای کشور دربی دارد. با توجه به شباهت فرهنگی افغان‌ها با مردم شرقی و جنوب شرقی کشور، این پدیده باعث تشدید درگیری‌های مذهبی در این مناطق شده‌است (۱۷).

مشکلات و چالش های سلامت منطقه جنوب شرق دسترسی و برخورداری به شاخص های بهداشتی و درمانی

سلامت و بهداشت و درمان یکی از مؤلفه‌های مهم توسعه یافتگی است که با توجه به پراکندگی جمعیت و وجود سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی- درمانی در مناطق و استان‌های کشور، به دلیل عدم توزیع عادلانه امکانات بهداشتی- درمانی، مراجعات بسیاری از استان‌های کمتر برخوردار به استان‌های برخوردار از امکانات بهداشتی و درمانی وجود دارد.

شهرکی و عباسی حسن آبادی (۱۳۹۷)، در تحقیقی به رتبه‌بندی استان‌های کشور ایران از لحاظ دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از روش تاپسیس پرداختند. تعیین رتبه هر استان در کشور با استفاده از روش شاخص مرکزیت وزنی که یکی از روش‌های تحلیل فضایی می‌باشد، انجام گردید و سپس با استفاده از روش تاکسونومی به ارزیابی سطح توسعه یافتگی هر استان پرداخته شد. وضعیت دسترسی به شاخص‌های بهداشتی- درمانی استان‌های

کشور بر اساس تعداد و محاسبه وزن کارکردها شامل: پزشکان و دکترای تخصصی- پیراپزشکان- بیمارستان فعال- مرکز مراقبت بهداشتی اولیه- تخت فعال- مرکز آزمایشگاه- توانبخشی- درمانگاه عمومی و تخصصی- پایگاه اورژانس و داروخانه بود. ابتدا به رتبه‌بندی استان‌های کشور ایران از لحاظ دسترسی به خدمات بهداشتی و بین استان-های کشور از لحاظ دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی دیده می‌شود. دسترسی به سلامت در هر منطقه مستلزم وجود امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری مناسب است تا بر اساس آن‌ها خدمات لازم بهداشتی و درمانی برای مردم ساکن در هر منطقه فراهم شود. یافته‌های تحقیق نشان داد که اختلاف از نظر دسترسی و برخورداری به شاخص‌های بهداشتی و درمانی بین شهرستان‌های استان سیستان و بلوچستان وجود دارد (۱۸).

یزدانی و منتظر (۱۳۹۶)، در تحقیق بررسی شاخص‌های بهداشتی و درمانی استان‌ها و مناطق ده گانه کشور ایران، استان‌های کشور و ده کلان منطقه کشور بر اساس ۲۰ شاخص بهداشتی- درمانی با استفاده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چند معیاره نظیر روش وزن‌دهی آنترویی و تاپسیس را مورد بررسی و سطح بندی قرار داد؛ تا از این طریق به منظور دستیابی به تعادل در سطح استان‌ها و کلان مناطق کشور از لحاظ شاخص‌های بهداشتی- درمانی، مناطق را به لحاظ توجهی که نیاز دارند، اولویت‌بندی کرده و زمینه توسعه متعادل نواحی مختلف را از لحاظ بهداشتی و سلامت فراهم آورد. شاخص‌های مورد مطالعه با استفاده از آنترویی شانون شامل: پزشکان، پیراپزشکان، تخت مؤسسات درمانی، پزشک عمومی، دندانپزشک، داروساز، پزشک متخصص داخلی، پزشک متخصص کودکان، پزشک متخصص جراحی عمومی، پزشک متخصص زنان و زایمان، پزشک متخصص بی‌هوشی، مراکز بهداشتی و درمانی شهری، مراکز بهداشتی و درمانی خصوصی، مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، خانه‌های بهداشت فعال، آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی، مراکز توانبخشی، مراکز پرتونگاری و داروخانه بوده‌اند.

نتایج وزن‌دهی بر اساس روش آنترویی نشان داد که شاخص‌های پیراپزشکان با وزن ۰/۰۵۰۴ و پزشکان، مؤسسات درمانی، تخت مؤسسات درمانی و متخصص بیهوشی با وزن ۰/۰۵۰۴ بیشترین اهمیت را در بین شاخص‌ها داشته و به عنوان شاخص‌های اصلی توسعه شناخته می‌شوند. از سوی دیگر نیز شاخص آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی با وزن ۰/۰۴۷۸ کمترین وزن را در میان شاخص‌ها داشته است. پس از تعیین وزن نهایی و به کارگیری مدل تاپسیس در تعیین رتبه هر استان مشخص گردید که استان‌های گیلان، سمنان و یزد در رتبه‌های نخست و استان‌های خوزستان و سیستان و بلوچستان در رتبه‌های آخر برخورداری از لحاظ شاخص‌های بهداشتی و درمانی قرار دارند. در رتبه بندی مناطق ده گانه کشور براساس مدل تاپسیس نیز مشخص شد که منطقه یک شامل استان‌های گیلان، مازندران و گلستان در رتبه نخست برخورداری و منطقه ده شامل استان‌های کرمان و سیستان و بلوچستان در رتبه آخر برخورداری یا توسعه قرار

دارند (۱۹).

وضعیت زیرساخت‌های فیزیکی

استان سیستان و بلوچستان به طور مزمن با کمبود تخت بیمارستانی، به ویژه در بخش‌های تخصصی، دست و پنجه نرم می‌کند. بر اساس آمارهای وزارت بهداشت، نسبت تخت به جمعیت در این استان پایین‌تر از میانگین کشوری است. کرمان، با وجود برخورداری از قطب‌های درمانی در مرکز استان، در مناطق شرقی و جنوبی (مانند شهرستان‌های هم مرز با سیستان و بلوچستان) دچار فرسودگی زیرساخت‌هاست. هرمزگان نیز با تمرکز بالایی جمعیت در مناطق شهری، شاهد کمبود نیروی متخصص در مناطق روستایی و جزایر است. قابل ذکر است در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به وضعیت زیرساختی استان‌های جنوب شرق شده و این کمبودها جبران شده است.

امنیت زیست محیطی

امنیت زیست محیطی نیز رهایی از بی ثباتی اجتماعی ناشی از فروسایی محیطی است و هدف آن حفاظت از محیط‌های طبیعی برای رفع نیازهای جامعه است، به گونه‌ای که به ذخایر طبیعی آن آسیب نرسد. عوامل تهدید امنیت زیست محیطی و ناامنی محیط زیست به شرح زیر خلاصه شده است:

- رفتارهای بهره‌کشانه از محیط و طبیعت متأثر از پویش‌های انسانی (کشاورزی و صنعتی)؛
- جنگ‌ها و منازعات و تخریب‌های زیست محیطی ناشی از آن‌ها؛
- فروسایی محیطی و گرمایش کروی در اثر دخالت‌های زیان‌آور انسان در زیست کره؛
- فقر، بی‌ثباتی اجتماعی و کشمکش‌های سیاسی؛
- تغییر الگوهای اقلیمی و به تبع عدم بارش، خشکسالی و سیلاب.

مهاجران و درمان فرامرزی

فرآیندهای بازگرداندن مهاجران غیرقانونی به کشورهای مبدأ، خود یک چالش بهداشتی است. این افراد اغلب دارای سوابق بیماری مزمن یا واگیر هستند و نیاز به مراقبت‌های پزشکی دارند. عدم ارائه درمان کافی قبل از اخراج، می‌تواند باعث تبدیل شدن کشورهای همسایه به منابع جدید شیوع بیماری‌های وارداتی شود. از سوی دیگر، درمان فرامرزی شهروندان کشورهای همسایه در مراکز درمانی ایران، بار مالی و عملیاتی سنگینی بر شبکه سلامت استان‌های مرزی وارد می‌کند که نیازمند مدیریت دقیق منابع است (۶).

نیروی انسانی متخصص و عمومی، به ویژه در مناطق مرزی و روستایی

پزشکان و پرستاران به دلیل شرایط سخت کاری، دوری از مرکز و پایین بودن امنیت نسبی، تمایلی به ماندگاری در این مناطق ندارند. طرح‌های تشویقی غالباً کافی نبوده و نرخ ماندگاری پایین است. در

کنار آن نیز کمبود پزشک و پرستار بومی محسوس می‌باشد.

بیماری‌های متقله توسط ناقل (مالاریا، تب دنگی، تب خون ریزی دهنده کریمه-کنگو)

جنوب شرق، به ویژه مناطق جنوبی سیستان و بلوچستان، کانون تاریخی مالاریا در ایران بوده است. اگرچه تلاش‌های ملی موفق به حذف رسمی مالاریا شده، اما خطر بازگشت این بیماری، به ویژه در پی تغییرات محیطی یا افزایش تردد مهاجران از مناطق آندمیک، همچنان پابرجاست. تب دنگی، که توسط پشه آئدس منتقل می‌شود، به دلیل گرمایش جهانی و تغییرات اقلیمی، به تدریج دامنه شیوع خود را در هرمزگان و جنوب کرمان گسترش داده است. تب خون ریزی دهنده کریمه-کنگو (CCHF) یکی دیگر از تهدیدات جدی است که مستقیماً با دامداری و حمل و نقل غیرمجاز دام مرتبط است. میزان بروز این بیماری در میان دامپزشکان، قصابان و کارگران کشتارگاه‌ها در این استان‌ها به طور قابل توجهی بالاتر از میانگین کشوری گزارش شده‌است، که لزوم اجرای پروتکل‌های بهداشت شغلی را در مرزها دوچندان می‌کند.

بیماری‌های تنفسی (آنفلوآنزا و کووید-۱۹)

ترددهای گسترده مرزی، چه قانونی و چه غیررسمی، به عاملی برای ورود سویه‌های جدید بیماری‌های تنفسی تبدیل شده‌است. در طول پاندمی کووید-۱۹، استان‌های سیستان و بلوچستان و هرمزگان به دلیل درگیری با موج‌های متعدد و دسترسی دشوار به امکانات تشخیصی و درمانی، با چالش‌های جدی مواجه بودند. همچنین، آنفلوآنزای فصلی و پرنندگان همواره به دلیل تردد دام و پرنندگان مهاجر، یک تهدید فصلی و مداوم محسوب می‌شود.

حوادث محیطی (مارگزیدگی و عقرب گزیدگی)

بافت زیست محیطی خشک و کویری مناطق وسیعی از کرمان و سیستان و بلوچستان، منجر به بالاترین میزان بروز مسمومیت‌های ناشی از نیش عقرب و مار در کشور شده است. کمبود سرم‌های درمانی اختصاصی در خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی دورافتاده مرزی، زمان طلایی درمان را کاهش داده و مستقیماً به افزایش بار بیماری و مرگ و میر در مناطق روستایی منجر می‌شود (۲۰).

نقش اقدامات سلامت محور در تقویت امنیت پایدار سلامت در جنوب شرق ایران، ابزاری برای امنیت سازی است.

نخست، سیاست‌های دولتی

اقدامات جمهوری اسلامی در توسعه سلامت منطقه جنوب شرق در چهار دهه اخیر (با مشارکت وزارت بهداشت، سپاه، بسیج و نهادهای انقلابی و نهادهای مردمی و خیرین):

- حادث و توسعه ده‌ها بیمارستان و مرکز درمان
- گسترش شبکه بهداشت روستایی و خدمت سیار

این اقدامات جلوه‌ای از نگاه عدالت محور انقلاب اسلامی در سیاست‌گذاری سلامت است (۲۳). نیز طرح تحول سلامت از ۱۳۹۳ با ساخت ۲۰ بیمارستان جدید در استان‌های مرزی، دسترسی را بهبود بخشیده است (۲۷). در سال‌های بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، علم پزشکی بر روی ریل پیشرفت قرار گرفت و استان سیستان و بلوچستان که از امکانات اولیه پزشکی محروم بود به قطب چشم پزشکی کشور تبدیل شد (۳۱).

دوم، نقش نهادهای مردمی و نظامی

با توجه به توانمندی‌ها و نقش‌های نیروهای نظامی در کنترل بحران‌ها، سوانح طبیعی و انسان ساخت و نیز دیگر ویژگی‌های مناسبی که نیروهای نظامی دارند، سبب شده است در بحران‌ها نیز از ظرفیت آنان بهره گرفته شود. سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیروهای مسلح شامل ارتش، سپاه، بسیج و نیروی انتظامی با تمام ظرفیت‌های خود در مناطق مرزی و محروم به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم آن مناطق مشغول می‌باشند. نمونه آن پس از اعلام هشدار اولیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص احتمال وقوع همه‌گیری بیماری‌های منتقله از پشه آندس در سال ۱۴۰۳، اقدامات مراکز بهداشتی و درمانی سازمان‌های نیروهای مسلح در خصوص پیشگیری از بیماری‌های منتقله توسط پشه آندس بدین شرح انجام گردید:

۱- ابلاغ دستورالعمل‌ها و راهنماهای پیشگیری و کنترل بیماری یاد شده (با ۵ پیوست) از سوی اداره بهداشت، امداد و درمان ستاد کل نیروهای مسلح به معاونت‌های بهداشت، امداد، درمان سازمان‌های نیروهای مسلح و اعلام هشدار و آگاهی و اتخاذ تمهیدات پیشگیرانه به منظور ارزیابی خطر، نقشه پراکندگی زیستگاه‌های لاروی و تعیین نقاط پر خطر، نظارت بر بهسازی محیط در حوزه تحت پوشش.

۲- آگاه‌سازی فرماندهان و مسئولان یگان‌های مستقر در مناطق جنوب و جنوب شرق کشور به منظور تقویت و تشدید اقدامات کنترلی مرزی به علت مهاجرت اتباع کشورهای پاکستان و افغانستان.

۳- ابلاغ اقدامات پیشگیرانه از بیماری‌های مذکور به نیرو- یگان- رده تابعه معاونت‌های بهداشت، امداد و درمان سازمان‌های نیروهای مسلح. در این راستا، هماهنگی و همکاری با تمامی بخش‌ها اعم از مبادی کشوری (فرمانداری، استانداری، شهرداری‌ها و بخشداری‌ها) انجام و جلسات آموزشی متعددی برای آگاه سازی کارکنان، خانواده‌های آنان و کارکنان بهداشت و درمان توسط مبادی مربوط در بهداشت، امداد و درمان سازمان‌های نیروهای مسلح برگزار گردید.

۴- پیگیری‌ها و کارسازی‌های مربوط به دستورالعمل عملیاتی واپایش تهدیدات ناشی از ناقل مهاجم زیستی (پشهٔ آندس) «طرح ملی مقابله با ناقلین مهاجم زیستی»، که توسط کمیتهٔ دائمی پدافند غیر عامل کشور ابلاغ شده است. آنالیز داده‌ها و ارائه گزارش تجزیه و تحلیل وضعیت اپیدمی و مستندات مربوطه، از رده‌ها خواسته شد.

۵- تنظیم تفاهم نامه همکاری فیما بین اداره بهداشت، امداد و درمان ستاد کل نیروهای مسلح و وزارت بهداشت درمان و آموزش

پزشکی برای برگزاری رزمایش مشترک سازمان‌های نیروهای مسلح و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، به منظور کنترل، پیشگیری و درمان بیماری‌های منتقله توسط پشهٔ آندس، آموزش کارکنان و خانواده‌های آنان. همچنین تشکیل تیم‌های واکنش سریع و مشخص نمودن اعضای این تیم‌ها و جانشینان ایشان به همراه تجهیزات کامل کنترل ناقل و تقویت ظرفیت‌های تشخیص آزمایشگاهی (۲۴).

بسیج سلامت با اجرای طرح های سیار درمانی، بیش از ۱۰۰ هزار نفر را در مناطق مرزی واکسینه کرده و به کاهش شیوع بیماری‌ها کمک نموده است (۲۵). سپاه پاسداران نیز با بیمارستان‌های صحرایی، محرومیت‌زدایی را پیش برده و امنیت زیستی را تقویت کرده است (۲۶).

سوم، همکاری‌های بین المللی

مشارکت با WHO در کنترل مالاریا، ثبات منطقه‌ای را افزایش داده است (۲۸). مثال عملی: در همه‌گیری کرونا، شبکه‌های بهداشتی مرزی جنوب شرق، شیوع را به ۳۰ درصد کمتر از میانگین ملی محدود کردند (۲۹). علاوه بر این، آموزش بهداشت در جوامع محلی، انسجام قومیتی را تقویت کرده و مهاجرت را کاهش می‌دهد (۳۰).

بحث

اقلیم خشک، کویر و کمبود آب همراه با ساختار قبیله‌ای و اجتماعات انسانی کم شمار در قالب شهرها و روستاهای پراکنده سبب نوعی جبر جغرافیایی در زندگی مناطق شرق به ویژه جنوب شرق کشور شده است. آمیخته بودن جمعیت شیعه و سنی با تحریک نیروهای خارجی و ناسیونالیسم، فعالیت گروه‌های مسلح، مرز طولانی با پاکستان، قاچاق سودآور مواد مخدر، دسترسی آسان به سلاح غیرمجاز، همگی از عواملی معرفی شده‌اند که در تضعیف امنیت این استان مؤثر می‌باشند. از طرفی هم، تأمین امنیت نیازمند به همکاری متقابل بوده و بازدارندگی از تهدیدات برای تقویت امنیت مناطق جنوب شرق از طریق رایزنی و همکاری با کشورهای همسایه (پاکستان و افغانستان) امکان پذیر می‌باشد. از آنجا که امنیت مناطق مرزی در يك کشور به معنای امنیت اجتماعات انسانی در داخل مرزهاست؛ بنابراین، کشورهای همسایه در قبال امنیت مرزی یکدیگر و امنیت ملت خود مسئول می‌باشند و می‌توان گفت که عدم توجه به این مسئله هزینه‌ها و پیامدهای جبران ناپذیری برای همسایگان به همراه خواهد داشت. با این وجود فضای جغرافیایی سیاسی ایران به سبب آن‌که مکمل راهبردهای جغرافیای سیاسی کشورها و قدرت‌های پیرامونی است، تهدیداتی چون اقدام‌های تروریستی، قاچاق تسلیحات و مواد مخدر، ورود کالا‌های ممنوعه، ناامنی نواحی مرزی و حمله به پاسگاه‌های مرزبانی و غیره در کنار تحرکات قومی- مذهبی به ویژه پس از جنگ افغانستان، امنیت مرزهای جنوب شرقی و شرق ایران را بیش از پیش به مخاطره انداخته است. بی‌ثباتی کشورهای همجوار ایران مانند کشور پاکستان و افغانستان، چالش‌های راهبردی را در جنوب شرق

کشور باعث شده است (۲۱).

