

خلاصه فصل ۱۲

بیمارستان‌های صحرائی و عملکرد آنها در دفاع مقدس

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

اولین ویراست: سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲- پاییز ۱۴۰۲

اهداف آموزشی:

تحلیل روند تکاملی ساختار بهداری رزمی و خدمات بیمارستان‌های صحرائی در دفاع مقدس:

آشنایی با:

- تاریخچه و روند تکاملی
- اهداف، روند تشکیل، برپایی، تجهیز، مدیریت، نحوه عملکرد و سیر تکاملی؛
- سازه‌های مورد استفاده و روند تکاملی آنها و سازه‌های مناسب برای آینده؛
- عملکردهای متفاوت در شرایط آفندی و پدافندی؛
- مدیریت و راهبری تیم‌های اضطراری برای حضور بهنگام، مؤثر و عملکرد بهینه؛
- تجارب جدید و توصیه‌های استاندارد برای حوادث نظامی در زمان حاضر و آینده؛
- کسب توانمندی‌های جدید برای کنترل حوادث بیولوژیکی، شیمیایی و هسته‌ای؛
- کسب توانمندی مدیریت در شرایط کاملاً بحرانی میدان جنگ و خطوط مقدم؛

مقدمه

بعضی از دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس، از ویژگی‌های استثنایی و منحصر بفردی برخوردار است که تأمل در آنها، درس‌ها و عبرت‌های فراوانی برای آیندگان در برخواهد داشت. یکی از کلان دستاوردهای جنگ تحمیلی، ابتکارات، تحریبات، روندهای پیشرفت و عملکرد بیمارستان‌های صحرائی است.

در آغاز جنگ تحمیلی بیمارستان صحرائی وجود نداشت. رزمندگان و غیرنظامیان مجروح، با اقدامات و خدمات اولیه، در صحنه نبرد، درمان و سپس، با هرگونه وسیله نقلیه در دسترس، به عقبه میدان جنگ منتقل می‌شدند. بیمارستان‌های شهرهای جنگ‌زده واقع در خطوط مقدم نبرد، مانند بیمارستان طالقانی آبادان و بیمارستان نظام مافی شوش، نقش و عملکرد بیمارستان-های صحرائی را ایفاء می‌نمودند. تجربه ایجاد بیمارستان‌های صحرائی سیار و ثابت، از عملیات طریق القدس در سوسنگرد آغاز و در طول جنگ با روندی تکاملی ادامه یافت. در دوره ۸ ساله جنگ نزدیک به ۵۰ بیمارستان صحرائی با سازه‌های کانکسی، چادری، سوله‌ای و بتونی در مناطق مختلف عملیاتی، طراحی و ساخته و تجهیز شد و در عملیات مختلف مورد استفاده

قرار گرفت. به موازات ارتقاء و استحکام سازه‌ای، تأسیسات، تجهیزات، مدیریت، نیروی انسانی تخصصی، روابط بخش‌ها، کارایی‌های تشخیصی-درمانی، ظرفیت پذیرش و عملکرد نهایی بیمارستان‌های صحرائی نیز افزایش چشمگیر داشت. احداث و به‌کارگیری این بیمارستان‌ها در فواصل بسیار نزدیک به خطوط مقدم، با حضور داوطلبان نیروی انسانی تخصصی، تجارب منحصر به فرد و و رکوردی تاریخی را در تاریخ نبردهای معاصر، به ثبت رساند. بسیاری از مجروحین که قبلاً هیچ شانس برای زنده ماندن نداشتند، نجات یافتند و بسیاری از اندام‌ها حفظ و نتایج درمان و کیفیت زندگی مجروحین جنگ، متحول شد. در این فصل، روند پیشرفت و سیر تطور بیمارستان‌های صحرائی دفاع مقدس ارائه شده است.

کلمات کلیدی

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

Key words

Field hospital, Combat medicine, Relief organization, Holey defense.

بعضی از واژه‌های برگزیده

بیمارستان سیار^۱

سازه‌های بیمارستانی سیار، با تأسیسات، تجهیزات، منابع انسانی و پروتکل‌های تجربه شده ضروری، برای استفاده در بحران‌ها و ارائه خدمات و مراقبت‌های فوری در زمان‌های طلایی به مجروحان و مصدومان بلايا (اعم از طبیعی یا دست پرورده بشر^۲) و مدیریت اساسی‌ترین نیازهای زمان بحران، شامل کانتینر یا کانکس، چادرهای فریم بادی، چادرهای فریم فلزی، تریلرها و کشنده‌ها، اتوبوس‌ها).

