

نشریه علمی-پژوهشی

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال دوم * شماره اول (شماره پیاپی سه) * تابستان - ۹۸

- نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی
دکتر سید یحیی صفوی، دکتر محمدعلی محقق
- تهدیدات ناهمطراز و بیمارستان های صحرایی
سلیمان حیدری
- واپایش (کنترل) درد با کتامین در شرایط جنگی - ملاحظات و پیامدها
حمیدرضا جوادزاده، محمدجواد بهزادنیا
- درس هایی از امداد و درمان در عملیات آزادسازی بستان
علی غفوری، علی اصغر ملا، احمد اخوان مهدوی
- تحلیل امداد و درمان در حادثه سیل فراگیر بهار ۱۳۹۸
حسن عراقی زاده، اسماعیل مطلق
- ارائه خدمات دارویی در هشت سال دفاع مقدس
عبدالمجید چراغعلی، مهدی باقری، مجید شهرتی
- ایمنیزاسیون در جنگ و مرور تجارب دفاع مقدس
علی مهربانی توانا
- بررسی تعامل ارتش عراق با اسرای ایرانی از منظر اخلاقی
علی خاجی

بهدارز می



دانشگاه علوم پزشکی تبریز



هادی خوش محبت، صادق رجائی، ناصر سیم فروش، سیاوش صحت، سید رحیم صفوی، محمد تقی طهماسبی، محمدرضا طفرقندی، جلیل عرب خردمند، بهرام عین الهی، علی غفوری، ایرج فاضل، عباس فروتن، مصطفی قائمی، سید محمد رضا کلاتر معتمدی، محمد حسین لشکری، سید علیرضا مرندی، علی اصغر مولا، شعیان مهرورز، علی مهرابی توانا، امیر نظامی اصل، احمد علی نوربالا نقی.

طراح و مشاور هنری: محمد علی ناصحی

ویراستار فارسی این شماره: دکتر امیر مهدی طالب

ویراستار لاتین این شماره: دکتر محمد حسین کلاتر معتمدی

محل انتشار: تهران

تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۵۳۷۶۶

نمابر: ۰۲۱-۸۸۰۵۳۷۶۶

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)، پژوهشگاه رزم، مرکز تحقیقات تروما

کد پستی: ۱۴۵۹۱۶۴۷۱

صندوق پستی: ۱۹۳۹۵-۵۴۸۷

دسترسی اختصاصی: behdarirazmi.ir

سایت اختصاصی: ircjcm@gmail.com

نشانی الکترونیک: behdarirazmi.ir

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: چاپخانه روزنامه جوان

نشریه علمی پژوهشی

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال سوم، شماره اول (شماره پیاپی ۳) تابستان ۱۳۹۸

مشخصات نشریه

عنوان فارسی: نشریه علمی پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

عنوان لاتین: Iranian Journal of Combat Medicine

عنوان اختصاری لاتین: IJCM

حیطه فعالیت: علمی پژوهشی (طب و ترومای جنگی)

دوره انتشار: دو فصل نامه

زبان: فارسی

شروع انتشار: زمستان ۱۳۹۶

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

مدیر مسئول: دکتر حسن عراقی زاده

رئیس هیئت تحریریه: دکتر سید مسعود خاتمی

رئیس مؤسسه بهداری رزمی: سرتیپ پاسدار نصرالله فتحیان

سرپرست: دکتر محمد علی محقق

مدیر اجرایی: دکتر رکن الدین سلطانی نژاد، دکتر سید محسن نظام الدین

هیئت تحریریه: برتیپ حروف القبا:

علی ابراهیمی، بهروز توانا، حسن ابوالقاسمی، ابوالحسن احمدیان، مهدی اخوان، یونس بنامی، سعید بینات، عبدالمجید چراغعلی، رحمت الله حافظی، وحید حمیدی، سلیمان حدادی، علیرضا جلالی، خسرو جدیدی، غلامرضا جلالی،

فهرست	
۴	۱-اهداف و حوزه فعالیت
۸	۲-سختن سردبیر
۹	۳-کلام راهبردی
۱۱	۴-نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی
۱۸	۵-تهدیدات ناامطر از و بیمارستان های صحرایی
۲۳	۶-وابایش (کنترل) درد با کتامین در شرایط جنگی - ملاحظات و پیامدها
۲۶	۷-درس هایی از امداد و درمان در عملیات آزادسازی بستان
۳۱	۸-تحلیل امداد و درمان در حادثه سیل فراگیر بهار ۱۳۹۸
۳۸	۹-ارائه خدمات دارویی در هشت سال دفاع مقدس
۴۸	۱۰-ایمونیزاسیون در جنگ و مرور تجارب دفاع مقدس
۵۲	۱۱-بررسی تعامل ارتش عراق با اسرای ایرانی از منظر اخلاقی

خاطرات، تجربیات، آثار و تجلیات هنری، ادبی، احکام و معارف مرتبط و مطالب مشابه را منتشر می‌نماید.

نشریه تحت نظر هیئت تحریریه و هیئت مشاوران عالی علمی اداره می‌شود. نشریه دارای بخش‌های علمی و پژوهشی و نیز فرهنگی، اجتماعی به شرح زیر است:

مسئولیت‌شناسی و رفتار بهینه حرفه‌ای در شرایط جنگی، بلايا و صلح، عوامل و مکانیسم ترومای جنگی، اپیدمی‌های تهدیدکننده در شرایط جنگی، بهداشت محیط، حرفه‌ای و عمومی در شرایط جنگ و بلايا، ساختارها و تجهیزات بهداری رزمی، امداد و انتقال مصدومین جنگی و بلايا در شرایط و با وسایل مختلف، اقدامات احیاء در میدان جنگ و زمان تخلیه مجروحان، تریاژ، اقدامات و شیوه‌های جراحی و بیهوشی و طب اورژانس در جنگ و بلايا، پرستاری در جنگ، انتقال خون و فرآورده‌های خونی در شرایط جنگی و بلايا، تجارب طب رزمی در دنیا، تهدیدات نوین جنگی، جنگ‌های شیمیایی، بیولوژیک و هسته‌ای، جنگ نرم، قدرت نرم، سلطه و استیلای علمی، سلطه و سرآمدی اقتصادی و اقتصاد مقاومتی، سلطه و سیطره فرهنگی، تاریخچه و تحولات دفاع مقدس، لزوم و شیوه‌های آداب آمادگی دفاعی در حوزه طب و سلامت، نقش‌ها، مسئولیت‌ها و دستاوردهای بانوان در دفاع مقدس و بهداری رزم، تبیین سبک زندگی رزمندگان دفاع مقدس، سبک صحیح زندگی رزمندگان و مردم در شرایط جنگ، عوارض روانی ناشی از جنگ، بیوتروریسم، زندگینامه و آثار شهدا و ایثارگران جامعه پزشکی در دوران دفاع مقدس، قبل و بعد از آن، تاریخچه دفاع مقدس، تحلیل سلامت روانی، معنوی و اجتماعی در حوزه دفاع و مقاومت، تحلیل شرایط اجتماعی دوران دفاع مقدس، تاریخچه طب نظامی در اسلام و ایران، فلسفه تاریخ طب، احیای هویت اسلامی و ایرانی در حوزه طب و سلامت، سیر تطورات طب رزمی در تاریخ معاصر، مرجعیت علمی در حوزه طب، نقش‌های تمدن‌ساز طب و سلامت در تمدن‌سازی نوین اسلامی، امدادرسانی در جنگ‌های مهم تاریخ، فرهنگ آمادگی دفاعی، فرهنگ اسلامی سلامت مردم، فرهنگ سازی دفاع عمومی و شخصی، مطالعات فرهنگی-اجتماعی سلامت، مبانی معرفتی و فلسفی اخلاق پزشکی، بصیرت، نماز و نیایش در فضای بهداری رزم، ادبیات بومی-اسلامی در حوزه فرهنگ دفاع مقدس، آثار، تحلیل‌ها و دستاوردهای علمی و تحقیقاتی مرتبط، دستاوردها و آثار بهداشت و درمان دفاع مقدس، زمینه سازی نشر دستاوردهای طب نظامی توسط اندیشمندان حوزه سلامت و مطالب مشابه.

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

این نشریه مقالات، نوشته‌های علمی، فرهنگی، اخلاقی، حرفه‌ای، پژوهشی، بهداشت در جنگ و پیشگیری از اپیدمی‌های تهدیدکننده جوامع انسانی در شرایط جنگی، اندیشه‌ها، ابتکارات، نوآوری‌ها، الزامات، تهدیدات، پیش‌بینی‌ها، پیشگیری‌ها و سایر مطالب ضروری طب رزمی، طب نظامی، ترومای جنگی، حوزه بهداری دفاع مقدس، جنگ‌های نوین، تهدیدات هسته‌ای، بیولوژیک، شیمیایی، سایبریک، پیش‌بینی و پیشگیری از تلفات انسانی در جنگ‌ها و نظیر آنها را منتشر می‌نماید.

به صورت اختصاصی زمینه‌های مورد اهتمام نشریه شامل اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای شایسته در شرایط جنگ، بلايا و صلح، تاریخچه بهداری رزمی در ایران و جهان، تاریخ پزشکی ایران، اسلام و جهان، سیر تطورات امداد و درمان در جنگ‌های مهم در طول تاریخ، تاریخچه، دستاوردها و خدمات بهداری رزمی دوران دفاع مقدس، فرهنگ و فرهنگ سازی دفاعی سلامت، پدافند غیرعامل، اقتصاد مقاومتی حوزه سلامت، مرجعیت علمی در حوزه سلامت، جامعه‌شناسی و روانشناسی در جنگ،

ضوابط اخلاقی:

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

ضوابط مجله:

۱- حوزه فعالیت:

فصلنامه بهداری رزمی یک نشریه چند عاملی، بین بخشی، علمی-پژوهشی، فرهنگی اجتماعی در حوزه های بهداری دفاع مقدس و یا مرتبط با دفاع مقدس، دستاوردها و آثار علمی و تحقیقاتی دفاع مقدس، مبانی علمی، تحقیقاتی، اخلاقی، فرهنگی، هنری، ادبی، ارزشی، تاریخی، اقتصادی، پیش بینی و پیشگیری از حوادث نظامی و سایر زمینه های مرتبط با طب نظامی و بهداری رزمی است. تجربیات داخلی در اولویت است و استفاده از نتایج تحقیقات و مطالعات و نوشتجات معتبر علمی بین المللی، با رعایت اصول نگارش و نقل مطالب علمی در درجات بعدی اهمیت قرار خواهد داشت. این فصلنامه برای مخاطبین، علاقمندان و فعالان حوزه های بهداری دفاع مقدس، بهداشت و سلامت، طب رزمی، طب زیر سطحی، طب هوا و فضا، طب اورژانس، طب مراقبت ویژه، طب فیزیکی و توانبخشی، پدافند غیر عامل، حوادث غیر مترقبه، فرهنگ و فرهنگ سازی سلامت، اخلاق پزشکی، تاریخ پزشکی، عوامل اجتماعی و امنیتی مؤثر بر سلامت، تاریخ طب رزمی، فلسفه آمادگی های طبی، سلامت معنوی و سایر حوزه های مرتبط طراحی و تنظیم شده است.

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

۲- راهنمای تنظیم و ارسال مقالات:

• در یک فایل ضمیمه نامه ای خطاب به سردبیر مبنی بر معرفی نویسنده مسئول و سایر نویسندگان تنظیم و با امضای کلیه نویسندگان

مقاله ارسال شود. ۱. در انتخاب مقالات اولویت با مطالب تحلیلی، تحقیقاتی، و موضوعات علمی، تحقیقاتی، تاریخی، تاریخچه ای، فرهنگی، اخلاقی، معنوی، هنری و تجارب مرتبط با بهداری رزمی دفاع مقدس و شرایط جاری و پیش بینی مطالب مرتبط برای آینده می باشد.

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

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

• اندازه ی فونت هادر هر قسمت از مقاله به شرح جدول زیر رعایت شود:

۱۲	تیتر مقاله (به زبان فارسی)
12	Title (in English)
14	نام و مشخصات کلیه نویسندگان
12	Authors Name (in English)
12	تمام متون فارسی
12	All Texts in English
Bold	تمام تیتراها
11	منابع فارسی و عربی
10	References (in English)
10	نوشتجات پاووقی بزبان های فارسی و عربی
9	Footnotes (in English)
11	مطالب جداول و نمونه به فارسی یا عربی
10	Tables and graphs (in English) Notes of

۳- شرایط پذیرش مقاله

• مقالات ارسالی در صورت رعایت قالب تعیین شده مجله مورد بررسی اولیه قرار می گیرند.

• مقالات ارسالی نباید به طور همزمان برای سایر مجلات ارسال شده یا در مجله دیگر به چاپ رسیده باشند.

• مقالات ترجمه ای در این فصلنامه پذیرفته نمی شوند.

• مقالات «مروری» باید توسط نویسندگانی مجرب نسبت به

موضوع و دارای مقالاتی در همان زمینه و ارجاع به تعداد قابل قبولی از مقالات منتشر شده خود، نگاشته و ارسال شود.

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

۴- اصول کلی

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

• مقالات رسیده پس از بررسی اولیه برای داوری ارسال و پس از اخذ نظر داوران^{۱۰}، جهت تأیید نهایی در کمیسیون/کمیته منتخب هیات تحریریه مطرح می شوند. داوران مجله توسط هیئت تحریریه انتخاب می شوند. نویسندگان نیز می توانند افراد صاحب نظر را برای مرور مقالات خود پیشنهاد نمایند. سردبیر حسب مورد مطالب را به حداقل دو داور به صلاح دید خود ارجاع خواهد نمود.

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

• عواملی که در بررسی مقالات مورد ملاحظه خواهند بود عبارتند از: رعایت ضوابط و ارزش های اخلاقی، ارتباط موضوعی^{۱۱}، دست اول بودن^{۱۲}، خوانائی و رعایت قواعد انشائی^{۱۳}، اعتبار آماری^{۱۴} و زبان فصلنامه حق رد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات را در هر مرحله ای از فرایند بررسی تا انتشار، برای خود محفوظ می دارد.

• هیات تحریریه در انجام اصلاحات (با تأیید مؤلف) آزاد است.

• تصمیمات احتمالی عبارتند از قبول^{۱۵}، بازنگری و اصلاحات جزئی^{۱۶}، بازنگری یا اصلاحات کلی^{۱۷}، ورد

• ۹ مقالات رد شده قابل بررسی مجدد نخواهند بود.

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

• چاپ و انتشار مطالب مندرج در این مجله به شرط ذکر منبع «فصلنامه علمی-پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت» بلامانع است.

• نویسنده پاسخگو مالک اصلی معنوی مقاله^{۱۸} خواهد بود و قبل از شروع بررسی می تواند مقاله را پس بگیرد و در صورت درخواست بازنگری یا اصلاح، تدابیر و تغییرات لازم را با صحت و دقت امانت و بطور کامل انجام دهد.

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

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

• از نویسندگان محترم برای چاپ و انتشار مقاله هزینه ای دریافت نمی شود و کلیه حقوق قانونی آن منحصرأ در اختیار مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت و دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله^{۱۹} است.

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

۵- دستورالعمل نگارش و ارسال مقالات پژوهشی

• نویسنده مسئول مقاله به عنوان رابط با مجله در مورد مقاله شناخته شده و کلیه مکاتبات و اطلاع رسانی های بعدی با وی خواهد بود. در ارسال مقاله باید نامه ای مبنی بر تأیید نویسنده مسئول با امضای کلیه نویسندگان ارسال شود (شامل ترتیب درج اسامی نویسندگان و تعیین «نویسنده مسئول» در تنظیم یا ویرایش مقاله چکیده ها و کلیدواژه های فارسی و انگلیسی، و مشخصات نویسندگان در جای مناسب نوشته شود).

• مقاله باید از نظر ساختار حایز شرایط زیر باشد:

• عنوان فارسی و انگلیسی

• ترجمه عنوان به انگلیسی (Title in English)

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

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

• کلیدواژه های فارسی حداقل ۳ و حداکثر ۵ مورد

Key words in English, 3 to 6 words from Medical Subject

Heading (MeSH) in Index Medicus

• متن اصلی دارای مقدمه، مواد و روش ها، ملاحظات اخلاقی، روش تجزیه و تحلیل داده ها، نتایج، بحث، نتیجه گیری (همگی دارای عدد ارجاعات به منابع داخل پرانتز) و تقدیر و تشکر و توصیف وضعیت تضاد منافع^{۲۰}.

• متن به صورت یک ستونی و در کاغذ A4 با فواصل مساوی ۳

1. Reviewers
2. Relevance
3. Originality
4. Readability
5. Statistical validity
6. Acceptance
7. Minor revisions
8. Major revision
9. Rejection

10. Main owner of the article

11. Conflict of Interests

سانتیمتر از بالا، پایین، چپ و راست صفحه تایپ گردد.

• تمام متون فارسی باید با فونت B Nazanin و تمام متون انگلیسی با فونت Times New Roman تایپ شوند^۱.

• فواصل خطوط در تمام مقاله واحد باشد.

نکته: در صورت اشاره در متن، نویسنده خارجی بصورت انگلیسی در متن و مطابق با شماره در رفرنس آورده شود.

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

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

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

• از شیوه نامه منبع نویسی به سبک ونکوور^۲ استفاده گردد.

• مقالات در قالب فایلی متشکل از اجزاء مشروح ذیل به آدرس پست الکترونیکی مجله (behdarirazmi.ir) ارسال شود:

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

• صفحه اول: عنوان فارسی و لاتین با فونت ۱۴ و Bold - خلاصه

مقاله - کلیدواژه‌های فارسی و لاتین

• متن اصلی نوشته‌های فارسی صفحات با فونت اندازه‌ی ۱۲ و

نوشته‌های انگلیسی با فونت اندازه‌ی ۱۱ نوشته شوند. تیترا Bold

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

• اشکال و نمودارها بترتیب ظاهر شدن در مقاله (هر شکل یا نمودار

در صفحه جداگانه) دیاگرام‌ها و جداول واضح و فاقد اطلاعات

تکراری در متن بوده و حتماً شماره و توضیح (اندازه‌ی فارسی ۱۰ و

انگلیسی ۹) داشته باشند.

• صفحه آخر شامل: Title-Abstract-Keywords بزبان انگلیسی،

فونت و قلم Times New Roman ۱۲

نکته: آدرس آکادمیک تمام نویسندگان به این صورت نوشته

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

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

بیمارستان، نام دانشگاه، شهر، کشور به طور کامل و ترتیب قرار

گرفتن نام

نکته: متن مقاله به فارسی نوشته شود و از نگارش کلمات لاتین

به صورت فارسی اکیدا^۱ پرهیز گردد؛ مگر در مواردی که هیچ

جایگزین پذیرفته شده‌ای برای واژه مورد نظر موجود نباشد. در

هر جای متن که لازم به نظر می‌رسد، معادل لاتین کلمه فارسی

نوشته شده در همان محل و داخل پرانتز آورده شود.

۱. در صورت احتیاج، فونت‌های فوق را از سایت www.fontsfa.com دریافت کنید

2. Vancouver

«رفتارهای مخرب سلامت در جایی که امکان انتخاب شیوه‌های زندگی سالم، شدیداً محدود شده است»، «مواجهه با شرایط شغلی و همچنین زندگی ناسالم و استرس‌زا»، این سه عامل قابل اجتناب و نامتصفانه بوده و بی‌عدالتی در سلامت محسوب می‌شوند.

«انتخاب طبیعی یا جهت‌گیری فعالیت‌های اجتماعی مرتبط با سلامت که موجب سوق دادن افراد ضعیف به سمت طبقات اجتماعی پایین‌تر می‌شود».

منظور از عدالت اجتماعی توجه به نیازهای سلامت همه افراد و اقل‌تار جامعه، بدون توجه به موقعیت جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آنان است؛ و منظور از سلامت نیز، سلامت همه‌جانبه و توجه به همه‌ساحت‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی آن است. عمده عواملی که در عدالت نقش دارند، متعلق به عوامل اجتماعی سلامت است. اگر عوامل اجتماعی در سلامت در نظر گرفته نشود، عدالت تحقق پیدا نمی‌کند. عدالت در سلامت به برخورداری آحاد مردم از حداکثر سلامت در همه ابعاد گفته می‌شود. سطح سواد، شغل، احساس امنیت شغلی، سطح درآمد و وضعیت مسکن اعم از اجاره یا مالکیت، وسیله حمل و نقل، تفریح، وضعیت صلح یا جنگ، کیفیت غذا، میزان استفاده از دخانیات و مشروبات الکلی، نحوه برخورد قوه قضاییه با مشکلات جامعه و سامانه حمل و نقل و ترافیک شهر شامل طیف گسترده‌ای از مؤلفه‌های اجتماعی می‌شود که سلامت را تحت الشعاع خود قرار می‌دهند.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱، در تأمین و گسترش عدالت در سلامت نقش کلیدی و محوری و راهبردی دارد.

عدالت اجتماعی با احساس امنیت اجتماعی مرتبط است. از مصادیق عدالت اجتماعی «تأمین سلامت فردی و اجتماعی» است. عدالت در سلامت از ارکان پایداری و تاب‌آوری نظام سلامت به‌شمار می‌رود. اگر ریشه‌های نظام سلامت بر ستون‌های پربلای عدالت استوار باشد، در همه حوادث، بلایا، تهدیدات نظامی، تروریستی و مانند آن‌ها، نسته، مقاوم، استوار و باشکوه باقی خواهد ماند. از تجلیات سلبی عدالت در سلامت، نفی تبعیض و جلوگیری از ایجاد شرایط تبعیض‌آمیز، تفاوت در برخورداری و دسترسی و ستیز با ارکان فردی و اجتماعی ظلم و بی‌عدالتی است و از وجوه ایجابی آن، دفاع از حق عمومی و حمایت از حقوق تهدید شده مظلومان و محرومان و حقوق استیفاء نشده سلامت ساکنان مناطق دوردست، حاشیه‌نشین شهرها، بی‌خانمان‌ها، مهاجران، یتیمان، بی‌سرپرستان، فقیران، تهیدستان و در کل همه اقل‌تار مستضعف جامعه است. در نهایت آن‌که هدف در تعیین شاخص‌های سلامت، باید قشر ضعیف جامعه باشد.

سخن سردبیر

ادبیات پایداری: عدالت در سلامت

قُلْ أَمَرَ بِبِیْ بِالْقِسْطِ ۚ بگو پروردگارم به عدل و داد فرمان داده

قسط از شنون ربوبیت الهی است و انسان مأمور به قسط و عدالت است. پایبندی خالصانه به دین، زمینه گسترش قسط و عدل است. جلوگیری از تبعیض در کنار عبادت مطرح است و عبادت و نماز همراه قسط ارزش بیشتری دارد^۲. در روایت پیامبر (ﷺ) آمده است: نِعْمَتَانِ مَكْفُورَتَانِ الْأَمْنُ وَ الْعَاقِبَةُ^۳؛ «دو نعمت‌اند که قدر آن‌ها شناخته نمی‌شود و کفران می‌گردند: امنیت و عاقبت». سلامت نعمت مجهول الهی و از حقوق اساسی همه انسان‌ها در سراسر عمر است. سلامت لازمه و شرط قطعی امنیت و توسعه پایدار است. نظام ارائه‌کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت از زیرساخت‌های بزرگ و حیاتی نظام و امانت‌دار و بالاترین نعمت الهی برای مردم است. پایداری در بحران‌ها و حوادث طبیعی، اجتماعی، سیاسی و تهدیدات نظامی از ضروری‌ترین ویژگی‌های نظام سلامت بایسته و شایسته ملت بزرگ، مسلمان و انقلابی ایران است. ادبیات پایداری در نظام سلامت ریشه در فرهنگ اسلامی، پیشینه تمدنی و کارنامه درخشان معاصر، خاصه دفاع مقدس دارد. طلیعه گفتار در این نشریه علمی و مجلدات بعدی، تحلیل وجوه سلبی و ایجابی فرهنگ و ادبیات پایداری نظام سلامت در گفتارهایی کوتاه خواهد بود.

بعضی از عوامل اصلی در زمینه تفاوت‌های وضعیت سلامت در جامعه به این شرح است:

«تفاوت‌های طبیعی و بیولوژیک»، «اتخاذ آگاهانه رفتارهای مخرب سلامت مانند سیگار کشیدن»، «مزایای گذرای سلامت یک گروه نسبت به گروه دیگر، در زمانی که این گروه اولین جمعی بوده‌اند که یک رفتار ارتقاءدهنده سلامت را انتخاب نموده‌اند». این سه عامل تحت عنوان بی‌عدالتی در سلامت طبقه‌بندی نمی‌شوند.

۱. آیه ۲۹ سوره مبارکه اعراف

۲. دانشنامه اسلامی، <http://wiki.ahlolbait.com>، در تفسیر آیه ۲۹ سوره اعراف

۳. بحار الانوار، ج ۸۱، ص ۱۷۰

کلام راهبردی

سلامت همه‌جانبه و امنیت پایدار، لازمه مرجعیت و تمدن‌سازی نوین اسلامی

تحلیلی بر بیانیه‌ی گام دوم انقلاب^۱

مقدمه

رهبر عالی‌قدر انقلاب در بیانیه گام دوم آرمانی بسیار بزرگ و عزت‌مند را برای ملت ایران ترسیم فرموده‌اند. این آرمان با عبارتی حکیمانه چنین بیان شده است: «انقلاب اسلامی اینک وارد دومین مرحله خودسازی، جامعه‌پردازی و تمدن‌سازی شده است». تمدن نوین اسلامی آرمان والایی است که ملت بزرگ و انقلابی ایران اسلامی از ظرفیت، توانمندی و عزم و اراده تحقق آن برخوردار است. در این گفتار راهبردی به دو محور کلیدی و سرنوشت‌ساز برای تحقق مرجعیت و تمدن‌سازی نوین اسلامی در جامعه اشاره می‌شود: امنیت پایدار و سلامت همه‌جانبه.

لازمه تمدن‌سازی و مرجعیت علمی، برقراری امنیت و پایداری آن و نیز برقرار بودن ثبات سیاسی است. امنیت اجتماعی و جامعه امن زیربنای توسعه پایدار است. یکی از مؤلفه‌های بنیادین امنیت اجتماعی سلامت است. سلامت وقتی همه‌جانبه و دربرگیرنده همه ساحات انسانی باشد، بر امنیت و پایداری آن نیز تأثیرگذار خواهد بود. اگر درک دقیقی از بیانیه گام دوم ایجاد شود و برای اجرایی شدن آن اهتمام شایسته به عمل آید، عدالت، توسعه و امنیت به معنای واقعی کلمه محقق می‌شود.

توصیف سلامت در بیانیه‌ی گام دوم انقلاب و سایر اسناد راهبردی با بهره‌گیری از گزاره‌ها و مفاهیم مطرح در بیانیه‌ی گام دوم انقلاب و سایر اسناد راهبردی و علمی و مفاهیم مرتبط، بیست عبارت مفهومی، راهبردی، فرهنگی، آموزشی-پژوهشی و یا عملیاتی در باب «امنیت و سلامت» انتخاب و ارائه شده است. تفصیل این عبارات مرون تحقیقات و نوشتارهای تحلیلی آینده خواهد بود:

۱. پایبندی به شعارهای اصیل و اولیه انقلاب، خاصه «استقلال، آزادی، عدالت و معنویت» و تأکید بر شعارهای جدید «اخلاق، عزت، عقلانیت و برادری» در فضای آینده

۲. توجه به چشم‌انداز انقلاب، راه طی شده از ابتدای انقلاب تاکنون، شرایط امروز، مهم‌ترین ظرفیت‌ها، مهم‌ترین فرصت‌ها، مهم‌ترین تهدیدات، انقلابی بودن و پیشگام بودن جوانان

۳. امیدآفرینی و نگاه خوش‌بینانه به آینده، خاصه برای نسل جوان و آینده‌ساز، راهبردی ضروری برای پیشرفت‌های آینده خواهد بود.

۴. شکست محاصره‌ی تبلیغاتی دشمن و افشای توطئه‌های پلید آنان در ضعیف جلوه دادن عزم و اراده جوانان با استعداد و لایق این سرزمین، ضرورتی مهم و از اساسی‌ترین فعالیت‌های واجب فرهنگی در راستای تمدن‌سازی نوین و مرجعیت علمی است.

۵. عدالت در صدر هدف‌های اولیه همه بعثت‌های الهی است و در جمهوری اسلامی ایران نیز دارای همان شأن و جایگاه است. از لوازم تحقق زمینه‌های عدالت در نظام مقدس جمهوری اسلامی، عزم و قاطعیت مسئولین و کارگزاران، خودسازی، تهذیب، ساده‌زیستی و مردمی بودن آنان است. وضع قوانین عادلانه (در همه عرصه‌ها و به‌ویژه سلامت)، ساختارهای عادلانه و مقاوم و مبارز با بی‌عدالتی و تبعیض، مجریان عادل و با تقوی، حضور، نظارت و آگاهی مردم و گفت‌وگو و گفت‌وگو سازی فرهنگی مقوله عدالت و در نهایت ثبات، قدم، ایستادگی در مسیر حق و عدالت، از دیگر الزامات تحقق عدالت اجتماعی در بیانیه‌ی گام دوم است.

۶. مبارزه با فساد و تبعیض، لازم و ملزوم عدالت و از مقدمات و الزامات آن است.

۷. تحقق هم‌زمان عدالت و دیگر ارزش‌ها، خاصه عقلانیت و معنویت به گونه‌ای که باید پرچم‌داران گفت‌وگو عدالت‌خواهی بدان توجه داشته باشند تا از افتادن در مسیر انحرافی در امان بمانند.

۸. تکیه بر اقتصاد مقاومتی در دوران جدید و آینده انقلاب، با رویکردی جهادی، انعطاف‌پذیر، فرصت‌ساز، مولد، درون‌زا، پیشرو و برون‌گرا. اقتصاد مقاومتی در همه عرصه‌ها ضروری و در مصداق اقتصاد سلامت واجب و دارای اهمیت مضاعف است.

۹. تأکید بر علم امنیت‌آفرین: در جهان امروز معیار و ماهیت قدرت کشورها به میزان تسلط آن‌ها به علوم و فناوری‌هایستگی دارد و هر کشوری بدون تسلط بر علم و فناوری باشد، به‌ناچار باید تابع و پیرو قدرت‌های بزرگ قرار بگیرد. در حوزه‌های راهبردی امنیت و سلامت، استقلال علمی باید تضمین شده و قطعی و بدون هر نوع وابستگی باشد. ۲

۱۰. حکمت‌اندیشی به معنی آینده‌نگری در چهارچوب مصلحت

۲. مبینی دهکردی، علی؛ طراحی الگو و راهبرد مرزشناسی دانش، تهران: انتشارات دانشگاه عالی دفاع ملی.

۱. تهیه شده در معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی

نظام سلامت مقاومتی (مقاوم)

الگوی بومی و علمی، برآمده از «فرهنگ انقلابی و اسلامی» و پایبند به «اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی» برای پاسخگویی به «نیازهای پایه سلامت در همه شرایط» و «نیازهای اضطراری در فوریت‌ها و بلایا و جنگ» به عموم مردم. این الگو با اتکاء به استعدادها و سرشار معنوی و مادی و ذخایر و منابع غنی و متنوع و زیرساخت‌های گسترده و برخورداری از نیروی انسانی متعهد و کارآمد و دارای عزم راسخ برای پیشرفت، واجد تاب‌آوری و دوام در همه شرایط، اعم از جنگ و صلح و بلایا و تحریم و مانند آن است.^۱

در شرایط دشوار، بحرانی، جنگ و تحریم، اهمیت ارانه و تداوم خدمات سلامت، مضاعف می‌شود. علی‌رغم محدودیت‌های منابع و آسیب‌های زیرساختی احتمالی، نیازها به خدمات و مراقبت‌ها بیشتر می‌شود.

در این شرایط، ارانه عادلانه خدمات و مراقبت‌ها، خاصه به گروه‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر، دشوارتر از پیش می‌شود. حضور آگاهانه، به هنگام، مسئولانه و مقتدرانه، کارگزاران نظام سلامت، در صحنه‌های سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرایی و اهتمام بیش از پیش به ارانه جامع و ارتقای مستمر خدمات مورد نیاز مردم، علاوه بر شکست توطئه‌های دشمنان نظام، سبب توسعه پایدار سلامت و تقویت امنیت ملی کشور خواهد شد.

۱۱. مدیریت‌های جهادی الهام گرفته از ایمان اسلامی و اعتقاد به «اصل ما می‌توانیم» که امام بزرگوار به ما آموخت، از لوازم پیشرفت در طراز مرجعیت و از راهبردها تحقق تمدن‌سازی نوین اسلامی است. در همه عرصه‌های اداره کشور، مدیریت جهادی راه گشا است. اما در عرصه‌های امنیت و سلامت، حیات‌بخش و نجات‌آفرین خواهد بود.

۱۲. الگوسازی، فرهنگ‌سازی و الهام‌بخشی از دفاع مقدس، برای ضمانت ثبات، امنیت کشور، تمامیت ارضی و حفاظت از مرزها، امری واجب و اهمال از آن غفلتی نابخشودنی است.

۱۳. تلاش مستمر و روزافزون برای افزایش چشمگیر عیار معنویت و اخلاق در فضای عمومی جامعه

۱۴. برجسته‌تر شدن روز به روز نماد پر ابهت و باشکوه و افتخارآمیز ایستادگی در برابر مستکبران جهان و در رأس همه آن‌ها آمریکای جهان خوار. این هم به عنوان دستاورد دیگری است که برای مردم ایران افتخار آفریده است.

۱۵. «تلاش غرب در ترویج سبک زندگی غربی در ایران، زبان‌های بی‌جبران اخلاقی، اجتماعی، اقتصادی، دینی، فرهنگی و سیاسی به کشور و ملت ما زده است. مقابله با آن جهادی همه‌جانبه و هوشمندانه می‌طلبد که باز چشم‌امید در آن به شما جوان‌هاست».

۱۶. الگوی مشارکت جامعه سلامت در دفاع مقدس، الهام‌بخش مقاومت و تاب‌آوری برای آیندگان است. اقتدار علمی، خودکفایی و نفی وابستگی، پیام نورانی صحنه‌گردانان سلامت در دفاع مقدس به همه نسل‌های آتی است.

۱۷. سیاست‌های کلی سلامت دارای ویژگی‌های بسیار، از جمله پایداری، آینده‌نگری، واقع‌بینی و فراگیر بودن است. تحقق این سیاست‌ها در نظام سلامت کشور، به منزله تحقق پایداری نظام سلامت برای همه شرایط است.

۱۸. تحول در نظام آموزش پزشکی با ویژگی‌های: جامع‌نگری، هدف‌مندی، اخلاق‌گرایی، سلامت‌محوری، مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی، ابتناء بر نیازهای سلامت جامعه، کلیدر مز تعالی نظام سلامت با راهبرد محوری مقاومت و پایداری است.

۱۹. تحول راهبردی در پژوهش‌های علوم سلامت با رویکرد نظام ملی نوآوری، هم‌راستایی با نیازهای جامعه، دستیابی به مرجعیت علمی در حوزه علوم و فنون و ارانه خدمات و مراقبت‌های سلامت، موتور پیشران مقاومت در نظام سلامت خواهد بود.

۲۰. سلامت با امنیت رابطه تنگاتنگ دارد. لازمه پایداری در امنیت ملی، پایداری و توسعه پایدار در حوزه سلامت خواهد بود.

۲۱. پایداری و تاب‌آوری در نظام سلامت چنین تعریف شده

۱. تعریف پیشنهادی فرهنگستان علوم پزشکی

بر پایه‌های امنیت و شالوده‌های سلامت استوار هستند. تهدید هر کدام از این دو نعمت بزرگ الهی در سطح جامعه، تمام پیشرفت‌های مثبت، دستاوردهای مادی و معنوی و تحولات فرهنگی و اجتماعی را دست خوش تزلزل و تباهی خواهد ساخت.

کلمات کلیدی

سلامت، امنیت، امنیت ملی، توسعه پایدار، امنیت پایدار ملی، پدافند غیرعامل، دشمن شناسی، تهدید امنیت ملی، بصیرت، بصیرت دینی، سلطه، جنگ نرم

مقدمه و بیان مسئله

فیلسوفانی که دغدغه «عدالت» داشته‌اند، امنیت را شرط ضروری عدل دانسته‌اند و کسانی که به «رفاه» می‌اندیشیده‌اند، آن را عامل اصلی آسایش شمرده‌اند و آنان که بر «توسعه سیاسی یا اقتصادی» تکیه کرده‌اند، امنیت را «عامل» و نیز «حاصل» آن تلقی کرده‌اند و همه کسانی که برای «حاکمیت ارزش‌های معنوی» تلاش دارند، آن را مقدمه این واجب می‌دانند (۱). امنیت امروز نظام مقدس جمهوری اسلامی و اتحاد ملت شریف ایران مرهون تدابیر امامین انقلاب اسلامی، مجاهدت‌ها و جان‌فشانی شهدا، ایثارگران و جانبازان جنگ تحمیلی است. توان دفاعی و قدرت بازدارندگی نیروهای مسلح، توانمندی‌های عظیم ملی در همه عرصه‌های علم و فناوری و حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی پشتوانه‌های لایزال توسعه، پیشرفت و مجد و عظمت و سرافرازی همیشگی ملت عزیزمان به شمار می‌روند.

سلامت از اصول مهم توسعه و امنیت پایدار ملی است و دستاوردهای عظیم و گران‌بهای حاصله از حضور و نقش آفرینی جامعه سلامت در دفاع مقدس و سایر صحنه‌های ایثار و خدمت و پیشرفت، سرمایه گرانبار و تضمین‌کننده جامعه‌ای سالم، ایمن و مقاوم در برابر همه حوادث خواهد بود. در این مقاله، ضمن تحلیل مفهومی امنیت و توسعه پایدار، به رابطه آن‌ها با سلامت و نیز الزامات حوزه سلامت از منظر امنیت و توسعه پایدار ملی پرداخته خواهد شد.

روش

در مقاله حاضر، راهبردها و مصادیق تضمین‌کننده امنیت و سلامت در جامعه و رویکردهای هم‌افزایی بین آن‌ها، با بهره‌گیری از فرهنگ و تعالیم حیات بخش اسلامی و دستاوردهای دفاع مقدس، مبتنی بر روش کتابخانه‌ای و مصاحبه تاریخ شفاهی شناسایی، تحلیل، راهیابی و معرفی شده است.