خمر و همکاران (۱۳۹۷)، در تحقیقی که با عنوان عدالت فضایی و مکانی در خدمات بهداشتی و درمانی مناطق محروم شهری سراوان انجام دادند عنوان نمود که بزرگترین هدف برنامه‌ریزی منطقه‌ای کاهش نابرابری و ایجاد تعادل در برخورداری از امکانات و خدمات در راستای توان‌ها و استعداد‌های هر منطقه است. اولین گام در برنامه‌ریزی منطقه‌ای شناسایی مناطق توسعه نیافته در هر بخش است. امروزه رسیدن به توسعه پایدار در هر بخش، به عنوان هدف اساسی دولت‌ها و سازمان‌ها محسوب می‌شود. بخش بهداشت و درمان یکی از ارکان مهم توسعه یافتگی کشورهاست. بنابراین سلامت روح و جسم، پشتوانه توسعه اقتصادی- اجتماعی هر کشور است و نتیجهٔ پیشرفت در این بخش، يك سرمایه گذاری بزرگ انسانی است. اجرای صحیح طرح تحول نظام سلامت موجب کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان رازی سراوان، افزایش میزان ماندگاری پزشکان در بیمارستان دولتی و مناطق محروم، حمایت از اقشار آسیب پذیر سراوان و در نهایت ارتقای کیفیت ارایه خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان است. برای اجرایی شدن این طرح به فراهم کردن بسترها و امکانات لازم رفاهی، تهیه تجهیزات پزشکی برای پزشکانی که قرار است در این شهرستان مستقر شوند، نیاز است که در این ارتباط تمهیدات لازم اندیشیده شود. اگر از نزدیک وضعیت امکانات موجود و نیازمندی‌های این بیمارستان و دیگر مراکز درمانی بررسی شود، شاهد خواهند بود پزشکان غیربومی چرا و به چه دلیل حاضر به ماندن در اینجا نیستند. با توجه به اینکه شهرستان مرزی سراوان و شهرستان‌های همجوار از جمله مهرستان و سیب و سوران حدود چهارصد هزار نفر جمعیت دارند به دلیل نبود امکانات لازم درمانی و برخی پزشکان متخصص ناچارند برای درمان بیماری، رنج سفر به شهرستان‌های برخوردار از جمله زاهدان، مشهد و ... را به جان خریده و فشارها و سختی‌های زیادی را متحمل شوند. علاوه بر آن با توجه به مرزی بودن این شهرستان و دارا بودن ۳۸۴ کیلومتر مرز مشترک با کشور پاکستان و ورود اتباع بیگانه به پیشانی جنوب شرق جمهوری اسلامی ایران یعنی سراوان و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و تحمیل هزینه‌های ناخواسته که آمار اعلامی از سوی مدیر شبکه بهداشت و درمان سراوان، حاکی از آن است که ورود اتباع خارجی خود معضلی حاد به شمار می‌آید. بنابراین دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی- درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت و فرصت‌های برابر برای توفیق پایداری مناطق تلقی می‌شود (۲۲). البته در سال‌های اخیر اقدامات خوبی در جهت توسعه استان‌های جنوب شرق برداشته شده است. به طوری که نتایج حاصل نشان می‌دهد برخی از استان‌ها در زمینه‌های بهداشت و درمان در حال رشد می‌باشند مانند استان‌های سیستان و بلوچستان و کرمان که در گذشته از وضعیت مناسبی برخوردار نبوده، با رشد سطح بهداشت و درمان ارتقای رتبه داشته و در بین استان‌های نیمه توسعه یافته و نسبتاً توسعه یافته قرار گرفته‌اند. بنابراین لازم است در اولویت اول، مسئولان و دولت بودجه و نیروی انسانی لازم و کافی را جهت بهبود

وضعیت استان‌های توسعه نیافته و دارای شاخص مرکزیت پایین به‌کار گیرند و با برنامه‌ریزی‌های مطلوب و تخصصی، زمینه‌ای برای کاهش نابرابری‌ها و ارتقاء و توسعه این استان‌ها فراهم سازند. در اولویت‌های بعدی لازم است با برنامه‌ریزی‌های بلندمدت برای رشد و توسعه خدمات و امکانات بهداشتی درمانی در تمامی استان‌های کشور تعادل و وضعیت مناسب را فراهم سازند. با توجه به اینکه نگرانی برای توزیع عادلانه بودجه در بین استان‌ها وجود دارد، مسئولان اجرایی در هر استان باید از توزیع عادلانه اعتبارات، اطمینان حاصل نمایند و این موضوع با دقت کامل مورد بررسی قرار گیرد (۹).

نتیجه‌گیری

همه دولت‌ها مسئولیت حفاظت از سلامت و رفاه جمعیت خود را بر عهده دارند و برای امنیت سلامت، می‌بایست مجموعه اقدامات و فعالیت‌های بهداشتی و پیشگیرانه را که در محدوده مرزهای حاکمیتی است به انجام برساند تا موجب کاهش حوادث بهداشتی شده و سلامت جامعه و آحاد آن را تضمین نماید. لذا اگر سیاستمداران و سیاستگذاران با همکاری نخبگان دانشگاهی سناریوهای مناسبی برای کاهش این تهدیدات ارائه ندهند، شرایط زندگی از منظر توسعه پایدار در این فضای جغرافیایی بسیار سخت شده و این زمینه نارضایتی و به دنبال آن ناامنی هرچه بیشتر را فراهم می‌آورد. بر این اساس با هم‌افزایی و همکاری هرچه بیشتر می‌توان از ظرفیت‌های موجود استان در جهت پایداری و پویایی آن استفاده کرد و زمینهٔ توسعه پایدار را در این استان فراهم آورد تا شهروندان این استان بتوانند در شرایطی امن و با احساس امنیت بالا زیست کنند که این می‌تواند بر ارتقای امنیت ملی کشور تأثیر بگذارد و زمینهٔ همبستگی و وحدت ملی شود. حال با توجه به مباحث گفته شده، باید عوامل تهدیدزایی را که در پژوهش ارائه شده است و همچنین راه حل‌ها و برنامه‌ریزی‌های صحیح برای کاهش حداقلی تهدیدات طبیعی و انسانی به منظور جلوگیری از ناامنی‌های فضای جغرافیایی منطقه و رسیدگی به مناطق محروم و دارای شرایط بحرانی از لحاظ طبیعی و انسانی را مدنظر قرار داد تا بتوان الزامات نظام سلامت پایدار را ایجاد کرد.

آن چه در شرایط کنونی و در منطقه جنوب شرق، می‌تواند ضامن برقراری امنیت گردد، تکیه بر امنیت هوشمند مبتنی بر سه عنصر ارتقای آگاهی‌های اجتماعی (از طریق نخبگان اجتماعی)، توسعه اقتصادی (از طریق توسعه زیرساخت‌های اقتصادی منطقه، سواحل مکران، توسعه تجارت مرزی) و ایجاد امنیت مردم محور (تکیه بر تجربیات مبتنی بر نقش دادن به نخبگان اجتماعی، متنفذین و شاخصین قوم بلوچ) بوده و از این طریق امکان پذیر است (۴).

از سوی دیگر سلامت در جنوب شرق ایران، یک مؤلفه بنیادین برای تأمین امنیت پایدار منطقه‌ای است. ضعف در سیستم بهداشت عمومی این منطقه، نه تنها موجب رنج و مرگ و میر شهروندان می شود، بلکه به عنوان یک نقطه آسیب‌پذیر در برابر تهدیدات بیولوژیکی و اجتماعی عمل می‌کند. بیماری‌های واگیر مرزی، نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی و چالش‌های مدیریت جمعیت‌های

متحرک (مهاجران)، عواملی هستند که در صورت عدم مدیریت صحیح، می‌توانند به بی‌ثباتی‌های اجتماعی و امنیتی دامن بزنند. نتایج نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری بر زیرساخت‌های بهداشتی در مرزها، به ویژه تقویت مراقبت‌های اولیه و استفاده از فناوری‌های نوین برای تبادل داده، نه تنها یک هزینه، بلکه یک سرمایه‌گذاری مستقیم در حوزه امنیت ملی و پایداری منطقه محسوب می‌شود. یک منطقه با سلامت قوی‌تر، جامعه‌ای منسجم‌تر و در نتیجه، امنیتی پایدارتر خواهد داشت.

پیش‌بینی، برنامه‌ریزی به روز و جامع مراکز بهداشتی و درمانی کشور، به‌ویژه در شهرهای جنوب شرق، می‌تواند موجب ارتقاء سلامت و به دنبال آن امنیت پایدار شود. این اقدامات شامل: تخصیص میزان و درصد مؤثری از بودجه امنیتی به سلامت مرزی، برنامه آموزشی سلامت، توافق‌های سه جانبه با همسایگان، تأسیس مراکز پژوهش سلامت، استفاده از فناوری‌های نوین و نظارت بهداشتی، سرمایه‌گذاری یکپارچه در سلامت مرزی می‌باشد.

سلامت در این مناطق، صرفاً موضوع رفاهی نیست؛ بلکه مؤلفه‌ای تعیین‌کننده در امنیت ملی، کنترل تهدیدات و توسعه پایدار است. بنابراین با توجه به اینکه شرق و جنوب شرق، آینده امنیت و توسعه پایدار ایران هستند زیرساخت‌های بخش بهداشت و درمان آن جزو اولویت‌های اصلی محسوب می‌شوند (۲۳). در نهایت، سلامت به عنوان پدافند غیرعامل، تهدیدات زیستی را مهار می‌کند و توسعه پایدار را تسهیل می‌نماید (۸).

پیشنهادهای کاربردی

تقویت و توسعه بین‌المللی و دیپلماسی منطقه‌ای

از آنجا که سلامت منطقه جنوب شرق تحت تأثیر عوامل سیاسی داخلی و خارجی قرار دارد، پیشنهاد می‌شود رویکردهای چندجانبه گرایانه با تمرکز بر همکاری و تعامل در سطوح و همکاری با کشورهای همسایه به ویژه پاکستان و افغانستان در دستور کار قرار گیرد. این همکاری‌ها می‌تواند شامل: تبادل اطلاعات، مدیریت مشترک مرزها، اجرای پروژه‌های توسعه‌ای مشترک، معاهدات و موافقت‌نامه‌های محیط زیست محور، بهداشت و سلامت باشد.

مشارکت دادن نخبگان و جوامع محلی در فرایندهای تصمیم‌گیری، توسعه، ارتقاء نظام آموزشی حفظ و توسعه متوازن و پایدار سرمایه اجتماعی (مردم) با نگاه توسعه‌ای

با سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های اقتصادی، حمایت از کارآفرینی، کسب و کارهای کوچک و متوسط و حمایت از صنایع دستی محلی برای کاهش نرخ بیکاری و ایجاد حلقه‌های اتصال سرمایه‌گذاری با زندگی مردم محلی برای ایجاد تعلق خاطر، توزیع عادلانه‌تر منابع، توسعه گردشگری (کوه‌های مریخی، چشمه‌های گل افشان، تمساح پوزه‌کوتاه و ...) به ویژه گردشگری سلامت، می‌توان به حفظ و توسعه متوازن و پایدار سرمایه اجتماعی و به دنبال آن امنیت اجتماعی

کمک شایانی نمود.

گسترش شبکه‌های ارتباطی ریلی، جاده‌ای و هوایی در فضا‌های جغرافیایی دور افتاده و حاشیه‌ای جنوب شرق کشور؛ به منظور توسعه تعاملات اجتماعی - سرزمینی و حمل و نقل

پشتیبانی سخت‌افزاری و نرم‌افزاری حوزه سلامت جنوب شرق توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های توانمند همجوار به عنوان دانشگاه‌های معین

تخصیص میزان و درصد مؤثری از بودجه امنیتی به سلامت مرزی
طراحی و توسعه دوره‌های آموزشی مناسب با اهداف خدمات پایه سلامت و مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) برای کارکنان و جمعیت مورد نظر

ساخت و توسعه خانه‌های بهداشت (و حتی خانه‌های بهداشت سیار) و تربیت کارکنان بهداشتی بومی شامل بهورز و بهداشت‌یار با گذراندن دوره آموزشی کوتاه مدت و استخدام و استقرار در روستاها

ارتقاء بهداشت عمومی (Hygiene) شامل: بهداشت محیط (پوشش آب آشامیدنی سالم، حمام بهداشتی و توالت بهداشتی)، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت فضا‌های اداری، بهداشت مدارس، کمک به بهسازی منابع آب روستا، اصلاح برنامه سبک زندگی مردم؛ یعنی ارتقاء سلامت جسم (اهمیت به ورزش و به خصوص تیم های ورزشی مطرح در سطح کشور) و روان، اجتماعی و معنوی؛ و همچنین متغیرهای پیشگیری، یعنی میزان مصون‌سازی و میزان پوشش بهداشت خانواده.

گسترش کمی و کیفی شبکه‌های بهداشت و درمان استان‌های جنوب شرق و تأمین نیروی انسانی پزشکی و پیرایشکی مورد نیاز، با سیاست‌های تشویقی هوشمند و تضمین امنیت شغلی کارکنان و نیز پیوند آموزش‌های تخصصی با نیازهای بومی

افزایش شاخص‌های تندرستی در استان‌های جنوب شرق، همانند: میزان امید به زندگی، میزان مرگ و میر عمومی، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، میزان مرگ و میر بر اثر زایمان و نیز بیماری‌های ژنتیک (با توجه به ازدواج‌های فامیلی). همچنین متغیرهای زندگی سالم شامل درصد بیماری‌ها و دفعات مراجعه سرپایی و تعداد بیماران بستری.

افزایش شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های درمانی و بهداشتی

شامل متغیرهای الف: نسبت جمعیت به نیروی انسانی پزشکی:

نسبت جمعیت به پزشك، دندانپزشك، پرستار، ماما، بهیار و بهیار ماما و متغیرهای نسبت جمعیت به تسهیلات بهداشتی درمانی، یعنی نسبت جمعیت به تخت بیمارستانی، آزمایشگاه، داروخانه، درمانگاه و رادیولوژی، توانبخشی، درمانگاه عمومی و تخصصی، پایگاه اورژانس و پایگاه اورژانس هوایی و ب: نسبت جمعیت به پوشش بیمه درمانی.

شکل‌گیری ساختاری منسجم برای پزشکی خانواده جهت مدیریت یکپارچه خدمات با استقرار سامانه پزشکی از راه دور

کنترل و مدیریت تهدیدات بهداشتی و محیط زیستی در منطقه حساس و حیاتی جنوب شرق (با توجه به درس آموخته‌های پاندمی کووید-۱۹)؛ نیز تسریع در پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت (EHR) و تبادل داده، به ویژه در مناطق مرزی، برای ثبت سوابق مهاجران و بیماران بومی حیاتی است. زیرا تبادل داده‌های اپیدمیولوژیک به صورت آنلاین و امن با سازمان‌های بهداشتی کشورهای همسایه (با نظارت وزارت امور خارجه) می‌تواند به کنترل بهتر بیماری‌های وارداتی (از طریق انسان و حیوانات) کمک کند.

مشارکت‌های جهادی و بین بخشی

- استفاده از ظرفیت مردم‌پاری سازمان‌های جهادی پزشکی، خیریه و مردم نهاد (حمایت طلبی برای ترغیب، تشویق و هدایت سرمایه‌گذاران) و همچنین ترویج فرهنگ وقف در حوزه توسعه امکانات و زیرساخت‌های درمانی، پیشگیری، بهداشت محیط، واکسیناسیون در مناطق پرخطر و کمک به بیماران نیازمند درمان، برای کمک به رفع نیازمندی‌های بهداشتی و درمان مردم مناطق محروم و پوشش کمبودهای موقت نیروی انسانی.
- تقویت بهداشت و درمان سازمان‌های نیروهای مسلح در راستای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم منطقه.
- تأسیس مراکز پژوهشی مطالعات سلامت و امنیت در دانشگاه‌های جنوب شرق با استفاده از علوم و فناوری‌های روز دنیا مانند هوش مصنوعی و ... و کمک به آمایش سلامت محور سرزمینی و تصمیمات شجاعانه ملی.
- استفاده از تجارب دفاع مقدس و مقاومت برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم مناطق محروم.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

- Majlesi MB. Baharolanvar, 7th ed. Beirut: Daroltoras alarabi publication, 1987.
- The Holy Quran. Surah Ar-Ra'd. Verse 28.

3. Statements in a meeting with a group of the country's selected nurses. Available from: <https://farsi.khamenei.ir>. [accessed 21 April 2010]

4. Kazemi BM, Maghsoudi M, Jalali R. Key Factors in Strengthening the National Security of the IR of Iran in the Face of Security Threats in the Southeast Region of the Country. Strategic Studies Quarterly. 2024;27(1):53-69.

5. Human Security. United Nations Development Programme (UNDP). New York: UNDP and Development Report for the MENA Region. 2021.

6. Safavi SY, Guya MM. The Role of Health in National Security and Sustainable Development-Section 7: Health Security. Journal of Combat Medicine. 2022;5(2):225-9.

7. Qasemi MA. Human security: Conceptual bases and strategic requirements. Strategic Studies Quarterly. 2006;8(30):817-33.

8. Andalib A, Motawef S. Development and Security in Spatial Strategic Planing in Border Regions. Bagh-e Nazar. 2010;6(12):57-76.

9. Shahraki MR, Fallah M. Development of Iranian Provinces in Terms of Health Indicators Using Weighted Centrality and Numerical Taxonomy Methods. Payavard Salamat. 2022;16(1):10-21.

10. Ghorbani Sepehr A, Ghorbani Sepehr P, Daneshvar P. Security threats are an obstacle in the realization of sustainable development of the border regions of the case study: South-East of the country. Military and security geography. 2019;2(6):113-46.

11. Poladi H, Keshavarzian MM, Khan Mohammadi H, Aslipour H. Modeling Factors Ensuring Sustainable Border Security; A Case Study of Iran's Eastern Borders. Strategic Studies of the Basij. 2016:125-49.

12. Metanat M, Sharifi-Mood B, Alavi-Naini R, Aminianfar M. The epidemiology of tuberculosis in recent years: Reviewing the status in south-eastern Iran. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012;13(13).

13. Rostami AA. A review of the causes, contexts, and threat factors in the southeast of the country. Defense Management and Research. 2009;8(61): 81-99.

14. Azami H, Dehmardeh M, Saeid J. Review and analysis of the main security challenges of the borders of Sistan and Baluchestan province. National

The Dichotomy of Development and Deprivation: An Analysis of Health Mega-Challenges and Mega-Opportunities in Southeast Iran in the Coming Decade

Ali Akbar Haghdooost^{1*}, Sakine Naroei²

1- HIV/STI Surveillance Research Center Institute for Futures Studies in Health Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Social Factors Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Received: 15 October 2025 Accepted: 15 November 2025

Abstract

Background and Aim: Southeastern Iran, comprising Sistan and Baluchestan and parts of Kerman and Hormozgan Provinces, is entering a decisive decade. Despite its remarkable natural resources, cultural diversity, and unique geopolitical position, the region faces a combination of distinctive megachallenges and unprecedented opportunities. This study aims to simultaneously analyze these threats and opportunities and identify strategic megachallenges and mega opportunities for overcoming the duality of development and deprivation.

Methods: This research employed a mixed method approach. First, a systematic review of scientific literature, national policy documents, and official reports related to southeastern Iran was conducted. Subsequently, 43 semi structured interviews were carried out with national, provincial, and local experts using purposive sampling. The qualitative data were coded and analyzed through content analysis. Finally, a qualitative synthesis was performed to integrate the documentary and field based findings.

Results: The results revealed several major megachallenges in the region, including chronic water scarcity, infrastructural and economic inequalities, vulnerability of health and education systems, weak integrated regional governance, out migration of skilled professionals, and expansion of social harms. Conversely, strategic positioning along international trade corridors, the development of the Makran Coast and the marine based economy, renewable energy potential, mineral capacities, and a young human capital were identified as key mega opportunities.

Conclusion: This study demonstrates—through an analytical and forward looking perspective—that linking large scale economic projects with social and health impact frameworks, strengthening regional governance, and enhancing the retention of skilled human resources are essential for navigating the development–deprivation divide. These measures can guide southeastern Iran toward a sustainable and balanced development trajectory.

Keywords: Health, Sustainable Development, Iran.

* **Corresponding Author:** Ali Akbar Haghdooost

Address: HIV/STI Surveillance Research Center Institute for Futures Studies in Health Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

E-mail: Ahaghdooost@gmail.com

23. Rahim Safavi SY. Congress of Sciences and Technology in the field of holy defense and resistance. Mashhad University of Medical Sciences, the Salamat Shohada complex; 2026.

24. Araghizadeh H, Gharari M, Kohian K, Dabbagh Moghaddam A, Yazdani M. Health and Medical Measures of the Armed Forces of the Islamic Republic of Iran for Diseases Transmitted by the Aedes Mosquito. 2025;8(1):129-38. doi:10.304 91/jcm.2025.238964

25. Development and sustainable security in the Southeast. Basij Conference; 2024.

26. Javanonline. Sepah and the intelligence of the stronghold of security in the southeast. [accessed 9 March 2025] Available from: <https://www.javanonline.ir/005Ojd>

27. Statistical report of the province's health. Available from: <http://ird.behdasht.gov.ir/>

28. World Health Organization. Health in the Eastern Mediterranean Region; 2023. Available from: <https://www.who.int/emergencies/regions/eastern-mediterranean>

29. Irna. Sustainable security in the Southeast requires attention to economic and cultural issues; 2022. Available from: <https://irna.ir/xjDRSc>

30. United Nations. Sustainable Development Goals; 2015.

31. Iribnews. Zahedan, the country's ophthalmology hub; 2020. Available from: <https://www.iribnews.ir/fa/amp/news/2646737>

Conference on Border Cities and Security, Challenges and Approaches; 2012.

15. Eslami R, Sarhadi R, Feizi M. Diplomatic strategies for securing rights to the Hirmand River. strategic policy studies. 2019;8(30):71-102.

16. Karimipor Y. An Introduction to Iran and Its Neighbors (Sources of Tension and Threats). Tehran: Kharazmi University Jihad Publication; 2000.

17. Toloe H. The relationship between ethnic relations and security in Sistan and Baluchistan province. The Quarterly Policy. 2017. pp. 107 -22.

18. Shahraki MR, Abbasi HN. Ranking the cities of Sistan and Baluchestan province based on health and treatment indices using the TOPSIS method. Payavard Salamat. 2019;12(6):433-46.

19. Yazdani MH, Montazer F. Analysis of indicators of health status in provinces and ten regions of Iran. Health and Development Journal. 2018; 6(4):290-301.

20. News agency Islamic Republic of Iran (IRNA) (2021-2020). Various reports for the coronavirus situation and health services in Sistan and Baluchestan; 2022.

21. Ahmadipour Z, Heidari MT, Mirjalali A. Expressing Factors Contributing to Insecurity in South-east of Iran. Societal Security Studies. 2011;(27):13-44.

22. Poladi H, Keshavarzian MM, Khan Mohammadi H, Aslipour H. Modeling Factors Ensuring Sustainable Border Security; A Case Study of Iran's Eastern Borders. Strategic Studies of the Basij. 2016:125-49.

دوگانگی توسعه و محرومیت:

واکاوی ابرچالش‌ها و ابرفرصت‌های سلامت در جنوب شرق ایران در دهه پیش‌رو

علی اکبر حق دوست^۱، سکینه ناروئی^۲

۱- مرکز تحقیقات HIV و عفونت‌های آمیزشی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: جنوب شرق ایران در آستانه دهه‌ای سرنوشت‌ساز قرار دارد. این منطقه، شامل سیستان و بلوچستان و بخش‌هایی از کرمان و هرمزگان، با وجود منابع طبیعی، تنوع فرهنگی و موقعیت ژئوپلیتیک کم‌نظیر، با ابرچالش‌ها و فرصت‌های خاص و بی‌نظیری مواجه است. هدف مطالعه، تحلیل هم‌زمان این تهدیدها و فرصت‌ها و استخراج ابرچالش‌ها و ابرفرصت‌های راهبردی برای عبور از دوگانگی توسعه و محرومیت است.

روش‌ها: این پژوهش به‌صورت تلفیقی انجام شد. ابتدا مرور نظام‌مند منابع علمی، اسناد بالادستی و گزارش‌های رسمی مرتبط با جنوب شرق کشور صورت گرفت. سپس ۴۳ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با خبرگان ملی، استانی و شهرستانی به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند انجام و داده‌ها با تحلیل محتوای کیفی کدگذاری و تحلیل شدند. در نهایت، با سنتز کیفی، یافته‌های اسنادی و میدانی تلفیق شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ابرچالش‌های منطقه شامل بحران مزمن آب، نابرابری زیرساختی و اقتصادی، شکنندگی نظام‌های سلامت و آموزش، ضعف حکمرانی یکپارچه منطقه‌ای، مهاجرت نخبگان و گسترش آسیب‌های اجتماعی است. در مقابل، موقعیت در کریدورهای تجاری، توسعه سواحل مکران و اقتصاد دریامحور، انرژی‌های تجدیدپذیر، ظرفیت معدنی و سرمایه انسانی جوان به‌عنوان ابرفرصت‌های کلیدی شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: این مقاله با رویکردی تحلیلی و آینده‌نگر نشان می‌دهد پیوند پروژه‌های کلان اقتصادی با پیوست‌های سلامت و اجتماعی، تقویت حکمرانی منطقه‌ای و نگهداشت نیروی انسانی متخصص، کلید عبور هوشمندانه و سلامت‌محور از شکاف توسعه و محرومیت و ورود جنوب شرق ایران به مسیر توسعه پایدار است.

کلیدواژه‌ها: سلامت، توسعه پایدار، ایران.

* **نویسنده مسئول:** علی اکبر حق دوست

آدرس: مرکز تحقیقات HIV و عفونت‌های آمیزشی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

ایمیل: Ahaghdooost@gmail.com

مقدمه

جنوب شرق ایران همواره در میان نقاط تعیین‌کننده سرنوشت ملی و منطقه‌ای قرار داشته است. این منطقه به‌واسطه موقعیت جغرافیایی ویژه از جمله دسترسی به آب‌های آزاد، قرارگیری در خارج از خلیج فارس و تنگه‌ی هرمز، مرزهای گسترده با کشورهای افغانستان و پاکستان، دسترسی به کشورهای حوزه خلیج فارس و دریای عمان، وجود بنادر متعدد و اقیانوسی با ظرفیت پهلوگیری کشتی‌های اقیانوس‌پیما، ظرفیت‌های کشاورزی و میوه‌ای خارج از فصل، شیلات و اسکله‌های صیادی، میراث فرهنگی و گردشگری منحصربفرد، صنایع سبک و سنگین، معادن غنی و تنوع اقلیمی از پتانسیل‌های بالقوه‌ی بسیاری برخوردار است (۱،۲). وجود چنین ظرفیت‌هایی منجر شده تا این منطقه از دیرباز مورد توجه کشورهای خارجی از جمله انگلیس، چین، هند، روسیه و ایالات متحده قرار داشته باشد. حال آنکه به دلایل متعدد از جمله دوری از مرکز کشور، وابستگی دولت به اقتصاد و تجارت نفتی که باعث عدم توجه به مناطق غیرنفتی شده، عدم وجود برنامه‌ریزی بلند مدت توسعه‌ای و به تبع آن عدم توجه به نیروهای مستعد بومی منطقه، دول ایران از وجود ظرفیت‌های این پهنه وسیع و بهره‌برداری از آن غافل بوده و حتی پس از انقلاب اسلامی نیز با وجود تأکیدات شهید والامقام، مقام معظم رهبری(ره) در قالب “گنج پنهان” این سرمایه‌های عظیم مورد غفلت واقع گردند (۳).

علی‌رغم این چشم‌انداز مطلوب، تجربه چند دهه گذشته نشان می‌دهد که جنوب شرق کشور با نوعی دوگانگی ساختاری شامل دوگانگی میان ظرفیت‌های عظیم و محدودیت‌ها و محرومیت‌های گسترده مواجه بوده است. در این میان، سلامت جمعیت به‌عنوان شاخص نهایی توسعه انسانی، بیش از هر حوزه دیگر از این دوگانگی تأثیر پذیرفته است (۲). بررسی حاضر به ابرچالش‌های سلامت در حوزه جنوب شرق ایران، فرصت‌ها و ظرفیت‌های بالقوه پرداخته تا با ارائه پیشنهادات به سیاست‌گذاران زمینه ارتقاء کمی و کیفی توسعه و شکل‌گیری توسعه پایدار سلامت‌محور در جنوب‌شرق ایران فراهم گردد.

روش‌ها

این مطالعه به‌صورت تلفیقی (Mixed Method) طراحی و اجرا شد. در مرحله نخست، مجموعه‌ای گسترده از منابع علمی، اسناد سیاستی، گزارش‌های رسمی و داده‌های تحلیلی موجود مرور شد تا چارچوبی اولیه برای شناسایی ابعاد توسعه و محرومیت در سطوح ملی، استانی و شهرستانی شکل گیرد. این مرور با رویکرد «تحلیل مضمون» و بر پایه استخراج الگوهای تکرارشونده و مفاهیم محوری انجام شد.

در گام بعد، برای غنای بیشتر داده‌ها و تکمیل یافته‌های مرحله اسنادی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۴۳ نفر از خبرگان حوزه‌های مرتبط انجام شد. این افراد شامل مدیران و تصمیم‌سازان ملی، مسئولان و کارشناسان استانی، و کنشگران محلی در سطح شهرستان بودند. انتخاب خبرگان با روش نمونه‌گیری هدفمند و مبتنی بر معیارهای تخصص، تجربه و آشنایی نزدیک با موضوع صورت گرفت.

مصاحبه‌ها ضبط، پیاده‌سازی و سپس با روش تحلیل محتوای کیفی بررسی شدند. در این مرحله، کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گرفت و تلاش شد مضامین اصلی و روابط میان آن‌ها استخراج شود. این تحلیل امکان تشخیص برداشت‌های کلیدی، شکاف‌ها، نگرانی‌ها و فرصت‌های مشاهده‌شده از دید خبرگان را فراهم کرد.

در مرحله نهایی، یافته‌های حاصل از مرور منابع و تحلیل محتوای مصاحبه‌ها تلفیق شد. این فرآیند تلفیق، با رویکرد «سنتز کیفی»، به شناسایی مجموعه‌ای از ابرچالش‌ها و ابرفرصت‌ها انجامید که بازتاب‌دهنده اجماع نسبی میان داده‌های اسنادی و تجربیات میدانی خبرگان است. خروجی این مرحله، نقشه‌ای کلان از مهم‌ترین گره‌های مسئله و ظرفیت‌های راهبردی توسعه در سطح کشور محسوب می‌شود.

نتایج

ابرچالش‌های سلامت

تغییرات اقلیمی و بحران‌ها

بحران خشکسالی و کمبود آب، مهم‌ترین چالش زیست‌محیطی منطقه طی دهه اخیر و پیش‌روی جنوب شرق ایران است. کاهش بارندگی، افت سفره‌های آب زیرزمینی، خشک‌شدن تالاب‌ها و تشدید ریزگردها موجب شده شاخص‌های بهداشت محیط و سلامت جمعیت در معرض تهدید جدی قرار گیرد (۴،۵). بررسی‌ها نشان می‌دهد ابتلاء به بیماری‌های تنفسی و قلبی در شهرهای متأثر از ریزگردها تا دو برابر مناطق کم‌گردوغبار است (۵،۶). هم‌زمان، تبعات اقتصادی بحران آب نیز ناامنی غذایی و کاهش کیفیت زندگی ساکنین را تشدید می‌کند.

از سوی دیگر، سواحل جنوب‌شرق ایران در نوار ساحلی دریای عمان و خلیج‌فارس در حد فاصل چابهار تا جاسک به‌دلیل قرار گرفتن در ناحیه فرورانش مکران (Makran Subduction Zone) از لحاظ خطرات طبیعی دریایی و جوی در معرض تهدیدات مهمی مانند سونامی و طوفان‌های شدید قرار دارند. مطالعات زمین‌شناسی نشان داده‌اند که این منطقه در دوره‌های گذشته سونامی‌های بزرگ را تجربه کرده و بر اساس تحلیل‌های خطر احتمالی، احتمال وقوع امواج بلند سونامی در آینده برای سواحل ایران و پاکستان قابل توجه است، به‌گونه‌ای که پیش‌بینی‌ها احتمال موج‌های سونامی با ارتفاع بیش از چند متر را در دوره‌های بازگشت چند دهه تا نیم‌قرن مطرح می‌کنند (۷). سواحل مکران همچنین تحت تأثیر طوفان‌های گرمسیری / اقیانوسی مانند طوفان گونو (Gonu) هستند که در سال‌های اخیر آثار گردش طوفان‌های شدید بر بخش‌هایی از همین سواحل دیده شده است؛ این نوع طوفان‌ها می‌توانند با وزش بادهای بسیار شدید، بارش‌های سنگین و امواج بلند در آب‌های خلیج‌فارس همراه شوند و خطرهای جوی و ساحلی را افزایش دهند (۸). به‌طور کلی، مطالعات خطر سونامی در ناحیه فرورانش مکران تأکید می‌کنند که امواج سونامی و امواج طوفانی می‌توانند در صورت بروز زمین‌لرزه‌های بزرگ یا رویدادهای دریایی شدید، بخش‌های ساحلی ایران را تهدید کنند، و برنامه‌ریزی پیشگیری و مدیریت بحران برای این سواحل ضرورت دارد (۹).

مهاجرت و تحولات جمعیتی

موج مهاجرت نیروهای متخصص و تحصیل کرده از روستاها و حتی شهرهای متوسط جنوب شرق به مناطق برخوردارتر کشور، در کنار ورود مهاجران غیرقانونی از مرزهای شرقی، منجر به دو پدیده متناقض شده است: همزمان کاهش پوشش خدمات سلامت برای بومیان و افزایش بار بهداشتی ناشی از ورود جمعیت جدید با الگوهای بیماری خاص (۱۰). خلأ مزمن نیروی انسانی سلامت و نابرابری توزیع پزشک و پیراپزشک از مهم‌ترین پیامدهای این روند است (۱۱).

محرومیت اقتصادی و فقر

علاوه بر توسعه نیافتگی ساختاری و ضعف زیرساخت‌های اقتصادی، نبود فرصت‌های اشتغال پایدار و مشکلات معیشتی و اقتصادی در استان‌های جنوب‌شرق ایران، به‌ویژه سیستان و بلوچستان و بخش‌هایی از هرمزگان، زمینه مهاجرت ساکنان به دیگر استان‌ها و کشورهای حوزه‌ی خلیج فارس را فراهم کرده است. مطالعات نشان می‌دهند که فقر، محدودیت دسترسی به بازار کار و پایین بودن فرصت‌های اقتصادی محلی، انگیزه مهمی برای مهاجرت داخلی و خارجی به شمار می‌رود و این جریان‌های مهاجرتی به نوبه خود پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و سلامت جمعیت مبداء و مقصد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۳، ۱۲). به-علاوه اقتصاد و معیشت ساکنین جنوب‌شرق ایران طی دهه‌های اخیر عمدتاً متکی بر مشاغل غیررسمی، معیشت سنتی و حتی اقتصاد زیرزمینی (از جمله قاچاق) بوده است. نرخ بیکاری بالا و فقر مزمن، زمینه‌ساز کاهش شاخص‌های آموزشی، تغذیه‌ای، سلامت روان، افزایش رفتارهای پرخطر و افت رضایتمندی از زندگی شده است. بررسی نابرابری استانی نشان می‌دهد افراد ساکن این منطقه تا ۵ سال امید به زندگی پایین‌تری نسبت به میانگین کشوری دارند (۱۴).

اعتیاد، قاچاق و آسیب‌های اجتماعی

عبور یکی از مهم‌ترین کریدورهای ترانزیت مواد مخدر منطقه از جنوب شرق ایران، نرخ بالای ابتلاء به اعتیاد، شیوع بیماری‌های عفونی مرتبط مانند HIV و هپاتیت و بروز آسیب‌های اجتماعی گوناگون را به‌دنبال داشته است (۱۵، ۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند کمبود مراکز درمانی اختصاصی اعتیاد و ضعف مداخلات پیشگیرانه محوری‌ترین گلوگاه نظام سلامت در این حوزه است (۱۶).

ضعف در عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

استان‌های جنوب‌شرق ایران از پایین‌ترین سرانه‌ی آموزشی برخوردار هستند. تحقیقات نشان داده‌اند که توزیع امکانات و خدمات آموزشی در این استان‌ها به‌طور نامتناسبی نابرابر است و بخش بزرگی از شهرستان‌ها در سطوح کم‌برخوردار قرار دارند، که اثرات گسترده‌ای بر دسترسی به دانش و فرصت‌های یادگیری برای کودکان و نوجوانان این منطقه دارد (۱۷). تجربه نظام سلامت گویای این حقیقت است که سالیانتمادی در جنوب‌شرق ایران تلاش برای رهایی نوزادان وکودکان از بیماری‌های واگیرصورت گرفته حال آنکه طی دهه‌های اخیر جمعیت این مناطق با

چالش‌های جدید اجتماعی مواجه هستند.