یافته‌ها

امنیت

ریشه امنیت در لغت از «امن»، «استیمان»، «ایمان» و «ایمنی» است که به مفهوم اطمینان و آرامش در برابر «خوف»، «ترس» و «ناآرامی» است. به عبارتی امنیت را به برقراری اطمینان و فقدان خوف تعبیر

نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی

بخش اول: ضرورت آمادگی دائمی دفاعی حوزه سلامت

سیدیحیی صفوی^۱ - محمدعلی محقق

چکیده

زمینه و هدف

امنیت مانند سلامت، از نعمت‌های مجهول الهی و از دستاوردهای بی‌بدیل دفاع مقدس برای ملت شریف ایران است. این دو ودیعه الهی لازم و ملزوم یکدیگر و از ارکان توسعه پایدار ملی می‌باشند. هدف از این مطالعه بررسی رابطه متعامل و هم‌افزای سلامت و امنیت و ترسیم نقش آفرینی ارزنده این الگوی متعالی در توسعه پایدار ملی بوده است.

روش

راهبردها و مصادیق تضمین‌کننده امنیت و سلامت در جامعه و رویکردهای هم‌افزایی بین آن‌ها، با بهره‌گیری از فرهنگ و تعالیم حیات بخش اسلامی و دستاوردهای دفاع مقدس، مبتنی بر روش کتابخانه‌ای و مصاحبه تاریخ شفاهی شناسایی، تحلیل، راهیابی و معرفی شده است.

یافته‌ها

در معارف اسلامی، سلامت و امنیت یکی از باارزش‌ترین نعمت‌های الهی و از ضروریات اولیه زندگی بشر معرفی شده است. از بهترین راه‌های زندگی سالم و قابل قبول در جامعه، برقراری و پایداری امنیت است که در پرتو آن امور مادی، معنوی، فکری و فرهنگی تسری خواهند داشت. رابطه متقابل مؤلفه‌های «علم و فناوری»، «پیشرفت و مرجعیت علمی»، «سلامت همه‌جانبه (جسمی-روانی-اجتماعی و معنوی)»، «امنیت غذایی»، «توسعه پایدار ملی» تحلیل و بر نقش‌های «پدافند غیرعامل» و «سلامت و آمادگی دفاعی» تأکید خاص شده است. در نهایت الگوی «نظام سلامت مقاومتی» برای تحقق پایداری در حوزه‌های سلامت و امنیت معرفی و پیشنهاد گردیده است.

نتیجه‌گیری

زیرساخت‌های تربیتی، معنوی، اخلاقی و حتی اقتصادی جامعه

۱. نویسنده پاسخگو

نموده‌اند که دارای دو وجه ایجابی و سلبی است (۲). امن و امنیت در اصل به معنی آرامش نفس و از بین رفتن ترس می‌باشد. در مجموع از ریشه یا کلمه «امن» ۶۲ کلمه مشتق شده است که حدوداً ۸۷۹ بار در قرآن به کار رفته است (۳). در فرهنگ فارسی معین امنیت به معنای در امان بودن، بی‌بیمی، آسایش، و بی‌هراسی تعریف شده است. اطمینان و سکون قلب از دیگر معانی امنیت در لغت فارسی است.

سلامت

در نوشته‌های متقدمین پزشکی کشورمان تعاریف زیبا و جامعی از سلامت یا صحت آمده است:

حکیم جرجانی: سلامت در علم عروض بقاء جزاست بر حالت اصلیه.

حکیم نظامی گنجوی: در کتاب پنج گنج، با بهره‌گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریفی جامع و شامل را با دو کلمه بیان نموده است: سلامت = آسودگی

«سلامت در اقلیم آسودگی است کزین بگذری جمله بیهودگی است» (۴).

ربیع ابن احمد اخوینی در کتاب هدایت المتعلمین تعریف جامعی از حرفه طب نموده است که هنوز نیز معتبر می‌باشد: «پزشکی پیشه‌ای بود که سلامت نگاه دارد و چون رفته باشد بازآرد به علم و عمل» (۵).

تعریف صحت در کتاب قانون توسط ابوعلی سینا به صورت زیر ارایه شده است: «صحت ملکه یا حالتی است که هر یک از اعضاء و جوارح انسانی کار مربوط به خود را درست انجام دهند و مرض در مقابل صحت آن است که هر عضوی از اعضای بدن کار مربوط به خود را به خوبی نتواند انجام دهد» (۶).

در فرهنگ عمید، سلامت به معنی بی‌گزند شدن و بی‌عیب شدن توصیف شده است. در فرهنگ فارسی معین، سلامت به معانی عافیت، تندرستی، امنیت، نجات، رستگاری، آرامش، صلح، خلوص، صداقت، خلاص از بیماری و شفاء تعریف شده است.

در ویکیپدیا، دانشنامه آزاد: تندرستی یا سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی انسان. سلامت معادل کلمه انگلیسی {Health} و بهداشت عمومی ترجمه کلمه {Public Health} می‌باشد.

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عبارت است از «برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو». بعدها این سازمان بعد معنوی را برای افزودن به تعریف سلامت پیشنهاد نمود. در سسی و هفتمین اجلاس سالانه بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۴، مصوبه ۳۷/۱۳ WHA یک تصمیم

تاریخی به شرح زیر بود: «بعد معنوی، بخش جدانشدنی در استراتژی سلامت در کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت است» (۷).

سلامت پدیده‌ای چندبعدی، چند علتی و چند دلالتی مرتبط با الگوهای جمعی رفتار است. این نعمت الهی در برگزیده همه ساحات بشری و همه ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی دارای موضوعیت در تمام طول زندگی، قبل از ولادت تا انتهای زندگی مادی دنیوی و دارای امتداد در حیات اخروی است: «وَالسَّلَامُ عَلَیْ یَوْمَ وُلِدْتُ وَیَوْمَ أَمُوتُ وَیَوْمَ أُبْعَثُ حَیًّا». در رویکرد جامع‌نگر و سلامت محور، با پرداختن به مسائل تهدیدکننده و رفع آن‌ها، سلامت (افراد و جامعه) تضمین خواهد بود (۸).

امنیت ملی

امنیت ملی یکی از مهم‌ترین و حیاتی‌ترین مباحث وجود در هر کشور است و در مورد شیوه حفاظت از ارزش‌های یک ملت و جلوگیری از آسیب رسیدن به آن‌ها بحث می‌کند و به شاخه‌های مختلفی همچون امنیت نظامی، امنیت اقتصادی، امنیت نرم‌افزاری و امنیت محیطی تقسیم می‌شود (۹). از مصونیت نسبی یا مطلق یک کشور در برابر حمله مسلحانه یا خرابکارانه سیاسی یا اقتصادی احتمالی همراه با وارد کردن ضربه‌ی کاری مرگبار در صورت مورد حمله قرار گرفتن، به امنیت ملی تعبیر می‌شود. امنیت ملی بیانگر تمام مقاصد دفاعی کشور است؛ یعنی آمادگی برای مخاصمه به سبب بازداشتن آن یا دوری گزیدن از آن. روحیه‌ی نیروهای نظامی، تعداد دانشمندان و هوشمندی آنان، فناوری، ویژگی‌های رهبران و شخصیت‌های سیاسی و نظامی، موقعیت ژئوپلیتیک و قدرت اقتصادی کشور از جمله عوامل مؤثر در امنیت ملی است (۱).

امنیت پایدار

صفت «پایداری» در ذات مفهوم «امنیت» ساری و جاری است و افزودن آن به کلمه امنیت به مفهوم تأکید بر دوام و نفی امنیت متصلب و غیرشمول است (۱۰). احساس هویت، سرشت و سر نوشت مشترکی است که افراد و اقوام در تعامل خود با حاکمیت ملی دارند. امنیت پایدار ارتباط وثیقی با مفهوم هویت و فرهنگ بشری دارد.

پدافند غیرعامل

واژه پدافند از دو جزء «پد» و «آفند» تشکیل شده است. در فرهنگ و ادبیات فارسی، پد/پاد پیشوندی به معنای ضد و متضاد است و هرگاه قبل از واژه‌ای قرار گیرد، معنای آن را معکوس می‌کند. آفند نیز به معنای جنگ، جدال، پیکار، نبرد، تهاجم و حمله است.

پدافند هم‌طراز با «دفاع» است و اقداماتی را در بر می‌گیرد که جهت مقابله با حمله و تهاجم دشمن انجام می‌شود. در «پدافند غیرعامل» جهت مقابله با تهاجم و تهدیدات دشمن، بدون استفاده از تسلیحات تهاجمی یا دفاعی، به کارگیری مجموعه‌ای از اقدامات و تمهیدات

۱. راغب اصفهانی. ابی القاسم حسین بن محمد از حکماء و ادیبان اصفهان، درگذشته سال ۵۰۳ ه.ق.
2. <https://fa.wikipedia.org/wiki>
3. <http://shams47.blogfa.com/post-334.aspx>

تدافعی موجب کاهش آسیب پذیری تأسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی می شود (۱۱). در سیاست های کلی نظام، پدافند غیر عامل چنین تعریف شده است: «مجموعه اقدامات غیر مسلحانه ای که موجب افزایش بازدارندگی، کاهش آسیب پذیری، تداوم فعالیت های ضروری، ارتقای پایداری ملی و تسهیل در مدیریت بحران در مقابل تهدیدات و اقدامات نظامی دشمن می گردد»^۱.

ایمن سازی منابع و زیر ساخت های ضروری کشور، حفاظت از منابع و پایداری سازی در هنگام تهاجم دشمن، کاهش آسیب پذیری منابع، بازدارندگی تهدیدات دشمن، افزایش هزینه تهاجم برای دشمن و هم افزایی و امکان جایگزینی منابع از اهداف پدافند غیر عامل است.^۲

تهدیدات نظامی، سایبری، زیستی، پرتوی، شیمیایی و اقتصادی از حوزه های مسئولیتی پدافند غیر عامل به شمار می روند. موضوعات حوزه تهدید زیستی عبارت اند از: انسان، دام، کشاورزی، مواد غذایی و دارویی، آب، محیط زیست و منابع طبیعی (۱۱).

رابطه امنیت با سلامت

امنیت و سلامت رابطه ای تنگاتنگ و لازم و ملزوم دارند. پیامبر اکرم (ع) می فرمایند: «الحسنة فی الدنیا والصحة والعافیة»^۳ (حسنة و خیر نیک برای بشر در دنیا، تندرستی و عافیت و امنیت است).

بعضی از ابعاد سلامتی تأثیرگذار بر امنیت

■ واپایش (کنترل) عوامل تهدیدکننده حیات لازمی امنیت و ایمنی مردم است. حذف غذای ناسالم و سوء تغذیه از ملزومات زندگی سالم و ایمن برای تمام انسان ها در هر شرایطی است.

■ دسترسی به مراقبت های سلامتی پایه لازمه قطعی و تضمین کننده سلامت افراد و جامعه است.

■ تهدیدهای سلامت کشور با سرایت به مناطق هم جوار موجب تهدید امنیت منطقه ای و بین المللی می شود.

■ سلامت از موضوعات راهبردی حوزه ای امنیت ملی، منطقه ای و بین المللی به شمار می رود.

■ مفهوم نظریه ای «امنیت انسان» که در گزارش توسعه ی بشری برنامه ی توسعه ی سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۴ مطرح شده، دارای مؤلفه های هفت گانه به این شرح است: ۱. امنیت اقتصادی (رهایی از فقر)، ۲. امنیت غذایی (دسترسی به غذا)، ۳. امنیت سلامت (حق بر سلامت و حمایت از بیماران)، ۴. امنیت زیست محیطی (حمایت در برابر آلودگی ها)، ۵. امنیت شخصی (حمایت فیزیکی در برابر شکنجه، جنگ و حملات جنایی)، ۶. امنیت اجتماعی (بقای فرهنگ های سنتی)، ۷. امنیت سیاسی (آزادی

۱. بند اول سیاست های کلی نظام در خصوص پدافند غیر عامل، ابلاغی مقام معظم رهبری.
۲. محمد رضا کائینی (کارشناس پدافند غیر عامل)، دفاع مقدس بهترین الگوی پدافند غیر عامل کنونی است.

در: <http://www.iribnews.ir>

۳. محمد باقر مجلسی، بحار الانوار، ج ۸۱، ص ۴۷۱.

ورهای از سرکوب سیاسی) (۱۲).

■ بعضی از بیماری های واگیردار نظیر ایدز، سارس، ما لاریا، آنفلوآنزا، تبفوس و لیشمانیوز از تهدیدات سلامتی دارای ابعاد امنیت ملی، منطقه ای و بین المللی بوده و به عنوان مسائل سلامت عمومی مورد توجه جدی مجامع بین المللی قرار گرفته است.

■ با توجه به نگرانی های فزاینده در مورد تهدیدات بیماری های مُسری، حملات تروریستی بیولوژیک و بیوتروریسم، در تعاملات بین المللی و موضع گیری های سازمان ملل متحد، سلامت به مثابه ی موضوع امنیتی تلقی می شود. این رویکرد مقبولیت همه جانبه ندارد و ممکن است بیش از آنکه به نفع سلامت عمومی باشد، به زیان آن تمام شود.

■ جهانی شدن موجب نگرانی تمام دولت ها در مورد انتقال بیماری ها و تهدیدات امنیتی بر خاسته از بیماری ها شده و ضرورت همکاری های بین المللی را ایجاد کرده است. همکاری دولت ها در حل بحران های سلامت موجب تأمین امنیت سلامت انسان می شود (۱۲).

■ جنگ ها و حوادث غیر مترقبه، موجب تهدید مستقیم و غیر مستقیم سلامت جامعه و مخاطره ای جدی امنیت ملی می شود. داشتن برنامه های معتبر بهداری رزمی، طب نظامی، مدیریت بحران در بلایا و پدافند غیر عامل، از الزامات قطعی امنیت پایدار ملی است.

■ تجارب عظیم دفاع مقدس و حضور فراگیر جامعه ی سلامت کشور الگوی بی بدیلی برای حفظ امنیت و ثبات آن در شرایط آینده، اعم از حوادث نظامی، تروریستی، بیوتروریسم و بلایا، به شمار می رود.

اشاره به بعضی مؤلفه های امنیت در قرآن مجید ۴

سعادت و کرامت، مربوط به ایمان و عمل صالح است. انسان، تنها در سایه ایمان به خداوند و امید به معاد و انجام عمل صالح، آرامش می یابد. امنیت و آرامش در رأس نعمت ها و زمینه توسعه در رزق و اقتصاد جامعه است. در سوره نحل آیه ۱۶۲ خداوند می فرماید: «وَضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا قَرْيَةً كَانَتْ آمِنَةً مُطْمَئِنَّةً يَأْتِيهَا رِزْقُهَا رَغَدًا مِنْ كُلِّ مَكَانٍ وَخَلَاوَنَدَ (برای شما) قریه ای را مثال می زند که امن و آرام بود، روزی اش از هر سو فراوان می رسید». بر اساس سنت قرآنی کفران نعمت باعث زوال آن است. در ادامه آیه مبارکه چنین آمده است: «فَكَفَّرَتْ بِأَنْعَمِ اللَّهِ فَأَذَاقَهَا اللَّهُ لِبَاسَ الْعُجُوبِ» (مردم آن قریه) نعمت های خدا را ناسپاسی کردند، پس خداوند به (سزای) آنچه انجام می دادند، پوشش فراگیر گرسنگی و ترس را بر آنان چشانید». فقر اقتصادی و ناامنی اجتماعی، از نشانه های بی اعتنایی جامعه به اصول دینی است. کفران نعمت هم عذاب جسمی دارد. (فقر و گرسنگی)، هم عذاب روحی و روانی (ترس و ناامنی). تشبیه حرم خدا به حرم امن از دیگر تعبیر قرآنی در مورد امنیت است.

۴. ترجمه و پیام های مرتبط با آیات قرآن از تفسیر نور و دانشنامه اسلامی انجام شده است.

۵. با بهره گیری از آیه ۶۲ سوره بقره - تفسیر نور - دانشنامه اسلامی

امنیت و رزق، دو نعمت تضمین شده حرم الهی (مکه) است. در سوره مبارکه قصص آیه ۵۷ در جواب سؤال کفار مکه چنین آمده است: «أَوَلَمْ نُمَكِّنْ لَهُمْ حَرَمًا آمِنًا يُجْبَىٰ إِلَيْهِ ثَمَرَاتُ كُلِّ شَيْءٍ رِزْقًا مِنْ لَدُنَّا: (بگو): آیا ما آنان را در حرم امنی قرار ندادیم که بهره‌های هر چیزی به عنوان روزی از جانب ما به سوی آن سرازیر می‌شود؟». ترس از دست دادن نعمت‌ها را با یاد الطاف الهی می‌توان دفع کرد. بهبود، رونق و رشد اقتصادی در گرو امنیت و آرامش اجتماعی است. «در نگاه اسلام، امنیت به مفهوم مصونیت حقوق از هر نوع تعرض شناخته شده که دارای ماهیت واحدی است و در مورد همه سطوح امنیت صادق است و ریشه امنیت را باید در امنیت فردی و در درون آحاد انسان‌ها جست‌وجو کرد. البته در دیدگاه اسلام، امنیت جمعی، فراتر از مرزهای قومی و ملی مطرح است و در تعریف موسع، شامل قلمرو «امت و دارالسلام» است» (۱۳). از واژه‌های قرآنی که بر امنیت دلالت دارند به مواردی مانند «امانت»، «سکینه»، «سالم»، «سلام»، «صلح»، «حزن»، «خوف»، «حدود»، «رعب»، «رهب»، «جهاد»، «ظلم»، «تعدی»، «اذی» و «استکبار» نام برد. تأکید فراوان بر ایمان، حکایت از این دارد که قرآن بالاترین نقش و کارکرد خود را متوجه امنیت روحی، معنوی و فرهنگی آدمی نموده است. مؤلفه‌های قرآنی رسیدن به امنیت، «تمسک به ایمان الهی»، «برقراری نظام ولایی» و «جهاد فی سبیل الله» است. برای مقابله با خطرات، تهدیدها و موانع امنیت که انسان را از مسیر تکامل (مقام خلیفه الهی و قرب الهی) بازمی‌دارد، عبارت‌اند از: «کفر و استکبار»، «ولایت طاغوت»، «ستمگری»، «تجاوز» و «ارعاب» است. امنیت آرمانی از منظر اسلام فراملی‌نگری و تشکیل امت واحد جهانی است که موهون تحقق شرایط آرمانی است.

بعضی از مؤلفه‌های امنیت در نهج البلاغه

حفظ حدود و ثغور مسلمین، آرامش مردم و جامعه، حفظ آبرو و شخصیت افراد از مؤلفه‌های اسلامی امنیت و بسیار مورد تأکید است. از این منظر و برای تحقق کامل ابعاد امنیت فردی و جمعی عوامل زیر ضروری شمرده شده است:

■ اجراء و تعمیم عدالت و قانون به طور یکسان و نبودن هرگونه تبعیض در جامعه

■ مبارزه مداوم با عوامل تجاوزگری و زمینه‌های تعرض احتمالی و نیروهای فشار و وحشت.

■ مهار کردن عواملی که زمینه‌ی تعرض دارند.

■ پیشگیری‌های لازم برای خشکانیدن ریشه‌های تعدی و تعرض

■ آشنایی عامه‌ی مردم با حقوق فردی

■ آگاهی لازم در جهت احترام به حقوق دیگران

■ ضمانت اجرایی نیروی معنوی (ایمان و اخلاق)

■ ضمانت اجرای قانونی برای کیفر دادن متجاوزین به حقوق مردم

(۱۴).

در اندیشه‌ی سیاسی و الهی مولای متقیان علی ابن ابیطالب

علیه السلام، وجود حکومت در جامعه‌ی انسانی مهم‌ترین ابزار برای تأمین امنیت و فقدان آن مهم‌ترین علت ناامنی است که امام از آن به فتنه‌ی مداوم تعبیر فرموده است (۱۵).

در مطالعه‌ی پاشایی هولاسو و همکاران (۱۵) در معیار وظایف مردم در قبال حکومت، مؤلفه‌های ذیل از نهج البلاغه استنباط شده است:

انتقاد سازنده از مسئولان

■ اطاعت‌پذیری از نظام

■ امر به معروف و نهی از منکر

■ مشارکت همگانی و سیاسی

■ نهادینه شدن ارزش‌ها و عمل به آن‌ها

■ عمل به کتاب خدا و سیره رسول الله (ﷺ)

■ ثبات مردم در رویه‌ها و رویدادها

■ وفاداری مردم به نظام

در همان مطالعه در معیار وظایف حکومت در قبال مردم، مؤلفه‌های ذیل از نهج البلاغه استنباط شده است:

■ اسلامی بودن حکومت

■ حرکت بر محور ولایت

■ حفظ کرامت، حقوق و آزادی‌های انسان

■ اتکاء به آرای عمومی (بیعت)

■ استقلال و آزادی

■ وحدت و همبستگی

■ عدالت همه‌جانبه و فراگیر

■ مبارزه با ظلم و ستم و حمایت از مظلومان و مستضعفان

■ حفظ بنیان خانواده

■ تأمین امنیت برای مردم

■ آبادانی و مبارزه با فقر

■ شکوفایی و رشد علمی جامعه

■ تربیت و هدایت جامعه به سوی کمال و سعادت

■ اجرای احکام و حدود الهی

■ گشاده‌رویی و نزدیکی با مردم

■ مهرورزی، مهربانی و مدارا با مردم

■ دیدار حضوری مسئولان و مردم (در دسترس مردم بودن)

■ مشورت با مردم در اتخاذ تصمیمات

■ آسان‌گیری بر مردم

■ عیب‌پوشی از مردم

■ آموزش دینی مردم

■ انتقادپذیری حاکمان، مدیران و مسئولان

■ دوری از فخر فروشی و تکبر برای مردم

■ خیرخواهی برای مردم

■ ساده‌زیستی حاکمان، مدیران و مسئولان

■ پرهیز از دروغ و خیانت

■ گزینش صالحان برای مسئولیت‌ها

در پژوهش فوق‌الاشاره (۱۵)، پنج اولویت نخست عبارت‌اند از: «وفاداری مردم به نظام»؛ «عمل به کتاب خدا و سیره رسول الله (ص)»؛ «اسلامی بودن حکومت»؛ «حرکت بر محور ولایت» و «تأمین امنیت برای مردم».

امنیت پایدار ملی از دیدگاه امام خمینی (ره) و رهبر معظم انقلاب از نگاه امام راحل و مقام معظم رهبری، امنیت ملی دارای مفهوم چند وجهی و سیال و برخاسته از آرمان و سیاست کلی نظام جمهوری اسلامی است. برجسته‌ترین وجوه و ابعادی که برای امنیت ملی نظام جمهوری اسلامی ایران متصور است و از جمع‌بندی متن راهبردهای امام و رهبری استخراج شده عبارت‌اند از (۱۶):

امنیت فردی

یعنی هر فرد بتواند بدون دغدغه از امکانات عمومی بهره‌مند گردد و از آزادی‌های قانونی و مشروع در جهت رشد و تعالی مادی و معنوی بهره‌برداری کند و با هیچ‌گونه مانع و تهدیدی مواجه نگردد و کرامت انسانی ایشان نیز رعایت شود.

امنیت اجتماعی

آرامش و سلامت جامعه و رشد حس تعاون و همیاری و دوری از ناهنجاری‌های اخلاقی و رعایت قانون.

امنیت اقتصادی

فراهم بودن زمینه‌های درآمد مناسب اقشار میانی و پایین جامعه در حل مشکلات معیشتی و مسکن، سرمایه‌گذاری و اشتغال، قانونمندی و سلامت در چرخه تولید، توزیع و مصرف، بهره‌وری مناسب از ذخایر و معادن، توسعه و مکانیزه نمودن بخش کشاورزی، رهایی از اقتصاد تک‌محصولی، خودکفایی در صنایع مهم و کلیدی و دستیابی به تکنولوژی‌های پیشرفته، تعادل و توازن در عرضه و تقاضا.

امنیت سیاسی

تعامل احزاب و جناح‌های دلسوز انقلاب، پرهیز از تشنج و درگیری‌های قومی و حزبی، وفاق و همدلی کارگزاران نظام، آرامش در محیط‌های علمی، سیاسی و رسانه‌ای، فضای سالم و مناسب برای نقد منصفانه عملکردها، اقتدار نهادهای امنیتی و سیاسی در ردیابی تحرکات طراحان براندازی نرم و اشراف بر روند شکل‌گیری طرح‌های دشمنان و عوامل داخلی و منطقه‌ای آنان در توطئه‌های فرهنگی، سیاسی و نظامی، حضور همگانی مردم در عرصه‌های گوناگون سیاست و حمایت همه‌جانبه از نظام اسلامی.

امنیت قضایی

حفظ حقوق و حرمت شهروندی، اجرای یکسان قانون برای همه‌ی

متخلفان، احقاق حقوق ستمدیدگان و مظلومان، ضابطه‌مندی و قاطعیت در مسیر مراحل قضایی پرونده‌های مفسدان سیاسی و اقتصادی.

امنیت فرهنگی

رشد اخلاق دینی، ارتقاء فرهنگ عمومی و اسلامی، پویایی و گسترش ارزش‌های انقلاب و دفاع مقدس، فراهم بودن بسترهای مناسب تولید علم و تقویت جنبش نرم‌افزاری، استحکام پایه‌های معرفت دینی و ایمن‌سازی اخلاقی و روحی نسل جدید در برابر تهاجمات و شیخون فرهنگی دشمنان.

امنیت دفاعی مرزی و منطقه‌ای

سامان‌دهی و تقویت نیروهای مسلح متناسب با دفع تحرکات نظام دشمنان و نبردهای نامتقارن و ناهم‌تراز، خودکفایی تسلیحاتی در جهت بازدارندگی تهدیدات، تعامل سالم و سازنده با همسایگان، احترام متقابل و تفاهم بر محور مشترکات سیاسی، دینی و جغرافیایی در جهان اسلام، دیپلماسی فعال و تأثیرگذار در عرصه سیاست بین‌الملل.

در بندهای اصل سوم و اصل بیست و دوم و یک‌صد و هفتاد و ششم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به وجوه امنیت ملی اشاراتی دارد و اجرای برخی از اصول و بندهای آن منوط به استقرار امنیت در نظام جمهوری اسلامی است.

مؤلفه‌های درونی استقرار امنیت ملی در اندیشه‌ی امام خمینی (ره) و رهبری

■ وفاق و هم‌گرایی ملی

■ ولایت مداری

■ مشارکت عمومی

■ سامان‌دهی اقتصادی

■ اقتدار نظامی و دفاعی

■ قانون‌گذاری و قانون‌مداری

■ گسترش و تعمیق معارف دینی

■ جنبش نرم‌افزاری و تولید علم

نقش مؤلفه علم و فناوری، توسعه‌ی علمی و فناوری در تحقق امنیت پایدار ملی

علم و فناوری از شاخصه‌های مهم ارزیابی میزان قدرت و توانایی کشورها، از مهم‌ترین زیرساخت‌های پیشرفت و دارای اهمیت راهبردی دفاعی و امنیتی است (۱۷). علم و فناوری در افق چشم‌انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران جایگاهی رفیع و والا دارد:

«جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی در علم و فناوری، با اتکاء به قدرت لایزال الهی و با احیای فرهنگ و برپایی تمدن نوین اسلامی برای پیشرفت ملی، گسترش عدالت و الهام بخشی در جهان، کشوری خواهد بود: برخوردار از انسان‌های صالح، فرهیخته، سالم و تربیت‌شده در مکتب اسلام و

انقلاب و با دانشمندی در طراز برترین های جهان، توانا در تولید، توسعه علم، فناوری و نوآوری و به کارگیری دستاوردهای آن، پیشتاز در مرزهای دانش و فناوری با مرجعیت علمی در جهان.^{۱۰}

علم و فناوری یکی از شاخصه های مهم ارزیابی میزان قدرت و توانایی کشورها بوده و از اهمیت خاصی برخوردار است. قدرت ملی یکی از اصلی ترین ابزار کشورها برای دستیابی به اهداف و منافع ملی خود در سطوح منطقه ای و بین المللی است. عدم برخورداری از قدرت لازم و کافی، حتی دستیابی به اهداف داخلی را غیرممکن می سازد (۱۷). فناوری نیز یکی از مهم ترین عوامل برتری دفاعی بوده و برتری فناورانه منجر به برتری در ابعاد مختلف خواهد شد. این اهمیت و تأثیرگذاری با ظهور فناوری های نوین سرعت و شدت بیشتری می یابد. دستیابی به خوداتکایی و خودکفایی در فناوری های نوین از راهبردهای مهم امنیت پایدار ملی است (۱۸).

علم و فناوری مورد نیاز نهادهای دفاعی و امنیتی دارای مشخصات زیر است:

در بعد اخلاق و معنویت دارای شاخصه ی خداشناسی و توحید محوری است.

■ از نظر ظرفیت ها دارای شاخصه ی نیروی انسانی است (با ایمان آگاه و دانا- شجاع، هوشیار و توانا- متعهد- پاسخگو و ایثارگر).

■ از نظر اثربخشی دارای شاخصه ی میزان تحقق اهداف مصوب است.

■ از نظر رشد دارای شاخصه ی نرخ رشد بهره وری پژوهشی است.

■ از نظر دستاورد دارای شاخصه ی تولید علمی است.

■ از نظر فعالیت دارای شاخصه ی سرمایه گذاری است.

عوامل مؤثر در ایجاد امنیت ملی

ملاحظات و عوامل مؤثر متعددی در برقراری امنیت ملی کشورها دخالت دارند که می توان آن ها را در دو بعد امنیت ملی در مقابل تهدیدات خارجی و امنیت ملی در مواجهه با تهدیدات داخلی تقسیم بندی نمود (۱۹).

الف- عوامل مؤثر بر امنیت ملی در مقابل تهدیدات خارجی

۱- وجود رهبری مقتدر، خردمند، شجاع و دوراندیش و حکیم
۲- قدرت زیرساخت های داخلی و یا به عبارت دیگر میزان پتانسیل مؤلفه های قدرت ملی

۳- قدرت و ظرفیت بازدارندگی مؤثر

۴- توانایی در ایجاد قدرت مکمل از طریق مشارکت در پیمان های منطقه ای و یا اتحادهای نظامی قاره ای

۵- منافع امنیتی مشترک با سایر قدرت های همسو و غیر سلطه گر

۶- منافع اقتصادی و سیاسی مشترک با سایر دولت های دوست

۷- وجود یک تاریخ نظامی درخشان (اجرای جنگ های موفق

به ویژه در گذشته نزدیک)

۸- میزان توانایی در هدایت و مدیریت بحران های نظامی، امنیتی و حوادث غیر مترقبه توسط مدیران عالی نظامی و کشوری

۹- موقعیت جغرافیایی و داشتن وزن بالاتر ژئوپولیتیکی در منطقه و جهان

۱۰- وجود ستادهای عالی نظامی (ستاد کل) و فرماندهان لایق برای مدیریت بحران های امنیتی و دفاعی و حوادث غیر مترقبه در سطح ملی

ب- عوامل مؤثر بر امنیت ملی در مقابل تهدیدات داخلی

۱- وحدت ملی و اعتقادی

۲- اعتماد متقابل ملت و رهبری (وفاداری عموم مردم به نظام سیاسی)

۳- وجود مشروعیت نظام حاکم نزد افکار عمومی

۴- اقتدار نظام در اعماق قانون

۵- توانایی نظام در هدایت و مهار بحران های داخلی

۶- عدم وجود نیروهای گریز از مرکز

۷- توسعه پایدار

۸- سلامت سیستم اقتصادی و اداری کشور

۹- تأثیر ناپذیری فرهنگ بومی از نفوذ عوامل فرهنگی بیگانه

رابطه امنیت با سلامت و الزامات بخش سلامت از منظر امنیت ملی پایدار

امنیت و سلامت رابطه تنگاتنگ و لازم و ملزوم دارند. پیامبر (علیه السلام) می فرماید: «الْحَسَنَةُ فِي الدُّنْيَا الصِّحَّةُ وَالْعَافِيَةُ ۲»: حسنه و خیر نیک برای بشر در دنیا، تندرستی و عافیت و امنیت است.

بعضی از ابعاد سلامتی تأثیرگذار بر امنیت

■ واپایش (کنترل) عوامل تهدیدکننده حیات، لازمه امنیت و ایمنی مردم است.

■ حذف غذای ناسالم و سوء تغذیه لازمه ی زندگی سالم و ایمن برای همه ی انسان ها و در همه ی شرایط است.

■ دسترسی به مراقبت های سلامتی پایه، لازمه ی قطعی و تضمین کننده سلامت افراد و جامعه است.

■ تهدیدهای سلامت یک کشور با سرایت به مناطق هم جوار موجب تهدید امنیت منطقه ای و بین المللی است.

■ سلامت از موضوعات راهبردی حوزه امنیت ملی، منطقه ای و بین المللی است.

■ مفهوم «نظریه امنیت انسان» که در گزارش برنامه ی توسعه ی سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۴ مطرح شده است دارای مؤلفه های هفت گانه به این شرح است (۲۰): امنیت اقتصادی (رهایی از فقر)، امنیت غذایی (دسترسی به غذا)، امنیت سلامت (حق بر سلامت و حمایت از بیماران)، امنیت زیست محیطی (حمایت در برابر

آلودگی ها)، امنیت شخصی (حمایت فیزیکی در برابر شکنجه، جنگ و حملات جنایی)، امنیت اجتماعی (بقای فرهنگ های سنتی) و امنیت سیاسی (آزادی و رهایی از سرکوب سیاسی).

■ بعضی از بیماری های واگیردار نظیر ایدز، سارس، مالاریا، آنفلوآنزا، تیفوس، لیشمانیوز... از تهدیدات سلامتی دارای ابعاد امنیت ملی، منطقه ای و بین المللی بوده و به عنوان مسائل سلامت عمومی مورد توجه جدی مجامع بین المللی قرار گرفته اند.

■ با توجه به نگرانی های فزاینده در مورد تهدیدات بیماری های مسری، حملات تروریستی بیولوژیک و بیوتروریسم، در تعاملات بین المللی و موضع گیری های سازمان ملل متحد، سلامت به مثابه یک موضوع امنیتی تلقی می شود. این رویکرد مقبولیت همه جانبه ندارد و ممکن است بیش از آن که به نفع سلامت عمومی باشد، به زیان آن تمام شود.

■ جهانی شدن موجب نگرانی تمام دولت ها در مورد انتقال بیماری ها و تهدیدات امنیتی برخاسته از آن ها شده و ضرورت همکاری های بین المللی را ایجاد کرده است. همکاری دولت ها در حل بحران های سلامت، موجب تأمین امنیت سلامت انسان می شود (۲۰).

■ جنگ ها و حوادث غیر مترقبه، موجب تهدید مستقیم و غیر مستقیم سلامت جامعه و موجب مخاطره ای جدی امنیت ملی می شوند. داشتن برنامه های معتبر بهداشتی رزمی، طب نظامی، مدیریت بحران در بلایا و پدافند غیر عامل، از الزامات قطعی امنیت پایدار ملی می باشند.

■ تجارب عظیم دفاع مقدس و حضور همه جانبه ای جامعه سلامت کشور، مدل بی بدیلی برای حفظ امنیت و ثبات آن در همه شرایط آینده، اعم از حوادث نظامی، تروریستی، بیوتروریسم و بلایا به شمار می رود.

نتیجه گیری

«نظام یک پارچه سلامت» مانند «سازمان مقتدر و متحد دفاعی و امنیت کشور» باید با اقتدار علمی و فناوری و صلابت اخلاقی و معنوی، در برابر همه تهدیدها و اتفاقات، اعم از بلایای طبیعی و حوادث خصمانه و تهاجمی، در تمام شرایط، از حداکثر آمادگی ممکن برخوردار باشد و این آمادگی ها دائماً در حال تعالی و تکامل باشند.

Abstract

Title: The Role of Health and Health System in National Security and Sustainable Development

First part: General aspects

Authors: Seid Yahya Safavi PHD.^۱ Mohamad Ali Mohagheghi MD.

Background: Security, like health, is one of the divine blessings of God. Security is one of the supreme achievements of the holy defense of the noble Iranian nation. These two heavenly duties are necessary to each

other and are the pillars of national sustainable development. The purpose of this study was to explore the interactive and synergistic relationship between "the health and Security" and to draw the optimum paradigm in national sustainable development.

Method: This study was conducted through library and oral history interviewing. Strategies and practices guaranteeing security and health in the community, and synergistic approaches between them, was studied.

Results: Health and security are the most valuable delightful blessings and essentials of human life.

Establishing and maintain of security is cardinal to healthy and acceptable life in the society.

In order to achieving sustainability in the areas of health and security, "the Resilience Health System model" has been introduced and proposed in this study.

Conclusion: Islamic culture and instructions and achievements the Holy defense has been introduced.

Key words: Health, Security, National Security, Sustainable development, Sustainable National Security, Passive defense, Identifying of enemy, National security Threat, Insight, Religious insight, Mastery, Soft Power.

منابع

- ۱- آقابختی-علی و افشاری-راد-میتو: فرهنگ علوم سیاسی، نشر چاپار، تهران، ص ۴۴۳، ۱۳۸۳.
- ۲- خسروی-مرتضی: امنیت در قرآن. (رویکرد تفسیری تبیینی)، چاپ اول، تهران، دانشگاه عالی دفاع ملی، ۱۳۹۴.
- ۳- روحانی-حسن: امنیت ملی و دیپلماسی هسته ای، چاپ سوم، تهران، مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۹۱.
- ۴- خمسه نظامی: بخش ۳۱، خردنامه افلاطون، <https://ganjoor.net/nezami>
- ۵- مرندی-سیدعلیرضا، عزیزی-فریدون، لاریجانی-باقر و جمشیدی-حمیدرضا: سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تهران، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۳.
- ۶- ابن سینا-حسین ابن عبدالله، قانون، ترجمه عبدالرحمن شرفکندی، تهران، انتشارات سروش، ۱۳۸۹.
- 7 - World Health Organization (1985) Handbook of Resolutions and Decisions, Vol. II, p.5-6.
- ۸- قاسمی-وحید، ربانی-رسول، ربانی خوراسگانی-علی، علیزاده اقدام-محمدباقر: تعیین کننده های ساختاری و سرمایه ای سبک زندگی سلامت محور، مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۶۳، زمستان ۱۳۸۷.
- ۹- صالح-نیا-علی: بررسی نظری مفهوم امنیت ملی و ابعاد مختلف آن، مجموعه آثار و مقالات برگزیده دهمین کنگره پیشگامان پیشرفت.
- ۱۰- قیصری-نورالله، حسینی-سید مهدی، ابعاد و شاخص های امنیت پایدار مبتنی بر مدل مهندسی هم گرایی ملی، فصلنامه آفاق امنیت، س ۵، ش ۲۰، پاییز ۱۳۹۲، صص ۷۱-۱۰۷.
- ۱۱- سازمان پدافند غیر عامل کشور، پدافند غیر عامل در یک نگاه، آبان ۱۳۹۴، در: <http://www.ostan-hm.ir>
- ۱۲- فلاحی-فاطمه و دیگران: بررسی مفهوم سلامت در نظریه امنیت انسان، فصلنامه اخلاق زیستی، س ۵، ش ۱۵، بهار ۱۳۹۴، صص ۱۳۷-۱۶۲.
- ۱۳- خسروی-مرتضی: طرح کلی نظریه امنیت در قرآن، فصلنامه پژوهش و اندیشه، شماره ۱۵، بهار ۱۳۸۹، صص ۱۰۸-۹۵.
- ۱۴- عمیدزنجانی-عباسعلی: فقه سیاسی: مبانی حقوق عمومی، جلد ۷، تهران انتشارات امیرکبیر.
- ۱۵- پاشایی-هولاسو-امین، شعبانی-محمد رضا و استکی-جواد: شناسایی عوامل مؤثر بر تحقق امنیت ملی در نهج البلاغه، فصلنامه پژوهشنامه نهج البلاغه، سال ۵، شماره ۱۸، تابستان ۱۳۹۶، صص ۵۳-۳۳.
- ۱۶- شیدائیان-حسین: امنیت ملی از نگاه امام و مقام معظم رهبری، مجله حصون، شماره ۱۹، بهار ۱۳۸۸، صص ۶۹-۵۴.
- ۱۷- شیرازی-حسن، غلامی-عباس و اوجاچی-علی: تبیین نقش علم و فناوری در الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت در حوزه دفاعی امنیتی، فصل نامه مطالعات دفاعی استراتژیک، سال ۱۵، شماره ۶۹، پاییز ۱۳۹۶، صص ۱۵۸-۱۳۷.
- ۱۸- ایزدی-مصطفی، دولتشاه-بهرز و کیانی-سورنا: راهبردهای قدرت برتر دفاعی منطقه در حوزه علم و فناوری، فصلنامه مطالعات دفاعی استراتژیک، سال ۱۷، شماره ۷۵، بهار ۱۳۹۸، صص ۵۶-۳۳.
- ۱۹- ذبیحی-محمد رضا: نقش سپاه پاسداران جمهوری اسلامی ایران و شهید کاظمی در اقتدار و امنیت پایگاه بصیرت، دی ماه ۱۳۹۴، <http://basirat.ir/fa/news>
- ۲۰- فلاحی-فاطمه، مستحیمی-بهرام، آل کجاف-حسین و حیدری-بهاره: بررسی مفهوم سلامت در نظریه امنیت انسان، فصلنامه اخلاق زیستی، سال ۵، شماره ۱۵، بهار ۱۳۹۴، صص ۱۶۲-۱۳۷.