این استان‌ها همواره با مشکل زیرساخت‌های جاده‌ای و راه‌های دسترسی ایمن مواجه بوده‌اند. این عامل مهم به‌ویژه در استان سیستان و بلوچستان، جنوب کرمان و هرمزگان در کنار فرهنگ رانندگی منجر شده تا استان‌های مستقر در این منطقه از کشور بار تصادفات جاده‌ای بالایی را متحمل شوند و با وجود جمعیت جوان این موضوع منجر به این شود که تعداد سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی ناشی از حوادث جاده‌ای در سطح بالایی قرار داشته‌باشد (۱۸).

ضعف در زیرساخت، امکانات سلامت و نیروی انسانی ماندگار

نابرابری جدی در دسترسی به خدمات سلامت اولیه، بیمارستانی و تخصصی در میان مناطق شهری-روستایی و جمعیت‌های محلی-مهاجر مشهود است. زیرساخت‌های ناکافی، فرسودگی مراکز درمانی تخصصی، فقدان تجهیزات نوین و نبود پوشش بیمه‌ای فراگیر، کمبود نیروی انسانی متخصص و فوق تخصص ماندگار از عوامل اصلی بی‌عدالتی سلامت در این خطه است (۱۹). در استان سیستان و بلوچستان بیش از ۷۵ درصد از جمعیت دسترسی کافی به خدمات اولیه سلامت در زمان مناسب ندارند و حدود ۴۵ درصد از جمعیت نیز به تخت‌های بستری، و نزدیک به ۴۰ درصد به پزشکان متخصص در کمتر از ۶۰ دقیقه دسترسی ندارند که نشان‌دهنده توزیع نابرابر خدمات سلامت است (۲۰). پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که فقدان توزیع عادلانه پزشکان متخصص و فوق تخصص، خصوصاً در مناطق محروم و دورافتاده، یکی از اصلی‌ترین عوامل بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات تخصصی سلامت است (۲۱). این عوامل از دلایل مهاجرت افراد نیازمند خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی به مراکز استان‌ها برخوردار و تداوم سفر به کشورهایی همچون پاکستان بوده و ساکنین این مناطق را با چالش‌های جدی از جمله هزینه‌های سفر، خطر تصادف و مرگ بیماران و همراهان در مسیر سفر مواجه می‌نماید.

مشکلات امنیتی درون و برون مرزی

منطقه جنوب‌شرق ایران، به‌ویژه استان سیستان و بلوچستان که بیش از ۹۰۰ کیلومتر مرز مشترک با افغانستان و پاکستان دارد، یکی از مناطق با چالش‌های عمیق امنیتی در ایران است. موقعیت مرزی این استان باعث شده که مسائل امنیتی درون‌مرزی و برون‌مرزی، شامل قاچاق مواد مخدر، قاچاق انسان، مهاجرت غیرقانونی، فعالیت گروه‌های مسلح و تهدیدات مرتبط با جابه‌جایی گروه‌های شورشی و امنیتی، به دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاری و توسعه تبدیل شوند (۲۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ابعاد ناامنی در مرزهای شرقی ایران تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد؛ از جمله ترانزیت گسترده مواد مخدر و قربانی شدن جوامع محلی، حضور جمعیت‌های مهاجر و پناهنده، و مشکلات اقتصادی و توسعه‌ای که زمینه‌های اجتماعی ناامنی را تشدید می‌کند (۲۲). از سوی دیگر، تحقیقات مرزی در سطح علمی نیز به نقش پیچیده قومیت، مذهب و تنش‌های محلی در تشدید

تهدیدات امنیتی در سیستان و بلوچستان اشاره دارند و بر اهمیت اتخاذ راهبردهای امنیتی و توسعه‌محور تأکید می‌کنند تا از تنش‌های قومی و مذهبی نیز کاسته شود (۲۳).

ابرفرصت‌ها و ظرفیت‌های راهبردی

پنجره جمعیتی و ظرفیت نسل جوان

بررسی ساختار سنی جمعیت نشان می‌دهد طی سال‌های آینده جنوب شرق ایران با برخورداری از پنجره جمعیتی جوان و جویای کار فرصت تکرار تجربه موفق برخی کشورها در جهش توسعه را دارد، مشروط بر اینکه سرمایه‌گذاری هدفمند در آموزش، اشتغال و سلامت نوجوانان و جوانان منطقه صورت گیرد. این پنجره جمعیتی نه تنها در اقتصاد، بلکه در ارتقای شبکه سلامت جامعه‌محور و ایفای نقش فعال در سلامت دیجیتال منطقه فرصت‌آفرین است.

برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

در چارچوب سیاست‌گذاری کلان کشور، برنامه‌های سوم تا هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان اسناد بالادستی، با هدف کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای، توسعه متوازن، ارتقای شاخص‌های رفاه اجتماعی و بهبود دسترسی به خدمات اساسی تدوین شده‌اند. با این حال، شواهد پژوهشی و گزارش‌های رسمی نشان می‌دهد که استان‌های جنوب‌شرق کشور، به‌ویژه سیستان و بلوچستان، علی‌رغم تصریح مکرر این برنامه‌ها بر توسعه مناطق کمترتوسعه‌یافته، همچنان با عقب‌ماندگی ساختاری در حوزه‌های اشتغال، زیرساخت، خدمات سلامت و رفاه اجتماعی مواجه بوده‌اند.

در برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹-۱۳۸۳) بر کاهش فقر، توسعه انسانی و توانمندسازی مناطق محروم تأکید شد. برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۸) عدالت اجتماعی و تعادل منطقه‌ای را به‌عنوان اهداف محوری مطرح کرد. در برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰-۱۳۹۴) بر توسعه پایدار، کاهش نابرابری‌های فضایی و تقویت زیرساخت‌های مناطق مرزی تأکید گردید و در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶-۱۴۰۰) نیز توسعه مناطق کمتر برخوردار، ایجاد اشتغال پایدار و ارتقای شاخص‌های سلامت و رفاه اجتماعی مورد توجه قرار گرفت. با این وجود، ارزیابی‌های نهادی نشان می‌دهد که شکاف توسعه‌ای میان استان‌های مرکزی و مناطق مرزی جنوب شرق کشور همچنان پابرجا مانده و بخشی از اهداف پیش‌بینی شده به‌طور کامل محقق نشده است. در برنامه هفتم توسعه (۱۴۰۳-۱۴۰۷) نیز مجدداً بر توسعه منطقه‌ای، محرومیت‌زدایی و تقویت زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی مناطق مرزی تأکید شده است که نشان‌دهنده تداوم این چالش در نظام برنامه‌ریزی کشور است.

آمایش سرزمین

برنامه‌ریزی و مدیریت فضایی منابع طبیعی، انسانی، اقتصادی و زیربنایی کشور یا منطقه به‌منظور استفاده بهینه از ظرفیت‌ها، کاهش نابرابری‌ها، توسعه متوازن و ارتقای رفاه اجتماعی است. در ایران،

آمایش سرزمین به‌ویژه برای مناطق کمتر توسعه‌یافته و سواحل مکران و شرق کشور مورد توجه قرار گرفته تا توسعه اقتصادی، امنیت پایدار، عدالت منطقه‌ای و بهره‌برداری از مزیت‌های ژئوپلیتیکی تحقق یابد.

توسعه محور شرق

توسعه محور شرق به‌معنای تمرکز سیاست‌گذاری و سرمایه‌گذاری برای تقویت ظرفیت‌های اقتصادی و اجتماعی بخش‌های شرقی کشور و به‌ویژه سواحل مکران است که در اسناد توسعه منطقه‌ای ایران به‌عنوان راهبردی برای کاهش نابرابری‌های فضایی، بهره‌برداری از مزیت‌های ژئوپلیتیکی و تحریک رشد اقتصادی معرفی شده است. این رویکرد بر توسعه‌های دریامحور، اتصال ترانزیتی با کشورهای همسایه و ارتقای رفاه اجتماعی مردم محلی تأکید دارد و نقش سواحل مکران در تقویت موقعیت اقتصادی ایران در سطح منطقه را برجسته می‌کند (۲۴).

توسعه دریا محور

توسعه دریامحور به‌عنوان یک رویکرد کلان برای بهره‌برداری از ظرفیت‌های سواحل و منابع دریایی، زمینه‌ای فراهم می‌کند تا از مزیت‌های ژئوپلیتیکی، توربسم دریایی، حمل‌ونقل، انرژی و اقتصاد آبی بهره‌برداری شود. در مورد سواحل مکران، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این منطقه دارای پتانسیل‌های استراتژیک، اقتصادی و لجستیکی زیاد است (۲۵). تحقیقات نشان می‌دهند که به‌کارگیری راهبردهای توسعه دریامحور و برنامه‌های آمایش سرزمین در مکران نه تنها می‌تواند بهره‌وری اقتصادی این منطقه را افزایش دهد، بلکه ظرفیت‌های بالقوه آن را برای نقش‌آفرینی در کریدورهای ترانزیتی مهم منطقه (از جمله اتصال به آسیای میانه و شرق آسیا) فعال می‌کند (۲۵). از منظر اجتماعی-فرهنگی، توسعه دریامحور می‌تواند اعتماد و مشارکت محلی را تقویت کند، اما در صورت عدم توجه به عدالت اجتماعی و مشارکت ذی‌نفعان محلی ممکن است بی‌عدالتی و ناامنی اجتماعی تشدید شود.

توسعه مکران و ژئوپلیتیک خاص منطقه

منطقه سواحل مکران به‌دلیل موقعیت استراتژیک در مرزهای دریای عمان و نزدیکی به آب‌های آزاد، پتانسیل بالایی برای اقتصاد دریامحور، توسعه ترانزیت، گردشگری و تحرک اقتصادی منطقه‌ای دارد. پژوهش‌های علمی نشان داده‌اند که توسعه پایدار سواحل مکران می‌تواند به تقویت قدرت اقتصادی و اجتماعی کشور کمک کند و بر ارتقای ظرفیت‌های دریایی و ژئوپلیتیکی ایران اثرگذار باشد (۲۴). در اسناد رسمی توسعه اقتصادی ایران، منطقه سواحل مکران به‌عنوان یک پروژه توسعه‌ای راهبردی شناخته می‌شود که تلفیقی از توسعه درون‌زا (بر اساس منابع محلی مثل گردشگری، شیلات، کشاورزی و صنایع خرد) و توسعه برون‌زا (جذب سرمایه‌گذاری ملی و بین‌المللی، ایجاد صنایع بزرگ و تسهیل تجارت بین‌المللی) است و هدف آن پایدارسازی رشد اقتصادی و ارتقای عدالت منطقه‌ای می‌باشد. اجرای طرح‌های کلان توسعه سواحل مکران و گسترش کریدورهای اقتصادی (به‌ویژه بندر چابهار)، ظرفیت اتصال جنوب شرق به بازارهای منطقه‌ای و بین‌المللی

و ایجاد بستر همکاری‌های علمی /سلامت‌محور را فراهم ساخته است.

دسترسی به دریای عمان و بهره‌گیری از زیرساخت‌های حمل و نقل دریایی و امکان شیرین‌سازی آب دریا، امنیت آبی و غذایی منطقه را متحول خواهد کرد (۲۶).

انرژی‌های تجدیدپذیر و معادن بکر

جنوب شرق ایران از بهترین مناطق کشور برای توسعه نیروگاه‌های خورشیدی و بادی است؛ همچنین برخورداری از معادن فلزی / غیرفلزی، در صورت مدیریت بهینه، می‌تواند پیشران اشتغال، صنعتی‌سازی و ارتقای سلامت جمعیت باشد (۲۷). پیوند صنایع پاک و انرژی‌های نو با توسعه سلامت، یک الگوی موفق جهانی است.

همکاری‌های فرامرزی در سلامت و گردشگری در مانی

همجواری با کشورهای حوزه خلیج فارس و دریای عمان، افغانستان و پاکستان، در کنار ظرفیت‌های بکر و منحصر‌بفرد مناطق ساحلی در حوزه مکران و ظرفیت‌های گردشگری و میراث فرهنگی جنوب‌شرق ایران زمینه‌ساز هماهنگی در کنترل بیماری‌های واگیر، توسعه گردشگری سلامت و انتقال دانش است (۲۸، ۱). مطالعات مستند همکاری‌های مرزی سلامت، اثر مستقیم آن را در کاهش بیماری‌ها و ارتقای شاخص‌های بهداشت نشان داده است.

عنوان	اهم موضوعات	دستاوردها و اثرات
فرصت‌ها	برنامه‌های ۵ ساله سوم تا هفتم توسعه	عدالت منطقه‌ای، توسعه متوازن، کاهش نابرابری، تقویت زیرساخت، ارتقای سلامت، پوشش همگانی، توسعه انسانی، توانمندسازی اجتماعی، فقرزدایی هدفمند، محرومیت‌زدایی تدریجی، تمرکززدایی توسعه، توجه مرزی
آمایش سرزمین		توسعه متوازن، عدالت فضایی، مدیریت منابع، تقویت زیرساخت، بهره‌وری اقتصادی، کاهش فقر، اشتغال پایدار، امنیت پایدار، اتصال منطقه‌ای، توسعه انسانی، توانمندسازی محلی، توسعه شهری، توسعه روستایی، حفاظت محیط‌زیست، برنامه‌ریزی بلندمدت
توسعه محور شرق		توسعه شرق، محور شرق، توجه راهبردی، مکران‌محوری، توسعه سواحل، اقتصاد دریاپایه، تقویت ترانزیت، امنیت پایدار، آمایش سرزمین، اتصال منطقه‌ای
توسعه دریا محور		توسعه اقتصادی، رشد ترانزیت، تقویت لجستیک، بهره‌وری دریایی، اشتغال پایدار، سرمایه‌گذاری خارجی، امنیت پایدار، توسعه گردشگری، توسعه بندری، اتصال منطقه‌ای، عدالت فضایی، توانمندسازی محلی، رفاه اجتماعی، توسعه انسانی، مدیریت منابع
توسعه سواحل مکران		امنیت آب، بهبود سلامت و ارتقا وضعیت اقتصادی و اجتماعی منطقه، توسعه اقتصادی، ، رشد ترانزیت، اشتغال پایدار، سرمایه‌گذاری خارجی، تقویت بندری، توسعه گردشگری، بهره‌وری دریایی، امنیت پایدار، اتصال منطقه‌ای، عدالت فضایی، توانمندسازی محلی، رفاه اجتماعی، توسعه انسانی، مدیریت منابع، ارتقای زیرساخت
جمعیت جوان و جویای کار		ایجاد فرصت‌های متعدد اجتماعی و اقتصادی و نشاط جامعه
انرژی‌های تجدیدپذیر		تقویت چرخه اقتصادی منطقه و تبدیل آن به یک قطب تولید انرژی و ثروت
همکاری فرامرزی سلامت		توسعه انسانی، کنترل بیماری واگیر و ایجاد زمینه گردشگری به صورت عمومی و به صورت خاص در حوزه سلامت
چالش‌ها	خشکسالی و بحران‌ها	افزایش بیماری‌های مختلف از جمله تنفسی، روانی، تغذیه‌ای، لزوم مدیریت بحران نواحی ساحلی
مهاجرت و نیروی انسانی		پوشش پایین سلامت به خصوص در مناطق محروم و روستایی
اعتیاد و قاچاق و رفت و آمدهای غیرقانونی		آسیب‌های اجتماعی، افزایش بعضی بیماری‌ها مانند مالاریا، تب دنگی
محرومیت و عقب‌افتادگی اقتصادی		فقر، اختلال تغذیه و روان
ضعف در عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت		بازماندگان از تحصیل، تصادفات جاده‌ای، مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات، سال‌های عمر از دست رفته
ضعف زیرساخت، امکانات سلامت و نیروی انسانی ماندگار		مهاجرت به استان‌های برخوردار، تداوم سفر به پاکستان، هزینه بری، خطرات سفر
امنیت برون مرزی		قاچاق مواد مخدر، قاچاق انسان، مهاجرت غیرقانونی، فعالیت گروه‌های مسلح و تهدیدات مرتبط با جابه‌جایی گروه‌های شورشی و امنیتی

بحث و سیاست‌گذاری پیشنهادی

جنوب‌شرق ایران به واسطه مزیت‌های ژئوپلیتیکی، دریامحور و منابع طبیعی گسترده، ظرفیت‌های بالقوه‌ای برای توسعه اقتصادی و اجتماعی دارد. با این حال، این منطقه همچنان با محرومیت‌های عمیق، زیرساخت‌های ناکافی و نابرابری‌های گسترده در دسترسی به خدمات مواجه است. این دوگانگی میان پتانسیل‌های توسعه و محدودیت‌های موجود، به ویژه در سواحل مکران و مناطق مرزی، باعث شکل‌گیری ابرچالش‌های سلامت؛ از جمله مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده‌ای، بیماری‌های محیطی، کمبود نیروی انسانی متخصص و عدم دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. با این حال، دهه پیش‌رو فرصت‌های منحصر به فردی برای ارتقای سلامت و رفاه جامعه فراهم می‌کند. توسعه دریامحور، بهبود آمایش سرزمین و سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های بهداشتی، حمل‌ونقل و آموزش می‌تواند همزمان با رشد اقتصادی، عدالت اجتماعی و سلامت جمعیت را ارتقاء دهد. تقویت حکمرانی سلامت محور، توانمندسازی جامعه محلی و مشارکت فعال جوانان، امکان کاهش نابرابری‌ها و افزایش تاب‌آوری جامعه در برابر بحران‌ها و بلایای طبیعی مانند طوفان گونو و سونامی را فراهم می‌کند. بنابراین، مواجهه با این دوگانگی نیازمند سیاستگذاری یکپارچه و مبتنی بر شواهد است که توسعه اقتصادی، زیربنایی و دریامحور را با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه همسو سازد. اکنون که دوگانگی بنیادین توسعه /محرومیت آشکار شده، پیشنهاد می‌شود رویکرد سیاستی زیر به صورت جدی در دستور کار تمامی برنامه‌های توسعه‌ای قرار گیرد:

حکمرانی سلامت‌محور

ادغام کامل سلامت در تمام برنامه‌های توسعه‌ای، تامین منابع با پیوست سلامت و راهبرد آینده‌نگرانه برای تاب‌آوری نظام سلامت منطقه ضروری است. برای بهبود سلامت جمعیت در جنوب‌شرق ایران و سواحل مکران، سیاستگذاری باید بر حکمرانی سلامت‌محور، مشارکت ذی‌نفعان و عدالت اجتماعی متمرکز باشد. ایجاد سامانه‌های پایش سلامت، ارزیابی اثرات سلامت توسعه (HIA) و شفافیت در تصمیم‌گیری، پاسخگویی و اثرگذاری سیاست‌ها را افزایش می‌دهد. هماهنگی میان توسعه اقتصادی، زیرساخت‌ها، آموزش و محیط سالم با شاخص‌های سلامت، رفاه و سلامت جسمی و روانی جامعه را ارتقاء می‌دهد. همچنین توانمندسازی محلی و آموزش سلامت جمعیت، مشارکت فعال مردم را در حفظ سلامت و کاهش نابرابری‌ها تقویت می‌کند.

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

برای بهبود سلامت جمعیت، سیاستگذاری باید بر کاهش فقر و بهبود معیشت، ارتقای سطح تحصیلات و دسترسی به علم، تقویت زیرساخت‌ها و محیط سالم، توسعه مشارکت اجتماعی و اعتماد محلی، و افزایش دسترسی به خدمات سلامت تمرکز کند. حمایت اقتصادی و ایجاد اشتغال پایدار، رفاه و سلامت جسمی را ارتقاء می‌دهد. آموزش

و مهارت‌آموزی محلی، آگاهی بهداشتی و رفتارهای سالم را تقویت می‌کند. بهبود زیرساخت‌ها، فضا‌های سالم و پوشش بیمه‌ای فراگیر همراه با مشارکت جامعه و پایش مستمر، سلامت روان و جسم جامعه را تضمین کرده و نابرابری‌ها را کاهش می‌دهد.

نگهداشت و توانمندسازی نیروی انسانی

برای ارتقای سلامت و توسعه پایدار، سیاستگذاری باید بر نگهداشت و توانمندسازی نیروی انسانی سلامت تمرکز کند. جذب و حفظ نیروهای متخصص و فوق‌تخصص، آموزش مستمر و انگیزش حرفه‌ای، توسعه مراکز آموزشی و پژوهشی، به‌ویژه برای نیروهای بومی و ارتقای حمایت‌های رفاهی می‌تواند کیفیت خدمات بهداشتی را بهبود دهد. ایجاد فرصت‌های ارتقاء، آموزش مهارت‌های جدید و توسعه‌ی ظرفیت مدیریتی موجب افزایش رضایت کارکنان و کاهش مهاجرت نیروی انسانی می‌شود. این اقدامات ضمن تقویت سیستم سلامت، دسترسی جامعه به خدمات درمانی با کیفیت و پایدار را تضمین می‌کند.

پیوند سیاست‌های کلان با اجتماع و جوانان

رشد اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی باید هم‌افزا باشد؛ استفاده از ظرفیت پنجره جمعیتی و توسعه اشتغال سلامت‌محور ضروری است. سیاست‌های کلان توسعه باید با نیازها و ظرفیت‌های جامعه و جوانان پیوند داده شوند تا اثرگذاری اجتماعی و سلامت جمعیت افزایش یابد. توجه به فرصت‌های شغلی، آموزش و مهارت‌آموزی، مشارکت اجتماعی و فرهنگی جوانان، موجب توانمندسازی نسل جوان و کاهش مهاجرت می‌شود. مشارکت فعال جوانان در فرآیند تصمیم‌گیری، اعتماد به نهاده‌ها و انسجام اجتماعی را تقویت می‌کند. همچنین هماهنگی سیاست‌های اقتصادی، زیربنایی و آموزشی با نیازهای جامعه، رفاه و سلامت جسمی و روانی جمعیت را تضمین می‌کند.

توسعه دسترسی به خدمات سلامت

گسترش مراکز سلامت اولیه و جامع در مناطق محروم و مرزی می‌تواند دسترسی مستقیم ساکنان به مراقبت‌های بهداشتی را افزایش دهد و نیاز به سفرهای طولانی به مراکز استان یا کشورهای همسایه را کاهش دهد. استفاده از شبکه‌های بهداشت سیار و فناوری‌های telemedicine می‌تواند خدمات تخصصی را حتی در روستاها و مناطق ساحلی فراهم کند. این اقدامات باعث کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قابل پیشگیری و ارتقای شاخص‌های سلامت جمعیت می‌شود. در نهایت، توسعه زیرساخت‌های سلامت محلی زمینه را برای پایداری خدمات بهداشتی فراهم می‌کند.

توسعه محیط و زیرساخت سلامت‌محور

طراحی شهری و ساحلی با محور سلامت، شامل فضا‌های سبز، مسیرهای پیاده و امکانات تفریحی، می‌تواند سبک زندگی فعال را تشویق کند و سلامت جسمی و روانی جامعه را ارتقا دهد. ایجاد زیرساخت‌های اضطراری و مدیریت بحران، از جمله آمادگی در برابر

20. Raeesi A, Hashtarkhani S, Tara M, Sargolzaei N, Kiani B. Empowering access: unveiling an overall composite spatial accessibility index to healthcare services in Southeastern Iran. *International Journal for Equity in Health*. 2025;24(1):35. doi:10.1186/s12939-025-02399-1
21. Mirmoeini SM, Marashi Shooshtari SS, Battineni G, Amenta F, Tayebati SK. Policies and challenges on the distribution of specialists and subspecialists in rural areas of Iran. *Medicina*. 2019;55(12):783. doi:10.3390/medicina55120783
22. Savarrakhsh A, Ezzati E. The Dimensions of Threat and Insecurity along the Iran's Eastern Borders with Emphasis on Drug Transit. *Journal of Politics and Law*. 2016;9(10):119-25.
23. Setareh J, Sakhavi S, Batran R, Ghobadi Y. The Geopolitics of Sistan and Baluchestan's Borders: Ethnicity, Religion, and Security. *Journal of Border Studies*. 2024;12(45):79-100.
24. Sargolzaei J, Pooya M, Tajeri M. Socio-economic development of the Mackoran coast with emphasis on security and defense challenges. *Geography and Regional Planning*. 2026;15(58): 418-34. doi:10.22034/jgeoq.2025.506654.4238
25. Barati AN, Akbarpour HR. Pathology of Sea-Oriented Development of Makran Coasts with Emphasis on Upstream Documents. *Journal of Marine Engineering*. 2023;19(38):125-36. doi:10.61186/marineeng.19.38.125
26. Koolae E, Emami NA. The position of Chabahar in deepening cooperation between Iran and Central Asia. *Central Eurasia Studies*. 2024;16(2): 273-98. doi:10.22059/jcep.2021.317262.449974
27. Abedi S, Ebrahiminia D. Assessment of Renewable Energy Potential in Sistan and Baluchistan Province: Solar, Wind, Geothermal, and Bioenergy Sources. *Journal of Sustainable Energysystems*. 2023;2(4):353-67.
28. Michaud J, Kates J. Global health diplomacy: advancing foreign policy and global health interests. *Global Health: Science and Practice*. 2013;1(1):24-8. doi:10.9745/GHSP-D-12-00048

- Migration to Kerman City and Immigrants' Problems Using Analytical Hierarchy Process Model and Technique for Order of Preference by Similarity to Ideal Solution. *Tolooebehdasht*. 2024;23(3):46-65. doi:10.18502/tbj.v23i3.16482
13. Sadeghi R, Abbasi-Shavazi MJ, Shahbazin S. Internal migration in Iran. In *Internal Migration in the Countries of Asia: A Cross-National Comparison*. Cham: Springer International Publishing. 2020. pp. 295-317.
14. Ghasemi SR, Zangeneh A, Gilan NR, Reshadat S, Saeidi S, Ziapour A. Health-related quality of life in informal settlements in Kermanshah, Islamic Republic of Iran: Role of poverty and perception of family socioeconomic status. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2019;25(11):775-83.
15. Narouee S, Shatti M, Didevar M, Nasehi M. Estimating social network size using network scale-up method (NSUM) in Iranshahr, Sistan and Baluchestan Province, Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2020;34:35. doi:10.34 171/mjiri.34.35
16. Narouee S, Shati M, Nasehi M, Dadgar F. The size estimation of injection drug users (IDUs) using the network scale-up method (NSUM) in Iranshahr, Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2019;33:158. doi:10.34171/ mjiri.33.158
17. Karimzadeh M, Karimzadeh B. Measuring the degree of development and educational deprivation of Sistan and Baluchistan Counties. *Technology of Education Journal (TEJ)*. 2021; 15(2):409-18. doi:10.22061/jte.2019.2813.1722
18. Sadeghian Tafti MR, Ostovar A, Saeedi Moghaddam S, Shobeiri P, Ehrampoush MH, Salmani I, et al. Burden of road traffic injuries in Iran: a national and subnational perspective, 1990– 2019. *Injury Prevention*. 2023;29(2):101-10. doi:10.1136/ip-2022-044677
19. Ouliaei MA, Haghdoust AA, Beheshtian M, Tehrani BA, Motlagh M. Progress towards health equity in IR of Iran through last three decades. *Iranian Journal of Public Health*. 2009;38(1):130-5.

- Emphasis on Upstream Documents. *Journal of Marine Engineering*. 2023;19(38):125-36. doi:10.61186/marineeng.19.38.125
3. Lakzi M. Makran beaches, producing power on the basis of internal development. *National Interest Studies*. 2022;7(28):79-92.
4. Noori R, Maghrebi M, Mirchi A, Tang Q, Bhattarai R, Sadegh M, et al. Anthropogenic depletion of Iran's aquifers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2021;118(25): e2024221118. doi:10.1073/pnas.2024221118
5. Kalankesh LR, Rodriguez-Couto S, Alami A, Khosravan S, Meshki M, Ahmadv E, et al. Socio-environmental determinants and human health exposures in arid and semi-arid zones of iran— narrative review. *Environmental Health Insights*. 2022;16:11786302221089738. doi:10.1177/11786302221089738
6. Rashidi M, Ramesht MH, Zohary M, Poursafa P, Kelishadi R, Rashidi Z, et al. Relation of air pollution with epidemiology of respiratory diseases in isfahan, Iran from 2005 to 2009. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2013;18(12):1074-9.
7. Rashidi A, Dutykh D, Shomali ZH, Keshavarz Farajkhah N, Nouri M. A review of tsunami hazards in the Makran subduction zone. *Geosciences*. 2020;10(9):372. doi:10.3390/ geosciences10090372
8. Al-Shaqsi S. Care or Cry: Three years from Cyclone Gonu. What have we learnt?. *Oman Medical Journal*. 2010;25(3):162-7. doi:10.5001/ omj.2010.50
9. Heidarzadeh M, Kijko A. A probabilistic tsunami hazard assessment for the Makran subduction zone at the northwestern Indian Ocean. *Natural Hazards*. 2011;56(3):577-93. doi:10.1007/s110 69-010-9574-x
10. Asadi H, Ahmadi B, Nejat S, Akbari Sari A, Garavand A, Almasian Kia A, et al. Factors influencing the migration of Iranian healthcare professionals: A qualitative study. *PloS One*. 2018;13(6):e0199613. doi:10.1371/journal.pone. 0199613
11. Arabbadvi Z, Mehrabi S, Nazari F, Sadeghi M, Askari Z, Khoshnood Z, et al. A scoping review of the reasons and strategies to manage health workforce migration in Iran. *Strides in Development of Medical Education*. 2025;22 (1):e1404. doi:10.22062/sdme.2024.200022.1404
12. Sanjari P, Hashemi M, Dehesh T, Ahmadi Tabatabaei SV, Faraji M. Effective factors on

سونامی، طوفان‌های گونو و بلایای طبیعی، از آسیب‌های انسانی و اقتصادی جلوگیری می‌کند. مدیریت بهداشت محیط، شامل آب سالم و پسماند، باعث کاهش بیماری‌های محیطی می‌شود و به سلامت پایدار جامعه محلی کمک می‌کند. این اقدامات، توسعه اقتصادی و محیطی را با سلامت جمعیت همسو می‌کند.

سیاست‌گذاری اقتصادی و اشتغال با اثر سلامت

ایجاد اشتغال پایدار در حوزه‌های دریامحور، گردشگری و صنایع محلی مبتنی بر زیست‌بوم و مشارکت جامعه محلی می‌تواند فقر و ناامنی اقتصادی را کاهش دهد و رفاه اجتماعی را بهبود بخشد. حمایت از کسب‌وکارهای کوچک و محلی، درآمد مردم را تثبیت کرده و منابع اقتصادی برای مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌کند. ترکیب برنامه‌های توسعه اقتصادی با شاخص‌های سلامت و عدالت اجتماعی، موجب می‌شود که رشد اقتصادی با رفاه و سلامت جمعیت همسو باشد. در نتیجه، توسعه اقتصادی، اجتماعی و سلامت به صورت متوازن در منطقه محقق می‌شود.

سیاست‌گذاری نظارت و پایش

ایجاد سامانه‌های پایش سلامت منطقه‌ای امکان ارزیابی دقیق شاخص‌های جسمی، روانی و اجتماعی جمعیت را فراهم می‌کند. انجام ارزیابی اثرات سلامت توسعه (HIA) پیش از اجرای هر پروژه اقتصادی یا زیربنایی، خطرات احتمالی را کاهش می‌دهد و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی را بهینه می‌سازد. مکانیزم بازخورد از جامعه محلی می‌تواند سیاست‌ها را با نیازهای واقعی مردم هماهنگ کند. این رویکرد نظارتی، شفافیت و پاسخگویی سیاست‌ها را افزایش داده و سلامت جمعیت را تضمین می‌کند.

نتیجه‌گیری

آینده سلامت جنوب شرق ایران در گرو مدیریت درست چالش‌ها و بالفعل‌سازی فرصت‌های منحصر به فرد منطقه است. بدون سرمایه‌گذاری در آموزش، زیرساخت، سلامت جامعه‌محور و نگهداشت نخبگان بومی، شکاف توسعه و محرومیت پر نخواهد شد. تجربه دهه آینده، سنجش‌گر واقعی موفقیت سیاست‌های کلان سلامت برای کل ایران خواهد بود (۱۶).

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Lakzi M, Athari A. The role of Makran coasts in promoting Iran's regional power. *Quarterly Journal of Environmental Studies Strategic of the Islamic Republic of Iran*. 2022;6(1):163-90.
2. Barati AN, Akbarpour HR. Pathology of Sea-Oriented Development of Makran Coasts with

خسارات انسانی غیرنظامیان ایرانی بر اثر حملات توپخانه‌ای حکومت بعثی عراق در طول جنگ تحمیلی (۱۳۶۷-۱۳۵۹)

شعاع‌الدین فلاح دوست^{۱،۲}، علی خاجی^{۳*}

۱- مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- مرکز پژوهش‌های دفاع مقدس نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: در طول هشت سال جنگ تحمیلی، تعدادی از شهرها و روستاهای کشورمان مورد حمله توپخانه‌ای ارتش حکومت بعثی عراق قرار گرفتند. هدف از انجام این مطالعه تعیین تلفات انسانی ناشی از حملات توپخانه‌ای عراق به مناطق غیر نظامی ایران در طول هشت سال جنگ تحمیلی می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه با همکاری سازمان ایثارگران نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران صورت گرفته‌است. اطلاعات مورد نیاز از گزارش‌های روزانه واحدهای مختلف نظامی و انتظامی کشور در خلال جنگ تحمیلی که در بایگانی آن سازمان موجود می‌باشد، استخراج شده‌است. اطلاعات جمع‌آوری شده شامل: تاریخ و زمان حمله، شهر یا روستای مورد حمله قرار گرفته، تعداد شهداء و مجروحین در هر حمله است.

یافته‌ها: در طول ۸ سال جنگ تحمیلی حداقل ۳۳۸۱ گزارش از حملات توپخانه‌ای ارتش بعثی عراق به مناطق غیر نظامی کشورمان ثبت شده‌است. شدت این حملات از شلیک یک گلوله توپ تا گلوله باران متداوم در طول ۲۴ ساعت متغییر بوده‌است. بر اثر این حملات حداقل ۲۷۶۳ نفر از هموطنان‌مان شهید و ۱۶۵۶۳ نفر دیگر مجروح شده‌اند. بیشترین تعداد حملات در سال‌های ۱۳۶۰ و ۱۳۵۹ گزارش شده و بیشترین تعداد شهداء نیز به ترتیب با ۱۲۵۸ و ۱۰۲۶ در سال‌های ۶۰ و ۵۹ ثبت شده‌است. در این حملات ۲۵ شهر و ۳۶ روستا هدف قرار گرفته‌اند. شهر آبادان بیشترین تعداد حمله و همچنین بیشترین تعداد شهید و مجروح را بر اثر این حملات داشته‌است.

نتیجه‌گیری: تهیه دستورالعمل‌های لازم به جهت حفظ و مراقبت از ساکنین شهرها و روستاهای مرزی که ممکن است در خطر چنین حملاتی باشند ضروری می‌باشد. از اقدامات پیشگیرانه می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: ساخت پناهگاه در شهرهای مرزی، آموزش مردم برای حفاظت از خودشان در اینگونه حملات، آموزش پرسنل درمانی و دفاع شهری برای مقابله با حملات توپخانه‌ای.

کلیدواژه‌ها: عراق، ایران، جنگ، غیرنظامیان، شهداء، حملات توپخانه‌ای.

* نویسنده مسئول: علی خاجی

آدرس: مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت

اجتماعی، تهران، ایران.

ایمیل: al.khaji@uswr.ac.ir

Iranian Civilian mortality due to Iraqi artillery attacks during the imposed war (1980-1988)

Shua'uddin Fallah Doost^{1,2}, Ali Khaji^{3*}

1- Sina Trauma Research Center, Sina general Hospital, Tehran University of Tehran, Tehran, Iran

2- Sacred Defense Research Center of the Islamic Republic of Iran Army Ground Forces, Tehran, Iran

3- Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Received: 20 October 2025 Accepted: 16 November 2025

Abstract

Background and Aim: During eight years of Iraq-Iran war (1980-88), many of Iranian cities and villages aimed by Iraqi artillery. The purpose of the present study was to determine civilian casualties resulting from Iraqi artillery attacks at non-military targets thought Iranian territories.

Methods: The data collected about Iraqi missile strikes on Iranian cities included the following: date and time, number and type of missiles, cities targeted, and injuries and deaths resulting from impacts of missiles in civilian areas. The data were extracted from a database that was constructed by the army staff headquarters based on daily reports of Iranian army units during the war.

Results: During the Iraq-Iran war, at least 3381 artillery attacks at Iranian cities and villages by Iraqi army had been recorded. These attacks resulted to martyrdom of about 2763 civilian and injuries of 16563 others. Twenty cities and 36 villages were aimed by Iraqi artillery. The highest of raids recorded in years 1360 and 1359 and the most deaths reported in years of 1360 and 1359 with 1258 and 1026, respectively. Abadan sustained the highest artillery raids and related Martyrs during eight years of the war.