تهدیدات ناهمطراز و بیمارستان‌های صحرایی

سلیمان حیدری^۱

چکیده

زمینه و هدف

تغییر رویکرد جنگ از حالت کلاسیک به نامتقارن و ظهور تهدیدات ناهمطراز، سبب گردیده است که حوزه رزم و پشتیبانی رزم تحت تأثیر این تحولات قرار گرفته و متناسب با آن تاکتیک‌های خود را بازنگری نمایند. در عصر حاضر بخشی از مأموریت‌های امدادی و درمانی نیروهای نظامی در جنگ توسط بیمارستان‌های صحرایی تأمین می‌گردد. این مطالعه با هدف تبیین تهدیدات ناهمطراز و ویژگی‌های بیمارستان‌های صحرایی، لزوم متناسب نمودن طراحی ساختار و کارکردهای بیمارستان‌های صحرایی با تهدیدات ناهمطراز را بررسی می‌نماید.

روش

این مطالعه از نوع پژوهش مروری است که داده‌های آن از طریق بررسی مطالعات قبلی و مستندات جمع‌آوری گردیده است. اطلاعات و داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از روش تحلیل محتوا و نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاکی از لزوم بازنگری در ساختار، کارکردها و شرایط بهره‌گیری از بیمارستان‌های صحرایی در شرایط تهدیدات ناهمطراز است. در غیر این صورت ممکن است این مراکز توان پشتیبانی درمانی و پاسخگویی کامل به نیازهای نیروهای آسیب‌دیده را نداشته باشند و حتی موجب افزایش میزان مرگ و میر و عوارض ناشی از مجروحیت‌های رزمندگان نیز گردند.

نتیجه‌گیری

بیمارستان‌های صحرایی در شرایط نبردهای امروزی و شرایط ناهمطراز نیاز به تغییر و تحولات اساسی دارند. برای نیل به این هدف

۱. دکتر سلیمان حیدری؛ جراح عمومی. فوق تخصص جراحی قفسه صدری، عضو هیئت علمی دانشگاه بقیه

پیشنهاد می‌شود بازنگری در الگوی بیمارستان‌های صحرایی متناسب با ویژگی‌های جنگ‌های نامتقارن، در دستور کار نیروهای نظامی قرار گیرد تا مأموریت‌های بهداری رزمی با کارآمدی بیش از پیش بتوانند به مرحله اجراء درآیند.

کلمات کلیدی

بیمارستان صحرایی، تهدیدات ناهمطراز، بهداری رزمی، جنگ نامتقارن

زمینه و هدف

مأموریت اصلی بهداشت و درمان نیروهای مسلح، پشتیبانی از عملیات یگان‌های نظامی است تا از این طریق موجب ارتقاء سلامت کارکنان را فراهم آورده و از آسیب‌های جسمی و روحی آنان در هنگام جنگ پیشگیری و درمان نمایند. این خدمات از طریق مراکز مانند بیمارستان‌های صحرایی ارائه می‌شده تا در کوتاه‌ترین زمان ممکن از صحنه نبرد امکان رسیدگی و ارائه مراقبت‌های حیات‌بخش را فراهم کند، سپس نسبت به انتقال بیماران به شهرها جهت ادامه فرایند درمان اقدام می‌کرده است. یکی از عمده‌ترین مباحث در سیستم درمانی و اورژانس مناطق عملیاتی، در حال حاضر امداد رسانی و انتقال مصدومان و مجروحان جنگی در کمترین زمان ممکن برای انجام اقدامات حیات‌بخش به‌ویژه در بحران‌ها است (۱-۳).

با تغییر نوع تهدیدات از جنگ کلاسیک به جنگ نامتقارن، شیوه رویارویی دشمنان متفاوت گردیده و بالطبع دکترین و استراتژی‌های نحوه مقابله یگان‌های رزمی نیز متناسب با این تغییرات دچار تحول شده است. در حوزه بهداشت و درمان نیز مطالعاتی برای تطبیق راهبرد و دکترین نیروهای نظامی در شرایط جنگ ناهمطراز با نحوه ساماندهی بهداری انجام شده؛ اما به دلیل عدم تطبیق آن با سطح ارائه خدمات در مراکز مانند بیمارستان صحرایی، ساختار و نحوه ارائه خدمات درمانی در این مراکز بررسی کامل نگردیده است (۴-۸) لذا مطالعه حاضر ضمن تبیین تهدیدات ناهمطراز و ویژگی‌های بیمارستان‌های صحرایی، لزوم بازنگری در ساختار آن‌ها را متناسب با تهدیدات ناهمطراز بررسی می‌نماید.

جنگ ۳۳ روزه حزب الله و رژیم صهیونیستی در گونه شناسی نبردها، نمونه بارز یک جنگ ناهمطراز به شمار می‌رود؛ زیرا عدم تقارن همه جانبه بر دو طرف مبارزه حاکم است. کلیه ابعاد و اشکال عدم تقارن در ششمین جنگ اعراب و رژیم صهیونیستی یا سومین جنگ لبنان و رژیم صهیونیستی مشهود است؛ زیرا کمترین تقارن بین توان، ابزارها، راهبردها، تاکتیک‌ها، اهداف، عناصر قدرت، سازمان‌دهی و فرماندهی نیروی مقاومت اسلامی لبنان و ارتش رژیم صهیونیستی وجود دارد. پس این رویارویی نظامی علاوه بر نابرابر و ناعادلانه بودن، نبردی ناهمطراز نیز است.

رژیم صهیونیستی به منظور نابودی حزب الله و تأمین امنیت مرزهای شمالی خود با طرح و نقشه قبلی تهاجم گسترده‌ای را در ژوئن ۲۰۰۶ به لبنان آغاز کرد، اما پس از ۳۳ روز جنگ به هیچ یک از اهداف نظامی و سیاسی خود دست نیافت. مهم‌ترین و بارزترین نمونه این عدم تقارن، استفاده رژیم صهیونیستی از پیشرفته‌ترین سلاح‌ها از قبیل بمب‌های هوشمند، هواپیماهای مدرن و نیروی زرهی فوق مدرن است.

از طرف دیگر، حزب الله با هدف قرار دادن عمق خاک شمال رژیم صهیونیستی با موشک‌های کاتیوشا و اتخاذ شیوه‌های جنگ نامنظم و چریکی، استفاده بهینه‌ای از آسیب‌پذیری‌های دشمن پیش رو نمود (۲۸-۲۱).

اصول مهم در امداد و انتقال بحث خلایق و همچنین مدیریت و فرماندهی در صحنه امداد و انتقال است که نوآوری نظامی به ابعاد صنعت و فناوری نظامی محدود نمی‌شود، بلکه استراتژی‌ها و تاکتیک‌های نوآورانه نیز می‌تواند در موقعیت پیروزی مؤثر باشند و در ادامه اصل فرماندهی نزدیک یا فرماندهی در صحنه به عنوان یکی از اصول عملیات امداد و انتقال است.

بیمارستان صحرایی به مکان امدادی، درمانی اطلاق می‌شود که در آن تمامی یا قسمت اعظمی از تجهیزات پزشکی، فضای مناسب جهت ارائه خدمات درمانی پیش‌بینی شده و بر حسب ضرورت در مکان‌های مناسب از لحاظ پارامترهای ایمنی و حفاظتی و دسترسی به حداقل امکانات (برق، آب، جاده مواصلاتی) سریع راه‌اندازی شده است. در این فضا کارکنان متخصص و فنی مربوطه نیز به راحتی می‌توانند بهترین سرویس خدمات امدادی، درمانی را به مجروحان و مصدومان ارائه نمایند.

در یک بیمارستان صحرایی مانند هر بیمارستان دیگر علاوه بر بخش‌های پزشکی و پیراپزشکی، بخش‌های دیگری نیز وجود دارند که هنگام طراحی فضای بیمارستان و آرایش آن می‌بایست در نظر گرفته شوند که می‌توان به اتاق استراحت پزشکان، سالن غذاخوری

پژوهش حاضر به صورت مروری انجام گرفت و برای جمع‌آوری داده‌ها از مطالعات مرتبط و تحلیل اسناد استفاده شد. اسناد و داده‌های متنی شامل اسناد راهبردی، برنامه‌ها و سیاست‌های ابلاغی سازمانی، اسناد مصوب مربوط به نیروهای مسلح است. تحلیل داده‌های کیفی در مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی و ترکیب با داده‌های متنی حاصل از بررسی اسناد، با کمک نرم‌افزار MAXQDA کدگذاری، طبقه‌بندی و سازمان‌دهی شدند.

یافته‌ها

دشمنان در جنگ ناهمطراز به دنبال شناخت و دستیابی به آسیب‌های طرف مقابل یا هدف هستند. تهدیدهای ناهمطراز آسیب‌پذیری‌های ناشناخته را هدف قرار می‌دهند. این ویژگی بیشتر توسط طرف ضعیف‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرد که تلاش می‌کند ضعف خود را با تمرکز بر نقطه آسیب‌پذیر طرف قوی‌تر بپوشاند. به عبارت دیگر نبرد ناهمطراز به مفهوم کشاندن جنگ به حوزه آسیب‌پذیری‌های دشمن و نقاط قوت خودی به منظور خنثی کردن برتری‌های فیزیکی طرف قوی‌تر است (۱۱-۹).

تهدیدهای ناهمطراز اغلب بسیار متنوع و چند بعدی هستند. این تهدیدهای می‌توانند از زمین، دریا، هوا، زیر دریا و فضا باشند و اهداف را مورد حمله قرار دهند. به عبارتی عملیات علیه آن‌ها دیگر تنها با جغرافیا مشخص و تعریف نمی‌گردد.

رویکردهای ناهمطراز می‌توانند از طریق به کارگیری ماهرانه عامل روانی تأثیر قدرتمندی بر جای گذارند. این تاکتیک‌ها که مستقیماً اراده دشمن را هدف قرار می‌دهند می‌توانند کمبود تجهیزات یا دیگر کاستی‌ها را جبران کنند (۱۵-۱۲).

برای هر دو طرف در جنگ ناهمطراز مؤثر بودن هدف و اقدام، اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. به عبارت دیگر میزان تأثیری که این نوع جنگ در دشمن ایجاد خواهد کرد در پیروزی یا شکست اقدام، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. رویکردهای ناهمطراز در کلیه سطوح جنگ به کار گرفته می‌شود اما نباید از نظر دور داشت که مؤثرترین رویکردهای ناهمطراز بدون توجه به سطحی از جنگ که در آن به کار گرفته می‌شوند، به دنبال کسب تأثیر راهبردی هستند. به طور منطقی باید باور داشت که جغرافیای نظامی بر مسئله رزم ویژه در آینده تأثیر بسزایی خواهد داشت. در واقع در جنگ‌های اخیر و آینده در همه جا باید جنگید. به دلیل وجود اهداف سیاسی راهبردی و حیاتی در عمق، جنگ به طور هم‌زمان در مرکز ثقل و خطوط مقدم صورت خواهد گرفت. جنگ ناهمطراز در سطحی وسیع همراه با عمق بسیار زیاد پراکنده می‌شود. دشمن قادر است در یک محدوده بسیار وسیع جغرافیایی که تا پیش از این امکان اجرای عملیات هم‌زمان در آن بعید

کارکنان، سرویس های بهداشتی، رختشوی خانه، مخابرات، موتورخانه و ... اشاره نمود. به این ترتیب در زمان آرایش مجموعه واحدهای یک بیمارستان صحرایی، می بایست یک سری اصول کلی در نظر گرفته شوند تا مجموعه با کارایی مناسبی از نظر فضایی مورد استفاده قرار گیرد (۳۵-۲۸).

بخش اصلی بیمارستان را اورژانس و اتاق عمل تشکیل می دهد. قسمت دیگر که معمولاً فضای کمتری را به خود اختصاص می دهد بخش در مانگاه سرپایی است. بخش بیماران بستری موجود بیانگر مسیر ارتباطی میان واحدهای مختلف بیمارستان صحرایی است. در ابتدا بخش پذیرش و مدارک پزشکی قرار دارد. در این بخش بیمار مورد پذیرش واقع و پرونده لازم برای او تشکیل می شود. بعد از این بخش (آمار و مدارک پزشکی)، مجروح و بیمار وارد بخش اورژانس می شوند که دارای تعدادی تخت بستری مخصوص بیماران است. ثبت آمار و مدارک پزشکی مجروحان و مصدومان بد حال در اورژانس انجام می شود و در صورتی که وضعیت بیمار حاد باشد به اتاق بستری منتقل می گردد. در موارد زیادی با توجه به وضعیت منطقه، مجروح یا بیمار نیاز به عمل جراحی دارد، بدین منظور بخش دیگری به نام اتاق عمل وجود خواهد داشت که تمامی مراحل جراحی در آنجا صورت می گیرد.

مکان هایی از نظر طراحی بیمارستان وجود دارند که می بایست تحت شرایط خاصی در مجموعه قرار گیرند. به عنوان مثال، اتاق عمل یک واحد بسیار مهم در این طراحی است که باید هم در زمان طراحی واحدهای سازه های بیمارستان و هم در زمان آرایش واحدها در تشکیل مجموعه در نظر گرفته شود. برای نمونه در زمان طراحی واحد سازه می بایست پیش بینی های لازم جهت نیازهای اتاق عمل صورت گیرد، از جمله امکان استریل کردن اتاق، شرایط تهویه و واپایش (کنترل) دما و رطوبت آن. در مورد این شرایط، هر سازه به گونه ای خاص طراحی می شود به طوری که نیازهایی از این قبیل را برآورده نماید. ولی مطلب دیگر که به طور جداگانه حائز اهمیت است، نحوه قرارگیری واحدهای سازه ای در کنار یکدیگر است، به طوری که کل مجموعه از آرایش واحدهای مختلف شکل می گیرد.

در نحوه آرایش واحدها در یک مجموعه بیمارستانی صحرایی وابستگی نوع سازه با آرایش و اصول کلی که می بایست در طراحی مجموعه واحدها در نظر گرفته شود مهم بوده و برای سازه های مختلف انواع آرایش های متداول مد نظر قرار می گیرد.

از جمله این اصول می توان موارد زیر را ذکر کرد:

- اصل پراکندگی: به طوری که در آرایش مجموعه، زمانی که واحدها در یک منطقه سر باز قرار می گیرند، می بایست حداکثر پراکندگی میان آنها وجود داشته باشد تا در اثر اصابت توپ و یا خمپاره دشمن میزان

صدمه به واحدها به کمترین مقدار ممکن برسد. اصل پراکندگی را نکته دیگری محدود می کند و آن ارتباط میان واحدها است. از آنجایی که میان واحدهای بیمارستان رفت و آمد کارکنان و بیماران وجود دارد و به دلیل اینکه بیمار را نمی توان میان مسیر طولانی انتقال داد، کل مجموعه بیمارستان نمی تواند از حدود مشخصی بیشتر پراکنده شود.

نکته دیگر که در اصل پراکندگی می بایست دقت شود مواردی است که مجموعه بیمارستان دارای استحکامات نیر و مندی است.

به عنوان مثال در بیمارستان صحرایی با سازه بتونی این امکان وجود دارد که مجموعه در زیر زمین احداث شود و یا اینکه به طور کامل با خاک و صفحه های بتونی پوشانده شود. در این صورت برعکس اصل پراکندگی می بایست آرایش مجموعه به صورت متراکم انجام شود و کلیه مسائل مربوط به فرایند مجروح به بهترین نحو در آن رعایت شود. تا در طی دوره معاینه و درمان، بیمار کمترین مسیر فیزیکی را طی کند. - اصل تجمع: بخش اتاق عمل به گونه ای طراحی و پیاده شود که تمام اتاق های آن به طور مستقیم با هم ارتباط داشته باشد. در واقع مجموعه اتاق های عمل، اتاق آماده سازی، اتاق ریکاوری و همچنین سی اس آر می بایست حتماً به صورت مجتمع قرار گیرند. اگر در طراحی بیمارستان، یک واحد سازه ای گنجایش لازم بدین منظور را داشت، باید یک واحد به طور مشخص شامل همه اتاق های فوق باشد. به عنوان مثال سازه باز شونده پروانه ای این قابلیت را دارد؛ پس علی رغم اصل پراکندگی تعدادی از بخش ها به دلیل مسائل جابه جایی مجروح می بایست حتماً به صورت مجتمع طراحی گردند. حال اگر در یک واحد سازه ای گنجایش اجتماع بخش ها وجود نداشت، می بایست امکان اتصال آنها به یکدیگر پیش بینی شده باشد.

با توجه به توضیحات فوق در طراحی آرایش مجموعه بیمارستان می بایست به نکاتی کلی اهمیت داد لیکن نکته دیگری که در نحوه این آرایش مؤثر است، نوع سازه بیمارستان است. به عنوان مثال شرایطی که در سازه چادری حاکم است، آرایش خاص خود را می طلبد و لزوماً مطابق شرایط آرایش در سازه پیش ساخته فلزی (کانکسی) نیست. از این رو می بایست با توجه به اصول کلی در آرایش و شرایط فیزیکی هر واحد در مجموعه از یک طرف و شرایط منطقه ای مانند عوارض جغرافیایی برای هر بیمارستان خاص که در یک منطقه ویژه نصب می شود، طراحی لازم انجام گیرد. در این راستا یکی از اهداف کلی طرح، رسیدن به یک اسلوب کلی در آرایش مجموعه است.

به همین جهت در چگونگی آرایش اتوماتیک مجموعه بیمارستان، فعالیت های تحقیقاتی صورت می گیرد.

با توجه به اینکه استقرار یک بیمارستان صحرایی برای ارائه خدمات

Abstract

Title: Asymmetric Threats and Fields Hospitals

Author: Soleiman Heidari.MD

Background and aim: Changing the war approach from classic to asymmetric, and emergence of nonalignment threats, has been affected the combat support areas and revision their tactics accordingly. In military medicine, the substantial part of Relief and treatment is being done in field hospitals. Fitting the design, structure and function of field hospitals with asymmetric warfare threats is subject of the present study.

Method: The present study is a review survey that its data extracted from previous researches and available documents. The collected information and data were analyzed using content analysis method and MAXQDA software, too.

Results: The results showed that in situation of asymmetric warfare threats, all current structure, functions, and using conditions of field hospitals, needs to be re-designed. If not, these centers may not be able to present the remedial patronage and complete replication to requirements of harmed combats and even they may caused the increasing of mortality rate and also unwanted effects of lincination in fighters.

Conclusion: In modern war, field hospitals needs to substantial changes and evolution, too. For accessing to this goal, designing, structure and functions of the field hospitals, should be revised based upon the asymmetric warfare condition. It is so necessary for combat medicine's duties to be efficiently performed more than ago.

Key words: Field hospital, Asymmetric warfare threats, Combat medicine

منابع:

1. Pate B. Identifying and tracking disaster victims: state-of-the-art technology review. *Fam Community Health*. 2008;31: 23-34.
2. محمد زاده- فیض الله. بهداری رزمی. مرکز تألیف کتاب‌های درسی معاونت تربیت و آموزش سپاه. تهران ۱۳۸۷.
3. میریان. مهنار. انتقال بیماران و مصدومان (زمینی، هوایی) (مرکز تألیف کتاب‌های درسی معاونت تربیت و آموزش سپاه. تهران: ۱۳۷۸.
4. Andrew N. Critical Care Transport. A.A.O.S. America. Jones and Bartlett International Edition Ed. 2011.
5. عامریون- احمد. محمد زاده- فیض الله. سازمان و مدیریت بهداری در جنگ. مرکز تألیف کتاب‌های درسی معاونت تربیت و آموزش سپاه. تهران: ۱۳۸۷.
6. محمد زاده- فیض الله. مدیریت بهداری در رزم. مرکز تألیف کتاب‌های درسی معاونت تربیت و آموزش سپاه. تهران ۱۳۸۷.
7. غنچال- علی و همکاران. بیمارستان صحرایی دوران جنگ عراق علیه ایران. مجله طب نظامی. ۱۳۸۳. شماره ۶ (۲) ص ۱۴۳-۱۵۲.
8. محمد زاده- فیض الله. بهداشت و درمان در نبرد نامتقارن. مرکز تألیف کتاب‌های درسی معاونت تربیت و آموزش سپاه. تهران ۱۳۸۸.
9. احدی- توکل و همکاران. جمع‌آوری و بررسی تجربیات بهداری سپاه در عملیات والفجر ۱۰. مجله طب نظامی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج). ۱۳۸۰؛ ۴(۲): ۷۵-۸۰.
10. Barbara A. Combat Medic Advanced Skills Trainig. Jones and Bartlett International Edition ed. Amerika: American Academy of orthopedic Surgeons; 2010.14
11. غنچال- علی. نقش نیروهای نظامی و بهداری رزمی در امداد و انتقال در بلاها و حوادث غیر مترقبه. مجله طب نظامی. پاییز ۱۳۸۱ شماره ۴: ۱۹۵-۸۹.
12. Beale P, Kerwin-Nye A. Battlefield first aid. *J R Army Med Corps*. 2000;146: p53-57.
13. طهماسبی پور- امیر هوشنگ. سیر تحول بیمارستان صحرایی در جنگ تحمیلی. فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس. تابستان ۱۳۹۲، دوره ۱۲، شماره ۴۵، صفحه ۲-۳۱.
14. Salami H. Future Warfare. *Strategic Defense Studies*. 2004.
15. Definitions and descriptions of the most common hospital departments and

در مأموریت‌ها و عملیات نظامی نیاز به یک بررسی و امکان‌سنجی دارد، متناسب با مأموریت یا نوع تهدیدات تعریف و شرایط استقرار آن را تحت تأثیر قرار خود می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن است که تعریف امروزی بیمارستان صحرایی در نبرد ناهم‌طراز تغییر کرده است. (۳۵-۴۰)

امداد و انتقال فرایندی پویا است که نیاز به مطالعه علمی و عملی دارد. روند امداد و انتقال در نیروهای نظامی از شروع تا پایان جنگ تحمیلی تفاوت‌های بسیاری کرده است به نحوی که از حالت بدون انسجام و ابتدایی به حالتی هدفمند، منظم و همه‌جانبه تبدیل و سبب شده است که علاوه بر جلوگیری از اتلاف نیرو و امکانات، بتوان با تنظیم منابع انسانی و سرمایه‌ای و جهت دادن به آن‌ها در مسیرهای مورد نیاز، به نتایج بهتری رسید. در این مطالعه تأکید شده است برای آن‌که امداد و انتقال بتواند همواره به صورت کار بردی و پویا باقی بماند، می‌بایست بر اساس نیازها، مقتضیات زمان و تهدیدات موجود در سازمان و نحوه عملکرد آن ارزیابی شده، همچنین سازمان، امکانات و خط‌مشی‌های آن به روز گردد. شرایط تهدیدات ناهم‌طراز سبب گردیده است که الگوی ساختار سازمان‌های بهداشتی و درمانی نظامی، بر اساس ویژگی‌های نبرد ناهم‌طراز برای دستیابی به ساختار سازمانی متناسب اقدام نمایند و با توجه به مؤلفه‌هایی از قبیل انعطاف‌پذیری، دقت، سرعت تصمیم‌گیری و تناسب کلی مدل‌های ساختاری با نبرد ناهم‌طراز اقدام شود.

مواردی از قبیل قابلیت لازم برای ارائه خدمات بهداشتی در همه شرایط جغرافیایی، اقلیمی و جوی و محیطی، قابلیت توسعه‌پذیری آسان، استفاده از تجهیزات و امکانات بهداشتی سبک و پرتحرک، خوداتکایی سامانه‌های بهداری، چندمنظوره بودن سازمان‌های بهداشتی، استفاده از تجهیزات بومی و توانمندی تحرک لازم، به عنوان بخش مهم ویژگی‌های سازمان‌های بهداشتی در نبرد ناهم‌طراز محسوب می‌گردد. (۴۰-۴۷)

نتیجه‌گیری

تهدیدات ناهم‌طراز شرایطی نوین برای رزم و پشتیبانی از خدمات رزم پدید آورده است که به همین منظور ضرورت دارد سازمان‌های نظامی نسبت به بازنگری در ساختار و نقش و کارکردهای بیمارستان‌های صحرایی متناسب با آن پردازند تا بتوانند مأموریت‌های خود را به صورت کارآمد اجرا نمایند. بیمارستان صحرایی در شرایط نبردهای امروزی و شرایط ناهم‌طراز نیاز به تغییر و تحولات اساسی دارد. پیشنهاد می‌شود بازنگری در الگوی بیمارستان‌های صحرایی متناسب با ویژگی‌های جنگ‌های نامتقارن، در دستور کار نیروهای نظامی قرار گیرد تا مأموریت‌های بهداری رزمی با کارآمدی بتواند اجرا شوند.

32. Ebrahimnia M, Porsa H. Guard health system organizational diagnosis: Health Management Research Center; 2010.

33. Dehqani Firouzabadi SJ. Asymmetric War in Lebanon. External Politic. 2007;21.

34. John M. Quinn V, Omar F. Amouri and Pete Reed. Notes from a field hospital south of Mosul. Globalization and Health (2018) 14:27.pp1-5.

35. Aşık MB, Akay S, Eksert S. Analyses of combat-related injuries to the maxillofacial and cervical regions and experiences in an operational field hospital. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2018;24:56-60

۳۶. عامریون-احمد، زابلی، روح... زمینه زنجیره امداد و انتقال در نبرد نامتقارن. همایش بهداشت و سلامت در نبرد نامتقارن. تهران: ۱۳۸۶.

۳۷. گال و همکاران. روش های آنالیز کیفی و کمی در روانشناسی و آموزش. ترجمه: احمد رضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. ۱۳۸۶.

۳۸. ادیب حاج باقری-محسن و همکاران. روش های تحقیق کیفی. تهران: انتشارات بشری. ۱۳۸۶.

39. Hsieh, H. and S. Shannon, Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005. 15(9): p. 1277-88.

40. Eio, S. and H. Kyngas, The Qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2007. 62(1): p. 107-15.

41. Popivanov G, Mutafchiyski VM, Belokonski EI, et al. A modern combat trauma. J R Army Med Corps. 2014;160:52-55.

42. Willy C, Hauer T, Huschitt N, Palm HG: 'Einsatzchirurgie' – experience of German military surgeons in Afghanistan. Langebecks Arch Surg 2011, 396:507–522.

43. Mutafchiyski et al.: Medical aspects of terrorist bombings – a focus on DCS and DCR. Military Medical Research. 2014. 1:13.

44. Baskin TW, Holcomb JB. Bombs, mines, blast, fragmentation, and thermobaric mechanisms of injury. In: Mahoney PF, Ryan J, Brooks AJ, Schwab CW, eds. Ballistic trauma: a practical guide. 2nd edn. London: Springer, 2005; Chapter 3:45–66.

45. Kluger Y. Bomb explosions in acts of terrorism—detonation, wound ballistics, triage and medical concerns. IMAJ 2003;5:235–40.

46. Popivanov G, Mutafchiyski VM, Belokonski EI, et al. A modern combat trauma. J R Army Med Corps. 2014;160:52–55.

47. Popivanov G, Mutafchiyski VM, Belokonski EI, et al. A modern combat trauma. J R Army Med Corps. 2014;160:52–55.

services". Hospital Departments: Definitions & Lists.

16. "Wikipedia". Field hospital. 2017-09-24.

17. Jatoi Ismail. "Journal of the National Medical Association". The Mobile Army Surgical Hospital (MASH): A Military and Surgical Legacy. May 2005.

۱۸. عراقی زاده-حسن و همکاران؛ نقش سازه های مستحکم بیمارستانی در فعالیت های پزشکی و کاهش آمار شهداء در دفاع مقدس؛ مجله پزشکی کوثر، تابستان، ش ۶ (۳)، صص ۱۳۹-۱۳۸۰.

۱۹. حسینی-سید بهشید (۱۳۸۶)؛ طراحی در بحران، مراکز درمانی صحرایی؛ ناشر: بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش های دفاع مقدس.

۲۰. اردهالی-سید حسین، اصول راه اندازی بیمارستان صحرایی، دومین همایش علمی تحقیقی مدیریت امداد و نجات، تهران، مؤسسه آموزش عالی علمی-کاربردی هلال ایران: ۱۳۸۴.

۲۱. نامجوی نیک-خسرو. تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان هشت سال دفاع مقدس. انتشارات ایران سبز. تهران: ۱۳۸۹.

22. Lino WS. Concept of Fourth Generation Warfare. National Defense University 60. 2005. (12).

23. Nouzari f. Land combat doctrine in asymmetric warfare. Tehran: Eman Hosein University; 2010..

24. Qamari M. Applying Hamedan Military Geographic in Asymmetric warfare. Tehran: Emam Hosien; 2010..

25. Joint staff W. Doctrine for the Armed Forces of the United States. In: DOD, editor. Washington: Defences Industries Research Institute; 2009. p. 209.

26. Tofighi S, mohammadzadeh F. Military health in asymmetric warfare. Faculty of Health. 2012;7(25).

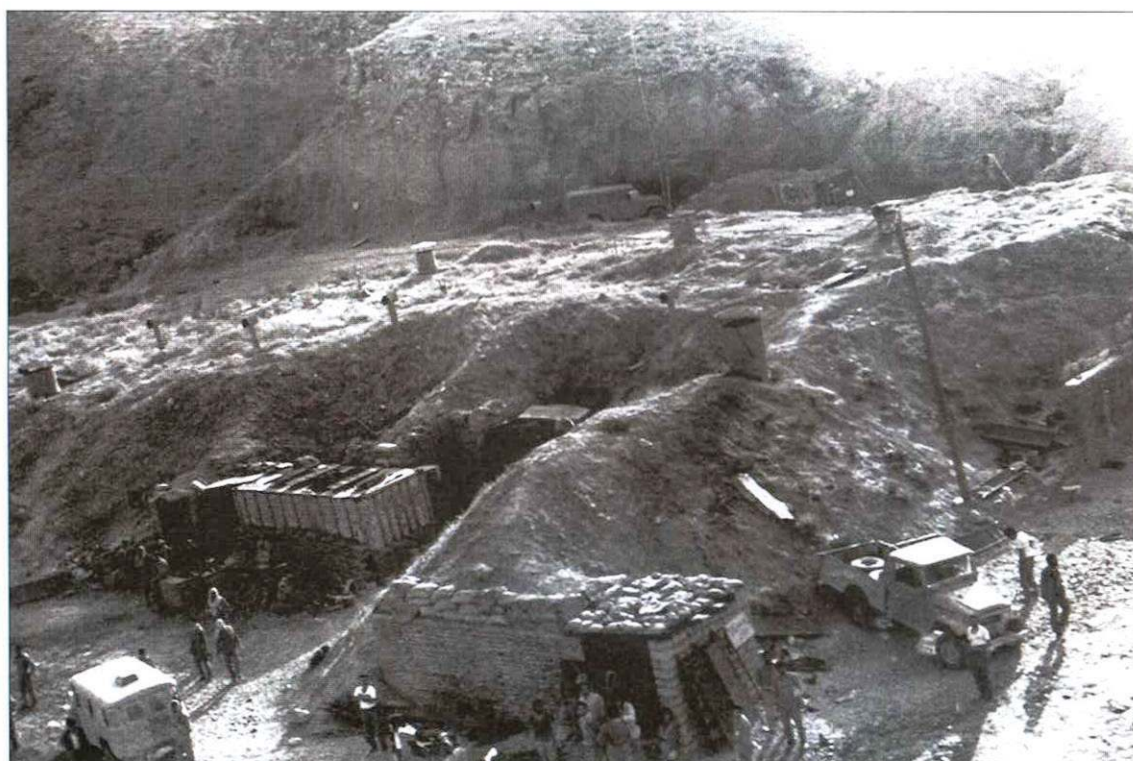
27. barjaste A, Pashazadeh J. Application methods and maintain of military equipment and technology in asymmetric warfare. 2th asymmetric warfare; Tehran: Emam Hosein University; 2011.

28. Ebrahimnia M, Farzaneh A, Tofighi S. Components of asymmetric warfare in designing of organizational structure. 2th asymmetric warfare; Tehran: Emam Hosein University; 2011.

29. Shahrard S, purirahim A. land preparation Of IRAN with security – defense approach in asymmetric warfare. 2th asymmetric warfare; Tehran: Emam Hosein University; 2011.

30. Ebrahimnia M, Farzaneh A, Ebadi A, Tofighi S. Evaluation of military health organizations structure models in asymmetric warfare. Journal of Military Medicine. 2012;14 (2):0-.

31. Jahangiry K, Tabibi SJ. Disaster Management: A pattern for Effective program against Bioterrorism. Payesh. 2003;3(2):205-14.



بیمارستان صحرایی در منطقه غرب کشور

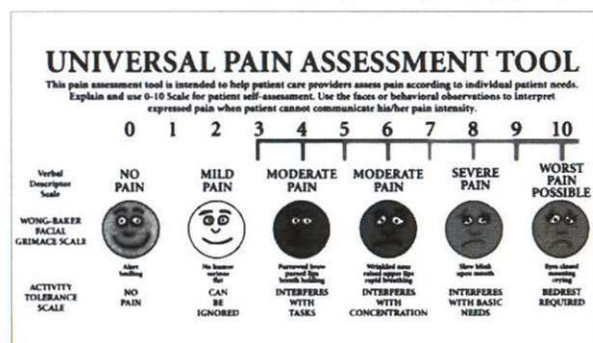
روانی، سلامت جسمانی و میزان تمرین، سابقه مصرف دارو، فرهنگ، آموزش، سابقه اعتیاد به داروهای مخدر و بسیاری موارد دیگر بستگی دارد. تجویز کتامین در مجروحان جنگی به درجات موجب کاهش درد و تجویز هم‌زمان بنزودیازپین‌ها موجب کاهش سایر علائم همراه می‌شود.

کلمات کلیدی

بیهوشی، درد، کتامین، ضد درد، مصدومان جنگی

مقدمه

واپایش (کنترل) درد در مصدومان تروما در مرحله پیش بیمارستانی و بعد از انتقال به بیمارستان حائز اهمیت است. این موضوع مهم در بسیاری مواقع در هیاهوی امداد رسانی در صحنه حادثه و میدان نبرد از ذهن امدادگران دور می‌ماند. برای بررسی شدت درد ابزارهای استاندارد شده مختلفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. یکی از ساده‌ترین و در عین حال کاربردی‌ترین آن‌ها معیار VAS (visual analog scale) است. با این معیار با استفاده از خط کش نشانگر میزان درد، به سادگی می‌توان مسکن مناسب را برای مصدوم تأیید و تجویز نمود (شکل ۱). با این معیار به حالت بی‌دردی کمتر از ۱، درد خفیف نمره کمتر از ۳ و بالاترین درد نمره ۱۰ تعلق خواهد گرفت.



شکل ۱: معیار اندازه‌گیری شدت درد در مصدومان تروما

در مصدومان جنگی مجال استفاده از داروهای مسکن خوراکی، با توجه به شرایط مصدوم و نیز شدت جراحات در بسیاری موارد وجود ندارد و یا حتی مؤثر نخواهد بود. در عین حال برای دردهای خفیف (شدت درد ۳) در صورت نیاز به مسکن، از داروهای خوراکی می‌توان استفاده نمود. برای دردهای شدیدتر، (بین ۳ تا ۱۰) با معیار بالا) روش‌های مختلفی استفاده شده است. روش‌هایی نظیر تزریق عضلانی مرفین نیز به علت تأخیر در شروع آثار بی‌دردی و امکان تزریق مقادیر بیش از نیاز و نیز عوارض کشنده احتمالی انتخابی نیستند. شناخت صحیح داروهای مورد استفاده و عوارض ناشی از آن‌ها کمک بسیار بزرگی به سازمان رزم و حفظ توان نیروهای عمل‌کننده خواهد کرد. طبق پروتکل‌های موجود باید از روش‌های توأم آرام‌بخشی و بی‌دردی ۳ استفاده نمود. ویژگی‌های ایده آل داروی

واپایش (کنترل) درد با کتامین در شرایط جنگی - ملاحظات و پیامدها

حمیدرضا جوادزاده^۱ و محمد جواد بهزاد نیا^۲

چکیده

زمینه و هدف

واپایش (کنترل) درد در مصدومان تروما در مرحله پیش بیمارستانی و بعد از انتقال به بیمارستان موضوع مهم و قابل تأملی است که در بسیاری مواقع در هیاهوی امداد رسانی در صحنه حادثه و میدان نبرد از ذهن امدادگران دور می‌ماند. بررسی این نیاز مبرم در ترومای جنگی هدف این نوشته علمی است.

روش

در شرایط میدانی دو گروه صد نفره از مصدومان جنگی نیازمند دریافت مسکن بر اساس شدت درد وارد مطالعه و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. در گروه الف صرفاً از داروی کتامین و در گروه ب از ترکیب کتامین به همراه دیازپام به صورت هم‌زمان استفاده شد.