Conclusion: Due to our results and regarding the majority of people who live in our cities near to borders of Iranian territories, it is necessary to carry out preventive programs. Preparing of shelters is necessary in cities near to border. All groups that involve during military acts such as the civilian defense forces (including: Safety Services & Fire Fighting Organization and Iranian Red Crescent Society and volunteers), military forces, Emergency medical services and hospital personals must be trained to counter for these attacks.

Keywords: Iraq, Iran, War, Civilian, Mortality, Artillery Attack.

* Corresponding Author: Ali Khaji

Address: Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: al.khaji@uswr.ac.ir

مقدمه

یکی از سلاح‌هایی که در قرون گذشته به‌ وفور در جنگ‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌است، توپخانه و خمپاره می‌باشد. انواع مختلف از این نوع اسلحه جنگی با مهمات‌هایی گوناگون ساخته شده‌اند که به خصوص در فواصل نزدیک مورد استفاده قرار می‌گیرند. از سوی دیگر تاکتیک‌های جدید نظامی در دهه‌های گذشته باعث گردیده است که غیرنظامیان هرچه بیشتر در خطر مرگ ناشی از سلاح‌های جنگی قرار گیرند و در این میان گلوله-های توپ و خمپاره سهم قابل توجهی از مرگ ومیر نظامیان و غیرنظامیان را باعث می‌شوند. گزارش‌های متعدد از جنگ‌هایی که در سه دهه گذشته در مناطق مختلف دنیا رخ داده، نشان می‌دهد که سهم قابل توجهی از مجروحیت نظامیان و غیرنظامیان آسیب دیده در جنگ به دنبال اصابت ترکش حاصل از انفجار گلوله‌های توپ و خمپاره بوده‌است (۱).

در مطالعه انجام شده بر روی ۴۴۲ مجروح از پرسنل نظامی ترکیه که با زخم‌های نافذ در ناحیه سر به بیمارستان نظامی منتقل شده‌اند، مشخص گردید ۶۸ درصد از مجروحین بر اثر اصابت ترکش صدمه دیده‌اند (۲). مطالعه صورت گرفته بر روی مجروحین جنگی (اعم از نظامی و غیرنظامی) در بیمارستان نووابیلا در مرکز بوسنی (در خلال جنگ بوسنی) نشان داد که ۴۵/۸ درصد از مجروحین بستری در این مرکز درمانی بر اثر ترکش انواع خمپاره (۶۰، ۷۰ و ۱۵۵ میلی‌متری) آسیب دیده بودند (۳).

دکتر افتخار و همکاران، تعداد ۱۸۹ نفر از جانبازانی را که بر اثر زخم‌های نافذ در ناحیه سر دچار تشنج می‌شدند را مورد بررسی قرار دادند. در این بررسی مشخص گردید که ۸۱ درصد از این افراد بر اثر ترکش توپ یا خمپاره مجروح شده بودند (۴). در مطالعه صورت گرفته توسط دکتر محبی و همکاران‌شان (۵)، ۱۰۰۰ مجروح جنگی مراجعه کننده به کمیسیون عالی پزشکی در سپاه پاسداران از نظر مکانیسم و نوع آسیب جنگی مورد بررسی قرار گرفتند. شایع‌ترین علت آسیب در بین این افراد، اصابت ترکش (توپ، خمپاره و ...) با ۵۸/۳ درصد می‌باشد. در گزارشی از جنگ ویتنام مشخص گردید ۴۷/۹ درصد از مصدومین جنگی بر

اثر ترکش خمپاره و توپ مصدوم شده‌اند (۶). گزارش‌های مشابه‌ای از جنگ لبنان و افغانستان نیز میزان مصدومین ناشی از ترکش گلوله‌های توپ و خمپاره را به ترتیب ۳/۳۸ درصد و ۳۸ درصد گزارش کرده‌اند (۸،۷).

باوجود این گزارشات، گزارشی جامع از حملات توپخانه‌ای عراق به مناطق غیرنظامیان ایران در طول جنگ تحمیلی وجود ندارد. هدف از انجام این مطالعه تعیین تلفات انسانی ناشی از حملات توپخانه‌ای ارتش بعثی عراق به مناطق غیر نظامی ایران در طول هشت سال جنگ تحمیلی (۱۳۶۷-۱۳۵۹) می‌باشد.

روش‌ها

مطالعه حاضر به روش توصیفی ومقطعی صورت گرفته‌است. جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز و با همکاری مرکز پژوهش های دفاع مقدس نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران و پس از انجام هماهنگی‌های لازم، پرسش‌گران آموزش دیده به کتابخانه این سازمان در پادگان لویزان مراجعه و پس از مطالعه منابع مربوط به گزارش‌های نوبه‌ای نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در زمان جنگ تحمیلی، اطلاعات مربوط به حملات توپخانه‌ای عراق به ایران را استخراج و در يك پرسشنامه که به این منظور طراحی شده بود، وارد نمودند. سپس اطلاعات جمع‌آوری شده در يك بانک اطلاعاتی که با استفاده از نرم‌افزار SPSS (۲۱) طراحی شده بود، وارد و سپس آنالیز نهایی صورت پذیرفت. اطلاعات جمع‌آوری شده شامل: تاریخ، زمان و مکان حمله، وقوع مجروحیت و یا شهادت به دنبال حمله می‌باشد. به-علاوه اینکه از حملات غیر متعارف (همانند شیمیایی) استفاده شده‌است یا خیر؟.

نتایج

در طول ۸ سال جنگ تحمیلی، حدود ۳۳۸۱ حمله توپخانه‌ای توسط ارتش عراق به مناطق مسکونی کشورمان صورت گرفته‌است. بر اثر این حملات تعداد ۲۷۶۳ نفر از غیر نظامیان به شهادت رسیده و حدود ۱۶۵۶۳ نفر نیز به درجات مختلف مجروح شدند. بیشترین حملات در



نمودار-۱. نسبت حملات توپخانه ای ارتش عراق به شهرهای ایران به تعداد شهیدا و مجروحین این حملات در طول جنگ تحمیلی عراق علیه ایران (۱۳۶۷-۱۳۵۹).

سال ۱۳۶۰ با ۷۷۷ مورد صورت گرفته‌است. تعداد حملات پس از سال ۱۳۶۰ به تدریج کاهش یافت هر چند که در سال ۱۳۶۳ مجدداً افزایش یافته و در سال‌های بعد روند کاهش حملات ادامه پیدا کرده تا اینکه در سال‌های ۶۶ و ۶۷ به کمترین میزان خود رسید (نمودار ۱).

در این حملات ۲۵ شهر و نزدیک به ۳۶ روستا (در چند مورد سیاه چادر عشایر) مورد حمله قرار گرفت. در نیمه اول جنگ (۱۳۶۳-۱۳۵۹)، بیشتر حملات متوجه شهرهای جنوبی کشورمان بود در حالیکه در سال‌های بعد بیشتر شهرهای شمالی (استان کردستان) هدف حملات توپخانه‌ای دشمن قرار گرفتند. شهر آبادان بیشترین تعداد حملات توپخانه‌ای را متحمل شده‌است و پس از آن شهرهای خرمشهر، اهواز و دزفول قرار دارند. شهر آبادان ضمن تحمل بیشترین حملات توپخانه‌ای،

طولانی‌ترین زمان اینگونه حملات را نیز دارا می‌باشد. حمله توپخانه‌ای به این شهر از اولین روز جنگ تحمیلی آغاز و تا آخرین روز مرداد ماه سال ۱۳۶۷ ادامه یافت. بیشترین تعداد شهید بر اثر حملات توپخانه‌ای از شهر آبادان گزارش شده‌است (۱۷۷۴) و پس از آن شهرهای اهواز و دزفول به ترتیب با ۳۵۱ و ۱۸۰ نفر قرار دارند. بیشترین تعداد شهداء به ترتیب در سال‌های ۱۳۶۰ و ۱۳۵۹ گزارش شده‌است. حداقل ۵۰۰ نفر از مجروحین حملات توپخانه-ای بر اثر موج حاصل از انفجار گلوله توپ یا خمپاره مصدوم شدند، اما اطلاعاتی در خصوص تعداد افرادی که بر اثر موج انفجار شهید شده‌اند، وجود ندارد. ۱۳۷۹ مورد (۴۰/۸ درصد) از حملات توپخانه‌ای عراق به مناطق غیرنظامی کشورمان منجر به شهادت یا مجروح شدن غیرنظامیان گردیده است (جدول ۱).

نام شهر	تعداد حمله	شهداء	مجروحین
آبادان	۲۰۵۷	۱۷۷۴	۱۳۴۴۱
اهواز	۱۹۶	۳۵۱	۷۰۱
انذیمشک	۲۲	۵	۹۹
بانه	۳	۱	۰
بستان	۱۴	۰	۰
بوکان	۲	۱	۶
دهلران	۸	۰	۰
دزفول	۱۳۲	۱۸۰	۳۴۷
گیلانغرب	۳۵	۱۴	۵۶
حمیدیه	۱۰	۲۶	۳۳
هویزه	۲	۲	۰
ایلام	۸	۳	۴
خرمشهر	۴۷۲	۷۹	۶۴۹
مهاباد	۱۰	۸	۱۹
مریوان	۶۱	۱۰	۲۹
شوش	۲۹	۲۳	۷۸
سوسنگرد	۹۳	۸۸	۱۴۸
مهران	۴	۱	۵
نودشه	۸	۸	۸
پاوه	۳۰	۱۹	۷۰
پیرانشهر	۳۶	۱۶	۴۶
سقز	۲	۱	۱۲
سردشت	۶۰	۵۰	۳۱۶
سرپل ذهاب	۲۴	۱۰	۲۴
شادگان	۷	۵	۲۹
روستاها	۳۶	۱۹	۳۴
دیگران	۲۰	۶۹	۴۰۹
جمع	۳۳۸۱	۲۷۶۳	۱۶۵۶۳

حملات دشمن در تمامی ساعات شبانه‌روز ثبت شده‌است و تفاوتی بین تعداد حملات در روز و شب ملاحظه نشد. در خصوص تلفات انسانی،

۲۷/۰۷/۵۹ انجام گرفت. در این روز شهر آبادان چندین بار مورد حمله قرار گرفت که منجر به شهادت ۴۵ نفر و مجروح شدن ۱۵۵ نفر دیگر گردید.

در مجموع ۲۹ مورد حمله شیمیایی توسط توپخانه ارتش عراق ثبت گردیده‌است که اکثر قریب به اتفاق این حملات به مناطق نظامی صورت گرفته‌است.

بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در طول هشت سال جنگ تحمیلی ۳۳۸۱ گزارش از حملات توپخانه‌ای به مناطق غیرنظامی کشورمان توسط ارتش عراق ثبت شده‌است یعنی به-طور متوسط در هر روز ۱/۲ حمله توپخانه‌ای صورت گرفته‌است. برخی از این حملات چند ساعت به طول انجامیده و برخی نیز به شلیک چند گلوله محدود بوده‌است. به‌علاوه تعداد حملات توپخانه‌ای عراق در ۲ سال ابتدایی جنگ از فراوانی قابل توجه‌ای برخوردار بوده‌است. این حملات از سال ۱۳۶۱ و ۶۲ به تدریج کاهش می‌یابد و سپس مجدداً در سال ۱۳۶۳ افزایش قابل توجهی یافته و در نهایت در سال‌های بعد روند کاهشی پیدا می-کند. یکی از سنگین‌ترین و شدیدترین حملات توپخانه‌ای ثبت شده در قرن بیستم به جنگ دوم جهانی (۴۴–۱۹۴۱) و محاصره لنینگراد توسط ارتش آلمان نازی باز می‌گردد. در طول محاصره ۲۹ ماهه شهر لنینگراد، ارتش آلمان حدود ۱۵۰۰۰ گلوله توپ به این شهر شلیک کردد که به‌طور متوسط هر روز تعداد ۵۱۷۲ گلوله توپ به این شهر شلیک شده‌است. ارتش آلمان نازی تنها در چهار ماه آخر سال ۱۹۴۱ میلادی (ماه سپتامبر تا دسامبر) بیش از ۳۰۰۰۰ گلوله توپ به سوی این شهر شلیک کرد (۱۰،۹) هر چند اکثر قریب به اتفاق مرگ‌ومیر غیر نظامیان در این شهر بر اثر شیوع گرسنگی بود (۱۱). در یکی از گزارش‌های سازمان ملل عنوان شده که از شروع محاصره سارایوو تا ۱۳ ژانویه ۱۹۹۳ (۲۰ ماه) حدود ۲۵۰۰۰ گلوله (توپ و خمپاره) به‌طور میانگین روزی ۴۱۷ گلوله، به این شهر شلیک گردیده است. شدیدترین گلوله باران به ۶ دسامبر ۱۹۹۲ بازمی‌گردد که در یک روز ۱۵۰۰ گلوله توپ در منطقه اوتاز در حومه شهر سارایوو فرود آمد (۱۲،۱۳). در گزارشی از آسیب دیدگان غیرنظامی در اتیبوی، حدود نیمی از مجروحین بر اثر حملات توپخانه مجروح شده بودند (۱۴).

در قرن بیست و یکم درگیری‌های غزه و اوکراین شاهد استفاده از توپخانه بوده‌است. علی‌رغم گزارش‌های خبری فراوان از این دو جنگ، گزارش مستند در خصوص میزان استفاده از گلوله-های توپ و خمپاره در حمله به مناطق غیرنظامی منتشر نشده‌است. در مورد جنگ غزه نیز عموم گزارش‌های تفکیکی بین حملات هوایی و توپخانه‌ای صورت نمی‌گیرد و تلفات و خسارات این حملات توأمان گزارش می‌شود (۱۵). حملات توپخانه‌ای بخش مهمی از درگیری‌های نظامی را تشکیل می‌دهد اما به‌ندرت می‌توان گزارشی کامل و دقیق از تلفات و خسارات غیرنظامیان بر اثر حملات توپخانه‌ای یافت که عموم آن‌ها به صورت خبرهای رسانه‌ای می‌باشد. یکی از علل احتمالی این مسئله می‌تواند عدم ثبت دقیق اینگونه وقایع توسط کشورهایی است که در جنگ‌ها

شرکت دارند. اکثر قریب به اتفاق جنگ‌های به وقوع پیوسته پس از جنگ جهانی دوم در کشورهای فقیر و یا در حال توسعه جریان داشته‌است که از نظر ثبت و یا گزارش اینگونه وقایع دارای مشکلات عدیده‌ای هستند.

نکته دیگر آنکه در اکثر جنگ‌ها، شهرهایی که در تیررس توپخانه دو طرف درگیر در جنگ قرار می‌گیرد، تخلیه شده و افراد غیرنظامی این شهرها را ترک می‌کنند و اگر غیرنظامیان در شهر حضور داشته‌باشند و قربانی حملات توپخانه‌ای شوند بسیار گذرا می‌باشد و موارد طولانی مدت آن که عمده‌تاً به چندین روز یا ماه (کمتر از یک‌سال) ختم می‌شود که آن هم مربوط به شهرهای محاصره شده توسط نیروهای متخاصم می‌باشد و به ندرت اتفاق افتاده است که مدت زمان طولانی در محاصره یا تیررس دشمن باشند (همانند آنچه در مورد لنینگراد و سارایو و یا در مورد غزه که پیش از این بیان شد) (۱۶).

در طول هشت سال دفاع مقدس مقایسه نسبت تعداد حملات توپخانه‌ای به تعداد شهداء و مجروحین حاصل از این حملات نشان می‌دهد که بالاترین میزان این نسبت به سال ۱۳۶۰ باز می‌گردد که بر اثر هر حمله به‌طور میانگین ۱۰ نفر شهید یا مجروح شده‌اند. این نسبت به مرور کاهش می‌یابد و در سال ۱۳۶۵ به کمترین میزان خود یعنی کمتر از یک شهید یا مجروح (۰/۶ نفر) به ازاء هر حمله می‌رسد.

این در حالی است که در طول هشت سال جنگ تحمیلی، حوادث رخ داده کاملاً بر عکس آنچه می‌باشد که در بالا ذکر شد و بسیاری از افراد غیرنظامی ساکن در شهرها حاضر به ترک محل سکونت خود نبوده (و یا در این حالت بعد از مدت کوتاهی مجدداً به شهر خود بازمی‌گشتند). حتی زمانی که نیروهای عراقی تا چند کیلومتری شهرهای مرزی رسیده و در روز با خمپاره (که برای مسافت کمتر از ۵ km برد دارند) شهرهایی همچون دزفول، آبادان و اهواز را هدف قرار می‌دادند (۱۷). به فرض مثال شهر دزفول در ماه‌های ابتدایی جنگ و زمانی که نیروهای بعثی تا چند کیلومتری شهر پیشروی کرده‌بودند با توپخانه و خمپاره اندازها مورد حمله قرار می‌گرفت. در خصوص شهر آبادان شرایط بسیار متفاوت می‌باشد زیرا که این شهر مخصوصاً پالایشگاه آبادان در کنار اروندرود و در نقطه صفر مرزی قرار دارد و نیروهای عراقی با خمپاره هر روز این پالایشگاه و بخش‌هایی از شهر را هدف قرار می‌دادند. به‌علاوه شهرهایی که در سال‌های آغازین و سال‌های پایانی جنگ تحمیلی مورد حمله قرار می‌گرفتند، در دو منطقه جداگانه قرار داشتند. در مناطق جنوبی که در اوائل جنگ نیروهای عراقی به راحتی خود را به این شهرها رسانده بودند، حملات توپخانه‌ای بسیار زیاده‌تر بود اما از سال سوم جنگ و با عقب رانده شدن نیروهای عراقی از مناطق اشغال شده در جنوب کشور، اکثر قریب به اتفاق شهرهای این مناطق از تیررس دشمن (به جز شهر آبادان) خارج گردید. اما در مناطق شمالی کشور وضعیت بالعکس بود و در سال‌های پایانی جنگ تحمیلی بیشترین حملات توپخانه‌ای ارتش عراق در این منطقه اتفاق افتاد. در مجموع، در نیمه دوم جنگ تحمیلی، شهرهایی که هدف حملات قرار گرفتند نسبت به نیمه اول جنگ، دارای مساحت و جمعیت کمتری نیز بودند.

در طول هشت سال جنگ تحمیلی حداقل ۲۷۶۳ نفر از غیر نظامیان

کشورمان بر اثر حملات توپخانه‌ای شهید و بیش از ۱۶۵۶۳ نفر نیز مجروح شدند. بیشترین تعداد شهداء از شهر آبادان و سپس شهرهای اهواز و دزفول گزارش شده‌است (جدول ۱).

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود از سال ۱۳۶۲ تعداد حملات عراق و تلفات انسانی ناشی از آن به شدت کاهش می‌یابد. این امر می‌تواند به چند دلیل باشد:

۱- در سال‌های ابتدایی جنگ، به دلیل پیشروی ارتش عراق و اشغال بخش قابل توجهی از خاک ایران، تعدادی از شهرهای کشورمان در تیررس توپخانه عراق قرار گرفته بود. با شروع حملات ایران و بازپس‌گیری بخش‌های اشغال شده، ارتش عراق به داخل خاک خودش عقب رانده شد و این امر باعث گردید تا به تدریج شهرهای مرزی کشورمان از تیررس توپخانه عراق خارج شود.

۲- به تدریج و با گذشت یکی دو سال از جنگ، افراد ساکن در این شهرها فراگرفتند که چگونه خود را در زمان حملات محافظت کنند و پناهگاه‌های ساخته شده در این شهرها (همانند آبادان) می‌توانست جای مردم را در زمان حملات حفظ کند.

نکته دیگری که می‌تواند در میزان تلفات تأثیر داشته‌باشد طول زمانی است که یک شهر زیر حمله قرار داشته‌است. مدت حملات در شهرهای مختلف از چند ماه تا چندین سال متغیر بود. شهر آبادان از جمله شهرهایی بود که هشت سال حملات توپخانه‌ای را شاهد بود. نمونه‌ای شبیه به شهر آبادان در جهان وجود ندارد. این شهر تقریباً ۲۵۲۵ روز زیر آتش دشمن قرار داشت. همانطور که در بالا ذکرشد از مناطقی که وضعیتی نزدیک به این شهر داشته‌اند می‌توان از سارایوو و لنینگراد نام برد (۱۰،۱۹). شهر لنینگراد به مدت ۲۹ ماه و سارایوو به مدت ۲۱ ماه در محاصره و زیر آتش توپخانه قرار داشتند. در حالیکه این رقم برای آبادان حدود ۸۴ ماه می‌باشد.

در طول جنگ تحمیلی عراق حدود ۳۰ مرتبه از گلوله‌های شیمیایی و بیولوژیک علیه نیروهای ایرانی استفاده کرده‌است. البته اهداف ارتش عراق در اکثر قریب به اتفاق این حملات مناطق نظامی بوده‌است.

محدودیت مطالعه

به دلیل گذشت نزدیک به ۴ دهه از پایان جنگ تحمیلی و همچنین عدم در دسترس بودن اطلاعات لازم در خصوص نوع مجروحیت ناشی از حملات توپخانه‌ای و همچنین عدم ثبت جزئیات مربوط به اینگونه حملات، برخی اطلاعات همچون جنسیت و یا سن افرادی که به شهادت رسیده و یا مجروح شده-اند در دسترس نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

دور نگاه داشتن غیرنظامیان از مناطق نزدیک به محل درگیری تأثیر بسزایی در کاهش تلفات و خسارات انسانی ناشی از حملات توپخانه‌ای در جنگ‌ها به دنبال دارد. به علاوه آموزش مردم عادی برای حفاظت از خود در زمان حملات توپخانه‌ای و خمپاره‌ای و همچنین ساخت پناهگاه و حفاظت از ساختمان‌ها با استفاده از وسایل در دسترس می‌تواند در کاهش خسارات انسانی بسیار مؤثر باشد.

آموزش نیروهای درمان در مورد جراحات و آسیب‌های ناشی از انفجار گلوله‌های توپ و خمپاره نقش مهمی در درمان صحیح مجروحین و کاهش مرگ و میر ناشی از این جراحات به دنبال خواهد داشت.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در “مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا” با کد اخلاق (Ethical Committee Approval-N: ۱۰۷) می‌باشد. بدین وسیله از زحمات این مرکز جهت تامین مالی این پروژه کمال تشکر را داریم. همچنین از همکاری و مساعدت “مرکز پژوهش‌های دفاع مقدس نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران” جهت در اختیار قرار دادن اطلاعات موجود در این مرکز جهت انجام مطالعه حاضر و همچنین “سازمان ایثارگران نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران” بابت مساعدت و همکاری جهت انجام مطالعه کمال تشکر را دارد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Meddings DR. Civilians and war: A review and historical overview of the involvement of non-combatant populations in conflict situations. Medicine, Conflict and Survival. 2001;17(1):6-16. doi:10.1080/13623690108409551

2. Hasar TB, Bir T. Traumatic brain injury due to gunshot wounds: a single institution’s experience with 442 consecutive patients. Turk Neurosurg. 2009;19(3):216-3.

3. VanRooyen MJ, Sloan EP, Radvany AE, Peric T, Kulis B, Tabak V. The incidence and outcome of penetrating and blunt trauma in central Bosnia: The Nova Bila Hospital for War Wounded. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 1995;38(6):863-6. doi:10.1097/00005373-19950 6000-00005

4. Eftekhari B, Sahraian MA, Nouralishahi B, Khajji A, Vahabi Z, Ghodsi M, et al. Prognostic factors in the persistence of posttraumatic epilepsy after penetrating head injuries sustained in war. Journal of Neurosurgery. 2009;110(2):319-26. doi:10.3171/2008.4.17519

5. Mohebbi HA, Nejad Sangari J, Saghafinia M, Akhavan A, Moharamzade Y. Injuries due to Bullet and Fragmentation Munitions according to Files of Supreme Medical Commission. Journal of Military Medicine. 2007;3(9):225-31.

Another Interdisciplinary: A Report on the Healthcare Management in Holy Defense; Narrations of Dr. Parviz Vazirian

Farid Ghassemlou^{1*}

1- Department of Wisdom-Traditional Medicine, and Medicine in the Era of Islam and Iran Civilization, the Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 31 October 2025 **Accepted:** 20 November 2025

Abstract

Background and Aim: In 2024, the three-volume set Healthcare Management in Holy Defense was published. This book represents the latest effort in the historiography of healthcare during the Iraq-Iran War (1980-1988) and is considered one of the most comprehensive works produced in this field to date. Its review will pave the way for identifying another facet of the structure, pillars, and achievements of the country during the Sacred Defense from the perspective of healthcare.

Methods: This article is the second attempt by this author to introduce published works in the historiography of healthcare during the Sacred Defense. The historical analysis approach is the methodology employed in both articles. The main focus of this article is on the interdisciplinary nature of this historiography and the effort to involve practitioners of the humanities in this historical narrative.

Results: Healthcare Management in Holy Defense in three volumes, strives to present diverse data on the subject. In addition to the observations and efforts of Dr. Parviz Vazirian in his role as the manager of the Khuzestan province health network, a relatively extensive collection of interviews and notes from individuals who played a role in healthcare during the Sacred Defense has been compiled. Furthermore, the text of a collection of laws passed by the Islamic Consultative Assembly (Parliament) and cabinet decrees in this area has been gathered. This data serves as an excellent foundation for future research aimed at achieving an analytical history of healthcare during the Iraq-Iran War.

Conclusion: Healthcare Management in Holy Defense is a distinguished work concerning the medicine of the Sacred Defense. The collected data, spanning over 1500 pages, can serve as a source for analytical studies in the field of Sacred Defense medicine, particularly for Master's degree theses.

Keywords: Combat Medicine, Military Medicine, Holy Defense, Iraq-Iran War, Historiography.

Tequare MH, Hailu T, Tsegay AT, et al. Prevalence, causes and outcomes of war-related civilian injuries in Ethiopia's war-torn Tigray region: a community-based descriptive study. BMC research notes. 2023;16(1):352. doi:10.11 86/s13104-023-06640-4

15. Mosleh M, Dalal K, Aljeesh Y, Svanström L. The burden of war-injury in the Palestinian health care sector in Gaza Strip. BMC International Health and Human Rights. 2018;18(1):28. doi:10.11 86/s12914-018-0165-3

16. Wild H, Stewart BT, LeBoa C, Stave CD, Wren SM. Epidemiology of injuries sustained by civilians and local combatants in contemporary armed conflict: an appeal for a shared trauma registry among humanitarian actors. World Journal of Surgery. 2020;44(6):1863-73. doi:10. 1007/s00268-020-05428-y

17. Abolghasem H. Khuzestan in War. Center for War Studies and Research, 7th edition; 2008.

18. Eger C. The Paris Guns of World War One. These monsters bombarded the city from 70 miles away. Available from: <http://www.suite101.com/content/the-paris-guns-of-world-war-one-a4605>. [accessed 30 January 2026]

19. Suljevic I, Surkovic I. Medical aspects of the mass-scale civilian casualties at Sarajevo Markale Market on August 28, 1995: triage, resuscitation, and treatment. Croatian Medical Journal. 2002; 43(2):209-12.

6. Hardaway RM. Viet Nam wound analysis. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 1978;18(9): 635-43.

7. Danon YL, Nili E, Dolev E. Primary treatment of battle casualties in the Lebanon War, 1982. Israel Journal of Medical Sciences. 1984;20(4):300-2.

8. Rautio J, Paavolainen P. Afghan war wounded: experience with 200 cases. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 1988;28(4):523-5. doi:10.10 97/00005373-198804000-00019

9. Forczyk R, Dennis P. Leningrad 1941-44: The epic siege. Osprey Publishing. England. 2009.

10. Heavy artillery at Leningrad. Available from: <https://warhistory.org/@msw/article/heavy-artillery-at-leningrad>. [accessed 30 January 2026]

11. Rotar OP, Moguchaya EV, Boyarinova MA, Alieva AS, Orlov AV, Vasilieva EY, et al. Siege of Leningrad survivors phenotyping and biospecimen collection. Biopreservation and Biobanking. 2015;13(5):371-5. doi:10.1089/bio.2015.0018

12. Gayer G, Heidari A. Will the Truth Prevail? Discussions on the Interplay of Advertising, Mass Media, and Decision-Making. Available from: <http://noo.rs/g5jgk>

13. Leitenberg M. Death in Wars and Conflicts in the 20th Century; 2006. [accessed 25 May 2025]

14. Asgedom AA, Etsedingl A, Hailemariam TT,

* **Corresponding Author:** Farid Ghassemlou
Address: Department of Wisdom-Traditional Medicine, and Medicine in the Era of Islam and Iran Civilization, the Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran.
E-mail: ghassemlou@gmail.com

یک مطالعه بین رشته‌ای: گزارشی درباره کتاب مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس؛ روایت‌های مرحوم دکتر پرویز وزیریان

فرید قاسملو^۱

۱- گروه حکمت- طب سنتی و پزشکی در دوران تمدن اسلام و ایران، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: در سال ۱۴۰۳ خوشییدی مجموعه سه جلدی مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس از چاپ خارج شد. این کتاب جدیدترین کوشش در زمینه تاریخ‌نگاری بهداشت و درمان در طول جنگ عراق با ایران (۱۳۶۷-۱۳۵۹ خورشیدی)، و یکی از مفصل‌ترین کارهای انجام شده در این زمینه تا کنون به حساب می‌آید و بررسی آن راهگشای رسیدن به بخش دیگری از شناسایی ساختار، ارکان و دستاوردهای کشور در جریان دفاع مقدس از منظر بهداشت و درمان خواهد بود.

روش‌ها: این مقاله دومین کوشش برای معرفی آثار منتشر شده در زمینه تاریخ‌نگاری بهداشت و درمان دفاع مقدس از سوی مؤلف این سطور به حساب می‌آید. تحلیل تاریخی رویکردی است که در این دو مقاله به کار گرفته شده است. توجه به وجه میان رشته‌ای تاریخ‌نگاری بهداشت و درمان دفاع مقدس و کوشش برای ورود دست‌اندرکاران علوم انسانی در این تاریخ‌نگاری وجه اصلی در این مقاله است.

یافته‌ها: مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس در سه جلد می‌کوشد داده‌های گوناگونی را درباره موضوع به‌دست دهد. علاوه بر دیده‌ها و کوشش‌های دکتر پرویز وزیریان در مقام مدیر شبکه بهداری استان خوزستان؛ مجموعه به نسبت وسیعی مصاحبه و یادداشت از کسانی که در دوران دفاع مقدس نقشی در بهداشت و درمان داشته‌اند، جمع‌آوری شده است؛ همچنین، متن مجموعه‌ای از قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی و مصوبات هیئت وزیران در این زمینه گردهم آمده است. این داده‌ها پایه بسیار خوبی برای پژوهش‌های آینده با هدف رسیدن به تاریخ تحلیلی بهداشت و درمان جنگ عراق با ایران به حساب می‌آیند.

نتیجه‌گیری: مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس اثری مهم درباره پزشکی دفاع مقدس است. داده‌های جمع‌آوری شده در حجمی بیش از ۱۵۰۰ صفحه، می‌تواند به عنوان منبع مطالعات تحلیلی آینده در زمینه پزشکی دفاع مقدس به ویژه در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد به حساب می‌آید.

کلیدواژه‌ها: طب رزمی، طب نظامی، دفاع مقدس، جنگ عراق با ایران، تاریخ‌نگاری.

* نویسنده مسئول: فرید قاسملو

آدرس: گروه حکمت- طب سنتی و پزشکی در دوران تمدن اسلام و ایران، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.
ایمیل: ghassemlou@gmail.com

مقدمه

خوشبختانه در سه سال گذشته به طور دائم شاهد انتشار کتاب‌های مهمی درباره تاریخ‌نگاری بهداشت و درمان دستگاه‌های نظامی و درمانی کشورمان هستیم. به نظر می‌رسد کوششی که از چندین سال پیش برای مستندسازی گوشه‌های مختلف ایثار و فعالیت‌های دست اندرکاران بهداشت و درمان در طول هشت سال جنگ عراق با ایران آغاز شده بود؛ اکنون، آرام آرام در حال به بار نشستن است و اینک، داده‌های بسیار خوب و معتبری در این زمینه در حال انتشار است.

یک رخداد فرخنده دیگر در این زمینه، تنوع موضوعی این آثار است؛ از جمله در زمینه تاریخ‌نگاری شفاهی بهداشت و درمان دفاع مقدس (به ترتیب انتشار: تاریخ شفاهی دفاع مقدس، روایت نصرالله فتحیان: بهداری رزمی؛ به کوشش علی اصغر ملا، مرکز اسناد و تحقیقات دفاع مقدس، تهران، ۱۴۰۲ خورشیدی؛ تاریخ شفاهی دفاع مقدس، روایت دکتر علی مهرابی توانا: بهداشت جنگ، به کوشش محمدرضا باقری، همانجا، ۱۴۰۳ خورشیدی) و در زمینه تاریخ‌نگاری نهاده‌ها و سازمان‌های دست‌اندرکار (برای نمونه: قطره‌های زندگی بخش: نقش سازمان انتقال خون در دفاع مقدس، به کوشش مدینه پورمحمد پورناکی و دیگران، نشر سرو، تهران ۱۴۰۲ خورشیدی).

بر این اساس کمابیش داده‌های مختلفی درباره تاریخ‌نگاری بهداشت و درمان دفاع مقدس در دسترس است. همچنین، کوشش‌های مختلفی نیز برای تدوین ساختارهای دقیقی از کل فرآیند بهداشت و درمان در طول دفاع مقدس صورت گرفته است (۱).

پیش از این (۲) کوشیده‌ام گزارشی از گوشه‌ای از دغدغه‌های رسیدن به طرح آرمانی تاریخ تحلیلی بهداشت و درمان جنگ عراق با ایران را به دست دهم. در آن نوشته به‌ویژه کوشیدم نشان دهم اصطلاح‌شناسی، نظریه‌پردازی و منبع‌شناسی، سه لایه‌ای هستند که می‌توانیم دستاوردهای خود را در آن‌ها دسته‌بندی کرده و آرام آرام، به سمت و سوی این تاریخ‌تحلیلی (که همچون نان شب، برای استفاده از تجربیات بهداشت و درمان دوران دفاع مقدس در زندگی امروزه واجب و لازم است)، حرکت کنیم. تمامی قرائن نشان‌دهنده آن است که دستکم در لایه سوم (تولید منابع) کوشش‌های خوبی در حال انجام است و لازم است فعالیت‌هایی نیز در لایه‌های اول و دوم (اصطلاح‌شناسی و نظریه‌پردازی) صورت گیرد.

بر این اساس، مقاله حاضر را اختصاص داده‌ام به معرفی (و کمی نیز، نقد و بررسی) یکی از جدیدترین منابع این عرصه، دوره سه جلدی مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس، جلد اول، به روایت دکتر پرویز وزیریان، ۴۷۰ صفحه؛ جلد دوم، مصاحبه‌ها و گفتگوها ۵۳۰ صفحه، جلد سوم، مستندات و قوانین، یادها و خاطره‌ها، ۶۰۰ صفحه؛ هر سه جلد به کوشش پرویز وزیریان و زینب یزدانی، تهران، نشر هادی مشکات نور، ۱۴۰۳ خورشیدی.

روش‌ها

کتاب مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس، آنگونه که از مقدمه ناظر طرح بر آن به دست می‌آید، یک طرح پژوهشی بوده است که

از سوی نهاده‌ها و مؤسسه‌های مختلف؛ از جمله صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران در سال ۱۳۹۵ خورشیدی حمایت شده و کتاب سه جلدی حاضر، نتیجه آن طرح پژوهشی بوده است. پدیدآور اصلی کتاب، مرحوم پرویز وزیریان در آغاز دوران دفاع مقدس مدیرعامل بهداری استان خوزستان بوده و بر این اساس بیش از هر کس دیگر فراز و فرود و مسائل و مشکلات و دغدغه‌های یکی از موقعیت‌های جغرافیایی مهم دفاع مقدس (خوزستان) را به چشم دیده است. فردی که بیش از همه مدیران دست‌اندرکار دفاع مقدس در آغازین روزهای جنگ عراق با ایران، ماهیت جنگ از منظر بهداشت و درمان را درک کرده است.

این رخداد نکته مهمی در فرایند “تحلیل تاریخی” تاریخ بهداشت و درمان دفاع مقدس به حساب می‌آید. چرا که یکی از نزدیک‌ترین دست‌اندرکاران مدیریت بهداشت و درمان کشور در روزهای آغازین جنگ عراق با ایران، کسی که در رده مدیران این عرصه بوده است، دیده‌ها و کوشش‌های خود را به رشته تحریر درآورده است. این نگاه مدیریتی روشن‌کننده بسیاری از دستاوردها، فعالیت‌ها و کوشش دست‌اندرکاران بهداشت و درمان کشور در خوزستان روزهای جنگ است و البته، بیان‌کننده دغدغه‌هایی که کمتر افرادی (در رده‌های پایین‌تر) در آن زمان و مکان مورد توجه خود داشته‌اند.

با تکیه بر روش تحلیل تاریخی، این مقاله نگاه اصلی خود را متوجه آن بخش از کتاب مدیریت بهداشت و درمان دفاع مقدس نموده که توصیف‌کننده نقش پرویز وزیریان در مقام مدیریت بهداشت و درمان خوزستان در دوران جنگ عراق با ایران است.