یافته‌ها

قبل از تجویز مسکن، مصدومان به علت تحمل درد دچار تاکیکاردی و افزایش نسبی فشارخون می‌شدند. این شرایط به نوبه خود افزایش مصرف اکسیژن و کاتابولیسم را به دنبال خواهد داشت. همراهی خون‌ریزی با این شرایط، مصدوم را به سمت شوک سوق خواهد داد. کلیه مصدومان دریافت‌کننده کتامین در شرایط جنگی در جاتی از بی‌دردی را تجربه کردند. استفاده هم‌زمان از بنزودیازپین‌ها برای واپایش (کنترل) سایر علائم کمک‌کننده است. مصدومان گروه دوم که هم‌زمان با کتامین، بنزودیازپین دریافت کرده بودند، به صورت واضحی با کاهش آژیتاسیون همراه بودند (p < ۰/۰۵).

نتیجه‌گیری

در ارزیابی نیاز مصدومان جنگی به مسکن، عواملی نظیر سلامت

۱. استادیار متخصص طب اورژانس، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیه

الله (عج)، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: Behzadnia@bmsu.ac.ir

مورد استفاده در این شرایط جنگی شامل موارد زیر است (۱-۲)

- فراهم آوردن هر دو حالت آرام بخشی و بی دردی

- شروع اثر سریع

- بهبود و رفع سریع علائم پس از قطع دارو

- حفظ وضعیت قلبی-عروقی و تنفسی بیمار

- فراموشی در مصدوم تروما

سه داروی شناخته شده و دارای کاربرد در اورژانس پیش بیمارستانی عبارت اند از: کتامین، گاز N₂O و فنتانیل. کتامین به عنوان یک بی هوش کننده و جداکننده از محیط مطرح است. گاهی این دارو در رده موادی چون کوکائین و آمفتامین ها قرار گرفته و عوارضی در حد مسمومیت ایجاد می کند. عوارض عصبی و رفتاری، نظیر بی قراری و پر خاشاگری در شرایط کنترل شده درمانی مشاهده نمی شوند (۳).

روش

در این مطالعه دو گروه صد نفره از مصدومان جنگی نیازمند دریافت مسکن بر اساس معیار شدت درد بیشتر یا مساوی ۴ وارد مطالعه و به صورت تصادفی و به این ترتیب وارد یکی از دو گروه الف و ب شدند. تمامی مواردی که «ضربه به سر»، «دارای علائم نورولوژیک» و «دارای کاهش یا تغییر سطح هوشیاری» بودند، از مطالعه حذف شدند. در گروه الف، صرفاً از کتامین و در گروه ب از کتامین به همراه بنزودیازپین به صورت هم زمان استفاده شد. با توجه به اولویت حفظ توان رزمی و درمان مصدومان، در هر مرحله از درمان در صورت نیاز به آرام بخشی از داروی آرام بخش در گروه اول هم استفاده گردید.

نتایج

گروه اول، شامل صد مجروح (همگی مرد) با میانگین سنی $8 \pm$ سال ۶/۶ سال بودند. در ارزیابی اولیه، شدت درد در مصدومان این گروه به شرح جدول ۱ بود:

شدت درد	تعداد	درصد
۷-۱۰	۵۴	۵۴
۴-۶	۳۴	۳۴
۱-۳	۱۲	۱۲

جدول ۱: شدت درد در مصدومان گروه الف

۴ مصدوم دارای ضربه به سر یا تغییر سطح هوشیاری، از مطالعه حذف شدند. در مصدومان با دردهای خفیف تا شدت ۳، مثل سردرد و دردهای عضلانی، از داروهای خوراکی استامینوفن کدین و اکسی کدون خوراکی استفاده شد. در مصدومان با شدت درد متوسط تا شدید از داروی کتامین استفاده شد. تقریباً همه مصدومان دچار درجاتی از بی قراری^۱ بودند. در یک مصدوم از موارد خفیف، ۸ مصدوم از موارد متوسط و ۵ مصدوم از موارد شدید برای واپایش

(کنترل) بی قراری به ترتیب ۱، ۲، ۳ و یا بیش از ۳ عدد قرص دیازپام ده میلی گرمی استفاده شد. در یک مورد نیز بی قراری بسیار شدید وجود داشت و تا ده عدد دیازپام به فواصل مناسب جهت واپایش (کنترل) وضعیت مصدوم استفاده گردید.

گروه دوم، شامل صد مجروح (همگی مرد) با میانگین سنی $6 \pm$ سال ۷/۸ سال بودند. در ارزیابی اولیه، شدت درد در مصدومان این گروه به شرح جدول ۲ بود:

شدت درد	تعداد	درصد
۷-۱۰	۵۸	۵۸
۴-۶	۳۰	۳۰
۱-۳	۱۲	۱۲

جدول ۲: شدت درد در مصدومان گروه ب

در همه مصدومان این گروه، از بنزودیازپین ها در همان ابتدا و به صورت هم زمان با کتامین استفاده شد. با توجه به استفاده هم زمان دیازپام با کتامین موارد بی قراری به مراتب کاهش یافت. در موارد آژیتاسیون شدید (۲ مورد)، بیش از ۳ عدد دیازپام ده میلی گرمی برای واپایش (کنترل) استفاده شد. در این گروه فقط در یک مصدوم برای واپایش (کنترل) بی قراری از ۴ آمپول دیازپام استفاده شد. کتامین حتی در دوزهای کمتر از دوز استاندارد نیز قادر است دردهای مزمن رادر شرایط حاد واپایش (کنترل) نماید (۴).

نتیجه گیری

در تجارب جنگ های اخیر، یک یا بیش از یک شیوه بی دردی^۲ مشروحه زیر، بسته به وضعیت مجروحان، در شرایط میدانی جنگ مورد استفاده قرار گرفته است (۵):

۱- داروهای خوراکی (acetaminophen و meloxicam) که در کیف دارویی سربازان موجود است. این دارو در مجروحان با دردهای نسبتاً خفیف که هنوز قادرند به عنوان رزمنده به فعالیت خود ادامه دهند، استفاده می شود. مصرف دارو در این افراد سبب تغییر هوشیاری آنها نمی شود.

۲- تجویز خوراکی فنتانیل سیترات با جذب از طریق مخاط دهان^۳ در مجروحان با دردهای متوسط تا شدید که در شوک هموراژیک یا دیسترس تنفسی قرار ندارند و خطر مهمی هم برای ابتلاء به هرکدام از این شرایط آنها را تهدید نمی کند.

۳- کتامین برای مجروحان با دردهای متوسط تا شدید که در وضعیت شوک هموراژیک یا دیسترس تنفسی قرار دارند یا دارای ریسک مهم ابتلاء به یکی از این آنها هستند.

از کتامین برای افزایش اثرات بی دردی در مجروحانی که قبلاً از داروهای اپیوئیدی استفاده نموده اند، نیز استفاده می شود. کتامین در

2. Analgesia

3. Oral Transmucosal Fentanyl Citrate (OTFC)

1. Agitation

in an injured patient. Having sedative and analgesic properties, rapid onset and offset effects, maintaining the cardiovascular and respiratory contain are the main reason for selecting ketamine as a good choice in war zone.

Method: In a prospective interventional study in a war zone, we have selected and followed the two groups are casualties for pain management. All were men with the average age of 26.6 ± 8 y/o and 27.5 ± 7 y/o in group A and B respectively. Group A received only Ketamine and Group B, received ketamine and diazepam.

Results: This study showed that all of the injured patient who received ketamine have experienced some degrees of agitation and they may finally need benzodiazepines for sedation but in group B that received benzodiazepine before or concomitant with ketamine, the agitation was significantly reduced. (P Value 50.05)

Conclusion: Various factors may effect on pain score and pain perception; patients culture, mental health, previous drug usage and addiction could alter the pain score in the similar situations. It seems that the significant agitation is due to catecholamine release in the rough situation of war zone that is exacerbated with the ketamine properties, nonetheless, as a good choice, ketamine is now recommended to use with benzodiazepines in critical condition such as war zone for procedural sedation and analgesia.

Keywords: analgesia, Ketamine, pain, sedation, war zone,

منابع:

1. Mistraletti, G., F. Donatelli, and F. Carli, Metabolic and endocrine effects of sedative agents. *Curr Opin Crit Care*, 2005. 11(4): p. 312-7.
2. Krauss, B. and D. Zurakowski, Sedation patterns in pediatric and general community hospital emergency departments. *Pediatr Emerg Care*, 1998. 14(2): p. 99-103.
3. Kalsi, S.S., D.M. Wood, and P.I. Dargan, The epidemiology and patterns of acute and chronic toxicity associated with recreational ketamine use. *Emerg Health Threats J*, 2011. 4: p. 7107.
4. Lumanauw, D.D., et al., Subdissociative Dose Ketamine Is Effective for Treating Acute Exacerbations of Chronic Pain. *Acad Emerg Med*, 2019.
5. Ian S. Wedmore, and Frank K. Butler Jr: Battlefield Analgesia in Tactical Combat Casualty Care. *WILDERNESS & ENVIRONMENTAL MEDICINE*, 28, S109-S116 (2017)
6. Motov, S., et al., A prospective randomized, double-dummy trial comparina IV push low dose ketamine to short infusion of low dose ketamine for treatment of pain in the ED. *Am J Emerg Med*, 2017. 35(8):p.1095-1100
7. Sih, K., et al., Ketamine in adult emergency medicine: controversies and recent advances. *Ann Pharmacother*, 2011. 45(12): p. 1525-34.
8. Pruskowski, K.A., et al., Impact of Ketamine Use on Adjunctive Analgesic and Sedative Medications in Critically Ill Trauma Patients. *Pharmacotherapy*, 2017. 37(12): p. 1537-1544.

اورژانس پیش بیمارستانی شهری به تنهایی قابل استفاده است و به صورت معمول در اورژانس ها نیز به کار می رود. از این دارو به صورت عضلانی، وریدی و حتی رکتال و خوراکی می توان استفاده کرد. دوز وریدی آن ۲ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم، دوز عضلانی ۳ تا ۵ دوز رکتال و خوراکی آن تا ۷ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن متغیر است. در عمل ترجیح داده می شود مجموع مقدار محاسبه شده در دو مرحله تجویز گردد تا اثرات بی دردی و شدت عوارض بررسی شود. این دارو در اطفال کمتر از سه ماه نباید استفاده شود و تجویز آن در فشارخون بالا و بیماری های قلبی نیز ممنوع است. در بیماران تروما با ضربه به سر و یا دارای علانم استفراغ نباید کتامین تجویز شود. تجربه امداد رسانی در مرحله پیش بیمارستانی و اورژانس های جنگی به مصدومیت تروما نشان داد که استفاده از کتامین به تنهایی باعث آشفتگی بسیار زیاد در مصدوم می شود. شاید یکی از دلایل ازدیاد آشفتگی آن باشد که مصدومان جنگی در شرایط پراسترس روحی و روانی، همراه با آسیب های جسمانی خود، مقادیر فراوان کاتکول آمین ترشح می کنند. اکیدا توصیه می شود که در شرایط پراسترس جنگی در کنار تجویز کتامین از بنزودیازپین هایی مثل میدازولام و دیازپام نیز استفاده شود؛ بنابراین استفاده از کتامین در شرایط جنگی با ملاحظات بیشتری بایستی صورت گیرد. بی توجهی به این نکات، می تواند سبب بروز خطرات بیشتر در شرایط میدان نبرد برای مصدوم و کادر درمانی گردد. برخی مطالعات تفاوتی در اثربخشی تزریق یک باره و انفوزیون آهسته کتامین در میزان تسکین نشان نداده اند (۷). هر چند مطالعات قبلی از بی قراری به عنوان عارضه خفیف و غیر شایع یاد کرده اند، ولی تاکنون مطالعه ای در مورد بی قراری شدید و واپاش (کنترل) این نوع مصدومان در شرایط میدان نبرد انجام نشده است (۷). جالب است بدانیم که از کتامین به عنوان واپاش (کنترل) کننده بی قراری و بی دردی در موارد عدم پاسخ به سایر داروها همچون فنتانیل، پروپوفول و حتی بنزودیازپین ها و کاهش دوز اپیونیدها در تسکین درد استفاده می شود (۸).

Abstract

Title: Pain control by Ketamine in combat situations: consideration and outcomes

Authors: Hamidreza Javazade*, Mohammad Javad Behzadnia!*

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

*Corresponding author email: behzadnia@bmsu.ac.ir

Background: Pain management is an important key point to surmount multi injured peoples in an overcrowding emergency setting. Its roll would be more apparent when the physician encounters a mass casualty in a war zone or even a military prehospital. A proper pain management could prevent hyper catabolic state and subsequent shock

درس‌هایی از امداد و درمان در عملیات آزادسازی بستان

علی غفوری-احمد اخوان مهدوی-علی اصغر ملا

چکیده

زمینه و هدف

شهر بستان و ۷۰ روستای اطراف آن در ابتدای جنگ تحمیلی به تصرف ارتش متجاوز بعثی عراق درآمد. روز پنجشنبه مورخ ۶۰/۲/۳۱ ارتفاعات الله اکبر پس از هفت ماه آزاد شد و نیروهای دشمن با تحمل تلفات و خسارات سنگین تا ۱۲ کیلومتری بستان عقب نشینی کردند. سرانجام روز یکشنبه هشتم آذر ۱۳۶۰، شهر بستان و ۷۰ روستای تابعه آن به تصرف رزمندگان اسلام درآمد. در ادامه تا روز ۶۰/۹/۲۲ درگیری‌ها ادامه و منطقه عملیاتی طریق القدس به طور کامل از لوٲ دشمن اشغالگر بعثی پاکسازی شد. عملیات طریق القدس از چنان اهمیتی برخوردار بود که امام خمینی (ره) در پیام تبریک خود آن را «فتح الفتوح» نامیدند^۱. بهداری رزمی با بهره گیری از تجارب قبلی و ابتکارات جدید، پشتیبانی امدادی و درمانی عملیات را به طور کامل انجام داد.

روش

با استفاده از بانک اطلاعات تاریخ شفاهی بهداری رزمی در موزه انقلاب اسلامی و دفاع مقدس، مصاحبه تاریخ شفاهی و مرور منابع علمی منتشر شده، این مقاله تنظیم شد.

یافته‌ها

گردان‌ها و گروهان‌های بهداری نیروهای ارتش جمهوری اسلامی شرکت کننده در عملیات و همچنین بهداری رزمی تازه تشکیل شده سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، مسئولیت خطیر امداد و درمان در عملیات آزادسازی بستان را بر عهده داشتند. از بیمارستان صحرایی کانکسی برای نخستین بار استفاده عملیاتی شد که تجارب و نتایج بسیار ارزنده‌ای به دنبال داشت. بر اساس سوابق موجود دو ماه بعد از شکستن حصر آبادان، در عملیات طریق القدس روز یکشنبه

هشتم آذر ۱۳۶۰، اولین بیمارستان صحرایی دفاع مقدس به صورت کانکس و چادر در منطقه سوسنگرد توسط بهداری رزمی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی ساخته و به کارگیری گرفته شد (۱).

نتیجه‌گیری

سازه‌های بیمارستانی صحرایی متحرک با ابتکاراتی برحسب شرایط در جنگ و حوادث غیر مترقبه کاربرد زیادی دارند. ضعف استحکامات امنیتی، همچنان بزرگ‌ترین مشکل این سازه‌ها به شمار می‌رود.

کلمات کلیدی

بهداری رزمی، بیمارستان صحرایی، بیمارستان کانکسی، عملیات طریق القدس، بستان، تپه‌های الله اکبر

مقدمه

عملیات طریق القدس دومین عملیات مهم رزمندگان اسلام بعد از عملیات ثامن الائمه (ع) است. پس از انجام موفقیت‌آمیز عملیات ثامن الائمه (ع) در شرق رودخانه کارون و شکست حصر آبادان، بررسی برای استفاده از موفقیت این عملیات در مناطق خرمشهر و بستان و غرب دزفول آغاز و با توجه به ویژگی‌های منطقه بستان، تقدم بر آزادسازی این منطقه از اشغال دشمن بعثی عراق قرار داده شد. عملیات طریق القدس در منطقه عمومی سوسنگرد به سمت بستان و با هدف انهدام قوای دشمن و باز پس گرفتن و آزادسازی شهر بستان و به عقب راندن دشمن متجاوز و تلاش در جهت فاصله انداختن بین جبهه شمالی و جنوبی عراق در منطقه خوزستان صورت گرفت. این عملیات که روز یکشنبه هشتم آذر ۱۳۶۰ در ساعت ۳۰ دقیقه بامداد با رمز یا حسین (ع) در منطقه شمال و جنوب رود کرخه نور انجام پذیرفت، دومین عملیات کلاسیک و سنگین مدافعان اسلام بود. در این عملیات کلیه اهداف تأمین گردید. شهر بستان و تنگه مهم چذابه آزاد شد و پس از گذشت ۴۲۰ روز از شروع جنگ، رزمندگان اسلام توانستند در منطقه عمومی سوسنگرد و بستان در مرز مستقر شوند. خدمات بهداشت و امداد و انتقال و درمان که از لحظات اولیه جنگ با استفاده از ظرفیت‌های سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان،

مردم مناطق درگیری، رزمندگان میدان‌های نبرد و نیروهای داوطلب مردمی آغاز شده بود، به‌طور مستمر ارتقاء یافته و در عملیات بعدی به درجاتی از انسجام و ارتقاء نائل شده بود. در ارتش جمهوری اسلامی ساختار بهداری رزم در ساختار نیروهای عملیاتی (لشکر - تیپ - گردان) به‌صورت سازمانی و از قبل وجود داشت و سازمان‌های بهداشت و درمان موجود در منطقه نیز به وظایف خود ادامه می‌دادند. در سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، تشکیل بهداری رزمی منسجم و به شکل مستقل از زمان عملیات طریق القدس آغاز و هم‌زمان با عملیات فتح‌المبین تکمیل شد. در این عملیات بزرگ و پیروزمندانه از تمامی ظرفیت‌های امداد و بهداشت و درمان موجود در منطقه عمومی دشت آزادگان، بستان و سوسنگرد و نیز سایر مناطق استان استفاده گردید و ساختار اختصاصی (بیمارستان کانکسی) در نزدیک‌ترین فاصله نسبت به خطوط مقدم درگیری نیز به کار گرفته شد. در این عملیات برای اولین بار اتاق عمل سیار در نزدیکی خطوط مقدم جبهه‌های جنگ به کار گرفته شد و یک اتاق عمل جراحی با حضور دو نفر جراح و جمعی دیگر از پزشکان و کارکنان پرستاری، آزمایشگاه، رادیولوژی و سایر نیروهای بهداشتی - درمانی، در دل تپه‌های الله اکبر در منطقه بستان مستقر و عملیاتی گردید. این مجموعه در رابطه با جراحی‌های اورژانس نتایج بسیار خوبی داشت؛ زیرا بعضی از مجروحان برای ادامه حیات و خدمت و جهاد در راه خدا نیاز فوری به عمل جراحی داشتند^۱. در کنار خدمات گسترده بهداشتی و درمانی، درس‌ها و تجربیات فراوانی حاصل شد که راهگشای بهداری رزمی در عملیات بعدی تا پایان جنگ محسوب می‌شود. این تجربیات برای آیندگان بسیار شنیدنی و با ارزش و درس آموز خواهد بود.

روش

تهیه و تنظیم مقاله حاضر با کمک بانک اطلاعات تاریخ شفاهی بهداری رزمی در موزه انقلاب اسلامی و دفاع مقدس، مصاحبه تاریخ شفاهی و مرور منابع علمی منتشر شده، به انجام رسیده است.

یافته‌ها

بیان حادثه و شرح اجمالی عملیات طریق القدس

انتصاب شهید علی صیاد شیرازی به فرماندهی نیروی زمینی ارتش، سبب نزدیکی بیشتر ارتش و سپاه شد و این امکان به وجود آمد که فرماندهان سپاه و ارتش استراتژی عملیاتی واحد و جدیدی را طراحی کنند. عملیات «طریق القدس» اولین مرحله از این استراتژی محسوب می‌شد.

هجوم نیروهای عراقی به خوزستان بعد از روز دوشنبه ۳۱ شهریور ۱۳۵۹ از محورها و معابر متعدد و با به کارگیری نیروهای زرهی و مکانیزه مجهز، باعث تصرف بخش‌های وسیعی از استان دلاور و

مقاوم خوزستان شد. دشمن متجاوز تا چند کیلومتری دزفول و اهواز پیشروی و در همان اوایل جنگ تحمیلی از طریق تنگه چذابه و جاده مرزی جعفر با بهره‌گیری از ۲ لشکر پیاده و پیاده - مکانیزه به شهرستان حمله و با اشغال آن و ۷۰ روستای اطراف شهر، عده‌ای از اهالی آن را شهید و یا به اسارت درآورد و جنایات ضد انسانی بی‌شماری را در این منطقه مرتکب شد.

در جبهه‌های میانی خوزستان، بعد از تصرف شهر بستان، حملات دشمن به منظور قطع جاده مواصلاتی اهواز - دزفول ادامه و قسمت‌های وسیعی از دشت عباس مورد اشغال قرار گرفت. بعد از این پیشروی‌های اولیه، دشمن در پایین رودخانه کرخه متوقف و مستقر شد. در محور جنوبی رودخانه کرخه با ادامه پیشروی، شهر سوسنگرد نیز به تصرف دشمن خبیث و متجاوز درآمد. در شمال رود کرخه، با تصرف ارتفاعات الله اکبر پادگان نظامی دشت آزادگان مورد تهدید قرار گرفت. در جبهه میانی، بستان و مناطق گسترده‌ای از استان خوزستان علی‌رغم اجرای چندین عملیات کوچک و بزرگ تا مهر ماه ۱۳۶۰، همچنان در تصرف دشمن باقی مانده بود.

رزمندگان اسلام قبل از فتح نهایی بستان، حملات و فداکاری‌هایی را در بازپس‌گیری این مناطق از خود نشان دادند. به‌عنوان مثال روز دوشنبه مورخ ۵۹/۱۰/۱۵، نیروهای تیپ همدان و رزمندگان سپاه پاسداران، مواضع سدکننده‌ای در مقابل دشمن به وجود آورده بودند و با هجوم به آن‌ها، باعث متلاشی شدن ۲ تیپ و انهدام تعداد زیادی از تانک‌های دشمن شدند. در ادامه این نبردها روز پنجشنبه مورخ ۶۰/۲/۳۱ ارتفاعات الله اکبر پس از هفت ماه اشغال به دست رزمندگان اسلام آزاد شد و نیروهای دشمن با تحمل تلفات و خسارات سنگین تا ۱۲ کیلومتری شهر بستان عقب‌نشینی کردند.

ویژگی اصلی عملیات طریق القدس، گذشتن از زمین‌های رملی غیرقابل عبور در شمال منطقه عملیاتی بود که سبب غافل‌گیری دشمن گردید. با موفقیت در محور شمالی، موقعیت نیروهای عراقی مستقر در محور جنوبی نیز متزلزل شد و عملیات در این محور هم به پیروزی رسید. سرانجام روز یکشنبه هشتم آذر ۱۳۶۰، به هنگام ظهر، شهر بستان و ۷۰ روستای تابعه آن به تصرف کامل رزمندگان اسلام درآمد و تا روز سه شنبه ۱۳۶۰/۹/۲۲ منطقه عملیاتی طریق القدس به‌طور کامل از لوث دشمن اشغالگر پاک‌سازی شد. عملیات طریق القدس از چنان اهمیتی برخوردار بود که امام خمینی (ره) در پیام تبریک خود آن را «فتح الفتوح» نامیدند (۲). در این عملیات کلیه اهداف تأمین شد. شهر بستان و تنگه مهم چذابه آزاد شد و پس از گذشت ۴۲۰ روز از شروع جنگ، رزمندگان توانستند در منطقه عمومی سوسنگرد و بستان در مرز مستقر شوند. همچنین تصرف چذابه سبب شد که اتصال قوای دشمن در غرب کرخه و غرب کارون گسسته شود. به این

۱. نخستین اقدامات بهداری رزمی در مصاحبه با سردار فتحیان. <https://behdarirazmi.ir>

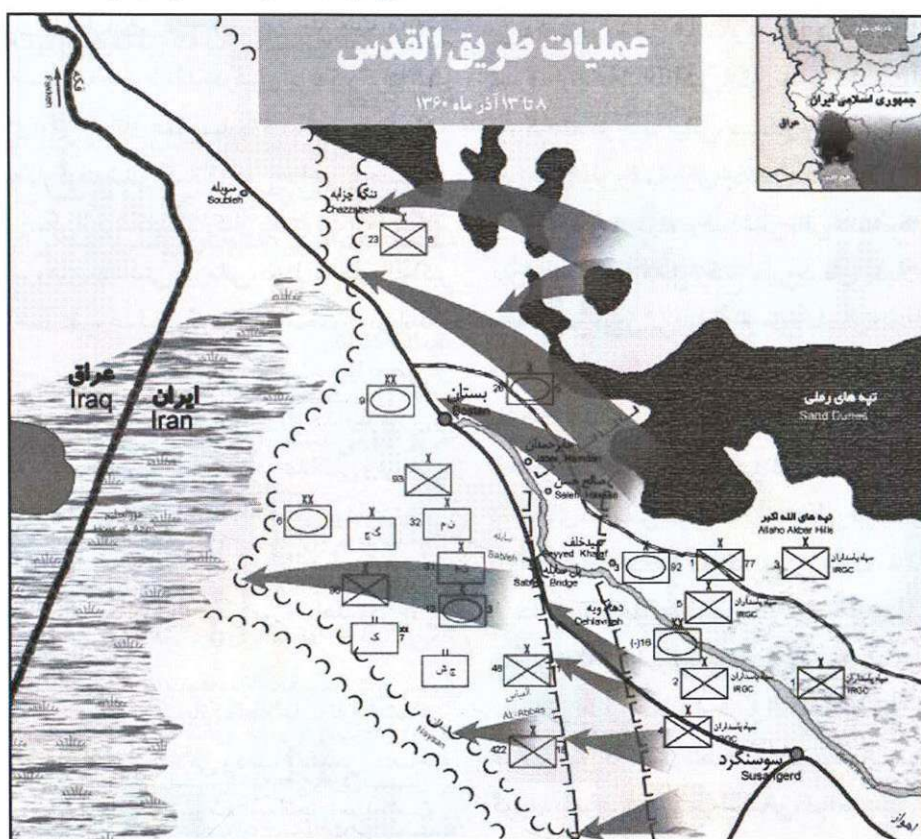
انجام می‌شد و سایر مجروحان به بیمارستان‌های اهواز منتقل می‌شدند.

ساختار بهداری رزمی ارتش جمهوری اسلامی ایران و سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در عملیات طریق القدس

قبل از عملیات طریق القدس با حمله به تپه‌های اله اکبر و تصرف آن در روز پنجشنبه مورخ ۱۳۶۰/۲/۳۱ (شش ماه قبل از عملیات طریق القدس)، زمینه آزادسازی شهر بستان فراهم شده بود. در آن عملیات علاوه بر بهداری سپاه، گروهان بهداری تیپ ۳ و گردان بهداری لشکر ۹ زرهی خوزستان در امداد و درمان مجروحان نقش آفرینی کردند. در آن عملیات بهداری رزمی ارتش جمهوری اسلامی ایران با استقرار اورژانس مجهز در روستای سوگل، نسبت به

ترتیب توان ارتش عراق در جنوب تجزیه شد و زمینه مناسب برای پیروزی عملیات فتح المبین پدید آمد. در این عملیات لشکر ۹ عراق نیز آسیب فراوان دید. با توجه به اهمیتی که منطقه عملیاتی طریق القدس برای دشمن بعثی داشت، بعد از یورش و تصرف این منطقه توسط رزمندگان و آزادسازی شهر بستان و ارتفاعات اله اکبر و غرب سوسنگرد، دشمن متجاوز تقریباً مهم‌ترین جاده مواصلاتی و تدارکاتی ارتش خود را در این منطقه داخل خاک میهن ایجاد کرده بود، از دست داد (۲). تصویر ۱ مناطق عملیاتی طریق القدس را نشان می‌دهد.

مقدمات تشکیل رسمی و انسجام بهداری رزمی در سپاه پاسداران انقلاب اسلامی



تصویر ۱: مناطق عملیاتی طریق القدس

جمع‌آوری، امداد رسانی و درمان سریع مجروحان، اهتمام نمود (۳). در این عملیات دسته‌ها و گردان‌های بهداری ارتش جمهوری اسلامی ایران، در خطوط مقدم و پایه‌های رزمندگان حضور و فعالیت داشتند و شهداء و مجروحانی از کادر پزشکی تقدیم نمودند (۴).

تاریخچه بیمارستان‌های کانکسی در ایران

این بیمارستان‌ها که از نوع کانکسی سیار ۶۰ تخت‌خوابی بودند، در سال ۱۳۴۵ به تعداد ۶ دستگاه برای رفع نیاز بیمارستان‌های صحرایی در ارتش، از کشورهای دیگر تهیه و به سازمان پشتیبانی مناطق واگذار شدند. با آغاز جنگ تحمیلی، این ۶ دستگاه به لشکر ارومیه، لشکر کرمانشاه، پشتیبانی منطقه ۳ تهران در پادگان حر، لشکر اهواز در

در حدود اوایل آبان ماه سال ۱۳۶۰، هلال احمر نیز پس از تغییر و تحولاتی که در رده مسئولین و کارکنان آن صورت پذیرفت، به مجموعه بهداشت و درمان جبهه‌ها پیوست.

و در روز یکشنبه ۱۳۶۰/۸/۲۹ ستادی متشکل از کمیته پزشکی جهاد سازندگی، بهداری سپاه پاسداران و هلال احمر تشکیل و آغاز به کار کرد و تقریباً از آغاز عملیات طریق القدس، کارش را به صورت فعال ادامه داد. این ستاد برای اولین بار اتاق عمل سیار را در مناطق عملیاتی تدارک دید و به کار گرفت. این بیمارستان کانکسی، در دل تپه‌های اله اکبر راه‌اندازی شد. مجروحان عملیات در این بیمارستان مورد تریاژ قرار می‌گرفتند. اعمالی که جنبه حیاتی داشت در این محل

ایستگاه شهید دغاغله، دیوی پادگان دزفول و لشکر ۷۷ نصر خراسان، متناسب با نیازشان واگذار شد. علاوه بر این سال ۱۳۵۰ هم بیمارستان ۵۰ تختخوابی شهباز (باقی مانده از جنگ دوم جهانی) از اروپا خریداری و در اختیار پادگان دزفول قرار گرفت که مدت ها در محلی نامناسب نگهداری می شد. با این وجود با شروع جنگ این بیمارستان به عقبه منطقه، پشت رودخانه کرخه و نزدیک دزفول منتقل شد^۱. با وجود اینکه بیمارستان های کانکسی به راحتی قابل حمل و جابه جایی بودند، نقطه ضعف بزرگی هم داشتند. این سامانه های سیار قابل استتار نبودند و دشمن می توانست به راحتی آن ها را مورد هدف قرار دهد.

بیمارستان کانکسی (مورد استفاده در جنگ تحمیلی)

اولین بیمارستان صحرایی دفاع مقدس به صورت تلفیقی از کانکس و چادر بود و از کنار هم قرار گرفتن چند کانتینر توسط بهداری رزمی سپاه در منطقه طریق القدس، در سال ۱۳۶۰، ایجاد شده بود. این بیمارستان شامل اورژانس، تخت های بستری، بانک خون و آزمایشگاه و رادیولوژی پرتابل بود. اتاق های عمل (یک اتاق عمل کامل و مجهز با توان بیهوشی عمومی و یک اتاق عمل سرپایی) برای اولین بار در نزدیک ترین فاصله نسبت به مناطق درگیری در این بیمارستان به کار گرفته شد. متعاقباً در غرب شوش و جاده اهواز نیز سازه های مشابهی ایجاد و در عملیات فتح المبین و بیت المقدس (بهار ۱۳۶۰) مورد استفاده قرار گرفت. امنیت این بیمارستان های سیار از طریق خاکریزهای مرتفع و استتار مناسب تأمین می شد. (۵). این سامانه های قابل حمل و نقل به علت قابلیت استقرار در نزدیکی خطوط مقدم، در کاهش زمان انتقال مجروحان و نجات جان آنان نقش مهمی داشتند. نقطه ضعف اصلی این بیمارستان ها نداشتن استحکامات و آسیب پذیری در تهاجمات دشمن بود.

سامانه کانکسی عملیات طریق القدس

اورژانس و بیمارستان صحرایی کانکسی طریق القدس در منطقه بستان، تپه های الله اکبر، منطقه دلتا حدود ۳ کیلومتری پشت خط مقدم، در نزدیکی جاده مواصلاتی و کمی قبل از شروع عملیات برپا شد. این مجموعه از یک دستگاه کانکس کشتی برای استقرار اتاق عمل، یک دستگاه کانکس ریکاوری و یک دستگاه کانکس اورژانس تشکیل شده بود. محل برپایی با خاکریزهای بلند از سه طرف محافظت و سقف آن نیز استتار شده بود. در محوطه بیرونی نیز چادرهای بزرگی ایجاد و مجموعاً در قالب یک بیمارستان صحرایی کوچک در اختیار عملیات آزادسازی بستان قرار گرفته بود. چنین ساختاری برای اولین بار بود که در جنگ تحمیلی به کار گرفته می شد.

یک تیم اضطراری کامل متشکل از متخصصین و دستیاران جراحی و بیهوشی عمومی، پرستار و تکنیسین های اتاق عمل، آزمایشگاه و بانک خون، پزشک یاران و امدادگران، رانندگان آمبولانس و تعدادی آمبولانس، در بیمارستان خدمت ارائه می دادند. مجروحان از خط مقدم مستقیماً و به فاصله چند دقیقه بعد از مجروح شدن به این مرکز منتقل می شدند. در این بیمارستان ها، عمل های بسیار ضروری مانند تعبیه چست تیوب یا تراکتوستومی انجام می شد. سایر مجروحان پس از احیای اولیه و در شرایط مناسب به شهرهای اهواز یا سوسنگرد اعزام می شدند. بعد از آزادسازی بستان و تثبیت خط مقدم و راه اندازی اورژانس در شهر بستان و با توجه به موقعیت خطیر بیمارستان کانکسی و بمباران های مکرر دشمن در منطقه عملیاتی، حدود یک هفته بعد از عملیات این بیمارستان جمع آوری شد.

توصیف امداد و درمان در عملیات طریق القدس^۲

در این عملیات ۳ محور اصلی فعال وجود داشت. مجروحان در خطوط مقدم توسط امدادگران به پست های امدادی داخل خطوط نبرد منتقل می شدند و کمک های اولیه در آنجا انجام و مجدداً با برانکارد به اولین نقاطی که آمبولانس مستقر بود، منتقل می شدند. عمده مجروحان به بیمارستان کانکسی مستقر در تپه های الله اکبر منتقل می شدند. محوطه ورودی اورژانس در فضای نسبتاً وسیعی زیر چادر قرار داشت و فضای تریاژ محسوب می شد. تریاژ در محوطه باز زیر چادرها انجام می شد. مجروحانی که به اقدامات فوری و حیاتی نیاز داشتند، به محوطه اورژانس منتقل می شدند. این فضا با حدود ۱۲ تخت در کانکس قرار داشت و مستقیماً به اتاق عمل وصل می شد. آزمایشگاه، انتقال خون و رادیولوژی در همین محوطه قرار داشت و احیاء اولیه توسط پزشکان و سایر کارکنان در اورژانس انجام می شد. در این مرحله مجروحانی که به اقدامات جراحی فوری نظیر تعبیه لوله قفسه صدی یا تراکتوستومی یا واپایش (کنترل) خون ریزی های شدید بیرونی و امثال آن نیاز داشتند، به اتاق عمل منتقل می شدند. در اتاق عمل تیم جراحی متشکل از یک نفر جراح ۳، پرستار، تکنیسین بیهوشی و اتاق عمل مستقر بودند. در روز اول عملیات بیش از ۵۰ مورد عمل جراحی فوری انجام شد. فضای ریکاوری مجاور اتاق عمل بود و پس از تثبیت وضع عمومی، مجروحان به اورژانس منتقل می شدند (همه این فضاها در ۳ کانکس متصل به یکدیگر قرار داشتند). در اولین فرصت پس از تشخیص آمادگی انتقال، مجروحان اعم از افرادی که عمل شده یا مورد احیاء و اقدامات واپایش (کنترل) کننده قرار گرفته بودند، با آمبولانس به سطح بعدی (بیمارستان های اهواز) منتقل می شدند. تلاش بر این بود که اوضاع از واپایش (کنترل)

۲. به روایت شاهدان عینی، دکتر علی غفوری، دکتر محمدعلی محقق، حاج عزیز داریوشی، دکتر علی غفوری

۱. نگاهی بر ساخت مراکز درمانی صحرایی در خطوط مقدم: جنگ زندگی و مرگ زیر سقف کانکس ها.

اگرچه به طور کامل پاسخگوی نیازهای مختلف مجروحان بود اما به شدت در مقابل انفجار آسیب پذیر می نمود.

Abstract

Title:Lessons from relief and treatment of combat casualties in Bostan liberation's operation

Authors:Dr. Ali Ghafari, Sardar Ahmad Akhavan Mahdvi, Sardar Ali Asghar Molla

Background and aim:The city of Bostan, at Khuzestan province, and 70 surrounding villages, were captured by the Iraqi Ba'athist army at the beginning of the imposed war. On 8 Azar 1360 ASH (December 8, 1980), the city of Bostan and its 70 affiliated villages were liberated by the Iranian Islamic forces. Combined with previous experiences and new initiatives, the Behdari-e-razmi has fully operationalized the medical and emergency support of the conflict (Tarigh-al-Ghods).

Method:This article was assembled from the "Oral History Martial Medicine Database" at the "Islamic Revolution and Holy Defense Museum", "Oral History Interviews" and "Scientific available resources review"

Results:"The Conexii Field Hospital" was operational for the first time in this conflict, and the experiences and results were very valuable.

Conclusion:"Movable desert hospital structures" are widely used in terms of war situations and disasters. Weak security and facilities are still the biggest problems with these structures.

Key words:Field hospital, Bostan, Trigh-al-Ghods operation, Combat Casualty

خارج نشود. بعد از تریاژ اولیه آن دسته از مجروحان که جراحات و خونریزی های مهم نداشتند و پس از اقداماتی نظیر بانداز، آتل گذاری، تعبیه آنژیوکت و سایر اقدامات ضروری، با یک سری آمبولانس دیگر به اهواز منتقل می شدند.

در عملیات طریق القدس از تنها سازه بتونی بیمارستان سوسنگرد، نیز به عنوان بیمارستان صحرایی استفاده شد (۶). این بیمارستان در تیررس دشمن قرار داشت؛ به همین خاطر همه اطراف آن با خاک ریز و درب های ورودی و پنجره ها با کیسه های شن تقویت و حفاظت می شد. سقف بیمارستان نیز با کیسه های شن و تراورس در دولا به مورد حفاظت قرار گرفته بود. بعد از آزادسازی بستان و عقب نشینی دشمن و از روز سوم عملیات به بعد، بیمارستان سوسنگرد از تیررس مستقیم آتش دشمن خارج شد و به محل اصلی مداوای مجروحان تبدیل شد. تا پایان عملیات و حتی بعد از آن این بیمارستان، در نقش یک بیمارستان صحرایی در خدمت دفاع مقدس قرار داشت.

از عملیات طریق القدس، آزادسازی بستان (۸ آذر ۱۳۶۰) تا عملیات فتح المبین (اول فروردین ۱۳۶۱)

به کارگیری بیمارستان های صحرایی کانکسی

اولین سامانه های صحرایی از ترکیب و اتصال چند کانتینر (کانکس) و چادر، در عملیات طریق القدس در سوسنگرد مورد استفاده قرار گرفت و پس از آن در سال های ۶۱-۱۳۶۰ در عملیات فتح المبین و بیت المقدس امکان برخورداری از اتاق عمل نیز در این سامانه ها فراهم و به بیانی، نخستین نسل بیمارستان های صحرایی مورد بهره برداری قرار گرفتند. اولین اتاق های عمل نیز در این بیمارستان ها از کنار هم قرار دادن چند کانتینر ایجاد شد. در روز سه شنبه ۲۵ اسفند ۱۳۶۰، اندکی قبل از عملیات بزرگ فتح المبین، بیمارستان کانکسی سیار ۵۰ تخت خوابی «سپنتا» جمعی لشکر ۱۶ قزوین، با ظرفیت ۱۰ کانکس، در محل کارخانه نورد (سپنتا)، در ۸ کیلومتری جاده اهواز-خرمشهر مستقر شد. این بیمارستان که علاوه بر فتح المبین در دو عملیات بیت المقدس و رمضان نیز فعال بود، بعد از روز یکشنبه ۱۰ مرداد ۱۳۶۱ تغییر فعالیت داده و با افزایش ظرفیت به ۴۲۷ تخت خواب (شامل ۱۲ تخت اورژانس، آسایشگاه ۱۵۰ تخت خوابی و یک سالن ۲۷۷ تخت خوابی)، پذیرای انبوه رزمندگان شیمیایی گردید مأموریت این بیمارستان به علت تغییر موقعیت واحدهای رزمی روز جمعه اول اسفند ۱۳۶۵ متوقف شد (۳).

نتیجه گیری

با وجود اینکه بیمارستان های کانکسی به راحتی قابل حمل و جابجایی بودند، اما نقطه ضعف بزرگی هم داشتند؛ اینکه قابل استتار نبودند و دشمن به راحتی آن ها را هدف قرار می داد. بیمارستان کانکسی

منابع:

- ۱- درودیان-محمد: جنگ، بازیابی ثبات؛ تهران: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، مرکز مطالعات و تحقیقات جنگ، ۱۳۸۴
- ۲- بختیاری-مسعود: عملیات طریق القدس «آزادسازی شهر مرزی بستان در آذر ۱۳۶۰». هیت معارف جنگ، ویراست دوم، تهران: انتشارات ایران سبز، ۱۳۸۷. کتاب برگزیده ششمین جشنواره انتخاب بهترین کتاب دفاع مقدس در سال ۱۳۸۰
- ۳- نامجوی نیک-خسرو: تاریخچه طب نظامی. انتشارات ایران سبز، ۱۳۸۸
- ۴- مجموعه نویسندگان: درس نامه آشنایی با فرهنگ و ارزش های دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی، جلد اول بهمن ۱۳۹۸
- ۵- طهماسبی پور-امیر هوشنگ: مسیر تحول بیمارستان صحرایی در جنگ تحمیلی. نگین ایران: فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس، سال ۱۲، شماره ۴۵، تابستان ۱۳۹۲، ص ۳۰-۵
- ۶- عراقی زاده-حسن، حیدرپور-عوض، فراست کیش-رسول و ملاصادقی-غلامعلی: نقش سازه های مستحکم بیمارستانی در فعالیت های پزشکی و کاهش آمار شهدا در دفاع مقدس. مجله پزشکی کوثر، شماره ۶ (۲)، تابستان ۱۳۸۰، ص ۱۴۶-۱۳۹

تحلیل امداد و درمان در حادثه سیل فراگیر بهار ۱۳۹۸

فعالیت‌های بهداشتی، امدادی و درمانی نیروهای مسلح در سیل فروردین ۱۳۹۸ (استان‌های خوزستان، گلستان و لرستان)
حسن عراقی زاده - اسماعیل مطلق

چکیده:

زمینه و هدف

ورود یک جبهه هوای طوفانی و پربار و ریزش سنگین باران، کشور جمهوری اسلامی ایران را از تاریخ ۲۶ اسفند ماه ۱۳۹۷ تا نیمه فروردین ماه ۱۳۹۸ فراگرفت. امداد رسانی به منظور واپایش (کنترل) این فاجعه عظیم طی یک بسیج جامع ملی با مشارکت مردم، سازمان‌های امداد و نجات و درمان، نیروهای بسیج مردمی و مجموعه نیروهای مسلح کشور صورت پذیرفت. نقش تعیین کننده، حیاتی و سرنوشت ساز نیروهای مسلح در این مطالعه به عنوان ضرورتی غیر قابل اغماض ترسیم و نهاده سازی این نقش برای حوادث آینده کشور مد نظر قرار گرفته است.

روش

از مجموعه اطلاعات ستاد کل نیروهای مسلح و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تهیه این گزارش تحلیلی استفاده شد و با افزودن مطالعه کتابخانه‌ای مطالب تنظیم گردید.

یافته‌ها

۲۱ استان، شامل ۲۵۶ شهرستان تحت تأثیر بارش‌های سیل آسا قرار گرفت. ۳۴۴۴ شهر و روستا از این حادثه فراگیر طبیعی آسیب دید. ۲۱۹۳ نفر مصدوم شدند و ۸۵ نفر نیز متأسفانه جان خود را از دست دادند. ۴۲/۲۹۶/۱۲۹ نفر (بیش از نیمی از جمعیت کشور) تحت تأثیر این رخداد عظیم طبیعی قرار گرفتند، بیش از ۳۵۵/۰۰۰ نفر بی خانمان شدند و بیش از ۱/۶۰۰/۰۰۰ نفر به خدمات بهداشتی و درمانی نیاز پیدا کردند که این خدمات را دریافت نمودند. در هیچ یک از مناطق طغیان، اپیدمی، بیماری‌های نوپدید و بازپدید مشاهده نشد. حضور گسترده نیروهای مسلح و بهره‌گیری از امکانات

وسیع لجستیکی و مهندسی و طیف گسترده نیروهای انسانی، در کنار سازمان‌های مسئول و نیروهای مردمی و بسیج، به واپایش (کنترل) عظیم‌ترین سیل تاریخ معاصر کشور، تقلیل فاحش خسارات جانی و ویرانی‌های ناشی از سیل و ارائه خدمات حیاتی امدادی و درمانی به مردم حادثه دیده از این فاجعه بزرگ طبیعی کمک شایانی نمود.

نتیجه‌گیری

عموم مردم از نیروهای مسلح این انتظار را دارند که در بحران‌ها به کمک آنان بشتابند. همگام با حفظ وظیفه ذاتی تأمین امنیت ملی و آرامش سراسری، نهاده سازی حضور و مشارکت سازماندهی شده نیروهای مسلح در مدیریت بحران کشور، پشتوانه عظیمی برای مقابله با حوادث طبیعی و انسان ساخت در آینده خواهد بود.

کلمات کلیدی:

بلاایای طبیعی، سیل، مدیریت بحران، نیروهای مسلح

مقدمه و بیان مسئله

به طور کلی کره زمین به سمت روند بلاخیزتر شدن و بحران خیزتر شدن پیش می‌رود. از سوی دیگر اکثر جمعیت دنیا در تقاطعی زندگی می‌کنند که در معرض تهدید و به قولی حادثه خیز هستند، زندگی در کنار رودخانه‌ها و مسیرهای آب جاری خود عاملی برای سیل و آب گرفتگی است. با گرم شدن کره زمین یخ‌های قطبی به تدریج آب می‌شوند و زمینه را برای بالا آمدن سطح دریاها، باران بیشتر و سیل و انواع طوفان‌ها و ... فراهم می‌نماید. سرزمین پهناور ایران جزو شش کشور اول دنیا و چهار کشور اول آسیا به لحاظ وقوع بلاایای طبیعی است. بزرگ‌ترین گسل‌های دنیا در منطقه‌ای بین ایتالیا و چین قرار دارد که ایران نیز در این منطقه جغرافیایی واقع شده است. گسل‌های بزرگی در سراسر کشور وجود دارد که عاملی برای بحران محسوب می‌شوند. وجود رودخانه‌ها در کنار شهرها، عامل دیگری برای بلاخیزی است که سبب وقوع سیل می‌شود. در یک کلام زلزله، سیل و خشکسالی بیش از هشتاد درصد بحران‌های ناشی از حوادث و بلاایای طبیعی را در ایران به خود اختصاص می‌دهند (۱-۲).

نگاه تاریخی به این موضوع نشان داده است که تقریباً در تمامی این

حوادث، فرایند امدادی و بیشترین امکانات و تجهیزات امدادی در قالب بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های صحرایی تبلور یافته و عملیات امدادی متکی بر امکانات و تجهیزات و عوامل انسانی نیروهای مسلح بوده است.^۱ بحران‌ها، بلایا و حوادث غیر مترقبه بر اساس وسعت و نقطه اثر و میزان تراکم جمعیتی انسانی درگیر، ممکن است منجر به فجایع و خسارات کوچک و بزرگ گردند. در واپایش (کنترل) بحران‌ها و بلایای عمومی نیروهای نظامی، بر اساس نوع خدمات قابل ارائه خود مشارکت می‌نمایند. خدمات درمانی توسط بهداری نظامی (رزمی) ارائه می‌شود. بهداری نظامی با توانایی‌ها و تجارب خاص، معمولاً با سرعت عمل و قدرت مانور بیشتر اقدام می‌کند (۳).

روش

از مجموعه اطلاعات ستاد کل نیروهای مسلح و وزارت بهداشت،

گردید^۲. گفته می‌شود در این حادثه طبیعی، طی دوروز ۳۰۰ میلی متر بارش رخ داده که برابر متوسط بارش یک ساله استان گلستان است. گزارش‌ها حاکی از آن است که دیگر مناطق این استان نیز با بارشی بین ۵۰ تا ۷۰ درصد کل بارش سالانه در بازه زمانی کمتر از پنج روز روبرو بوده‌اند. این حجم از بارش در این منطقه در تمام دوران ثبت داده‌های هواشناسی، دست کم در هفتاد سال گذشته، بی سابقه بوده است. سیل استان‌های گلستان و مازندران، اصطلاحاً یک سیل دورانی بوده است که هر صد سال یک بار رخ می‌دهد^۳.

تقریباً تمام شهرهای این استان درگیر آب گرفتگی شدند، اما در شهرهای سیمرغ و کیاکلا شدت آب گرفتگی بیشتر از سایر مناطق استان مازندران بود. روستای حسن آباد میان دورود نیز کاملاً زیر آب رفت. ساکنان سه روستای دیگر نیز تخلیه شدند. مدیرعامل جمعیت



شکل ۱: عکس هوایی از منطقه‌ی سیل زده شمال

هلال احمر مازندران تعداد سیل زدگان در مازندران را ۱۵۹۱ نفر اعلام کرد. در این استان جاده‌هایی که روستاها را به شهرها ارتباط می‌دهند، قطع شد. این بارش‌ها تا نوروز ۱۳۹۸ ادامه داشت^۴.

در استان گلستان نیز شهرهای گنبدکاووس، آق قلا، بندر ترکمن و گمی‌شان و... که در مسیر رودخانه‌های قره سو و گرگان رود قرار داشتند، خسارت دیدند. سیل همچنین بخش‌هایی از استان گلستان، به ویژه گنبدکاووس را درگیر کرد. بارندگی شدید در شرق استان گلستان از ۲۶ اسفند ۱۳۹۷ آغاز شد و طی ۴۸ ساعت به طور مداوم در برخی شهرستان‌های این استان ادامه داشت که میزان آن تا ۳۰۰

درمان و آموزش پزشکی برای تهیه این گزارش تحلیلی استفاده شد و با افزودن مطالعه کتابخانه‌ای حاصل از بانک‌های اطلاعاتی داخلی کشور مطالب تنظیم گردید.

یافته‌ها

گزارش حادثه:

سیل در استان‌های شمال

از تاریخ ۲۶ اسفند ۱۳۹۷ بر اثر بارندگی‌های شدید در استان‌های شمالی ایران، از جمله گلستان و مازندران و خراسان شمالی، سیل جاری شد. این سیل موجب خسارت‌های مالی برای ساکنین این استان‌ها و همچنین فوت ۱۳ نفر و مصدوم شدن حداقل ۱۱۶ نفر

۲. خبرگزاری تسنیم ۱۳۹۸ تاریخ خبر ۲۰۱۹-۰۳-۲۲

۳. کریمی، ناصر، ۱۳۹۸

۴. اداره کل مدیریت بحران استانداری مازندران

۱. صادقی علوی، حامد، ۱۳۹۸

میلی متر رسید. این میزان بارندگی موجب شد سدهای بوستان و گلستان در شرق استان گلستان سرریز و رودخانه‌های چهل چای و گرگان رود در اطراف گنبدکاووس از توابع استان گلستان طغیان کنند. در این مناطق بارشی بین ۵۰ تا ۱۰۰ درصد کل بارش سالانه در بازه زمانی کمتر از پنج روز رخ داد. این حجم از بارش در این منطقه در تمام دوران ثبت داده‌های هواشناسی، دست کم در هفتاد سال گذشته، بی سابقه بوده است. (شکل ۱)

سیل استان لرستان

به دنبال موج دوم بارش‌ها در ۱۲ فروردین سیلاب و خسارت‌های ناشی از آن در برخی شهرستان‌های استان لرستان مانند معمولان، خرم‌آباد، پل دختر، نورآباد و بیسان به وقوع پیوست. سیل به طور کامل در پل دختر فروکش کرد و خسارت مادی فراوانی به این شهر وارد نمود که خوشبختانه تلفات جانی بر جای نگذاشت.

شهرستان‌های پل دختر و معمولان در استان لرستان از جمله مناطقی بودند که بر اساس گزارش‌ها در وضعیت بحرانی قرار داشتند. در دورود، طغیان رودخانه تیره و سرریز شدن سد مروک، باعث شد که مقامات دستور به تخلیه هشت روستا در بخش مرکزی شهر و همچنین منازل همجوار رودخانه را صادر کنند.

حجم سیلاب‌های ششم و دوازدهم فروردین ماه معادل ۳ میلیارد و ۱۰۰ میلیون متر مکعب بوده است و خروجی (دبی) سیلاب رودخانه کشکان در پل دختر به بیش از پنج هزار متر مکعب در ثانیه رسیده بود. براساس برآورد اولیه حدود ۳۶۰۰ خانه بر اثر سیل خسارت دیدند که آمار نهایی تا حدود دو برابر نیز گزارش شد. سیل در استان لرستان به ۷۲۰۰۰ واحد مسکونی خسارت وارد کرد و تعداد ۴۹ روستا نیز در لرستان دچار رانش گردیدند. بر اثر طغیان سه رودخانه در خرم‌آباد، سیلاب گسترده و پر حجم وارد بسیاری از خیابان‌ها، میدان‌ها، خانه‌ها، و ساختمان‌های این شهر شد. در برخی از این مناطق شدت آب به حدی بالا بود که موجب تخریب دیوارهای منازل گردید.

سیل خوزستان

پس از فراگیر شدن سامانه بارشی در مناطق شمالی و شرق استان خوزستان و بالا آمدن آب رودخانه‌های کارون، دز و کرخه، ساکنان مناطق و روستاهای اهواز، شوش، دشت آزادگان، هویزه، دزفول و شوشتر با بروز سیلاب شدید و آب گرفتگی وسیع دچار مشکلات متعدد شدند (شکل ۲). اهواز در بخش روستایی و شهری با سه رودخانه کارون، دز و کرخه درگیر بوده و آسیب‌های بسیاری به بخش مسکونی (در بخش روستایی ۱۶۰۰ واحد و در بخش شهری ۸۰۰ واحد)، وارد گردید. در این میان بیشترین خسارت سیل در اهواز به بخش شهری مانند تأسیسات فاضلاب و جاده‌های دسترسی وارد

شد. برآورد اولیه خسارت در بخش شهری، روستایی و بنگاه‌های اقتصادی اهواز حدود ۵ هزار و ۶۰۰ میلیارد تومان بود که بیشترین آن به بخش تأسیسات شهری مانند فاضلاب و جاده‌های دسترسی وارد آمد. در شهرستان شادگان ۴۵ روستا به مدت دو ماه درگیر سیل بودند که کارون و نهر بحر چهار روستا را به طور کامل زیر آب برد و راه‌های روستایی کاملاً تخریب شد.

در آبادان خسارات وارده در بخش کشاورزی ۴۸۶ هکتار سطح زیر کشت به میزان حدود ۹ هزار میلیارد ریال و در محصولات باغی ۹ میلیارد ریال، در بخش مسکن آسیب ۹۶ واحد مسکونی به میزان ۱۴ میلیارد و ۴۰۰ میلیون ریال، آسیب راه‌ها و تخریب شش دهنه پل در محور آبادان به ماهشهر به میزان ۱۶۵ میلیارد ریال برآورد شد و همچنین ۳۰۰ کیلومتر از شبکه برق خطوط فشار قوی از بین رفته است.



شکل ۲: عکس هوایی گوشه‌ای از منطقه‌ی سیل زده خوزستان

دستور مقام معظم رهبری به نیروهای مسلح برای کمک بیشتر به سیل‌زدگان

در پی حادثه سیل ویرانگر در استان‌های گلستان و مازندران و نیاز مبرم سیل‌زدگان به کمک‌های نیروهای مسلح، حضرت آیت الله خامنه‌ای به رئیس ستاد کل نیروهای مسلح دستور دادند امکانات بیشتری برای امداد به این مناطق گسیل شود.

متن دستور فرمانده معظم کل قوا به این شرح است:

بسمه تعالی

سردار سر لشکر باقری (رئیس محترم ستاد کل نیروهای مسلح) برابر اطلاع، سیل‌زدگان دو استان شمالی نیاز مبرمی به کمک و امکانات نیروهای مسلح دارند. دستور فرمایید علاوه بر آنچه تاکنون در آن مناطق به کار گرفته شده است، امکانات بیشتر برای امداد به آن مناطق گسیل نمایند. گزارش اقدام را بفرستید.

سیدعلی خامنه‌ای ۳ فروردین ۹۸

حضور نیروهای مسلح

به دنبال فرمان حضرت آیت الله خامنه‌ای، نیروهای مسلح با اهتمام مضاعف امکانات بیشتری را برای امداد به این مناطق گسیل

فعالیت‌ها در یک نگاه به شرح جدول ۱ خلاصه شده است.

سازمان	تعداد بیمارستان ایجاد شده	اکتپ‌های بهداشتی و درمانی	هزینه ریالی مستقیم (دارو، سوخت و اقلام پشتیبانی)
آجا (ارزش)	۴	۱۱	۲۰/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰/-
سپاه و سیج	۶	۵۵	۵۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰/-
ناجا (نیروی انتظامی)	۵	۱۰	۶/۰۰۰/۰۰۰/-
ودجا (وزارت دفاع)	۲	۲	اعلام نشده
جمع کل	۱۷	۷۱	

جدول ۱: خلاصه فعالیت‌های مجموعه نیروهای مسلح در امداد رسانی سیل بهار ۱۳۹۸

اهم فعالیت‌ها در این حوزه به تفکیک سازمان عبارت است از:

• ارتش جمهوری اسلامی ایران گلستان

- استقرار دو باب بیمارستان صحرایی توسط نداجا و نزاجا در آق قلا از پنجم فروردین به مدت دو هفته
- اعزام دو اکتپ سیار بهداشتی و امدادی و درمانی به روستاهای آق قلا توسط نزاجا
- استقرار خبازخانه گردان بهداد مشهد در آق قلا و طبخ روزانه ۲۰۰۰ قرص نان

لرستان

- استقرار یک باب بیمارستان صحرایی توسط نزاجا در پل دختر از پنجم فروردین به مدت ۲۵ روز
- استقرار یک باب درمانگاه تخصصی و یک کلینیک سیار دندان پزشکی توسط پدافند هوایی از ۱۷ فروردین به مدت ۱۲ روز
- اعزام سه اکتپ سیار بهداشتی و امدادی و درمانی به روستاهای معمولان و پل دختر توسط نزاجا

خوزستان

- اعزام سه اکتپ سیار بهداشتی و امدادی و درمانی به روستاهای اهواز توسط نزاجا (تیپ ۱۹۲ زرهی)
- اعزام نیروی تخصصی (پزشک و پرستار) در ترکیب تیم امداد هوایی
- ویزیت ۱۱۴/۰۰۰ نفر در سه استان مورد نظر (گلستان ۵۸/۰۰۰ نفر؛ لرستان ۵۶/۰۰۰ نفر)
- آماده باش بیمارستان مناطق خرم آباد و اهواز

سپاه پاسداران انقلاب اسلامی

استان گلستان

- استقرار و ارائه خدمات دو باب بیمارستان صحرایی در سیمین شهر و آق قلا توسط ندسا و نرسا
- استان لرستان
- استقرار و ارائه خدمات یک باب بیمارستان صحرایی در پل دختر و

نمودند. این نیروها علاوه بر عملیات امداد رسانی، با اعزام تجهیزات مهندسی نقش به سزایی در واپایش (کنترل) تبعات سیلاب داشته و در موارد متعدد ناجی مردم بودند (اشکال ۳ تا ۶).



شکل ۳: استقبال از خطر برای امداد رسانی



شکل ۴: عملیات خطیر برای نجات محاصره شدگان



شکل ۵: به کارگیری تجارب دفاع مقدس توسط نیروهای نظامی برای امداد رسانی فوری و قاطع

به سیل زدگان



شکل ۶: حضور فرماندهان نظامی برای هدایت عملیات در دل حادثه

فعالیت‌های بهداشتی و درمانی نیروهای مسلح

همچنان که قبلاً گفته شد بخش عمده‌ای از فرایند امدادی نیروهای مسلح در گسیل امکانات و تجهیزات امدادی در قالب بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های صحرایی تبلور یافت و خدمات درمانی و بهداشتی بخشی قابل توجه از خدمات نیروهای مسلح بوده است. مجموع

یک باب بیمارستان فوق تخصصی (بزرگ‌ترین بیمارستان صحرایی کشور) به صورت آماده به کار در بروجرد توسط نرسا - اعزام اکیپ سیار بهداشتی و امدادی و درمانی تیپ ۲۴ بعثت - ساماندهی و اعزام هفت اکیپ پزشکی سیار به روستاهای لرستان توسط هفت سپاه معین استان.

- ساماندهی و اعزام اکیپ پزشکی سیار حضرت ابوالفضل (ع)

استان خوزستان

- استقرار و ارائه خدمات دو باب بیمارستان صحرایی در بستان و هویزه توسط ندسا

- ساماندهی و اعزام هفت اکیپ پزشکی سیار به روستاهای خوزستان توسط هفت سپاه معین استان

- ساماندهی و اعزام سه اکیپ امداد هوایی از نیروهای تخصصی سه بیمارستان نظامی (آجا، سپاه و ناجا)

- بازدید بهداشتی از مراکز نگهداری، طبخ و توزیع مواد غذایی و انجام اقدامات مداخله‌ای از جمله معدوم کردن ۳۰۰ کیلو گوشت و جابه‌جایی انبار مواد غذایی

- کلر سنجی و اندازه‌گیری pH آب آشامیدنی اردوگاه‌ها

- ارائه خدمات بهداشت روان توسط تیم بهداشت روان

نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

- اعزام نه اکیپ سیار بهداشتی و امدادی و درمانی به استان‌های لرستان، خوزستان، گلستان و فارس

- ایجاد خط انتقال مجروحان با آمبولانس

- تهیه و توزیع دارو و تجهیزات پزشکی و اقلام بهداشتی به اردوگاه‌ها و مناطق سیل‌زده در استان‌های لرستان و خوزستان

- آماده باش مراکز بهداشتی در کل استان‌ها

وزارت دفاع

- اعزام دو اکیپ جهادی بهداشتی و امدادی و درمانی از بیمارستان چمران به خوزستان

- ارسال ۶۱۰ واحد سرویس بهداشتی سیار به خوزستان و لرستان

- ارسال ۴۰۰۰ عدد پشه‌بند به خوزستان و گلستان

- پرداخت مطالبات مراکز درمانی مناطق سیل‌زده تا بهمن ۹۷

- صدور دفترچه بدون تشریفات اداری رایج

- پرداخت علی الحساب ۹ درصد به مراکز درمانی نیروهای مسلح در سه استان

بسیج جامعه پزشکی

- فعال‌سازی مراکز دریافت کمک‌های مردمی (نقدی و غیر نقدی)

- اعزام ۱۵ اکیپ سیار بهداشتی و امدادی و درمانی از استان‌های همجوار به گلستان

- اعزام ۲۱ اکیپ سیار بهداشتی و امدادی و درمانی از استان‌های

معین به لرستان و خوزستان

نتیجه‌گیری

بحران‌ها و بلایای طبیعی مانند حوادث و شرایط تحمیل شده انسان‌ساخت، موجب وضعیت اضطراری، تغییرات سریع و تهدیدکننده می‌شوند. در این شرایط تصمیم‌گیری‌های سریع و سنجیده و واکنش‌های عظیم و پر دامنه را ایجاب می‌کند. این اقدامات و تصمیمات امکانات گسترده و آمادگی سازمانی کاملی را می‌طلبد.

سازمان‌های نظامی این ویژگی‌ها را دارند و بعضاً واجدین منحصر به فرد ارائه سریع خدمات تخصصی، در این شرایط هستند (۴).

نقش‌های نیروهای مسلح ممکن است به مراحل اولیه و سریع واپایش (کنترل) بحران محدود گردد، ولی می‌تواند شامل مشارکت همه‌جانبه، تا مراحل آخر و بعد از آن (مرحله بازسازی) باشد. بهره‌برداری بهینه از این ظرفیت بزرگ ملی مستلزم پیش‌بینی‌ها و تمهیدات قانونی، آموزشی، عملیاتی، تجهیزاتی و تشکیلاتی است.

نیروهای مسلح بارها برای کمک‌رسانی پس از حوادث طبیعی برای عملیات امداد و نجات به مناطق مختلف اعزام شده‌اند. نقش این نیروها در کمک‌رسانی و امداد، بنا به شرایط و حوادث پررنگ شده و تجارب ارزشمندی به دست آمده است. به هر حال در کنار این حضور، تأمین امنیت ملی و آرامش نیز هیچ‌گاه تحت الشعاع قرار نگرفته است (۵).

به علل گوناگون، احتمال آسیب‌پذیری جامعه و مردم بزرگوار ایران اسلامی از حوادث غیر مترقبه بسیار بالا است. حوادث غیر مترقبه روندهای توسعه و پایداری آن را تهدید می‌کند. سوانح طبیعی و انسان‌ساخت در قرن گذشته تا به امروز خسارات و تلفاتی عظیمی به جامعه بشریت وارد آورده است. از سال ۱۹۰۰ تا ۲۰۱۰ میلادی (۱۱۰ سال)، بیش از دو میلیارد و ششصد میلیون نفر از جمعیت کره زمین تنها به علت سوانح ژئوفیزیکی کشته شده‌اند.

بر اساس گزارش‌های جهانی ایران جزء ۷ کشور اول آسیب‌پذیر جهان از حوادث طبیعی است. از ۴۰ حادثه شناخته شده طبیعی، ۳۱ مورد در ایران ثبت و گزارش شده است (۱).

از حادثه تا بحران و از بحران تا فاجعه

حوادث غیر مترقبه ممکن است در هر زمان و مکان و به صورت ناگهانی واقع شوند. این حوادث موجبات اختلال، اغتشاش و شکاف در نیاز جامعه و ظرفیت پاسخ‌دهی را فراهم می‌سازند. اختلال و ازدیاد فاصله ظرفیت‌های موجود نسبت به نیازهای حاصله به بحران می‌انجامد. عدم واپایش (کنترل) در زمان‌های طلایی، بحران را به سمت فاجعه سوق می‌دهد. بسیاری از آثار و عواقب فاجعه غیر قابل جبران است و ناامنی طولانی را به دنبال دارد. در کشور‌های در حال

توسعه، تلفات انسانی حوادث غیر مترقبه بسیار بالا است. عمده ترین علت آسیب پذیری بالای نیروی انسانی و منابع حیاتی جامعه، کم توجهی به راهبردهای پیشگیرانه و تقلیل دهنده خطر و نبودن یا ضعف برنامه ریزی های پایدار برای کاهش محسوس آسیب پذیری و افزایش قابل توجه مقاومت در برابر حوادث غیر مترقبه است (۶).

ویژگی های نیروهای مسلح برای مشارکت در مدیریت بحران و واپایش (کنترل) حوادث غیر مترقبه

- سلسله مراتب فرماندهی و راهبری و وجود نگرش سیستمی و راهبردی و ابتکار

- برخورداری از تجربیات عظیم دوران دفاع مقدس و توان و تدبیر خدمت در شرایط بسیار دشوار و مافوق تصور

- برخورداری از ظرفیت های عظیم خودکفایی در صنایع دفاعی

- توانمندی در منابع انسانی سازمان یافته، منسجم، با انگیزه و مستعد

- بهره مندی از اختیارات قانونی

- برخورداری از فرهنگ آموزش پذیری

- توانمندی در فرایندهای بازسازی و نوسازی

- برخورداری از تجهیزات و امکانات گسترده و قدرت مانور سریع

در به کارگیری آن ها

- حضور گسترده در تمامی عرصه های جغرافیای کشور

- توانایی و تجربه بالا در امور امدادی و مردم یاری و داشتن تجارب متعدد از مشارکت در بحران ها حتی پیش از جنگ تحمیلی (سیل

خوزستان در بهمن ۱۳۵۸ تا سیل سیستان و بلوچستان در دی ماه ۱۳۹۸)

- توانمندی های والای علمی و پژوهشی و برخورداری از مراکز متعدد آموزش عالی، از جمله در حوزه سلامت

- برخورداری از ساختار و سازمان مردم نهاد و توان و تجربه سازماندهی نیروهای مردمی (بسیج)

- داشتن شبکه ارتباطی ایمن و سامانه های مدیریت اطلاعات یک پارچه

- ملزم بودن و پایبندی به رعایت استانداردهای مهندسی دفاعی

ظرفیت های نقش آفرین بهداری رزمی در حوادث طبیعی و بلایای عمومی

بهداری نظامی با داشتن ماهیت ذاتی حضور در بحران ها و تجارب عظیم دوران دفاع مقدس، از توانمندی های بالقوه فراوانی برای امداد و

درمان در حوادث طبیعی و بلایا بهره مند است. این بخش از مجموعه نظامی، دارای ساختار و سازمان لازم برای مداخله در شرایط بحرانی می باشد که قدرت مانور و سرعت حضور در صحنه های مختلف را

دارد. برخورداری از تجهیزات و امکانات متحرک، سبک و ساده مانند

امکانات برپایی سریع بیمارستان های صحرایی از ویژگی های دیگر این سامانه های طب نظامی است. نظم و انضباط که مخصوصاً در چنین موقعیت هایی بسیار ضروری است، از اصول و ارکان مجموعه بهداری نظامی می باشد. کارمندان و مدیریت این سامانه های امداد و درمان از آموزش های لازم، در برخورد با مجروحان و مصدومان در سطوح و حوادث مختلف بهره مند هستند. مجموعه بهداری رزمی با

شرایط استقرار و خدمت در محیط های چادری، کانکسی و مانند آن ها کاملاً آشنا است (۷). بهداری نظامی در شرایط بحران معمولاً

بازوی کمکی بهداری غیر نظامی می باشد، ولی در پاره ای حوادث و بلایا نقش ها و مسئولیت های ویژه ای را عهده دار خواهد بود (مانند

حوادث و بلایای صنعتی، زیست محیطی، بیولوژیکی، شیمیایی و تروریستی). در این موارد به خاطر وجود تجهیزات و تجربه زیاد،

نیروهای نظامی نقش حمایت کننده را به خوبی ایفاء می کنند.

زمینه های عمده مشارکت بهداری نظامی در بحران ها، حوادث و بلایا

- امور بهداشتی (اعم از بهداشت محیط، مواد غذایی و آشامیدنی، ضد عفونی محیط، واکسیناسیون و بیماری های دیگر)

- تریاژ و امور درمانی (اقدامات اولیه فوری و در مواردی که شرایط مقتضی و امکانات فراهم است، ادامه مراقبت های بعدی)

- انتقال مصدومان و مجروحان به مناطق امن تر به وسیله تجهیزات انتقالی زمینی و هوایی موجود در بهداری نظامی

- احداث و تجهیز مراکز درمانی سبک و بسیار معمولی و ویژه - ثبت آمار مراقبت ها، مجروحان، مصدومان و فوت شدگان

- رسیدگی های بهداشتی - درمانی کمپ های اسکان اضطراری جمعیت های آسیب دیده (۳).

حفظ امنیت مناطق و مردم آسیب دیده

یکی از ابعاد هر بحران یا بلای طبیعی، تأمین امنیت منطقه و مردم آسیب دیده است. تأمین امنیت یکی از مهم ترین نیازهای مدیریت بحران است. نیروی انتظامی برای حفظ امنیت و آسایش مردم، اولین

سازمانی است که در هنگام بروز هرگونه سانحه، در محل وقوع آن حاضر و از گروه های پیشرو در واپایش بحران تلقی می شود. هرگونه

اختلال یا بی نظمی نظام های طبیعی و انسانی، عملکرد کل نظام واپایش بحران را تحت شعاع قرار می دهد (۸). در مواردی که نیروی

انتظامی بومی به دلیل بحران آسیب دیده و یا توان عملیاتی خود را از دست داده است، این وظیفه متوجه سایر نیروهای مسلح حاضر در

صحنه خواهد بود.

پیشنهادهای الف) راهبردی

- بازنگری و تدوین برنامه جامع راهبردی کشوری با رویکرد

and villages were affected by this great natural disaster. 2193 people were injured and 85 were unfortunately killed. 42/296/42 (About half of the country's population) were affected by this huge natural event. More than 355,000 people became homeless and more than 1,600,000 needed and received health services. No epidemic, outbreaks, or emerging diseases were observed in involved areas.

Widespread participation of the armed forces and utilization of extensive logistics, engineering facilities and a wide range of personnel, was hallmark of this great disaster management.

Conclusion: Organized and official participation of the Armed Forces in natural disasters is a national imperative to the country disaster management policy and plan.

Key words: Natural disasters, Flood, Disaster management, Armed forces

منابع:

۱. قلی پور- آرزو: «مدیریت بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران و همکاری های منطقه ای بین المللی»، فصلنامه سیاست، شماره ۱۰، تابستان سال ۱۳۹۵، صص ۷۴-۵۴.
۲. مختاری- داود: «جایگاه مرفولوژی در ارزیابی بلایای طبیعی و مقابله با آنها در ایران»، فصلنامه جغرافیای سرزمین، سال سوم، شماره ۹، بهار سال ۱۳۸۵، صص ۶۵-۵۱.
۳. غنچال- علی: «منیره متقی: میرهاشمی- صدیقه، دلوری- عبدالرضا، بهمداری نظامی در بحران ها، بلایا و حوادث غیر مترقبه، همایش سراسری راهکارهای ارتقاء مدیریت بحران در حوادث و سوانح غیر مترقبه، زنجان، ۱۳۸۵، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، فرهنگسرای امام خمینی. <https://www.civilica.com/Paper-PCMD-PCMD-058.html>
۴. نوری علیایی- علیرضا، غلامی- حمید، ۱۳۹۰، «نقش نیروهای مسلح در مدیریت بحران های طبیعی، نخستین همایش مدیریت بحران در صنعت ساختمان، شریان های حیاتی و سازه های زیر زمینی»، اصفهان، مرکز پژوهشی مهندسی بحران های طبیعی شاخص سازان. <https://www.civilica.com/Paper-CMILFUS01-CMILFUS01-065.html>
۵. حسینی- حسین، جدی- مجید: «نقش سازمان نظامی در مدیریت بحران طبیعی»، فصلنامه سیاست دفاعی، سال ۱۳ و ۱۴، شماره ۵۲ و ۵۳، پائیز و زمستان، ۱۳۸۴، صص ۲۸-۹.
۶. مدیری- مهدی، مدیری- احسان: «راهنمای مشارکت نیروهای مسلح در حوادث غیر مترقبه»، فصلنامه راهبرد دفاعی، سال ۱۰، شماره ۳۹، پائیز ۱۳۹۱، صص ۷۲-۳۵.
۷. تامجوی نیک- خسرو: «تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان هشت سال دفاع مقدس»، انتشارات ایران سبز، تهران، ۱۳۸۸.
۸. سجادی- اشرف، «مدیریت بحران و وظایف نیروهای مسلح در شرایط بروز بلایا و حوادث طبیعی»، اولین همایش سراسری محیط زیست، انرژی و پدافند زیستی، تهران، مؤسسه آموزش عالی مهر آروند، گروه ترویجی دوستداران محیط زیست، ۱۳۹۲، قابل دسترسی از نشانی: <https://www.civilica.com/ECONF01-Paper669.html>

بهره بردن از تمام ظرفیت های انسانی و منابع ملی با تصریح بر مشارکت نیروهای مسلح

- ارتقای آستانه تحمل ملی در برابر حوادث غیر مترقبه و بالا بردن قابلیت بقا

- ارتقای نگرش موجود (امداد و نجات) به نگرش پیشگیری و مهندسی دفاعی نسبت به تهدیدات

- تکمیل چرخه دفاعی و تعامل با دفاع عامل و پدافند غیر عامل

- رصد کلان و دیده بانی مدیریت بحران کشور

- ثبت نیروهای مسلح، به عنوان یک رکن اصلی ملی، در امر مشارکت، مسئولیت، نقش آفرینی و مدیریت، در ساختار رسمی مدیریت بحران کشور.

- سپردن بخشی از مسئولیت پیشگیری و آموزش عمومی و مهارت افزایی نهادهای مسئول و اپایش بحران، به نیروهای مسلح در زمان صلح و شرایط عادی.