جلد یکم کتاب مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس در چهارده بخش، راوی و بیان‌کننده دستاوردهای وزیریان در مقام مدیر بهداری استان خوزستان (بخش‌های دوم تا پنجم، به جز بخش اول کتاب، شامل کلیاتی درباره جنگ) می‌باشد. در بخش‌های ششم تا چهاردهم، این نقش سازمان‌ها، وزارت‌خانه‌ها و نهادهای دست‌اندرکار بهداشت و درمان در جنگ است که توصیف شده‌اند. بر این اساس، به ترتیب نقش وزارت بهداری وقت، هلال احمر و یگان‌های بهداری رزمی ارتش و سپاه روایت شده است. به جز این، موضوع‌هایی چون مهاجرت، ارتقاء، توسعه و بازسازی مراکز درمانی، آموزش پزشکی، مشارکت‌های مردمی و نقاط قوت و چالش موضوع بهداشت و درمان نیز در کتاب روایت شده است.

ناظر به احاطه کامل راوی (دکتر پرویز وزیریان) به موضوع، نکات مهمی درباره بهداشت و درمان دوران جنگ در این بخش‌ها از جلد نخست کتاب گردآمده است. نکاتی که علاوه بر نقش آن‌ها برای رسیدن به تاریخ تحلیلی بهداشت و درمان جنگ عراق با ایران، حاوی داده‌های بسیار مهم تاریخ نیز هست. داده‌هایی که لازم است برای استفاده از تاریخ، در مدیریت امروز و فردا، بر روی آن‌ها درنگ بیشتری شود، از جمله:

گزینه‌های مهم و تأثیرگذار برای یک مدیر (۳)، تاریخ‌نگاری تشکیل ستادهای مختلف بهداشتی-درمانی استان از جمله ستاد درمان و ستاد خدمات بهداشتی که از ورای آن نقش این ستادها و مدیریت

واحد و هماهنگ برای پیشبرد کارها در آن دیده می‌شود (۴)، فهرستی از بیمارستان‌های خدمت‌دهنده به مجروحان و مصدومان جنگ در استان خوزستان (۵) و توصیف نقش اعجاب‌آور بیمارستان نظام مافی شوش در این دوران (۶)، کوشش برای توجیه فرماندهان نظامی در زمینه مسائل بهداشتی مناطق جنگی (۷)، فهرستی از بیماری‌های شایع در دوران جنگ (۸) و فهرستی از اقدامات کلیدی برای کنترل بیماری‌های واگیردار (۹). در ادامه متن، وزیربان بسته به مورد نقش خود را در زمینه مدیریت یا همکاری با مدیران دیگر نهادها و سازمان‌های دست‌اندرکار بهداشت و درمان خوزستان جنگ زده توضیح داده است، از جمله در موضوع مهاجرت و مدیریت بهداشتی و درمان اردوگاه‌های مهاجران جنگی، توسعه مراکز ارائه خدمات و مدیریت بهداشتی درمانی خوزستان در دوران جنگ، آموزش پزشکی و همکاری با جمعیت هلال احمر در این دوران در خوزستان و سراسر کشور.

یکی از بخش‌های مهم کتاب که پا را از توصیف بیرون نهاده و وارد فضای تحلیل نیز می‌شود، بخش دوازدهم کتاب است، که به شرح کوتاهی از چالش‌ها و نقاط قوت مدیریت بهداشت و درمان دوران دفاع مقدس می‌پردازد (۱۰). در این بخش، وزیربان رویهم رفته ۱۸ پیشنهاد نیز، برای نگاه به آینده، از منظر پزشکی سابقه سال‌ها حضور در عرصه مدیریت بهداشت و درمان مناطق جنگی را داشته به دست می‌دهد که قابل توجه هستند.

فصل نهایی جلد اول کتاب گزارش تاریخی کوتاهی از فعالیت‌های بهداری رزمی سپاه و ارتش در طول جنگ عراق با ایران است که به‌ویژه از نظر توصیف لایه‌های امداد و انتقال، و نیز سطوح مختلف عملیات امدادی بسیار جالب هستند.

پیش از این، مؤلف این سطور به موضوع مهم لزوم طرح داده‌های کمی و آماری برای روشن سازی کوشش‌هایی از دست آنچه در طول دوران جنگ عراق با ایران در زمینه بهداشت و درمان انجام شده بود اشاره کرده بود (۴)؛ جالب است که این موضوع مورد توجه وزیربان بوده‌است. در جلد اول چند جدول وجود دارد، از جمله تعداد فعالیت‌های صورت گرفته برای شناسایی بیماری‌های مالاریا و بیلازیوز طی سال‌های جنگ (۱۱)، مجموعه عوامل انسانی مستقر در اردوگاه‌های مهاجران جنگ دست‌اندرکار بهداشت و درمان (۱۲)؛ تعداد مهاجران جنگی و توزیع آن‌ها براساس محل اسکان، جنسیت و سن (۱۳) و جدولی از زمان و تعداد مجروحان تحویلی به ستادهای انتقال مجروحان شهرها (۱۴).

جلد دوم کتاب روی‌هم رفته شامل گفتگو با ۳۱ نفر از دست‌اندرکاران بهداشت و درمان کشور طی دوران جنگ و در رده‌های مختلف است. از جمله دو تن از وزرای بهداری وقت و چند تن از معاونان ایشان و افرادی در شغل‌ها و موقعیت‌های مختلف اما همگی مرتبط با موضوع بهداشت و درمان جنگ. در لابه‌لای این گفته‌ها حقایق و داده‌های بسیار مهم و البته خواندنی درباره جبهه‌های جنگ و مجروحان و مصدومان آن مناطق دیده می‌شود. جلد سوم کتاب نیز از سه بخش تقریباً ناهمگون تشکیل شده‌است. ابتدا مجموعه یادداشت‌هایی

کوتاه و بلند از مجموعه به نسبت وسیعی از افراد گوناگون که هرکدام در طول جنگ عراق با ایران در صحنه‌های نبرد و مناطق پیرامون آن حضور داشته‌اند و شاهد راوی صحنه‌های تأثیرگذار، مهم و خواندنی از درمان و بهداشت مناطق جنگی هستند. بخش دوم، حاوی متن یا بخشی از متن ۹۳ فقره قانون مصوب مجلس شورای اسلامی در طول سالیان جنگ که هرگونه ارتباطی با وضع بهداشت و درمان جبهه‌ها، مناطق جنگی، پشت جبهه‌ها، آموزش دست‌اندرکاران این عرصه‌ها یا حمایت از محرومان، شهدا و خانواده آنان دارد؛ بخش سوم این جلد نیز حاوی تعداد ۷۵ فقره تصویب‌نامه هیئت وزیران کمابیش در موضوع‌های ذکر شده در بالا است.

روی‌هم‌رفته باید گفت در جلد‌های مختلف مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس داده‌های گران‌بها و مهمی درباره موضوع مدیریت پزشکی در دوران جنگ طرح شده‌است. از دیگر سو، نویسنده این سطور مطمئن نیست پدیدآورندگان کتاب مایل بوده‌اند چیزی را در این زمینه از قلم نیندازند؟ آیا هیچ فهرست یا متن راهنمایی برای تهیه بخش‌های مختلف کتاب به‌ویژه در جلد‌های دو و سه کتاب در اختیار بوده‌است تا موضوع خاصی ناگفته نمانده باشد؟ به عنوان نمونه، آیا در این کتاب، به نقش تمامی سازمان‌ها، مؤسسات و نهادهای دست‌اندرکار بهداشت و درمان خوزستان در دوران جنگ عراق با ایران پرداخته شده‌است؟

داده‌های طرح شده در کتاب، هم از نظر مطالعات نظری و بحث‌های کلی، و هم از نظر مباحث جزئی و کاملاً حرفه‌ای عرصه بهداشت و درمان دوران جنگ (از جمله از دید مدیران میانی و مدیران کلان حوزه بهداشت و درمان کشور) بسیار مهم و قابل تأمل هستند و از این رو می‌توان گفت گام خوبی برای ترسیم مسائل کلی این عرصه، برای تهیه فهرست اولیه موضوع‌ها و با هدف تولید دانش درباره آن‌ها برای رسیدن به تاریخ تحلیلی بهداشت و درمان جنگ عراق با ایران برداشته شده‌است.

چاپ و صحافی کتاب کاملاً چشم‌نواز و مناسب است. اما نادرستی کوچکی از میانه‌های جلد یکم کتاب دیده می‌شود و آن این که از بخش دوازدهم (صفحه ۳۶۳ جلد اول) بین صفحات طرح شده در فهرست مطالب کتاب، با صفحه مربوط به آن موضوع در داخل متن چهار صفحه جابه‌جایی دیده می‌شود، به عبارت دیگر، در فهرست اولیه کتاب آمده که بخش دوازده از صفحه ۳۵۹ آغاز می‌شود، اما در متن کتاب، این بخش از صفحه ۳۶۳ آغاز شده‌است. این جابه‌جایی تا انتهای این جلد وجود دارد. اما از دیگر سو، نمایه‌های انتهای کتاب دچار این به هم ریختگی نیستند. بر این اساس، بر مؤلف این سطور معلوم نشد این جابه‌جایی در فهرست اولیه کتاب چگونه رخ داده، اما مناسب است تدبیری برای رفع آن در چاپ‌های بعدی کتاب اندیشیده شود.

نمایه‌های آخر هر جلد کمابیش با دقت استخراج شده‌اند. اما برای کتابی با این حجم و با این همه داده، به نظر می‌رسد تدوین نمایه‌های فنی و تخصصی بیشتری (در قالب چند نمایه موضوعی اما جدا از هم) لازم بوده‌است.

با تمام اهمیت کتاب مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس برای تاریخ‌نگاری وضع پزشکی دوران جنگ عراق با ایران که کمابیش به تعدادی از آن‌ها اشاره شد، این کتاب از یک مشکل رنج می‌برد و آن نبود یک نگاه جامع و عمیق در سراسر کتاب است. تردیدی ندارم که همه مسائل و داده‌های طرح شده در کتاب، از ویژگی‌های مدیریتی طرح شده در جلد یکم و تأکید بر مشکلاتی که در ماه‌های آغازین جنگ در زمینه پزشکی خوزستان وجود داشته است، تا تمامی قوانین و مصوبه‌های جمع‌آوری شده در جلد سوم از اهمیت بسزایی در تاریخ‌نگاری بهداشت و درمان جنگ عراق با ایران برخوردار هستند. اما هیچ پاسخی در متن کتاب به این پرسش که این همه داده، با این نظم و ترتیب، بر چه اساس و با چه رویکردی گرد آمده‌اند؟ وجود ندارد. جای یک مقدمه مفصل، جامع و مشتمل بر بحث‌های نظری و البته حاوی بعضی داده‌های تاریخی درباره زندگی پدیدآور کتاب (دکتر پرویز وزیربان) در ابتدای جلد یکم کتاب خالی است.

نتیجه‌گیری

با انتشار کتاب مدیریت بهداشت و درمان در دفاع مقدس که به کوشش دکتر پرویز وزیربان و زینب یزدانی پدید آمده است، یک قدم به تاریخ تحلیلی بهداشت و درمان جنگ عراق با ایران نزدیک شده‌ایم. این کتاب ناظر تجربه مدیریتی پدیدآور آن و مجموعه داده‌های دیگری که در آن جمع‌آوری شده‌است، از جمله گفتگو با مجموعه به نسبت بزرگی از دست‌اندرکاران بهداشت و درمان جنگ، اثری گرانقدر جامع به حساب می‌آید و باید به دست‌اندرکاران تهیه آن تبریک گفت. به نظر مؤلف این سطور، در این کتاب مجموعه داده‌های بسیار فراوانی درباره بهداشت و درمان دوران جنگ عراق با ایران گردآمده است و مؤلف این مقاله به طور جدی پیشنهاد می‌نماید دوره سه جلدی کتاب متن پایه‌ای برای تعریف یک پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته‌هایی چون تاریخ یا علوم اجتماعی قرار گیرد تا بر اساس این پژوهش، بخشی از روابط علی-معلولی مدیریت بهداشت و درمان دوران جنگ عراق با ایران و فراز و فرودهای آن به صورت منسجم استخراج و تحلیل شده و مورد استفاده نظریه‌پردازان طب رزمی کشور قرار گیرد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسنده تصریح می‌نماید که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

بیاد و خاطره مرحوم دکتر پرویز وزیربان را که الگویی از حضور و تلاش عالمانه و صادقانه در اعتلای سطح سلامت کشوردر برهه‌ها و بحران‌های گوناگون بودند، گرامی داشته و علو درجات ایشان را از درگاه الهی مسئلت داریم.

منابع

1. Pourheidari G, Cheraghali A. The structure and role of health care in 8-Years Holy Defense. Journal of Combat Medicine. 2020;3(2):38-47. doi:10.30491/

JCM.2020.136772

2. Ghassemloo F. Clarifying the Interdisciplinary Aspect of the Historiographical Studies of the Iraq War with Iran Health and Treatment, with the Approach of Criticizing the Four-volume Collection of Defense Health Bibliography. Journal of Combat Medicine. 2023;6(1):32-9. doi:10.30491/jcm.2023.190364

3. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 67-68.

4. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 100-130.

5. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 145-171.

6. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 171-175.

7. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 209-210.

8. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 214-240.

9. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 241-242.

10. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 365-374.

11. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 216-217.

12. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 238.

13. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 270-275.

14. Vazirian P, Yazdani Z. Healthcare Management in Holy Defense. Tehran: Meshkat Hadi Noor, Tehran. 2024. Vol. 1. pp. 395-398.



Journal Information

- **Publication Title:** Iranian Journal of Combat Medicine
- **Abbreviated title:** IJCM
- **Volume 8, Issue 2 - Serial No. 16, Fall-Winter 2025**
- **Content Type:** Scientific and research-based (Medicine and Military Trauma)
- **ISSN:** 2717-4026
- **Frequency:** Bimonthly
- **Language:** Persian
- **Date of first issue:** Winter 2018
- **Affiliation:** IJCM
- **President:** Dr. Seyed Masoud Khatami
- **OWNER:** Holy Defense & Resistance Combat Medicine Institute and Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **EIC:** Dr. Mohammad Ali Mohagheghi
- **Managing Editor:** Dr. Roknoddin Soltani Nejad
- **Editorial board (A-Z):** Ahmad Abdollahi Ghomi, Hasan Abolghasemi, Abolhasan Ahmadian, Jaleel Arab Kheradmand, Hasan Araghizadeh, Mohammad Javad Behzadnia, Saeed Bayenat, Abdolmajeed Cheraghali, Ali Ebrahimi, Bahram Einollahi, Nasrollah Fathian, Iraj Fazel, Abbas Forootan, Mostafa Ghanei, Rahmatollah Hafezi, Vahid Hamidi, Solayman Haydari, Khosro Jadidi, Seyed Mohammadreza Kalantar Motamedi, Hadi Khoshmohabat, Seyed Alireza Marandi, Ali Mehrabi Tavana, Shaaban Mehrvarz, Ali Asghar Molla, Amir Nezami Asl, Ahmad Ali Noorbala Tafti, Yunes Panahi, Sadegh Rajaie, Nsaser Simforoosh, Siavash Sehat, Seyed Rahim Safavi, Behrooz Tavana, Mohammad Reza Zafarghandi
- **Graphic Design:** IJCM Office
- **Farsi Editor of this volume:** Dr. Amir Mahdi Taleb
- **Place of publishing:** Tehran
- **Tel:** 021-88606728-88606152
- **Fax:** 021-88052684
- **Address:** No. 2, Nosrati Street, South Sheikh Bahayee Street, MollaSadra Street, Vanak Square, Tehran
- **Zip Code:** 1435916961
- **PO Box:** 19395-5487
- **Email:** Jbehdarirazmi@gmail.com
- **Print:** Javan Newspaper



Table of Contents

- 1- On the Heights of Endurance and the Peak of Martyrdom 174-175
- 2- The Need to Review the Doctrine of Health Management in the Sacred Defense: from Documenting Experiences to Producing Strategic Theories 176-177
- 3- Scoping Review- The Pattern of Reviewing Sustainable Development and Security Research in Southeastern Iran: A Scoping Review of Biological, Environmental, and Health Challenges with an Integrated Policy-Making Perspective 178-192
- 4- Narrative Review- The Importance of Addressing Climate Change in Reassessing the Role of Basij in Health Provision and Promotion in Southeastern Iran 193-207
- 5- Narrative Review- Explaining the Structure and Health Infrastructure of Sistan and Baluchestan Province: Capacities, Challenges, and Proposed Strategies 208-214
- 6- Original Article - The Relationship Between Security and Health in Various Dimensions, with Emphasis on the Strategic Region of South East of Iran 215-226
- 7- Original Article - The Dichotomy of Development and Deprivation: An Analysis of Health Mega-Challenges and Mega-Opportunities in Southeast Iran in the Coming Decade 227-235
- 8- Original Article - Iranian Civilian mortality due to Iraqi artillery attacks during the imposed war (1980-1988) 236-242
- 9- Original Article - Another Interdisciplinary: A Report on the Healthcare Management in Holy Defense: Narrations of the Late Dr. Parviz Vazirian 243-247



Scientific-Research Journal

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

The Eighth Year, The Second Number, Fall-Winter 2025



Scientific and Research-Based

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

Volume 8, Issue 2 (Serial No 16), Fall-Winter 2025, ISSN: 2717-4026

16

■ On the Heights of Endurance and the Peak of Martyrdom

- The Need to Review the Doctrine of Health Management in the Sacred Defense: from Documenting Experiences to Producing Strategic Theories

- Scoping Review - The Pattern of Reviewing Sustainable Development and Security Research in Southeastern Iran: A Scoping Review of Biological, Environmental, and Health Challenges with an Integrated Policy-Making Perspective

- Narrative Review - The Importance of Addressing Climate Change in Reassessing the Role of Basij in Health Provision and Promotion in Southeastern Iran

- Narrative Review - Explaining the Structure and Health Infrastructure of Sistan and Baluchestan Province: Capacities, Challenges, and Proposed Strategies

- Original Article - The Relationship Between Security and Health in Various Dimensions, with Emphasis on the Strategic Region of South East of Iran

- Original Article - The Dichotomy of Development and Deprivation: An Analysis of Health Mega-Challenges and Mega-Opportunities in Southeast Iran in the Coming Decade

- Original Article - Iranian Civilian mortality due to Iraqi artillery attacks during the imposed war (1980-1988)

- Original Article - Another Interdisciplinary: A Report on the Healthcare Management in Holy Defense; Narrations of the Late Dr. Parviz Vazirian