ب) عملیاتی

- برگزاری مانورهای ادواری و اپایش (کنترل) بحران با مدیریت نیروهای مسلح در مناطق پر حادثه کشور به منظور کسب آمادگی و ایجاد هماهنگی

- تشکیل نیروهای واکنش سریع در ارتش جمهوری اسلامی ایران، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و سازمان بسیج مستضعفین کشور

- ایجاد زیر ساخت های مدیریت بحران (برای شرایط صلح) در ساختار سازمانی نیروهای مسلح

- تهیه اطلس هوشمند مخاطرات کشور و ایجاد پایگاه رایانه ای اطلاعات جغرافیایی و مخاطرات

Abstract

Title: Armed Forces' health, relief and medical activities in the downstream flood of spring 1388 (April 2019) , In Khuzestan, Golestan and Lorestan provinces

Authors: Dr Hassan Araghizadeh , Dr, Esmail Motlagh

Background and aim: The stormy and heavy rain front swept the Islamic Republic of Iran from March 26, 1977 to mid-April. Rescue and Relief operations in order to control of this massive disaster, organized in a comprehensive national mobilization and partnership. Along with comprehensive participation of public and related organizations, Armed forces took part responsively and sincerely. The crucial, and vital role of the armed forces in Disaster control is depicted on this article

Method: The Data-bases of the Armed Forces and the Ministry of Health and Medical Education were used to prepare this analytical report. The library study complemented the study.

Results: 21 provinces, including 256 cities, were affected by flooding and involved in a major disaster. 3444 Cities

آن، واحد خدمات دارویی آن هم به تدریج شکل گرفت و با شروع جنگ تحمیلی ارائه خدمات تخصصی خود را در حیطه های تأمین، نگه داری و توزیع تمامی اقلام دارویی مورد نیاز رزمندگان در جبهه های نبرد به انجام رساند. نکته قابل توجه آن که با طولانی شدن جنگ علاوه بر ارتقاء ساختار تشکیلاتی و اداری، فعالیت های واحد خدمات دارویی نیز گام به گام هم از حیث تنوع و هم از نظر کمی توسعه چشمگیری پیدا نمود. در این میان باید از نقش اساتید متعهد دانشکده های داروسازی نیز یاد نمود که با فعالیت های مخلصانه خود بانوآوری و خلاقیت در جهت رفع کمبودهای داروهای تخصصی ناشی از تحریم های استکباری آن دوران حماسه آفرین شدند، تجلیل نمود.

نتیجه گیری

تمامی تجارب ارزشمند ارائه خدمات دارویی دوران دفاع مقدس و اندوخته های علمی حاصل از آن، راهگشای نظام سلامت کشور در سال های پیش رو خواهد بود.

کلمات کلیدی

بهداری رزمی - داروسازی نظامی - داروسازی - واحد دارویی

مقدمه و بیان مسئله

یکی از روش های رایج در بررسی و مطالعه رخدادهای اجتماعی بهره گیری از تاریخ شفاهی است که به شیوه های گوناگونی از جمله استفاده از منابع صوتی و تصویری موجود در بایگانی رسانه های عمومی، سازمان ها و مراکز اسناد و کتابخانه های ملی، مصاحبه حضوری با افراد و شخصیت های حاضر در موضوع و رخداد مورد نظر و ... است (۱). روش مصاحبه حضوری در تاریخ شفاهی با هدف ثبت خاطرات و تجارب جنگ ها و نبردهای بشری، یکی از فرایندهای متداول در مستندسازی و بیان زوایای مختلف این گونه مفاصلات بین المللی بوده است. در این زمینه یکی از قدیمی ترین گزارش های تاریخ شفاهی رابه «هرودوت» مورخ مشهور یونان باستان نسبت داده اند که موضوع آن هم روایت جنگ های یونان و ایران در آن دوران از تمدن بشری است (۲).

در هر حال امروزه یکی از جایگاه های مهم ارائه خدمات دارویی، سازمان ها و نهادهای نظامی و از جمله ارتش ها و نیروهای رزمی کشورهاست که شرح وظایف و فعالیت های تخصصی نیروهای شاغل در آن هم تعریف و تبیین شده است (۳). با توسعه علوم و ضرورت ارتقاء دانش و ارائه خدمات حرفه ای ویژه در حوزه تخصصی نظامی، طی دهه های اخیر شاهد تعریف شاخه جدیدی در علم داروسازی تحت عنوان «داروسازی نظامی» هستیم که در برخی مراکز دانشگاهی و یا آموزش نیروهای نظامی، برنامه درسی

ارائه خدمات دارویی در هشت سال دفاع مقدس

بخش اول - ساختار واحد دارویی در بهداری رزمی

عبدالمجید چراغعلی، مهدی باقری، مجید شهرتی

چکیده

زمینه و هدف

حضور ایثارگران دانش آموختگان علوم پزشکی کشور در جای جای عرصه های نبرد از خط مقدم، سنگرها و مقرهای امدادی تا بیمارستان های مجهز صحرایی و مراکز درمانی تخصصی و فوق تخصصی مستقر در مناطق عملیاتی دوران دفاع مقدس، افتخار بی بدیل و برگ زرینی برای جامعه پزشکی در فرهنگ و تمدن ایران اسلامی خواهد بود. در این میان تبیین نقش و عملکرد داروسازان، اساتید و دانشجویان داروسازی و دست اندرکاران امور اجرایی در سازمان ها و نهادهای مرتبط که برای ارائه خدمت در شرایط ویژه آن روز کشور که وامدار صنعت دارویی وابسته به بیگانگان، به عنوان میراث باقی مانده از حکومت طاغوت پهلوی بود، عرصه ارزشمندی برای بهره برداری آیندگان علمی کشور خواهد بود.

روش

از روش مصاحبه تاریخ شفاهی و نیز مطالعه کتابخانه ای برای تنظیم مطالب این مطالعه استفاده شد.

نتایج

خدمات دارویی در دوران دفاع مقدس از طریق دو ساختار تخصصی موجود در ارتش و سپاه پاسداران انقلاب اسلامی به رزمندگان ارائه می گردید. گرچه فعالیت ساختار واحد دارویی ارتش در تشکیلات بهداری نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران (نزا) از پیش از انقلاب مسبوق به سابقه بود که با حضور نیروهای رسمی نظامی به عنوان افسران داروساز زیر نظر معاونت پشتیبانی ارتش فعالیت می کرد ولی در مورد سپاه باید اذعان نمود که با راه اندازی مرکز بهداری رزمی در سپاه طی سال های اوایل تشکیل

اختصاصی آن به دانشجویان آموزش داده می‌شود (۵۰۴). یکی از رخدادهایی که منشأ تحولات گسترده‌ای فراتر از منطقه بسیار راهبردی خاورمیانه گردید، جنگ تحمیلی از سوی استکبار جهانی و ایادی منطقه‌ای آن در کمتر از دو سال پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی بود (۶). حمله وسیع نیروهای حزب بعث عراق در سال ۱۳۵۹ به نهال نوپای جمهوری اسلامی ایران که آغازگر یکی از طولانی‌ترین جنگ‌های تاریخ چند سده اخیر بشریت بود، علاوه بر شهادت صدها هزار نفر از بهترین فرزندان این سرزمین سبب ایجاد خسارت‌های مالی فراوان نیز شد. با این وجود برخلاف تصور اولیه، صدام و حامیانش در این جنگ نه تنها نتوانستند این نهال نورسته را ریشه کن کنند، بلکه باعث تبدیل شدن آن به یک درخت استوار و تنومند با ریشه‌های بسیار قوی و مستحکم شدند. ایجاد ساختار و تشکیلات بهداری رزمی در نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و به‌خصوص در سپاه پاسداران انقلاب اسلامی یکی از تجارب ارزشمندی بود که در جنگ تحمیلی به‌دست آمد. تشکیلات و نحوه ارائه خدمات دارویی به‌عنوان یکی از ارکان اصلی بهداری رزمی از جمله تجاربی بود که در آن سال‌های دفاع مقدس در جبهه‌های نبرد به‌تدریج رشد نمود و به ساختاری پویا، منسجم و بسیار توانمند تبدیل شد. به‌همین دلیل همکاران دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) در قالب یک طرح پژوهشی چگونگی شکل‌گیری و ایجاد ساختار واحد مدیریت دارویی در بهداری رزمی و سایر تجارب مرتبط با آن در طی هشت سال دفاع مقدس را مورد بررسی قرار داده است.

روش

در این تحقیق از روش مصاحبه مستقیم با افراد دست‌اندرکار ارائه خدمات دارویی در دوران دفاع مقدس استفاده شده است. مصاحبه‌شوندگان از بین افرادی انتخاب شدند که در دوران دفاع مقدس مستقیماً مسئولیت ارائه خدمات دارویی به نیروهای رزمی را بر عهده داشته‌اند. این افراد از بین شاغلین نیروهای مسلح (سپاه و ارتش)، مسئولان دارویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزارت بهداری آن زمان) و دانشکده داروسازی تهران انتخاب شدند.

در نیروهای نظامی افرادی در سطح مسئولین عالی‌رتبه بهداری رزمی و واحد دارویی آن (ستاد بهداری) و ارائه‌دهندگان خدمت در سطح نیروها (صف) مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه با این افراد به‌صورت غیر ساختارمند انجام گرفته است، بدین صورت که بعد از ارائه توضیحات لازم در مورد روش کار و اهداف انجام این پژوهش به مصاحبه‌شوندگان، آنان آزاد بودند که در یک بازه زمانی از

ابتدای حضور خود در امور مرتبط با ارائه خدمات دارویی در دوران دفاع مقدس شرح اقدامات و نظرات خود را در این زمینه به‌طور مبسوط بیان نمایند. در این روش وقت کافی در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار می‌گرفت تا به‌صورت کامل مطالب خود را شرح دهند و به‌همین دلیل بعضی از مصاحبه‌ها تا حدود سه ساعت نیز به طول می‌انجامید. تمام فرایند مصاحبه به‌صورت صوتی و تصویری ضبط می‌شدند. بعد از مکتوب کردن مصاحبه‌ها، متن مصاحبه برای مصاحبه‌شوندگان ارسال شد تا در صورت نیاز اصلاحات مورد نظر خود را برای مجریان طرح ارسال نمایند.

نتایج

تاریخچه تأسیس واحد دارویی در بهداری رزمی سپاه

سپاه پاسداران انقلاب اسلامی از همان روزهای اول پیروزی انقلاب اسلامی و شروع عملیات‌های ضد انقلاب در غرب کشور، مسئولیت حفاظت از جمهوری اسلامی ایران را بر عهده گرفت، به عبارتی اولین پایه‌های ساختار بهداری سپاه نیز در همین ایام و قبل از شروع جنگ تحمیلی عراق علیه ایران گذاشته شد. بنابراین قبل از شروع جنگ، بهداری رزمی سپاه عمدتاً در غرب کشور و در مناطق مورد هجوم نیروهای ضد انقلاب شکل گرفت. به دلیل تخریب زیرساخت‌های بهداشت و درمان شهری در این مناطق توسط ضد انقلاب، نیروهای بهداری رزمی سپاه عملاً مسئولیت بازسازی و راه‌اندازی این مراکز را به منظور خدمت‌رسانی به مردم نیز بر عهده گرفتند. همچنین به سبب شروع درگیری‌های داخلی با ضد انقلاب در غرب کشور، حتی قبل از شروع جنگ عراق علیه ایران ساختار بهداری سپاه در این مناطق حتی زودتر از بهداری سپاه در تهران شکل گرفت. با این وجود بهداری در این مناطق به حمایت لجستیک از بهداری سپاه تهران وابسته بود. با توجه به تخریب زیرساخت‌های بهداشت و درمان منطقه به دلیل حملات نیروهای ضد انقلاب و به هم ریختگی نظام اداری دولتی در غرب کشور، نیروهای بهداری در این مناطق همزمان با انجام مأموریت‌های بهداری رزمی نیازهای درمانی مردم غیرنظامی منطقه را نیز تأمین می‌کردند.

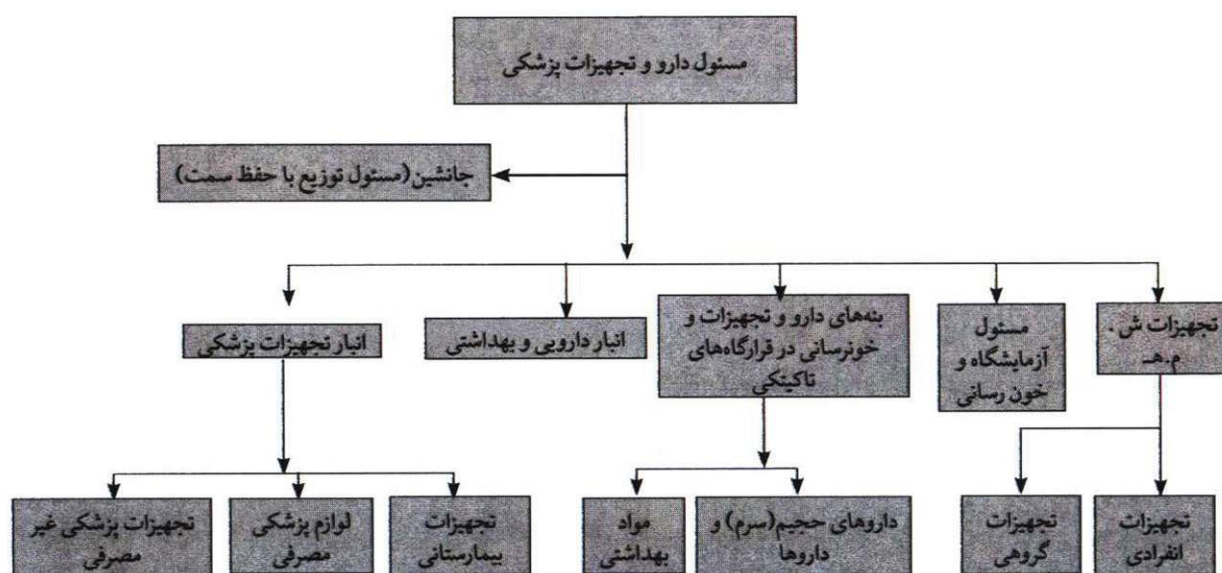
هسته اولیه بهداری سپاه از افرادی تشکیل شد که تخصص اولیه آنان نیز رشته پزشکی نبود. این افراد بعد از طی بعضی دوره‌های آموزشی اولیه مسئولیت تشکیل بهداری سپاه را بر عهده گرفتند. در شروع فعالیت بهداری معدودی از افراد درگیر در بخش دارویی بهداری از فارغ التحصیلان رشته داروسازی بودند. افرادی که تحت عنوان امدادگر آموزش دیده و وظیفه ارائه خدمات و کمک‌های

اولیه پزشکی به نیروهای رزمی را برعهده داشتند، دارو در اختیارشان گذاشته می شد و مسئول ارائه خدمات دارویی نیز بودند. با تشکیل واحد دارویی در بهداری، آقای دکتر صادق رجایی به عنوان اولین دکتر داروساز شاغل در بهداری سپاه مسئولیت امور دارویی را برعهده گرفتند. با شروع جنگ تحمیلی عراق علیه ایران و اسارت آقای دکتر پاک نژاد، آقای دکتر ابوالحسن احمدیانی به عنوان مسئول بهداری سپاه جایگزین دکتر پاک نژاد شدند. ایشان گرچه دکتر داروساز بودند ولی به دلیل مسئولیت های کلی در بهداری، دخالت مستقیمی در امور خدمات دارویی بهداری سپاه نداشتند. با شروع جنگ تحمیلی عراق علیه ایران مسئولیت امور دارویی سپاه در جبهه های جنگ نیز برعهده آقای دکتر رجایی گذارده شد.

ساختار سازمانی واحد دارویی و تجهیزات پزشکی بهداری رزمی از آنجاکه بین تشکیل رسمی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی بعد از استقرار جمهوری اسلامی ایران و شروع رسمی جنگ تحمیلی عراق علیه ایرانی فاصله چندانی وجود نداشت، تشکیلات بهداری و همچنین خدمات دارویی در سپاه با شروع فعالیت سپاه آغاز و به دوران دفاع مقدس امتداد یافت. ساختار تشکیلاتی واحد دارو و تجهیزات پزشکی بهداری رزمی سپاه از بدو تشکیل خود تا سال های انتهایی جنگ تغییرات مکرری را شاهد بود. این ساختار که در ابتدا بدون چارت تشکیلات خاصی راه اندازی شده بود، در ادامه راه به سمت تکمیل شدن پیش رفت. میزان توانایی و پیشرفت ساختار و تشکیلات دارویی نیروهای مسلح در دوران دفاع مقدس مستقیماً متناسب با تحولات تشکیلات بهداری رزم بود. به همین

دلیل از نظرات زمانی این ساختار را می توان به سه بخش ابتدای جنگ تا قبل از عملیات فتح المبین، از عملیات فتح المبین تا جنگ شیمیایی عراق علیه رزمندگان و دوران بعد از شروع حملات شیمیایی تقسیم بندی کرد. اولین تشکیلات مرتبط با دارو و تجهیزات پزشکی در سازمان سپاه در سال ۱۳۵۹ شکل گرفت. با توجه به درگیر بودن نیروهای سپاه در کردستان و غرب کشور قبل از شروع جنگ تحمیلی، در واقع اولین ساختار دارو و تجهیزات پزشکی در سپاه در سال ۱۳۵۹ در کردستان تشکیل شد. مدیریت های دارو و تجهیزات پزشکی در مناطق باختران (کرمانشاه) و کردستان ایجاد شده بود.

قبل از استقرار کامل بهداری مستقل رزمی، خدمات بهداری و دارویی با مشارکت سایر سازمان های امدادی موجود در کشور تأمین می شد. تا قبل از عملیات فتح المبین، هلال احمر و جهاد سازندگی نقش عمده ای در ارائه خدمات دارویی در جبهه ها داشتند. با گسترش نیازهای دارویی در بهداری رزمی بخش مربوط به تدارک داروها و تجهیزات پزشکی از بهداری جدا و به لجستیک منتقل گردید و خرید دارو و تجهیزات پزشکی توسط بخش لجستیک دارویی و تجهیزات پزشکی انجام می گرفت. لجستیک سپاه طی زمان توسعه پیدا کرد و ساختار آن گسترده شد و مدیریت های مختلفی در آن تعریف شد که یکی از این مدیریت ها، مدیریت پشتیبانی بهداری بود. این ساختار تا عملیات خیبر پابرجا بود و بعد از آن با توجه به تک های شیمیایی عراق مدیریت پدافند «ش م» (شیمیایی، میکربی، هسته ای) ایجاد شد که مستقیم زیر نظر خود فرماندهی فعالیت می کرد.



نمودار شماره ۱- ساختار تشکیلاتی دارو و تجهیزات پزشکی سپاه در سال ۱۳۶۲

با افزایش فعالیت‌های بهداشتی سپاه، این ساختار سازمانی در سال ۱۳۶۰ به ساختار و سازمان دارو و تجهیزات پزشکی قرارگاهی تغییر یافت. در ساختار جدید دو مدیریت مستقل برای انبارهای دارویی و تجهیزات پزشکی ایجاد گردید. بدین ترتیب مسئولیت تدارک و مدیریت داروها و مواد بهداشتی از تجهیزات پزشکی مستقل شد. در این ساختار بخش لوازم پزشکی مصرفی نیز بر مبنای نوع کاربردهای بالینی آن‌ها به گروه‌های مستقل تقسیم می‌شدند.

در سال ۱۳۶۱ بخش‌های دیگری به ساختار و سازمان دارو و تجهیزات قرارگاهی افزوده شد. با توجه به اینکه به ذخیره سازی دارو در استان‌های نزدیک به مناطق عملیاتی احساس نیاز می‌شد در ساختار جدید دارو و تجهیزات پزشکی سپاه، مدیریتی برای ایجاد انبارهای دارویی در این مناطق تأسیس گردید. در این انبارها علاوه بر دارو و تجهیزات پزشکی، خون و فرآورده‌های خونی نیز نگهداری می‌شد. همچنین به منظور تأمین و نگهداری تجهیزات پزشکی، مدیریت تعمیرات نیز در ساختار دارو و تجهیزات پزشکی ایجاد گردید. این مدیریت کارشناسانی را برای تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی به مراکز درمانی سپاه اعزام می‌کرد.

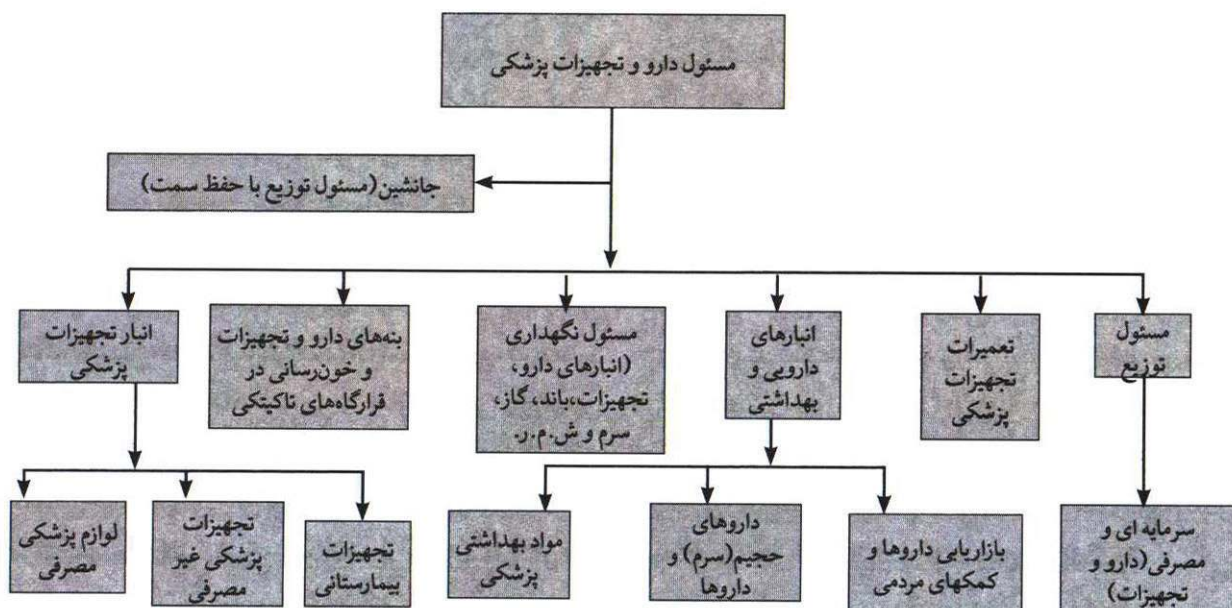
در سال ۱۳۶۱ با تشکیل قرارگاه‌های عملیاتی کربلا در جنوب (اهواز)، نجف (کرمانشاه) و حمزه در شمال غرب کشور (ارومیه)، ساختار مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی نیز در بهداشتی این قرارگاه‌ها تشکیل گردید. البته فرماندهان این قرارگاه‌ها در ابتدای تشکیل، به لزوم حضور نیروهای بهداشتی در این قرارگاه تمایل چندانی از خود نشان نمی‌دادند. بنابراین بهداشتی تا سطح تیپ‌ها شکل گرفت و برای تمام تیپ‌هایی هم که تشکیل شده بودند،

بهداری راه‌اندازی شد. در پایان سال ۱۳۶۲ هر یک از قرارگاه‌ها واحد مستقل دارویی داشتند. با ادغام قرارگاه‌های نجف و کربلا و تأسیس قرارگاه خاتم مسئولیت دارو و تجهیزات قرارگاه‌ها نیز بر عهده مسئول دارو و تجهیزات قرارگاه خاتم گذاشته شد. با استقرار بهداشتی قرارگاه‌ها در مناطق عملیاتی به منظور تأمین پایدار نیازهای دارویی مناطق عملیاتی، بهداشتی قرارگاه‌ها انبارهای دارویی (بنه) تأسیس کردند (نمودار شماره ۱).

با شروع حملات شیمیایی از سوی عراق و نیاز به تأمین اقلام اختصاصی مربوط به مقابله با حملات شیمیایی در سال ۱۳۶۲ بخش‌های دیگری به ساختار و سازمان دارو و تجهیزات قرارگاهی سپاه افزوده شد.

به منظور مدیریت امور اجرایی دارو و تجهیزات پزشکی، جانشین دارو و تجهیزات پزشکی نیز به این ساختار افزوده شد. این فرد مسئولیت مستقیم توزیع اقلام دارویی، تجهیزات پزشکی و خون را نیز بر عهده داشت. در این ساختار مدیریت تعمیرات تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای حذف شده است. همچنین در ساختار جدید با توجه به نیاز روزافزون به تأمین خون مورد نیاز نیروهای عملیاتی، مدیریتی مستقل از دارو و تجهیزات پزشکی وظیفه تأمین خون و فرآورده‌های خونی را بر عهده گرفت.

با تشکیل وزارت سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در سال ۱۳۶۲ تأمین و تدارک دارو و تجهیزات پزشکی تحت پوشش معاونت لجستیک وزارت سپاه قرار گرفت. در این شرایط مسئولیت تدارک و لجستیک دارو و تجهیزات پزشکی از واحد بهداشتی سپاه به وزارت سپاه منتقل گردید. لازم به ذکر است که در این ساختار که تا



نمودار شماره ۲- ساختار تشکیلاتی دارو و تجهیزات پزشکی سپاه در سال ۱۳۶۴.

پایان جنگ حفظ شد، معاونت لجستیک سپاه با نظر و درخواست بهداری و لجستیک ستاد مشترک سپاه، اقلام مورد نیاز بهداری را تأمین و در اختیار قرار می داد.

ساختار مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی در سال ۱۳۶۳ نیز دچار تغییرات جدیدی شد. در این ساختار مجدداً مدیریت تعمیرات تجهیزات پزشکی به ساختار دارو و تجهیزات برگردانده شد. با توجه به آنکه مسئولیت تأمین و نگهداری تجهیزات پزشکی نیز بر عهده مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی بهداری بود، تعمیر و نگهداری این تجهیزات نیز نیازمند وجود واحد مستقلی در بهداری رزمی بود. آخرین تغییرات در ساختار و سازمان دارو و تجهیزات قرارگاهی سپاه در سال ۱۳۶۴ ایجاد شد (نموار شماره ۲). این ساختار که به صورت کامل در قرارگاه کربلا ایجاد شده بود، تا پایان جنگ حفظ شد. البته در سایر قرارگاه ها این ساختار بین صف و ستاد تقسیم شده بود و بخش هایی از این ساختار در صف و بخش هایی در ستاد مستقر شده بود. در ساختار جدید برای بخش جمع آوری و دریافت کمک های دارویی مردمی واحد مستقلی ایجاد شده بود و واحد جدیدی نیز مسئولیت توزیع دارو و تجهیزات پزشکی را در سطح واحدهای بهداری در سراسر کشور بر عهده گرفته بود.

بهداری رزمی نیروهای مورد نیاز خود را از جمله در بخش دارو عمدتاً از بین افراد داوطلب که به صورت مأموریتی به مناطق عملیاتی اعزام می شدند تأمین می کرد و واحد دارویی مشکلی در تأمین تکسین های دارویی مورد نیاز خود به منظور ارائه خدمات دارویی در مناطق عملیاتی از بین داوطلبان نداشت. با این وجود به نظر می رسد تعداد داروسازان در این واحدها به حدی نبود که قادر باشند نیازهای دارویی را بر مبنای پروتکل ها و استانداردهای علمی داروسازی مدیریت نمایند.

داروخانه های اورژانس ها و بیمارستان های صحرایی

علی رغم اهمیت حیاتی پست های امداد و اورژانس در امداد رسانی به مجروحان عملیات های نظامی در سال های اول جنگ این مراکز به صورت سیستمیک توسط بهداری رزمی در مناطق عملیاتی احداث نشده بودند. البته در سال های ابتدایی جنگ تحمیلی خطوط عملیاتی بسیار به شهرها نزدیک بودند و مراکز درمانی این شهرها در دسترس نیروهای عملیاتی برای درمان مجروحان قرار داشتند. بنابراین ایجاد اورژانس ها در این مناطق عملیاتی چندان مورد نیاز نبود. به دلیل وجود درگیری های نظامی در غرب کشور حتی قبل از شروع جنگ تحمیلی، اولین بیمارستان های امدادی توسط بهداری رزمی در غرب کشور ایجاد شدند. اولین بیمارستان هم که در مناطق غرب راه اندازی شد بیمارستان الله اکبر بود که شهید ممقانی این بیمارستان را در مریوان تأسیس کرد.

با توجه به وجود ساختار منسجم تر بهداری در نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، مسئولین بهداری سپاه نیز سعی کردند از امکانات و تجارب بهداری ارتش در راه اندازی بیمارستان های صحرایی استفاده کنند. از این نظر عملیات فتح المبین را باید نقطه عطف در تاریخ تأسیس بیمارستان های صحرایی توسط بهداری رزمی سپاه به حساب آورد. در ساختار بهداری ارتش اورژانس چندین کیلومتر با خط مقدم فاصله داشت، در حالیکه بهداری سپاه اورژانس های خود را نزدیک تر به خط مقدم تأسیس می کرد. البته همکاری بهداری سپاه و ارتش برای تأسیس بیمارستان های صحرایی در عملیات های بعدی نیز به شکل گسترده تری ادامه یافت.

این بیمارستان های صحرایی به مرور زمان مجهزتر ساخته می شدند و تقریباً تمام بخش های لازم برای یک بیمارستان را داشتند. از جمله این بخش ها داروخانه و انبارهای دارویی بودند. با گذشت زمان ساختمان بیمارستان های صحرایی از حالت کانکسی خارج شد و بهداری رزمی شروع به ساخت بیمارستان های صحرایی با سازه های ثابت کرد. این ساختمان های جدید به نحو مناسبتری امکانات مورد نیاز را فراهم می کردند.

چگونگی ارائه خدمات دارویی به نیروهای خط مقدم

مهم ترین اولویت بهداری رزمی رساندن خدمات دارویی مورد نیاز نیروهای عملیاتی در خط مقدم نبود. تأسیس اورژانس ها و پست های امدادی تا حد زیادی به نیازهای دارویی مجروحان عملیات ها پاسخ می داد، ولی ارائه خدمات دارویی در خط مقدم می توانست نقش بسیار مهمی در کاهش تلفات نیروهای عملیاتی داشته باشد. در ابتدای جنگ این نیازهای دارویی عمدتاً از طریق سپاه های استانی و البته نهادهای شهر مربوطه تأمین می شد.

با این وجود بعد از تشکیل قرارگاه ها و انسجام بیشتر بهداری رزمی ارائه خدمات دارویی نیز نظم بیشتری به خود گرفت. تا قبل از عملیات بیت المقدس بهداری سپاه همچنان از امکانات سایر سازمان ها از جمله هلال احمر به صورت مستقیم استفاده می کرد. با استقلال بیشتر بهداری سپاه به تدریج انبارهای دارویی در مناطق عملیاتی تأسیس شدند تا امکان دسترسی بهتر به داروهای مورد نیاز فراهم گردد.

به منظور ارائه خدمات دارویی به نیروهای عملیاتی در خط مقدم، بهداری رزمی از روش تهیه و توزیع کیف های انفرادی امداد و نجات استفاده می کرد تا بتواند در کوتاه ترین زمان ممکن امداد رسانی اولیه به نیروهای عملیاتی را انجام دهد. در ابتدای جنگ نیز به میزان محدودی از کیف های امداد انفرادی استفاده می شد، با این حال در آن زمان این کیف ها عمدتاً از خارج از کشور تهیه می شدند.

بهداری رزمی اولین بار این کیف‌های امداد انفرادی را از طریق شرکت داروسازی آلمانی هوخست به تعداد ۴-۳ هزار عدد تهیه کرد. با توجه به اهمیت خدمت‌رسانی دارویی در خط مقدم به نیروهای رزمنده، کیف‌های امداد انفرادی تولید شده توسط بهداری رزمی برای اولین بار به میزان وسیع در دو عملیات طریق القدس و بیت المقدس مورد استفاده قرار گرفتند. کیف‌های جنگی یا کیسه‌های امداد انفرادی شامل امکانات امداد اولیه از جمله باند، گاز استریل، پدهای حاوی پنبه و گاز استریل بود که برای جلوگیری اولیه از خون‌ریزی توسط خود رزمنده به کار می‌رفت. خط تولید این کیسه‌های امداد انفرادی در بیمارستان نجمیه تهران راه‌اندازی شد. اولین بار تولید این کیسه‌های امداد انفرادی به تعداد ۷۰۰۰ عدد برای عملیات طریق القدس صورت گرفت.

چگونگی تأمین نیازهای دارویی بهداری رزمی

بررسی وضعیت نیروهای عملیاتی و فرایند درمان مجروحان در زمان دفاع مقدس نشان می‌دهد که به دلایل متعددی تأمین داروهای مورد نیاز مناطق عملیاتی در مقایسه با سایر نیازهای این مناطق بار لجستیکی قابل توجهی برای مسئولان و فرماندهان جنگ ایجاد نمی‌کرد. مجروحان عملیات‌های نظامی بعد از انتقال از خط مقدم در بیمارستان‌های شهری بستری می‌شدند. این بیمارستان‌ها تحت پوشش نظام عمومی بهداشت و درمان کشور بودند و تأمین نیازهای درمانی این مجروحان از جمله داروهای مورد نیاز آن‌ها از وظایف مسئولان بهداشت و درمان کشور بود و بهداری رزمی در این مورد مسئولیتی نداشت. از طرف دیگر اغلب رزمندگان در سن جوانی بودند و به دلیل سلامت جسمانی به غیر از آسیب‌های ناشی از عرصه نبرد اصولاً نیاز چندانی به دارو نداشتند. بنابراین تأمین و تدارک داروهای مورد نیاز مناطق عملیاتی عمدتاً به داروهای مورد نیاز برای واپایش (کنترل) اولیه زخم‌ها و جراحات ناشی از عملیات‌ها در خط مقدم و یا اورژانس‌ها محدود می‌شد. در هنگام عملیات هم نیاز به داروهای مقطعی بود و با منتقل شدن مجروح به بیمارستان‌های شهری، مجروح در روند درمان عمومی قرار می‌گرفت. با شروع جنگ طبق هماهنگی‌های به عمل آمده بین نیروهای مسلح و وزارت بهداری مسئولیت تأمین داروهای مورد نیاز نیروهای مسلح از طریق وزارت بهداری و شرکت‌های پخش دارویی موجود در کشور انجام می‌شد.

با این وجود در سال‌های اول جنگ علی‌رغم هماهنگی بین سپاه و ستاد وزارت بهداری در تهران برای تأمین نیازهای دارویی بهداری، سپاه‌های استانی نیز در مواردی نیازهای دارویی خود را از منابع موجود در استان‌ها تهیه می‌کردند. همچنین در مواردی در سال‌های اول تشکیل بهداری رزمی، این

سازمان به صورت مستقیم نیز نیازهای خود را از طریق بازار دارویی کشور تأمین می‌کرد. داروهای مورد نیاز بهداری رزمی از بین اقلام داروهای موجود در فهرست داروهای ایران تأمین می‌شد. تمام این داروها که توسط شرکت‌های داروسازی داخلی تولید شده و یا توسط واردکننده‌ها از خارج وارد می‌شدند، در بازار دارویی کشور موجود بودند. به همین دلیل بهداری مشکلی در تأمین و تدارک آن‌ها نداشت. البته در مواردی که داروهای خاصی مورد نیاز بود که در داخل کشور تولید نمی‌شد برای تأمین آن‌ها از خارج از کشور از هلال احمر کمک گرفته می‌شد.

طی سال‌های جنگ، بهداری سپاه در مواردی از داروهای اهدایی مردمی نیز استفاده می‌کرد. این داروها که عمدتاً از محل داروهای مازاد بر نیاز و مصرف‌نشده مردم جمع‌آوری می‌شد، توسط نهادهای مردمی جمع‌آوری و تحویل بهداری سپاه می‌گردید. یکی از کارهایی که دانشجویان داروسازی داوطلب در جبهه‌ها انجام می‌دادند، بررسی داروهای ارسالی مردم و جداسازی و بسته‌بندی این اقلام بود. البته واضح بود که این کمک‌های دارویی مردمی نمی‌توانست جایگزین تأمین و تدارک دارو از طریق شرکت‌های دارویی باشد.

انبارهای دارویی در ابتدا از شرایط فیزیکی مناسبی برخوردار نبودند و با توجه به شرایط آب و هوایی منطقه به خصوص در مناطق جنوبی نیاز به اصلاح داشتند. البته این انبارهای دارویی در تمام موارد از شرایط ایده‌آل برخوردار نبودند که ممکن بود باعث بروز حوادثی نیز شود. برای مثال عدم رعایت کامل اصول ایمنی هنگام تخلیه بار در یکی از انبارهای دارویی منطقه جنوب در سال ۱۳۶۵ باعث بروز آتش سوزی شد.

هزینه مربوط به داروهایی که سپاه از وزارت بهداری و شرکت‌های دارویی داخلی تحویل می‌گرفت، عمدتاً از طریق سپاه به این شرکت‌ها پرداخت می‌شد ولی در مورد تجهیزات پزشکی بعضاً از خارج از کشور واردات انجام می‌گرفت. با اتمام عملیات‌های نظامی واحد دارو و تجهیزات پزشکی بهداری رزمی با جمع‌آوری کلیه داروها و تجهیزات مصرف نشده آن‌ها را بسته‌بندی و ذخیره‌سازی می‌کرد تا برای عملیات‌های بعدی مورد استفاده قرار گیرند.

بهداری سپاه در موارد زیادی برای ارائه خدمات دارویی و اصلاح روش‌های خود به پیشنهادها و عملکرد فردی نیروهای خود به خصوص در مناطق عملیاتی وابسته بود و در موارد فراوانی روش کار بهداری سپاه بر مبنای پیشنهادها و نیروهای عمل‌کننده به صورت از پایین به بالا اصلاح می‌شد. در سال‌های آخر جنگ به دلیل تسلط بیشتر مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی در مورد نیازهای نیروهای عملیاتی، با وجود مشکلات ناشی از الزام رعایت اصول ایمنی و حفاظتی عملیات‌های نظامی، تأمین و تدارک

نیازهای دارویی نیروهای عملیاتی با برنامه ریزی بهتری انجام می گرفت.

ارائه خدمات دارویی در بهداری نزا جا در دوران دفاع مقدس

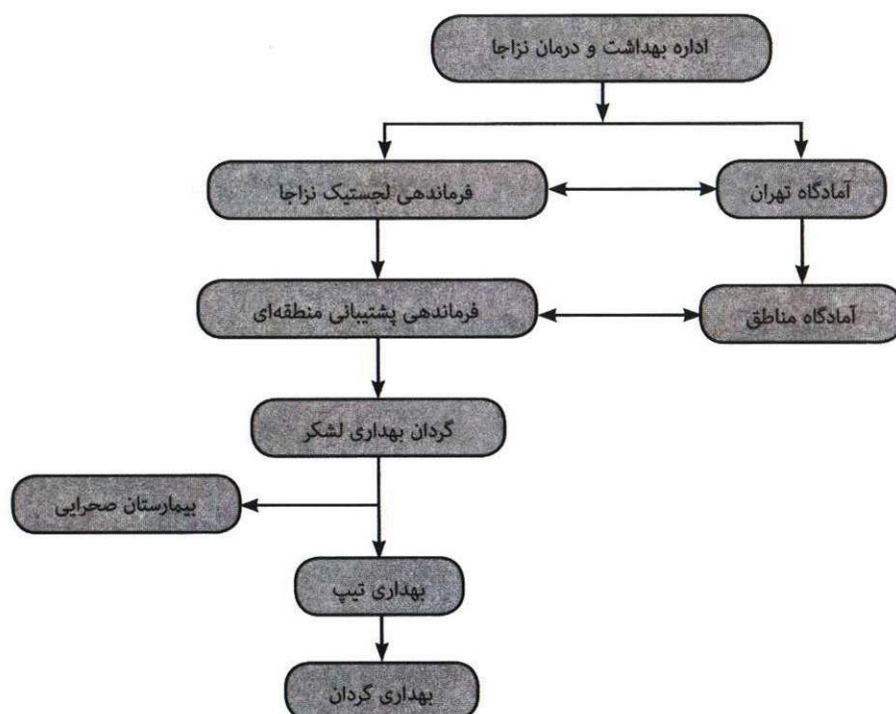
با توجه به حفظ ساختار کلی و نظام ارتش و بهداری آن بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، با شروع جنگ تحمیلی بهداری نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران (نزا جا) از همان ساختار و تشکیلات موجود خود برای ارائه خدمات دارویی استفاده می کرده است. سابقه ایجاد واحد دارویی در بهداری ارتش به سال های ابتدای ۱۳۰۰ بر می گردد. در این سال ارتش برای پاسخگویی به نیازهای دارویی تشکیلات کاملاً مستقلی برای خود ایجاد کرده بود. در سال ۱۳۰۶ داروخانه ای به نام داروخانه سپه در بهداری ارتش تأسیس شد که در سال ۱۳۴۸ به میدان حر (آمدگاه فعلی) منتقل شد. در بخش داروسازی ارتش فرآورده هایی شامل قرص ویتامین ب۱، قرص نمک، قرص آسپیرین و قرص زغال و چندین نوع پماد تولید می شد. فعالیت های داروسازی بخش دارویی بهداری ارتش حتی در سال های اولیه بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و آغاز جنگ تحمیلی نیز ادامه یافت. با این وجود در دهه ۶۰ به دلیل عدم موافقت وزارت بهداری با ادامه فعالیت بخش تولید دارو در ارتش، این واحد به فعالیت خود خاتمه داد و بخش داروسازی تولیدات خود را متوقف کرد ولی تولید قرص نمک و آمپول آمیل نیتريت کماکان

ادامه یافت.

در ساختار بهداری نزا جا مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی از همان ابتدای جنگ تحت پوشش معاونت لجستیک بوده است. این ساختار که قبل از انقلاب اسلامی در ارتش ایجاد شده بود، همچنان در دوران بعد از پیروزی انقلاب و طی جنگ نیز بدون تغییر مهمی حفظ شد. ساختار تشکیلاتی مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی نزا جا در نمودار شماره ۳ نشان داده شده است.

بر خلاف تشکیلات نوپای بهداری سپاه، در نزا جا به دلیل وجود تعداد قابل توجهی دکتر داروساز کادر و وظیفه، ارائه خدمات دارویی به نیروهای عملیاتی زیر نظر داروسازان انجام می شد. نزا جا از این داروسازان برای برنامه ریزی و ارائه خدمات دارویی به نیروهای رزمی ارتش استفاده می کرد. بنابراین در بهداری ارتش تقریباً در تمام زنجیره توزیع دارو داروساز وجود داشت و درخواست های دارویی از طریق همین داروسازان انجام می شد. بهداری نزا جا در کشور علاوه بر تهران پنج منطقه پشتیبانی ایجاد کرده بود و توزیع دارو در واحدهای ارتش از طریق این مناطق صورت می گرفت. در سال های جنگ در آمدگاه ۵۰۱ بهداری ارتش حداقل ۲۵ نفر داروساز وجود داشت. بهداری ارتش داروها را از طریق هماهنگی با وزارت بهداشت از شرکت های پخش تحویل می گرفت.

ذخیره سازی دارو از استراتژی های بهداری نزا جا به منظور تأمین



نمودار شماره ۳- ساختار تشکیلاتی دارو و تجهیزات پزشکی نزا جا در دوران دفاع مقدس.

داروهای مورد نیاز مناطق عملیاتی بود. بهداری نزاجا داروهای دریافتی از شرکت‌های دارویی را در انبارهای دارویی خود ذخیره و سپس طبق درخواست‌های رسیده از مناطق عملیاتی برای آنها ارسال می‌کرد. در اغلب اوقات ارسال داروها به مناطق عملیاتی از یک برنامه ثابت برخوردار بود در مواردی که به دلیل عملیات نیاز مناطق عملیاتی به داروها افزایش پیدا می‌کرد، داروهای مورد نیاز به صورت فوری به این مناطق ارسال می‌شد. آمادگاه تهران وظیفه داشت که دیوی شش ماهه داروهای مورد نیاز ارتش را نگهداری کند. داروها از آمادگاه برای پشتیبانی مناطق ارسال می‌شد و پشتیبانی‌های مناطق برای سه ماه دیوی دارویی داشتند.

توزیع دارو در مناطق مختلف کشور از سوی نزاجا شامل بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحت پوشش بهداری ارتش در شهرستان‌ها نیز می‌شد. بهداری نزاجا علاوه بر مناطق عملیاتی نیازهای دارویی بیمارستان‌های تحت پوشش خود را نیز تأمین می‌کرد.

با این وجود نزاجا نیز مانند بهداری سپاه برای تأمین داروهای مورد نیاز خود به وزارت بهداری وابسته بود و داروهای مورد نیاز خود را از طریق سهمیه تعیین شده برای نزاجا توسط وزارت بهداری از شرکت‌های پخش دارویی تحویل گرفته و بین واحدهای خود تقسیم می‌کرد.

بهداری نزاجا برای ارائه خدمات دارویی به نیروهای عملیاتی ارتش در خط مقدم از کیف‌های امداد انفرادی استفاده می‌کرد. این کیف‌ها که در آمادگاه ارتش تهیه می‌شدند حاوی داروهای مورد مصرف به منظور کمک‌های اولیه به مجروحان بودند. برای ارائه خدمات دارویی در خط مقدم جبهه‌ها دو نوع کیف امدادی انفرادی ۹۱۰ و ۹۱۱ تولید می‌شد. این کیف‌ها از نظر وسایل موجود در آنها متفاوت بودند و یکی از آنها تحویل امدادگر دسته می‌شد. یکی از این کیف‌ها حاوی وسایل پانسمان و بخیه بود. وسایلی مثل قیچی و پنس مورد نیاز این کیف‌ها از طریق سیستم آماد خریداری و به آمادگاه ارسال می‌شد و در نهایت در کیف‌ها بسته‌بندی می‌شدند. در مورد کیف‌های ۹۱۰ و ۹۱۱ گاهی دستور صادر می‌شد که فلان تعداد کیف تولید شود. خود کیف‌ها در خیاط‌خانه آمادگاه دوخته می‌شد و وسایل آن تهیه و بسته‌بندی صورت می‌گرفت و تحویل فرماندهی لجستیک می‌شد. در نهایت فرماندهی لجستیک هم کیف‌ها را بین گردان‌های بهداری لشکرها توزیع می‌کرد. کیفی که به بهیار یا پزشک‌یار تحویل داده می‌شد حاوی امکانات تزریق و بخیه بود ولی کیفی که تحویل امدادگر می‌گردید بیشتر حاوی گاز استریل، باند و امکانات پانسمان بود و وسایل تزریق و بخیه را نداشت.

در پایان بخش نتایج حاصل از این پژوهش بر خود لازم می‌دانیم ضمن درود به روح مطهر شهدای دوران دفاع مقدس، از ۲۶ شهید بزرگوار واحد خدمات دارویی نیز یاد کنیم که از جمله آنان به عنوان یکی از اولین شهدای داروساز دوران دفاع مقدس، دکتر محمد مهدی فقیهی متولد ۱۳۳۲ اصفهان و ورودی سال ۱۳۵۱ دانشکده داروسازی اصفهان بود. سیره و سلوک اخلاقی و اخلاص کم‌نظیر این شهید والا مقام زبازد خاص و عام بود و سرانجام به عنوان مسئول امداد و انتقال مجروحان در مرداد ماه ۱۳۶۲ در حال انجام وظیفه امدادگری خود در تپه‌های دربند (خاک عراق) به فیض شهادت نائل گردید. همچنین از شهدای عالی قدر: حسن دغاغله (شهادت در روز سوم خرداد - عملیات بیت المقدس) و مهندس التفات محمودی (شهادت در عملیات کربلای ۵)، به ترتیب به عنوان اولین شهید واحد دارو و اولین شهید واحد تجهیزات پزشکی قرارگاه کربلایا شده است (۷) روحشان شاد.

بحث

بهره‌گیری از روش تحقیق میدانی «مصاحبه» با افرادی که خود در رویدادی بسیار مهم و تأثیرگذار مانند دوران ۸ ساله دفاع مقدس در عرصه تخصصی ارائه خدمات (دارویی) فعال و در صحنه حضور داشته‌اند، به عنوان یکی از روش‌های تاریخ شفاهی با هدف ثبت تجارب و خاطرات ارزشمند آنان، اطلاعات ذی‌قیمتی در این زمینه فراهم می‌کند (۸). با وجود امتیاز مواجهه به چهره با افراد مورد نظر در مصاحبه حضوری، این روش مطالعه محدودیت‌هایی هم در بردارد که عبارتند از:

۱- نبود امکان دسترسی به تمام افراد دست‌اندرکار در این حیطه تخصصی، که برای جبران این نقیصه سعی شده افراد مسئول در جایگاه‌های متفاوت هرم تصمیم‌گیری برای مصاحبه انتخاب شوند.

۲- گذشت حدود ۳ دهه از زمان اتمام دفاع مقدس که می‌تواند محو بخشی خاطرات و تغییر در اصل موضوع و جزئیات مربوطه و یا حتی عدم یادآوری آن را در پی داشته باشد. همچنین تغییر احتمالی دیدگاه و بینش افراد با گذشت این زمان طولانی ممکن است در بیان زوایا و جزئیات یک ماجرا تأثیرگذار باشد.

۳- نتایج نهایی این پژوهش صرفاً بر مبنای نظرات افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها تدوین شده، بنابراین با قبول صحت تمام مطالب ارائه شده در مصاحبه‌ها هیچ روشی برای تأیید نظرات ارائه شده به کار برده نشده است.

۴- همچنین در این تحقیق از هیچ سند مکتوبی برای تأیید یا عدم تأیید نظرات ارائه شده استفاده به عمل نیامده است و تنها روش علمی به کار رفته برای ارزیابی صحت نظرات ارائه شده، نقل قول

to the combatants during the Holy Defense, through two specialized structures in the Armed forces: Army of the Islamic Republic of Iran and the Revolutionary Guards of the Islamic Revolution. These two large structures began to provide specialized services in the fields of supplying, storing and distributing all the medicinal items needed for combatants on the battlefields at the beginning of the imposed war. With prolongation of the war, in addition to upgrading the organizational and administrative structure, the activities of the Pharmaceutical unit also expanded dramatically in diversity, quality and quantity. The role of committed pharmacist professors in pharmacy colleges, with sincere, innovative and creative activities, deserves respect and appreciation.

Conclusion: All the valuable pharmaceutical experiences of Holly defense, in areas of innovation, scientific promotion, and the resulted scientific deposits, will pave the way for the country's health system in future.

Keywords: Drug unit, Military Pharmacy, Pharmacology, Pharmacy, Martial medicine

منابع:

Definition of oral history from the Online Dictionary for Library and Information Science, from <https://www.abc-clio.com/ODLIS/odlis-o.aspx#oralhistory>

Oral history. (n.d.) The Columbia Electronic Encyclopedia®. (2013). Retrieved March 12, 2018, from <https://encyclopedia2.thefreedictionary.com/oral+history>

۳. چراغعلی، عبدالمجید، وظایف و نقش داروسازان در سازمان‌های نظامی، مجله پزشکی کوثر، ۱۰(۳)، صص. ۲۲۴-۲۲۷، ۱۳۸۴.

۴ - <https://www.rpharms.com/resources/careers-information/career-options-in-pharmacy/military-pharmacists>

5 - Dennis B. Worthen, Pharmacy in World War II, Pharmaceutical Products Press, Binghamton, 2004.

۶. مرکز پژوهش‌های دفاع مقدس نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تقویم تاریخ دفاع مقدس، گردآورنده: فرهاد بهروزی، مرکز اسناد انقلاب اسلامی، ۱۳۸۴.

۷. سامانه آمار و اطلاعات واحد بهداری رزمی، تهران، ۱۳۹۸.

۸. شیشه گرها، محبوبه، «نقش خاطرات ایرانی در ترسیم تاریخ فرهنگی جنگ ایران و عراق/دفاع مقدس»، فصلنامه مطالعات انقلاب اسلامی و دفاع مقدس، سال دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۵، صص. ۱۲۳-۱۲۵.

۹. عزیزی، غلامرضا، تاریخ شفاهی دفاع مقدس، مجموعه مقاله‌های همایش ملی تاریخ شفاهی با محوریت دفاع مقدس، سازمان اسناد ملی ایران، چاپ اول، تهران، ۱۳۹۱.



شهید دکتر محمد مهدی فقیهی



ویال دارویی آمپول نیتريت مورد استفاده در کیف امدادی (مصدومین)
(نمونه اولیه این دارو برای اولین بار توسط اساتید دانشکده داروسازی تهران در سال ۱۳۶۳ جهت استفاده در دفاع مقدس و به منظور مقابله با عوارض گازهای شیمیایی مؤثر بر روی اعصاب ساخته شد).

یک تجربه از زبان افراد مختلف شرکت کننده در این تحقیق است که طبعاً مشابه بودن این نظرات به تأیید اصل ماجرا کمک شایانی می‌کند.

نتیجه‌گیری

منابع مکتوب و مقالات متعددی با استفاده از تاریخ شفاهی دوران دفاع مقدس منتشر شده است (۹)، ولی این پژوهش با هدف چگونگی ارائه خدمات دارویی در آن زمان برای اولین بار با روش مزبور صورت گرفته است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که ساختار دارو و تجهیزات پزشکی در بهداری رزمی نیروهای نظامی و به خصوص سپاه پاسداران انقلاب اسلامی بر مبنای روش تجربه و یادگیری بوده است. به همین دلیل با گذشت زمان و در سال‌های پایانی جنگ ارائه خدمات دارویی بهداری رزمی به نیروهای عملیاتی روندی رو به بهبود را طی کرده است. این روش در ابتدای تشکیل بهداری رزمی و به ویژه در اولین سال‌های استقرار نظام جمهوری اسلامی ایران و تشکیل سپاه پاسداران انقلاب اسلامی احتمالاً مناسب‌ترین روش بوده است، اما لازم است بهداری رزمی ضمن بهره‌گیری از دستاوردهای علمی روز، با استناد به تجارب سال‌های دفاع مقدس، خود را برای ارائه خدمات دارویی در چالش‌های احتمالی آینده آماده کند. با توجه به تغییرات و پیشرفت‌های موجود آمده در سیستم‌های بهداری رزمی در نیروهای نظامی در سطح دنیا لازم است با برنامه‌ریزی قبلی نیروهای کمی و کیفی داروساز مورد نیاز بهداری رزمی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی آموزش دیده و در اختیار باشند تا در صورت ایجاد هر گونه شرایط غیرعادی و یا جنگ‌های احتمالی آینده آمادگی ارائه مطلوب خدمات دارویی از همان روز اول آغاز بحران وجود داشته باشد (۳). قطعاً مراکز آموزشی دانشگاهی به ویژه در عرصه‌های نظامی و به خصوص دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) که قادر باشند داروسازان نظامی را تربیت کنند، می‌توانند این نیاز کشور را به صورت مطلوب برآورده سازند.

Abstract

Title: Providing pharmaceutical services in 8 years of Holly defense

Part I: The structure of the pharmaceutical unit in martial Medicine

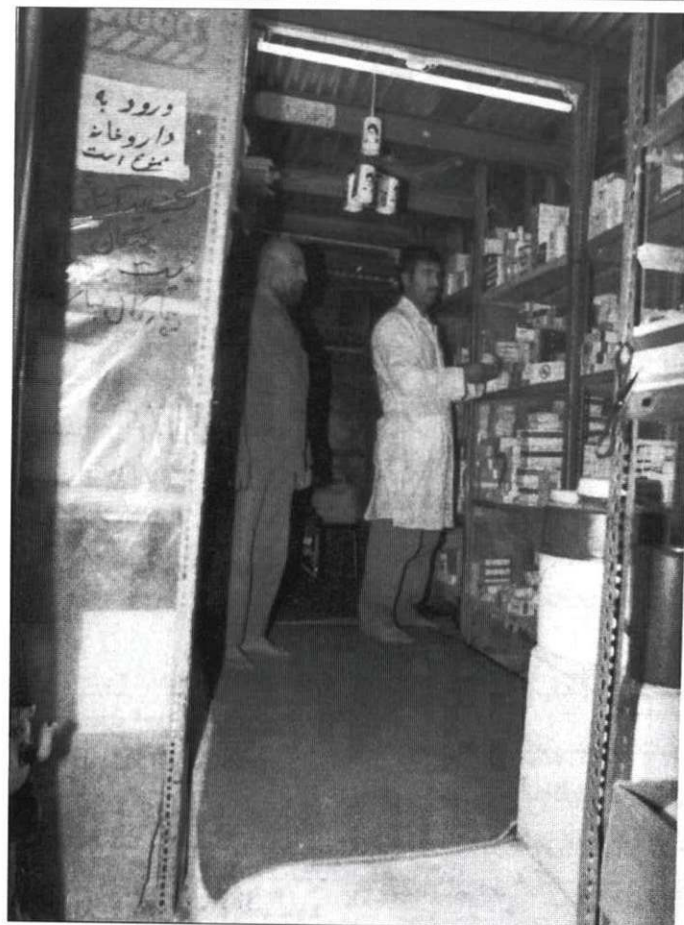
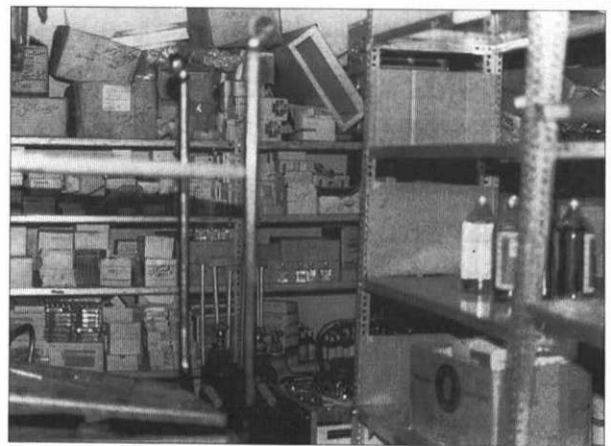
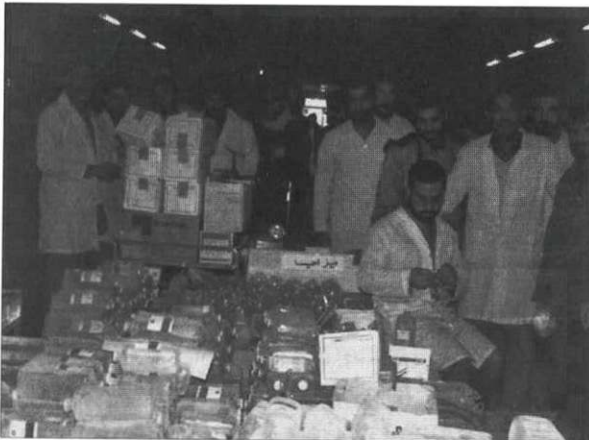
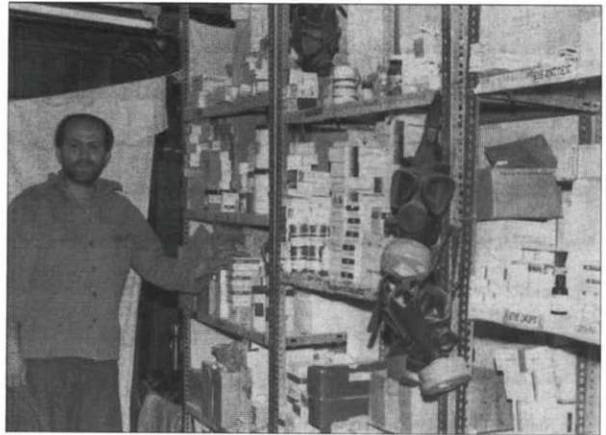
Authors: Cheraghali A., Bagheri M., Shohrati M

Background and aim: like other health groups, the attendance of pharmacists, pharmacy professors and students, and executives in relevant organizations and institutions, in Holly defense, has been Brilliant and valuable. They did not hesitate to share their life, property and knowledge, with the rest of the society.

Method: Oral history interview and library study were used to adjust the content of this study

Results: Drug and pharmaceutical service was provided

تصاویری از داروخانه‌های اورژانس‌ها و بیمارستان‌های صحرایی در مناطق عملیاتی



ایمونیزاسیون در جنگ و مرور تجارب دفاع مقدس

علی مهرابی توانا^۱

چکیده

زمینه و هدف

شرایط جنگی بر پوشش واکسیناسیون در جامعه، خاصه مناطق جنگی تأثیرگذار است. واکسیناسیون ضروری رزمندگان نیز از موضوعات مهم بهداشتی در این شرایط به شمار می رود. غفلت از اقدامات پیشگیرانه بهداشتی، از جمله ایمونیزاسیون عمومی جامعه، پناهجویان جنگی و نظامیان، شرایط را برای طغیان «بیماری های قابل پیشگیری با واکسیناسیون»^۲ فراهم می سازد.

روش

این مطالعه با بررسی کلید واژه های منتخب در اسناد علمی و منابع تاریخ شفاهی دفاع مقدس و همچنین مرور مستندات معتبر علمی اخیر به روش کتابخانه ای انجام شده است.

یافته ها

در جنگ تحمیلی، با رعایت موازین بهداشتی و اقدامات پیشگیری از سلامت عموم مردم، خاصه اقشار آسیب پذیر صیانت شد. اقدامات عمومی نظام سلامت در اجرای برنامه های فراگیر واکسیناسیون عمومی مردم و برنامه های اختصاصی ایمونیزاسیون رزمندگان و نیز پناهجویان جنگی، موجب پیشگیری از طغیان بیماری های قابل پیشگیری با واکسیناسیون در دوره جنگ و بعد از آن شد. در طول جنگ عموم رزمندگان علیه کزاز، دیفتی، سالک و مننژیت ایمن شده بودند. هفته ای یک قرص پیشگیری از مالاریا به رزمندگان داده می شد. در تاریخ جنگ تحمیلی، هیچ موردی از ابتلای رزمندگان به بیماری های تیفوس، طاعون، آنفلوآنزا، کزاز و یا دیگر بیماری های همه گیر گزارش نشد.

نتیجه گیری

تجارب دفاع مقدس در زمینه واکسیناسیون عمومی با بهره گیری از مشارکت مردم، جهاد سازندگی و اقدامات فراگیر نظام سلامت و ایمونیزاسیون ویژه رزمندگان و پناهجویان جنگی، موفق ترین شیوه

موجود در تاریخ جنگ های معاصر است. این تجربه در سطح بین المللی برای شرایط جنگی و بلایای طبیعی و انسان ساخت کاربرد خواهد داشت و شایسته مدون سازی و ترویج است. در سطح جهانی وضع معاهدات بین المللی جهت الزام همه کشورها به انجام برنامه های استاندارد واکسیناسیون برای عموم مردم، تمامی نظامیان، اقشار و جمعیت های آسیب پذیر و پناهجویان جنگی ضروری است. در این زمینه استفاده از تجارب موجود در ایمن سازی رزمندگان در برابر بیماری های مهمی نظیر کزاز، مننژیت و سالک، برای مسیر آینده تاریخ میهن اسلامی بسیار راهگشا خواهد بود.

کلمات کلیدی

ایمونیزاسیون، جنگ، پناهجویان، رزمندگان

مقدمه و بیان مسئله

در شرایطی که پوشش واکسیناسیون در جمهوری اسلامی ایران به مرز صد درصد رسیده است، در بسیاری از کشورهای جنگ زده و جهان سوم، همچنان چالش های بزرگی در امر واکسیناسیون عمومی، خاصه گروه های سنی نوزادان تا ۱۶ ساله، پابرجاست. طبق گزارش یونیسف حدود ۷/۷ میلیون کودک واکسینه نشده در کشورها و مناطق جنگ زده یا تحت تأثیر مناقشات نظامی، زندگی می کنند. کودکان مناطق جنگ زده مستعدترین جمعیت در معرض خطر برای مبتلا شدن به بیماری های واگیرداری نظیر سرخک و فلج اطفال هستند که موجب مرگ یا ناتوانی و معلولیت عمیق می شوند (۱). در دنیا بیماری هایی نظیر سرخک، اسهال، عفونت های تنفسی و سوء تغذیه عوامل اصلی بیماری و مرگ و میر در کودکان می باشند. در فوریته ها، بلایا و جنگ اثرات مخرب این بیماری ها تشدید می شود. در شرایط عادی کمتر از ۱٪ کودکان مبتلا به سرخک جان خود را از دست می دهند. ولی در شرایط اضطراری مانند بلایای طبیعی، زندگی در کمپ های آوارگان جنگی، فراگیری سوء تغذیه، آمار مرگ و میر در کودکان مبتلا به سرخک تا ۳۰٪ افزایش می یابد. جنگ شرایط بسیار مستعدی برای طغیان بیماری های واگیردار فراهم می کند (۲). شرایط امنیتی شکننده و شرایط زندگی اسفبار در اردوگاه های پناهجویان جنگی، توأم با فروپاشی ساختارهای بهداشتی در مناطق جنگ زده، سطح خدمات بهداشتی و از جمله ایمونیزاسیون را به حداقل میزان کاهش می دهد و آن دسته از افرادی که مورد واکسیناسیون قرار می گیرند نیز این خدمات را با تأخیر و به صورت نامنظم دریافت می کنند (۳).

روش

مطالعه حاضر با بررسی کلید واژه های منتخب در اسناد علمی منتشر شده و منابع تاریخ شفاهی دفاع مقدس و همچنین مرور مستندات معتبر علمی اخیر (به روش کتابخانه ای) و با بهره گیری از پایگاه های اطلاعاتی داخل و خارج از کشور از جمله ایران

۱. استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

2. Vaccine-preventable disease (VPD)

یافته‌ها

با وجود درگیری کشور عزیزمان ایران در یک جنگ تحمیل شده طولانی و دشوار و جابه‌جایی چندین میلیون نفر از مناطق جنگ‌زده و تحریم‌های ناجوانمردانه همه‌جانبه، از جمله در اقلام دارویی و بهداشتی، نظام سلامت کشور با حضور تمام عیار در صحنه‌ها و اجرای برنامه‌های فراگیر ملی، از همه تهدیدات و مخاطرات شرایط جنگی پیشگیری نمود و برای اولین بار در تاریخ کشور در همان شرایط جنگی برنامه‌های سراسری واکسیناسیون عمومی را به مرحله اجرا گذاشت. بدیهی است این حضور حماسی در دفاع از میهن اسلامی خیل عظیمی از نیروهای مردمی را به دنبال نیروی منظم ارتش و سپاه به میادین جنگ روانه ساخت که مشارکت آنان نیاز به ایمن‌سازی علیه برخی از بیماری‌های عفونی و واگیر داشت. براساس تجارب موجود عدم ایمونیزاسیون علیه این قبیل بیماری‌ها در وقایع و جنگ‌های گذشته تاریخ سبب ایجاد خسارات جبران‌ناپذیری در بین نیروهای متخاصم گردیده است.

قبل از اینکه به موضوع انواع ایمونیزاسیون علیه بیماری پرداخته شود، تعریفی از ایمونیزاسیون ارائه می‌گردد: ایمونیزاسیون همانا استفاده از واکسن (عامل ضعیف‌شده یا سم ضعیف‌شده و یا کشته‌شده عامل بیماری است) که برای ایجاد ایمنی در بدن افراد تزریق می‌شود و باعث تحریک سیستم ایمنی می‌گردد. در این مطالعه تلاش شده تا بخشی از تجارب دفاع مقدس در انجام فرایند ایمونیزاسیون مرور گردد.

ایمونیزاسیون کزاز

کزاز بیماری عفونی خطرناکی است که عامل آن، باکتری کلسترییدیوم تتانی^۱ می‌تواند به‌صورت گوناگون به انسان منتقل گردد. عامل بیماری می‌تواند در حین زایمان از مادر غیر ایمن به نوزاد از طریق جفت منتقل شود و یا از آنجا که معمولاً در خاک وجود دارد، ممکن است در اثر جراحت‌ها و آسیب‌های وارده به بدن وارد گردد و با تولید توکسین موسوم به تتانوسپاسمین سبب اسپاسم و انقباض شدید عضلات فک، دستگاه تنفس و حتی در مواردی تمام عضلات بدن و نهایتاً مرگ شود.

بیماری معمولاً در طی جنگ‌های گذشته تاریخ به‌ویژه جنگ جهانی اول که هنوز واکسن علیه کزاز معرفی نشده بود، در بین نیروهای متخاصم گزارش شده است. (۵-۴). لیکن با معرفی واکسن علیه کزاز در سال ۱۹۲۴ بروز این بیماری در جنگ‌ها کمتر گزارش شده است به‌طوری که در جنگ جهانی دوم تنها ۱۲ مورد بیماری در بین نیروهای آمریکایی گزارش شده است و در جنگ ویتنام و کره،

گزارش رسمی دال بر شیوع بیماری کزاز ثبت نگردیده است.

در طی جنگ تحمیلی واکسیناسیون علیه کزاز از یک ضرورت بود. در ابتدای جنگ که امکان واکسیناسیون منظم علیه کزاز از لحاظ پراکنده بودن اعزام‌ها و سرعت عمل در اعزام نیروها به سوی مناطق عملیاتی وجود نداشت، از سرم آماده علیه توکسین کزاز موسوم به تتابولین در اورژانس‌ها و بیمارستان‌های صحرایی برای رزمندگان مجروح استفاده می‌گردید. لیکن با ادامه جنگ ضرورت انجام واکسیناسیون منظم علیه کزاز برای رزمندگان احساس می‌گردید.

واکسن کزاز توسط مؤسسه واکسن و سرم‌سازی رازی حصارک کرج تهیه و در زنجیره سرم وزارت بهداشت توزیع می‌گردید و رزمندگان نیز توسط نیروهای انجام‌دهنده واکسیناسیون وزارت بهداشت و سایر نیروهای بهداشتی شاغل در نیروهای مسلح واکسینه می‌شدند. و براساس روال مرسوم واکسن مربوطه در دلتونید بازو به‌صورت عضلانی تزریق می‌شد.

حداقل تلاش می‌شد که رزمندگان دو نوبت به فاصله یک ماه علیه کزاز واکسینه شوند و کارت واکسیناسیون آنان ممه‌ور به مهر واکسیناسیون علیه کزاز گردد و سپس عازم جبهه‌های جنگ شوند. این امر ادامه داشت تا اینکه مورخ ۶۲/۳/۲۲ واکسیناسیون علیه کزاز در سپاه برای کلیه رزمندگان اجباری اعلام گردید و رزمندگان ملزم به دریافت حداقل دو نوبت واکسن علیه کزاز قبل از عزیمت به جبهه‌های جنگ شدند. تا زمان پایان جنگ به همین روش ایمن‌سازی رزمندگان علیه کزاز صورت گرفت.

مطالعات انجام شده درخصوص ایمنی بخشی واکسن کزاز در رزمندگان، به کار تحقیقی و پایان‌نامه آقای ربانی، دانشجوی کارشناسی ارشد ایمنی شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران بر می‌گردد که نشان داد میزان آنتی کور تولید شده علیه آنتی ژن (توکسین کزاز) در حدود ۹۲٪ رزمندگان مورد مطالعه، بیش از حد استاندارد بین المللی است و در ۸٪ بقیه آنان میزان آنتی کور کمتر از حد استاندارد بین المللی بود (۶).

در طی ۸ سال دفاع مقدس به‌رغم وجود حداقل یک میلیون رزمنده مجروح گزارشی دال بر شیوع بیماری کزاز در بین رزمندگان و مجروحان به مقامات بهداشتی کشوری و لشکری واصل نگردید و نویسنده در طی مقاله‌ای با عنوان هشت سال جنگ بدون کزاز بر این امر تأکید نمود (۷).

واکسیناسیون علیه مننژیت مننگوکوکسی

عامل بیماری مننژیت مننگوکوکسی، باکتری دیپلوکوک گرم منفی، نایسریا مننژیتیدیس^۲ با نام متداول مننگوکوک است که می‌تواند باعث ایجاد مننژیت در گروه‌های در معرض خطر به‌ویژه سربازان گردد.

2. Neisseriameningitidis

1. Clostridium tetani

گفته می‌شود که افراد به یکی از سه دلیل: الف: داشتن استرس ب: سوء تغذیه ج: زندگی دسته جمعی در مراکز پر ازدحام، بیشترین آمادگی به این بیماری را دارند.

این بیماری عفونی با کمک پیشگیری دارویی، یعنی با استفاده از داروی سولفامید و ریفامپین قابل پیشگیری است، ولی به لحاظ اینکه احتمال مقاومت دارویی باکتری نایسریا مننژیتیدیس همواره وجود داشته است از یک سو، و وجود سروتیپ‌های متعدد، همیشه به عنوان یک خطر عمده برای بروز اپیدمی در بین نیروهای رزمنده مطرح بوده است.

در طی دوران دفاع مقدس رزمندگانی که در پادگان‌های ویژه دوره‌های آموزشی خود را سپری می‌نمودند، بعضاً با بیماری مننژیت باکتریال از جمله مننژیت منگوکوکوسی مواجه می‌شدند. این بیماری دارای نشانه‌هایی چون تب، سردرد، تهوع، استفراغ و سفت شدن گردن و وجود بشورات جلدی (مانند جوش و کهیر) روی پوست می‌باشد که می‌تواند در زمان کوتاهی (۲۴ ساعت) فرد را بیمار نموده و به کام مرگ بکشد. لذا برای پیشگیری از این بیماری مهلک، اقدامات متعددی در دوران دفاع مقدس به شرح ذیل صورت گرفت.

قبل از سال ۶۱ تصور بر این بود که تنها با شیمو پروفیلاکسی به ویژه با استفاده از ریفامپین می‌توان زنجیره انتقال را در بین افراد آلوده و اطرافیان قطع نمود. علاوه بر این تأکید شده بود نظر به اینکه ریفامپین برای درمان سل نیز به کار می‌رود و بیم آن می‌رفت که عامل نایسریا مننژیتیدیس نیز مانند عامل سل (مایکو باکتریوم توبرکلوزیس) علیه آن مقاومت ایجاد نماید، لذا این دارو سریع از دستور استفاده گسترده خارج شد و به استفاده از واکسن علیه مننژیت منگوکوکوسی تأکید گردید.

واکسن مننژیت: مننژیت منگوکوکوسی حداقل دارای ۱۳ سروگروپ شامل سروگروپ‌های $A+B+C+E29+Y+Z+X+Z1+Z2$ می‌باشد و به فراخور اینکه کدام یک از این سروگروپ‌ها در کدام یک از قاره‌های جهان شیوع دارد، از واکسن‌های دوگانه (A+C) و یا واکسن چهارگانه (A+C+Y+W135) برای محافظت افراد در مقابل این بیماری مهلک استفاده می‌گردد.

در ابتدا هیچ گونه اطلاعی از این که چه نوع سروتیپی از نایسریا مننژیتیدیس در بین رزمندگان شیوع دارد، وجود نداشت و لذا واکسن دوگانه فوق از خارج وارد گردید. تقریباً از اوایل سال ۱۳۶۲ رزمندگان شرکت کننده در دوره‌های آموزشی در درون پادگان‌ها علیه مننژیت با واکسن دوگانه (A+C) واکسینه گردیدند و همانند واکسیناسیون علیه کزاز در کارت واکسیناسیون آنان انجام این نوع واکسیناسیون نیز درج گردید.

واکسن مذکور به صورت زیر جلدی تزریق می‌گردید که اعتقاد بر آن بود به میزان ۹۵ درصد برای مدت ۳ تا ۵ سال دارای خاصیت

محافظت کنندگی علیه بیماری مننژیت منگوکوکوسی می‌باشد. تقریباً با این اقدام واکسیناسیون علیه مننژیت منگوکوکوسی از وقوع اپیدمی‌های مننژیت در بین رزمندگان جلوگیری به عمل آمد. موارد تک گیرا گه‌گاه و به ندرت دیده می‌شد، لیکن واکسیناسیون کاملاً موثر بوده است.

ناگفته نماند پس از دوران دفاع مقدس مطالعات عطایی و مهرابی توانا پیرامون این بیماری نشان داد تا حدود ۷۲ درصد سروگروپ‌های A+C با همان واکسن دوگانه مورد محافظت قرار گرفته‌اند. ضمن اینکه بعضاً برخی افراد با نقص سیستم ایمنی نیز ممکن است اساساً واکنشی نسبت به واکسن و آنتی ژن موجود در آن ارائه نمایند. استفاده از ریفامپین نیز به عنوان پروفیلاکسی در بین افراد مواجه شده با بیمار مورد تأکید بوده است و هنوز هم این روند ادامه دارد.

محققان در طی مطالعات خود به لحاظ اینکه سروتیپ‌های W135 و Y را خیلی غالب نیافتند، تأکیدی بر چرخش از واکسن دوگانه به چهارگانه پیشنهاد نمودند، ضمن اینکه واکسن چهارگانه از نظر هزینه بسیار گران‌تر از واکسن دوگانه در دسترس افراد می‌تواند قرار گیرد. در دوران پس از جنگ محققان برای افزایش کارایی ایمونیزاسیون پیشنهاد نمودند که واکسیناسیون علیه مننژیت و همچنین کزاز خارج از پادگان و یک ماه تا ۴۵ روز قبل از ورود به پادگان آموزشی انجام شود که این امر را سبب افزایش سیستم ایمنی هم‌مورال و محافظت هر چه بهتر سربازان در مواجهه با نایسریا مننژیتیدیس یافتند. در اثر تغییر این روند واکسیناسیون تقریباً موارد شیوع ۲ مننژیت منگوکوکوسی و مرگ و میر ناشی از آن خوشبختانه به حدود صفر تنزل یافته است (۸).

لیشمانیازاسیون

فرایند لیشمانیازاسیون اقدام دیگر ایمونیزاسیون بود که علیه لیشمانیوز جلدی (سالک) صورت می‌گرفت. اساساً کشورهای خاور میانه به ویژه ایران، عراق، سوریه، یمن و عربستان کانون اندمیک بیماری لیشمانیوز جلدی تلقی می‌شوند. حضور در کانون این بیماری که در ایران استان‌های خوزستان، ایلام و... را نیز شامل می‌شود، می‌تواند سبب ابتلاء به بیماری پوستی سالک را فراهم سازد. از آنجاکه مخزن بیماری لیشمانیوز جلدی جوندگان و سگ‌سانان و عامل انگل آن، *Leishmania major* در فرم مرطوب (روستایی) و *Leishmania tropica* در فرم خشک (شهری) و ناقل نیز پشه خاکی ۳ می‌باشد و پشه خاکی ماده می‌تواند انگل را از انسان بیمار و یا جوندگان و یا سگ‌سانان به انسان غیر بیمار منتقل نماید، لذا واپایش (کنترل) بیماری اقدامات گسترده‌ای را اقتضاء می‌نمود که اهم آن‌ها سم‌پاشی علیه پشه خاکی، از بین بردن جوندگان و سگ‌سانان و یا درمان افراد مبتلا با داروی گلوکانتیم (املاح ۳ و ۵ ظرفیتی سولفات آلومینیوم) هستند.

Abstract

Title: Immunization in war and reviewing of experiences in holy defense

Author: Ali Mehrabi Tavana, Ph.D

Background and aim: War conditions affect vaccination coverage in the community, especially war zones. Necessary vaccination of the warriors and other military personals, is considered also an important health issue in these conditions. Neglecting the preventive health measures, including "public immunization", war refugees health care" and the military health needs", create conditions for outbreak of "vaccine-preventable disease".

Method: Selected keywords in scholarly documents, oral history sources of Holy defense, as well as reviewing the recent valid scientific documentation were reviewed

Results: In the imposed war, Health of the community, especially vulnerable groups, were protected by the observance of public health and preventive measures. Public health measures to implement comprehensive public vaccination programs and specific warfare immunization programs, as well as Support and care for war refugees, prevented outbreaks of vaccine-preventable diseases during and after the war. During the war, all warriors were immunized against tetanus, diphtheria, leishmaniasis and meningitis. All warriors were given a malaria prevention pill weekly. In the history of the imposed war, no cases or epidemics of typhus, plague, influenza, tetanus or any other communicable diseases, were reported.

Conclusion: Holy defense experiences in the field of public vaccination, utilizing public participation, constructive jihad, and comprehensive health and immunization measures of war veterans and refugees, are the most successful model in contemporary war history. This experience has potential to apply internationally for war situations as well as natural disasters, and man-made accidents and deserves modulation and promotion.

Keywords: Conflict, Displaced Populations, Immunization, Refugees, vaccine-preventable disease, war

منابع:

- 1-UNICEF: Immunization and conflict. <https://www.unicef.org/immunization/immunization-and-conflict>
- 2 - World Health Organization (WHO). Health Situation in Yemen and WHO response. WHO website. <http://www.who.int/hac/crises/yem/yemen-infographic2.pdf?ua=1>. Accessed September 8, 2018.
- 3-John Grundy, and Beverley-Ann Biggs: The Impact of Conflict on Immunization Coverage in 16 Countries. *Int J Health Policy Manag* 2019, 8(4), 211-221.
- 4 - Shanks GD. how world war I changed global attitudes to war and infectious. *Lancet* 2014.Nov 8,384 (9955):1699-707.
- 5 - Wever PC and Van Bergen. Prevention of tetanus during the first world war. *Med. Hum. Ant.* 2012. Dec: 38(2):78-82.
- ۶- ربانی. - پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، ارزیابی ایمنی زایی واکسن کزاز در بین رزمندگان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۷- مهربانی توانا. علی: «هشت سال جنگ بدون کزاز»، کنگره طب نظامی، ۱۳۸۳.
- 8 - Mehrabi Tavana A. and Ataee RA. Meningococcal Meningitis control in Iran: five year commprative study 2000-2004. *Journal of medical sciences*. 2009.9(1) pp s1-40.
- 9 - Nadim A. Javadian E. ,Tahvidar-Bidruni G. ,Ghorbani M. Effectiveness of lishmanization in the control of cutaneous leishmaniasis. *Bull Soc Pathol Exot Filates* 1983 Aug-Oct, 76(4):337-83.

بر اساس تجربیات حاصل، چون اقدامات فوق در واپایش (کنترل) بیماری لیشمانیوز جلدی آن چنان مؤثر نبوده و نیست، وزارت بهداشت با مشورت دانشگاه علوم پزشکی تهران برای جلوگیری از ابتلاء رزمندگان به بیماری لیشمانیوز جلدی توصیه نمود که نیروهای کادر سپاه و ارتش قبل از عزیمت به مناطق عملیاتی لیشمانیزه شوند. ارتش تقریباً از سال ۱۳۶۰ و سپاه از سال ۱۳۶۲ به این امر مبادرت نمودند و نتیجه آن بود که تقریباً ۲۰۰۰/۰۰۰ نفر رزمنده علیه بیماری لیشمانیوز جلدی لیشمانیزه شوند. اثر بخشی این روش طی مطالعه محبعلی و همکاران حدود ۸۶ درصد اعلام گردید (۹). این امر تا پایان جنگ ادامه یافت تا آن که در پایان جنگ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضرورت ادامه آن را صلاح ندانست و بدین ترتیب لیشمانیزاسیون نیز برای رزمندگان دیگری که قبلاً انجام می شد و در کارت واکسیناسیون آنان درج می گردید، متوقف شد.

شایان ذکر است که لیشمانیزاسیون عبارت بود از استفاده از انگل زنده لیشمانیا که بر روی محیط NNN در دانشکده بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی تهران کشت داده می شد و به صورت زیر جلدی بر روی بازوی فرد تلقیح می گردید و این امر سبب ایجاد ایمنی در بین افراد واکسینه شده از نوع ایمنی سلولی می شد و فرد را در مقابل گزش احتمالی پشه خاکی آلوده به انگل لیشمانیا محافظت می نمود. ناگفته نماند که نوع انگل مورد استفاده در لیشمانیزاسیون *L. major* (لیشمانیوز روستایی) بوده است که دارای تأثیر ایمنی متقاطع علیه لیشمانیوز شهری نیز می باشد.

یکی از اشکالات لیشمانیزاسیون، ایجاد زخم های Non healing بر روی تعدادی از افراد لیشمانیزه شده بوده است که مشخص نگردید که آیا نقص سیستم ایمنی آنان سبب این امر شده و یا موارد دیگر، که این امر در آینده در صورت استفاده مجدد احتمالی، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر دارد.

نتیجه گیری

تجارب دفاع مقدس در زمینه واکسیناسیون عمومی با بهره گیری از مشارکت مردم، جهاد سازندگی و اقدامات فراگیر نظام سلامت و ایمونیزاسیون ویژه رزمندگان و پناهجویان جنگی، موفق ترین مدل موجود در تاریخ جنگ های معاصر است. این تجربه در سطح بین المللی برای شرایط جنگی و بلایای طبیعی و انسان ساخت کاربرد خواهد داشت و شایسته مدون سازی و ترویج است. در سطح جهانی وضع معاهدات بین المللی جهت الزام همه کشورها به انجام برنامه های استاندارد واکسیناسیون برای عموم مردم، نظامیان، اقشار و جمعیت های آسیب پذیر و پناهجویان جنگی ضروری است. در این زمینه استفاده از تجارب موجود در ایمن سازی رزمندگان در برابر بیماری های مهمی نظیر کزاز، منتزیت و سالک، برای مسیر آینده تاریخ میهن اسلامی بسیار راهگشا خواهد بود.

I. Novy, Mac-Neal & Nicolle

آنان رعایت نشده است.

کلمات کلیدی:

اخلاق، اسیر جنگی، جنگ تحمیلی، کنوانسیون ژنو

مقدمه

در دهه‌های اخیر توجه ویژه کارشناسان اخلاق حرفه‌ای، به مقوله اخلاق در جنگ^۱ معطوف شده است. ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سیستم نظامی، اعم از زمان صلح و جنگ (اخلاق طب نظامی^۲)، نیز از موضوعات مورد توجه محافل اخلاق پزشکی بوده است. اولین مبحثی که در مقوله اخلاق در جنگ باید به آن اشاره شود، این است که یک جنگ چرا و چه زمان شروع می‌شود؟ ریشه‌های آن چیست؟ رفتار انسانی و اخلاقی قابل قبول در شرایط جنگی برای نظامیان چگونه باید باشد؟

در این مقاله، مجالی برای پرداختن به این موضوعات نیست، با این وجود نکات مهم و ضروری اخلاقی در شرایط جنگ که از جمله آن‌ها نحوه تعامل انسانی و چگونگی نگاه‌داری از اسیران جنگی است، مورد نظر می‌باشد. مطالعه حاضر پیش‌درآمدی بر مطالعات ضروری در این حوزه است.

موضوعات کلان اخلاقی در مورد اسیران جنگی

طیف وسیعی از عناوین را می‌توان برای موضوعات کلان اخلاقی در مورد اسیران جنگی مطرح نمود. شاید بیشترین موضوعی که تا به حال مطرح شده است مقوله «انجام پژوهش بر روی زندانیان جنگی» است. این موضوع کلان، ریشه در اقدامات پزشکان آلمانی و ژاپنی در جنگ جهانی دوم دارد. «چگونگی رفتار با اسیران جنگی» در تمامی فرهنگ‌ها و مذاهب مورد توجه قرار دارد و دستورات و قوانینی نیز برای آن تدوین گردیده است. با توسعه علوم و در نتیجه ساخته شدن و به‌کارگیری انواع مختلف سلاح‌های جنگی، درگیری‌ها و منازعات نظامی اخیر، اشکال مختلف و جدیدی به خود گرفته‌اند. سلاح‌های مخوفی که استفاده از آن‌ها طی جنگ‌های گسترده معاصر، میلیون‌ها انسان را در اندک زمانی به کام مرگ برده، مجروح و معلول ساخته و یا به اسارت در آورده است. «حفاظت و مراقبت از قربانیان جنگی» مقوله کلان دیگری است که از اواخر قرن ۱۹ میلادی بیش از قبل مورد توجه قرار گرفته است. در قرن بیستم میلادی با وقوع جنگ‌های ویرانگر، این موضوعات بیش از قبل مورد بحث در مجامع بین‌المللی قرار گرفته و به تصویب «کنوانسیون‌ها و دستورالعمل‌های بین‌المللی ناظر بر رفتار اخلاقی در جنگ‌ها» منتهی گردیده است. یکی از این کنوانسیون‌ها، «کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو در سال ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی در سال میلادی ۱۹۷۷» می‌باشد که مبنای تعامل با قربانیان جنگ قرار گرفته است.

بررسی تعامل ارتش عراق با اسرای ایرانی از منظر اخلاقی

علی خاجی^۱

چکیده

زمینه و هدف

«کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷» در تعاملات بین‌المللی، مبنای ارزیابی رفتار دولت‌ها با اسیران جنگی می‌باشد. کنوانسیون سوم این مجموعه اختصاص به اسیران جنگی دارد. در این مقاله چگونگی و زمان اعلام به اسارت در آمدن سربازان ایرانی، شکنجه اسیران جنگی، مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و چگونگی انتخاب نگهبانان و مراقبین عراقی اردوگاه‌های اسیران ایرانی، در طول جنگ تحمیلی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

چهار موضوع «اسارت غیرنظامیان»، «وضعیت بهداشت و درمان اسیران»، «شکنجه اسیران»، «چگونگی انتخاب سربازان اردوگاه‌ها» در مورد رفتار با اسیران ایرانی در جنگ تحمیلی انتخاب و در مقایسه با کنوانسیون سوم ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی به آن، مبنای مطالعه حاضر قرار گرفت. در تحلیل و نتیجه‌گیری با مطالعه کتابخانه‌ای، به موازین اسلامی در مورد رفتار با اسیران جنگی نیز اشاره شده است.

یافته‌ها

در هر چهار موضوع مورد بررسی در این مطالعه، نقض حقوق انسانی و موازین بین‌المللی به صورت آشکار و مکرر اتفاق افتاده است. رفتار زندان‌بانان و نظامیان عراقی با اسیران ایرانی، هیچگونه نسبتی با حقوق انسانی و موازین اسلامی نداشته است.

نتیجه‌گیری

رفتار رژیم بعثی عراق با اسیران جنگی ایرانی، غیر انسانی و بر خلاف موازین انسانی و اسلامی و کنوانسیون‌ها و قراردادهای بین‌المللی بوده است. بزرگ داشتن، اهانت نکردن، آزار نرساندن و خوش رفتاری با اسیران جنگی همه از سفارشات اخلاق اسلامی است که در این دوره از اسارت رزمندگان ایرانی به هیچ وجه در شأن

2. War Ethics

3. Military Medical Ethics

۱. نویسنده مسئول و عضو مرکز تحقیقات تروما، بیمارستان بقیه الله الاعظم - دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم و عضو مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

مبنای بین‌المللی قضاوت در مورد عملکرد دولت‌های متخاصم در جنگ‌ها

کمیته بین‌المللی صلیب سرخ یکی از وظایف خود را پیگیری و مراقبت از زندانیان جنگی قرار داده است. کنوانسیون سوم ژنو (از کنوانسیون‌های چهارگانه یادشده) اختصاص به چگونگی تعامل دولت‌ها با اسیران جنگی داشته، مبنای قضاوت در مورد عملکرد دولت‌ها معرفی شده است (۱). کمیته بین‌المللی صلیب سرخ هنگام ارزیابی عملکرد دولت‌ها نیز این کنوانسیون را مبنای قضاوت خود قرار داده، اقدامات صورت گرفته در خصوص اسیران جنگی را بر اساس آن ارزیابی می‌نماید.

در این خلاصه چهار موضوع با هدف بررسی نحوه رفتار با اسیران ایرانی جنگ تحمیلی در کشور عراق از منظر اخلاقی مورد بحث قرار می‌گیرد و مقایسه آن با کنوانسیون سوم صورت خواهد گرفت.

یافته‌ها

۱- اسارت غیر نظامیان

در طول جنگ تحمیلی حدود ۴۰۰۰۰ نفر از نیروهای نظامی و غیر نظامی ایران به دست دشمن گرفتار و به اردوگاه‌های اسیران جنگی فرستاده شدند که براساس اطلاعات موجود، بیش از دوهزار نفر از این اسیران را افراد غیر نظامی تشکیل می‌دادند. بسیاری از این افراد، مردمی بودند که در روزهای ابتدایی جنگ در مناطق مرزی حضور داشتند و به دنبال اشغال این مناطق توسط ارتش عراق، به دست سربازان عراقی به اسارت درآمدند. برخی از این افراد به صورت خانوادگی (پدر، مادر و فرزند) گرفتار شده و راهی اردوگاه اسیران شدند که در میان آنان، کودکان، زنان و افراد سالخورده نیز به چشم می‌خورد. تعداد ۲۴ نفر از اسیران ایرانی را زنان تشکیل می‌دادند که در ۳ سال اول جنگ به تدریج و در چند نوبت مبادله شده و به ایران بازگشتند. آخرین نفرات از این گروه بانوان، در بهمن ماه سال ۱۳۶۲ با اسیران عراقی مبادله شده و به کشور وارد شدند.

علاوه بر این، تعدادی از افراد کم‌سن و سال، عموماً همراه با دیگر اعضای خانواده در اردوگاه‌های اسیران حضور داشتند. یکی از این افراد مرحوم «قنبر علی بهارستانی» است. وی خاطرات اسارت خود را در غالب کتابی با عنوان «بزرگ مرد کوچک» به چاپ رسانده است.

نگهداری کودکان، زنان و افراد سالخورده و غیر نظامی به عنوان اسیر جنگی، برخلاف کنوانسیون‌های بین‌المللی می‌باشد. براساس کنوانسیون سوم ژنو، کشوری که این افراد را بازداشت می‌کند، وظیفه دارد که در اسرع وقت، ضمن اطلاع‌رسانی در خصوص اسارت آنان، این افراد را به کشورشان بازگرداند.

در ماده ۸ از کنوانسیون ناظر بر رفتار با اسرای جنگی (ژنو، ۲۷ جولای ۱۹۲۹) چنین بیان شده است (۲)

«طرف‌های متخاصمه موظفند طرف مقابل را از همه اسیران دستگیر شده، در کوتاه‌ترین زمان ممکن از طریق دفتر اطلاعات میانجی‌گری که بر طبق ماده ۷۷ ایجاد شده است، آگاه کنند. همچنین موظفند یکدیگر را از نشانی رسمی که نامه‌های خانواده‌های اسیران باید به آن فرستاده شود، مطلع نمایند.»

ماده ۱۶ از پیش‌نویس کنوانسیون بین‌المللی در مورد شرایط و حمایت از غیر نظامیان تبعه دشمن که در سرزمین متعلق به طرف متخاصم یا اشغال شده توسط آن حاضرند (توکيو ۱۹۳۴)، در خصوص مکان نگهداری زندانیان غیر نظامی چنین می‌گوید (۳):

«اردوگاه‌های بازداشت غیر نظامیان دشمن باید از اردوگاه‌های بازداشت اسرای جنگی مجزا باشد. این اردوگاه‌ها را نمی‌توان در مناطق آلوده یا جایی که آب و هوا برای سلامتی افراد بازداشتی خطرناک است، فرستاد.»

بسیاری از این افراد غیر نظامی به اسارت در آمده توسط نیروهای بعثی، تا دو سال بعد از پایان جنگ در اردوگاه‌های اسیران جنگی حضور داشتند.

۲- وضعیت بهداشت و درمان

اسیران ایرانی در اردوگاه‌های عراق، از کم‌ترین امکانات بهداشتی و درمانی برخوردار بودند. محدودیت دسترسی به سرویس‌های بهداشتی یکی از شایع‌ترین آن می‌باشد. در بهترین شرایط، اسیران چهار ساعت در صبح و سه ساعت در بعدازظهر آزاد می‌شدند و می‌توانستند از اطاق یا آسایشگاه‌هایی که در آن‌ها به سر می‌بردند، خارج شده و به انجام کارهای شخصی خود بپردازند. البته اگر آب قطع نبود و یا اینکه شرایط آب و هوایی (سرما یا گرمای شدید) اجازه آن را می‌داد. غیر از این هفت ساعت، بقیه ساعات شبانه‌روز را باید در داخل آسایشگاه‌ها به سر می‌بردند و دسترسی به سرویس‌های بهداشتی نداشتند.

این وضعیت علاوه بر بروز بیماری‌های گوارشی، منجر به شیوع بیماری‌های پوستی می‌گردید که شیوع شپش و بیماری گال از شایع‌ترین آن‌ها بود. (۴) در حالی که اسیران عراقی در ایران، برخلاف آنچه که بیان شد در طول شبانه‌روز محدودیتی برای استفاده از سرویس‌ها و انجام استحمام نداشتند (۵).

۳- شکنجه

اسیران جنگی در زمان اسارت موظف هستند که تنها مشخصات فردی خود را به نیرویی که به دست او اسیر شده‌اند، بگویند و در مقابل همان‌گونه که در کنوانسیون ژنو و دیگر اسناد بین‌المللی تأکید شده، نیروی اسیرگیرنده نیز حق ندارد اسیر را برای گرفتن اطلاعات و یا مسائل دیگر مورد شکنجه قرار دهد. اما قریب به اتفاق شکنجه‌هایی که اسیران ایرانی در عراق متحمل شدند، نه برای گرفتن اطلاعات، بلکه برای درهم شکستن روحیه و... آنان بوده است.

این شکنجه‌ها تا آخرین دقایق تبادل اسیران نیز ادامه پیدا می‌کرد.

شکنجه‌ها را می‌توان به دو دسته: شکنجه‌های جسمی (Physical Torture) و شکنجه‌های روانی (Psychological Torture) تقسیم نمود (۶-۸).

شکنجه جسمی

سربازان عراقی از روش‌ها و وسایل گوناگونی به منظور شکنجه جسمانی اسرای ایرانی استفاده کرده‌اند که از میان آنها، سیلی زدن، مشت و لگد، و همچنین زدن با کابل و باتوم از معمول‌ترین و شایع‌ترین روش‌ها بوده است؛ به گونه‌ای که به گفته بسیاری از اسرا، اعمال این گونه رفتارها از نظر مستولان عراقی، رفتارهایی بسیار معمولی بوده و از نظر آنان شکنجه به حساب نمی‌آمده است.

۱- سیلی زدن: این روش در اردوگاه‌ها بسیار متداول بوده است؛ به گونه‌ای که سیلی خوردن چندین اسیر به صورت روزانه و در شرایط عادی اردوگاه، همواره به وقوع می‌پیوسته است. نکته مهم در این خصوص، محل اصابت ضربه است؛ ضربه سیلی اغلب به شکلی زده می‌شده که نیروی حاصل از آن بیشتر به گوش و جمجمه اسیر وارد گردیده و این عمل در برخی از اوقات منجر به پاره شدن پرده گوش افراد و اختلال در شنوایی آنان شده است.

۲- مشت و لگد: مشابه سیلی زدن، این روش بسیار شایع و معمولی به شمار می‌آمده است.

۳- کابل و باتوم: استفاده از شلنگ، باتوم و کابل نیز از روش‌های معمول شکنجه در اردوگاه‌های عراق بود. البته سربازان عراقی بر اساس صلاحیت خود انواع مختلفی از این وسایل را تهیه و یا ابداع می‌کردند. برای مثال یک جسم فلزی، مانند سه راهی لوله آب بر سر کابل قرار می‌دادند.

۴- تونل مرگ (تونل وحشت)

تونل مرگ یا تونل وحشت عبارتی است که در خاطرات شفاهی و مکتوب اسراء بسیار یافت می‌شود. البته برخی اسامی دیگری را نیز برای آن به کار برده‌اند. عبور از این تونل در مواردی همچون انتقال اسیران به اردوگاه، جابه‌جایی از یک اردوگاه به اردوگاه دیگر و یا وقوع درگیری‌های شدید بین اسیران و سربازان عراقی که البته بسیار نیز اتفاق افتاده، تجربه شده است. در توصیف تونل وحشت گفته می‌شود که تعداد زیادی از سربازان عراقی در دو صف طولانی و روبه‌روی یکدیگر قرار می‌گرفتند؛ به گونه‌ای که فاصله بین دو صف به حدود دو متر می‌رسید. سپس اسیران را از این راهرو که در دو طرف آن سربازان عراقی ایستاده بودند، عبور می‌دادند. سربازانی که در دو طرف ایستاده بودند با استفاده از کابل و باتوم اسیران را می‌زدند.

با توجه به طولانی شدن مطالب در ادامه تنها به نام بردن از روش‌های شکنجه بسنده می‌شود:

۱. فلک کردن؛

۲. کم کردن جیره آب و غذا؛

۳. نداشتن لباس و ملزومات مناسب؛

۴. ایستادن در مقابل نور خورشید: مجبور کردن اسیران به ایستادن در مقابل نور خورشید در فصل تابستان و نگاه مستقیم به نور خورشید برای زمان‌های طولانی؛

۵. شوک الکتریکی؛

۶. دستکاری زخم‌ها و جراحات، حتی پاشیدن نمک بر روی زخم‌های جنگی؛

۷. محدودیت دسترسی به سرویس‌های بهداشتی؛

۸. کتک‌های دوره‌ای و گروهی: برخی مقاطع، ضرب و جرح اسیران به صورت دوره‌ای و با فواصل مشخص انجام می‌گردید.

۹. فرو بردن در فاضلاب و سطل‌های زباله؛

۱۰. غلتاندن روی زمین‌های خاکی گل‌آلود و یا پوشیده شده از شیشه؛

۱۱. اتوکشیدن به بدن یا سوزاندن بدن با آتش؛

۱۲. آویزان کردن از سقف یا پنکه؛

۱۳. دفن بدن اسیر تا گردن زیر خاک؛

۱۴. کشیدن ناخن و غیره؛

۱۵. شکنجه روانی

برخی از شکنجه‌های روانی که توسط سربازان عراقی اعمال می‌گردید به شرح زیر می‌باشد

۱- مخفی نگه داشتن اسرای جنگی: شاید یکی از بدترین این شکنجه‌ها مفقود نگاه داشتن اسیران باشد. کشوری که سربازان دشمن را به اسارت می‌گیرد، بر اساس کنوانسیون سوم ژنو موظف است که در اسرع وقت اسارت آنان را به کشور مطبوعشان اطلاع دهد. در طول جنگ تحمیلی بیش از ۶۰٪ از اسیران ایرانی به شکل مفقود نگهداری می‌شدند (۹). به این مفهوم که تا زمان مبادله و آزاد شدن اسیران، هیچ‌کس در ایران از زنده بودن آنان اطلاعی نداشت. این وضعیت علاوه بر اینکه شرایط را برای بدرفتاری سربازان عراقی با آنان مساعد می‌نمود، بلکه زمینه را برای انجام شکنجه‌های گوناگون فراهم کرده بود (۸).

۲- به شهادت رساندن اسیران در مقابل دیدگان اسرای دیگر.

۳- عبور دادن اسیران از شهرها: معمولاً شهرهای خاصی برای این کار انتخاب می‌شد و مردمی که در خیابان‌ها برای دیدن اسیران آمده بودند به روش‌های خاصی از آنان استقبال می‌کردند. پرتاب آب دهان، سنگ، چوب، میوه گندیده، دمپایی و سایر اشیاء، توهین کلامی، رقص و پایکوبی و حتی تمایل به از بین بردن اسیران از عکس‌العمل‌های مردم این شهرها بعد از دیدن اسیران بوده است.

۴- تحقیر نمودن اسیران: سربازان عراقی به طرق مختلف سعی در

تحقیر نمودن اسرای ایرانی داشته‌اند. یکی از این روش‌ها استفاده مداوم آنان از کلمات توهین‌آمیز از جمله مجوس، دجال و غیره بوده است.

۵- اجبار اسیران به انجام افعال غیردینی.

۶- ایجاد محدودیت در زمان خواب و استراحت: سربازان عراقی به روش‌های مختلفی زمان استراحت و خواب افراد را به هم می‌زدند. همانند وجود بلندگوهای متعدد که حدود ۱۸ ساعت در طول شبانه‌روز موزیک پخش می‌کرد.

۷- حبس کردن اسیران داخل آسایشگاه‌ها: در برخی مواقع حبس کردن اسیران داخل آسایشگاه تا چندین روز یا بیش از یک‌ماه ادامه می‌یافت.

۸- محدودیت فضای سکونت: اغلب تعداد زیادی از اسیران، داخل آسایشگاه‌ها یا سوله‌هایی اسکان داده شده‌اند که گنجایش آن‌ها بسیار محدود بوده است. گاهی اوقات مکان اختصاص یافته به هر فرد (به‌خصوص در سال‌های پایانی اسارت) حداکثر به اندازه 4×180 سانتی متر رسیده که با توجه به عدم تهویه مناسب و مدت زمان طولانی داخل باش (۱۶ الی ۱۸ ساعت در شبانه‌روز) زمینه ابتلاء به برخی بیماری‌ها را فراهم می‌کرد.

۹- اعمال محدودیت در انجام فرایض مذهبی: عملکرد عراقی‌ها به گونه‌ای بوده است که اسیران حتی ساده‌ترین اعمال عبادی خویش را به سختی انجام می‌دادند.

۱۰- ارسال اخبار دروغ به اسیران یا خانواده‌های آنان: نامه‌هایی که برای اسراء ارسال می‌شد، در چند مرحله توسط مأموران عراقی واپایش (کنترل) می‌گردید. پس از استقرار نیروهای گروهک منافقین (مجاهدین خلق) در خاک عراق، واپایش نامه‌ها شدیدتر و محدودیت‌های بیشتری برای ارسال یا دریافت نامه‌های ارسالی از ایران اعمال شده است.

۱۱- ایزوله کردن افراد: برخی مواقع سربازان عراقی به منظور تنبیه و تحت فشار قرار دادن بعضی از افراد، تماس دیگر اسیران را با آنان ممنوع می‌کردند و در صورتی که شخصی با فرد مدنظر، گفتگو نموده یا با او ارتباط برقرار می‌کرد، آن شخص را تهدید یا مجازات می‌کردند. این در حالی بود که شخص یا اشخاص ایزوله شده به همراه دیگر اسیران در یک آسایشگاه و یک محل زندگی می‌کردند.

۴- چگونگی انتخاب سربازان اردوگاه‌ها

یکی از اقداماتی که می‌تواند تأثیر مهمی در وضعیت زندگی اسیران در اردوگاه‌ها داشته باشد، چگونگی انتخاب سربازانی است که در اردوگاه اسیران مشغول به خدمت می‌شوند. در کشور ایران و عراق دو رویه کاملاً متفاوت جاری بود. در ایران، براساس مصوبه کمیسیون اسیران و مفقودین، افراد نظامی (سرباز، درجه‌دار، افسر) که در خلال

جنگ آسیب دیده (خود مجروح شده و یا اقوام و اعضای خانواده را از دست داده بودند)، نمی‌توانستند در اردوگاه اسیران به خدمت مشغول شوند.

در مقابل، اکثر قریب به اتفاق سربازان عراقی را که مأمور به گذراندن خدمت در اردوگاه‌های اسیران ایرانی می‌شدند، از میان افرادی انتخاب می‌کردند که به شکلی در جنگ آسیب دیده بودند. برخی در جنگ مجروح شده بوده بودند، برخی دیگر در شهرهای مرزی ساکن بوده که به دلیل جنگ مجبور به ترک خانه خود شده بودند، اعضای خانواده مثل پدر و برادر یا نزدیکان (پسرعمو، ...) در جنگ کشته شده یا به اسارت در آمده بودند. در کنار این مسئله، تبلیغات سنگین دولت و ارتش عراق مبنی بر بدرفتاری ایرانی‌ها با اسیران عراقی در طول جنگ به شدت ادامه داشت. به گونه‌ای که در برخی از اردوگاه‌ها بر روی دیوار جملاتی به این مضمون نوشته شده بود: «این‌ها کسانی هستند که برادران شما را کشته‌اند».

مجموع این شرایط باعث می‌گردید که علی‌الظاهر بدون دستور مستقیم افسران عالی‌رتبه، سربازان حاضر در اردوگاه اقدام به شکنجه اسیران ایرانی نمایند.

در حقیقت آنان این شرایط را فرصت خوبی برای انتقام گرفتن از نیروهای نظامی ایران تلقی می‌کردند. اما زمانی که متوجه دروغ‌های گفته شده می‌شدند، رفتارشان با اسیران ایرانی کاملاً تغییر می‌کرد. در سال پایانی اسارت، سربازانی بودند که به واسطه ارتباط با اسیران عراقی که آزاد شده و به کشورشان برگشته بودند، در یافته بودند که آنچه ارتش و دولت عراق در طول این سال‌ها در خصوص بدرفتاری ایرانی‌ها با اسیران عراقی گفته‌اند، کذب بوده، تغییر ۱۸۰ درجه‌ای در رفتارشان به وجود آمد.

بحث

به استناد موازین حقوق بین‌الملل، اسیران جنگی از ابتدای دستگیری، ضمن پیروی از قوانین و مقررات و دستورات کشور اسیرکننده (نه کسانی که آنان را مستقیماً دستگیر کرده‌اند)، دارای وضعیت حقوقی خاصی می‌باشند (۱۰)، که جنبه‌های گوناگون آن به شرح زیر است:

- رفتار انسانی نسبت به اسیران؛

- حفظ و نگهداری اسیران؛

- اعلام مشخصات اسیران؛

- ممنوعیت کشورها به اجبار اسیران به دادن اطلاعات؛

- اعلام اسارت به کشورهای متبوع اسیران؛

- تأمین شرایط زندگی مادی و معنوی متناسب با شئون انسانی در

اردوگاه‌های اسیران؛

- اشتغال به کار اسیران (در کارهای فاقد خصیصه نظامی)؛

Method: Four selected topics on Ethical Conduct with Iranian captives were reviewed: "captive civilians", "health status of captives", "torture of captives", and "how to choose camp soldiers". In each topic comparison was done with the third Geneva Convention of 1949 and additional protocols. Literature review and Islamic norms regarding the Humanitarian conduct with prisoners of war, are also mentioned.

Results: In all four situations examined in this study, human rights violations and infringement of international norms had occurred frequently and repeatedly by the Iraqi Ba'athist regime.

Conclusion: The behavior of the Iraqi Ba'athist regime towards Iranian prisoners of war, has been inhumane and contrary to humanitarian and Islamic standards in obvious contradiction to international treaties and conventions. Good behavior with prisoners of war, is in accord with the teachings of Islamic ethics.

Key words: Ethics, Geneva Convention, Imposed war, war captive, Prisoners of War

۱- کتانی- محمد طاهر، سیاه رستمی- هاجر، حسین نژاد- کتایون. حقوق بین الملل بشر دوستانه ناظر بر حمایت از افراد در درگیری های مسلحانه (مجموعه اسناد ژنو). دالاهو، تهران، ایران. تابستان ۱۳۸۵.

۲- همان منبع، صفحه ۸۷.

۳- همان منبع، صفحه ۱۱۷.

4 - Khaji A. Pediculosis: a health problem in the camps of the Iranian former prisoners of war in Iraq. Rev Saude Publica. 2007 Jun;41(3):482-3.

۵- حبیبیان- محمد حسن، عسگری- شاداب، اسرای عراقی یا میهمان، سازمان حفظ آثار و نشر ارزش های دفاع مقدس ارتش جمهوری اسلامی، تهران، ۱۳۹۱.

۶- داعی- علی، مسئولیت بین المللی نقض حقوق اسیران جنگی ایران در عراق، مجله حقوق بین المللی، دوره ۲۵، شماره ۳۸ (بهار و تابستان) ۱۳۸۷، ۹۱-۱۲۲ DOI: ۱۰.۲۲۰۶۶/cila-۱۰/۲۲۰۶۶-۱۰۲۰۰۸/۱۷۵۲۶.mg

۷- حاجی علی، شرح قصص، انتشارات پیام آزادگان، تهران، ایران، ۱۳۹۱.

8 - Khaji A. Prisoners of war and torture need more attention. Torture, 2007; 17(3):240.

9 - Khaji A. Mortality of the Iranian ex-prisoners of war in Iraqi detention camps (1980-1990). Arch Iran Med. 2009 Mar; 12(2):140-4.

۱۰- ضیایی بیدگی- محمدرضا، حقوق جنگ و رفتار با اسیران جنگی، حقوق بین المللی، دوره ۷، شماره ۸ (بهار و تابستان) ۱۳۶۶، ۲۰۴-۱۶۵، doi: ۱۰.۲۲۰۶۶/CILAMAG/۱۰/۲۲۰۶۶/۱۸۴۱۴، ۱۹۸۷.

۱۱- اشراقی- مرتضی، اسرای جنگی، دانشنامه پژوه، پژوهشگاه باقرالعلوم (ع)، ۲۴ آبان ۱۳۹۳، ۱۴:۵.

۱۲- قائدان- اصغر، شریفی طرازکوهی- حسین، باقری- سمیه، قواعد حقوق جنگ در اندیشه فقهای شیعه و مقایسه آن با قوانین حقوق بشردوستانه در عصر حاضر، فقه و مبانی حقوق اسلامی، دوره ۴۷، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۳، ۳۰۲-۲۷۷.

- مصونیت اموال شخصی اسیران؛

- اعطای کمک های مادی به اسیران؛

- آزادی در انجام فرائض و مناسک و مراسم مذهبی؛

- ممنوعیت گروگان گیری اسیران؛

- اعمال حقوق مدنی از سوی اسیران؛

- ممنوعیت اقدامات تلافی جویانه نسبت به اسیران؛

- برخورداری از حق شکایت از کیفیات اسارت خود؛

- ممنوعیت تنبیهات کیفری در صورت فرار اسیران؛

- تدابیر انضباطی و کیفری در مورد اسیران؛

- حمایت بین المللی از اسیران؛

- برخورداری از خدمات و مراقبت های بهداشتی و درمانی؛

طبق موازین حقوق بین الملل باید با اسیران جنگی رفتار انسانی

داشته باشند. اردوگاه های اسیران باید در اماکن امن و دور از صحنه

نبرد برپا شود و هر نوع شکنجه و رفتار غیر انسانی با هر انگیزه و یا توجیه

ممنوع است. براساس حقایق و واقعیات تاریخی همه حقوق طیف

وسعی از اسیران ایرانی در جنگ تحمیلی توسط رژیم بعثی عراق

نقض شده است (۶). با عنایت به مفهوم واژه اسیر در اسلام و نیز غنای

سرفصل های حقوق بشردوستانه در این آیین الهی، هرگونه آسیب

جانی، جسمی و روحی به اسیران جایز نیست و انجام حمایت

همه جانبه از آنان در دوران اسارت همواره مورد تأکید قرار گرفته

است (۱۱-۱۲).

نتیجه گیری

رعایت کنوانسیون ها و معاهدات بین المللی و موازین اخلاق

اسلامی در مورد اسیران جنگی ضرورتی مبرم و نقض آن ها ردیلتی

نابخشودنی است. بزرگداشت، رعایت کرامت انسانی، اهانت

نکردن، آزار نرساندن و خوش رفتاری، همه از سفارشات اخلاق

اسلامی در مورد اسیران است. نکته مهم دیگر که باید به آن توجه شود

عدم رعایت حداقل موازین دینی و ضوابط اخلاقی از نظر شرع

مقدس اسلام در رعایت حال اسیران ایرانی در بند رژیم بعثی عراق

بوده است که اکثریت بیش از ۹۹ درصد آنان مسلمان بوده اند.

منابع:

Abstract

Title: A survey on Ethical Conduct with Iranian captives (Iraq vs. Iran) in Iraq, During imposed war

Background and aim: The Geneva Convention of 1949 and its Additional Protocols are the basis for international judgment of conduct of governments towards prisoners of war. The third convention in this series is dedicated to prisoners of war. This article reviews "how and when Iranian soldiers were declared hostages", "their torture and health care status", and "how Iraqi guards and camps were selected", during the imposed war.



Scientific and research-based

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

second year - number 3- summer2020

- **The Role of Health and Health System in National Security and Sustainable Development**
Safavi S.Y., Mohagheghi M.A
- **In this study, data were collected through review of previous studies and documentation,**
Soleiman Heidari S
- **Pain control by Ketamine in combat situations: consideration and outcomes**
Hamidreza Javadzade H., BehzadniaMJ
- **Lessons from relief and treatment of combat casualties in Bostan liberation's operation**
Ghafuri A., MollaA.A., Akhavan Mahdvi A
- **Armed Forces' health, relief and medical activities in the downstream flood of spring 1388 (April 2019) , In Khuzestan, Golestan and Lorestan provinces**
Araghizadeh H., Esmail Motlagh E
- **Providing pharmaceutical services in 8 years of Holly defense**
Cheraghali A., Bagheri M., Shohrati M
- **Immunization in war and review of experiences in Holly defense**
Mehrabi Tavana.A
- **A survey on Ethical Conduct with Iranian captives (Iraq vs. Iran) in Iraq, During imposed war**
Khaji A.