بیمارستان صحنه درگیری^۳

واحد پزشکی کوچک و سیار، با حدود ۲۵ تخت، که به‌طور موقت در خدمت مجروحین صحنه‌های درگیری نظامی قرار می‌گیرد (قبل از امکان انتقال ایمن به مراکز مجهزتر)، عمدتاً در طب نظامی^۴ کاربرد دارد، ولی در حوادث غیر مترقبه^۵ نیز استفاده می‌شود.

بیمارستان نظامی متحرک^۶

یک بیمارستان کامل عملیاتی در منطقه درگیری نظامی است. اولین بار در ۱۹۴۵ طراحی و در ارتش آمریکا در جنگ کره و درگیری‌های بعد از آن استفاده و در فوریه ۲۰۰۶ از رده خارج و با نسل بعدی "بیمارستان جنگی پشتیبان"^۷ جایگزین شد.

بیمارستان کانکسی (مورد استفاده در جنگ تحمیلی)

اولین بیمارستان صحرائی دفاع مقدس به‌صورت تلفیقی از کانکس و چادر و از ترکیب چند کانتینر، توسط بهداری رزمی سپاه، در منطقه طریق القدس و در سال ۱۳۶۰ ایجاد شد. این بیمارستان شامل اورژانس، تخت‌های بستری، بانک خون، آزمایشگاه و رادیولوژی پرتابل بود. اتاق‌های عمل (یک اتاق عمل کامل و مجهز با توان بیهوشی عمومی و یک اتاق عمل سرپایی) برای اولین بار در نزدیک‌ترین فاصله از مناطق درگیری، بکار گرفته شد. متعاقباً در غرب شوش و جاده اهواز نیز سازه‌های مشابهی در عملیات فتح‌المبین و بیت‌المقدس (بهار ۱۳۶۰) استفاده شد. امنیت این بیمارستان‌های سیار از طریق خاکریزهای مرتفع و استتار مناسب تأمین می‌شد.

¹ Mobile emergency hospital

² Natural and/or man-made disasters

³ A field hospital

Military medicine^۴

⁵ Disaster

⁶Mobile Army Surgical Hospital (MASH)

⁷ Combat Support Hospital

بیمارستان صحرائی^۸ (در ادبیات دفاع مقدس)

سامانه‌های بیمارستانی متحرک یا ثابت، دارای امنیت، استحکام و تجهیزات قابل ملاحظه و نسبتاً پیشرفته، و نیروی انسانی پایه و تخصصی زنده و مجرب، که از ابتکارات و دستاوردهای بهداری رزمی دوران دفاع مقدس بوده است. این سامانه‌ها برای مقابله با بحران و کنترل فوریت‌های جنگ در شرایط آفندی و پدافندی، افزایش توانایی نیروهای واکنش سریع بهداشتی و درمانی (تیم‌های اضطراری)، و ایجاد آرامش نسبی در مراحل اولیه عملیات، در مناطق حادثه دیده دایر و بهره‌برداری می‌شدند. مسئولیت احداث، ایمن‌سازی، تأسیسات و استحکامات با مهندسی رزمی و مسئولیت تجهیز، راه‌اندازی و مدیریت با بهداری رزمی و مسئولیت ارائه خدمات، اعم از فوریت‌های اولیه، تریاژ، اعمال جراحی و مراقبت ویژه با تیم‌های امدادی-درمانی و اضطراری بوده است.

اهداف و ضرورت ایجاد بیمارستان‌های صحرائی در دفاع مقدس

هدف اولیه

دستیابی مجروحین و مصدومین جنگ، به خدمات پزشکی در سریع‌ترین زمان (۳۰ تا ۴۵ دقیقه) و کوتاه‌ترین فاصله ممکن از لبه جلوبی منطقه نبرد^۹، و ایجاد فضایی ایمن و مطمئن برای کادرهای پزشکی و درمانی؛

هدف اصلی

برقراری مراقبت‌های تروما و جراحی در نزدیکی میادین درگیری نظامی؛

سایر اهداف

- احیای اولیه مجروحین منتقل شده از پست‌های اورژانس و اورژانس‌های صحرائی؛
- تریاژ اولیه مجروحین انبوه^{۱۰} و انتخاب مناسب‌ترین موارد برای اعمال جراحی فوری و مدیریت درمان سایرین؛
- تشخیص صدماتی که به‌سهولت از آنها غفلت می‌شود^{۱۱}، اما ظرفیت آسیب‌رسانی شدید و مرگ و میر^{۱۲} بعدی دارند؛
- ارائه خدمات اورژانس در شرایط عادی (غیر از مواقع عملیات) و خاص نظیر حوادث شیمیایی

جراحی در خطوط مقدم

در شرایط جنگی، علاوه بر ملاحظات مرتبط با بیمار، محدودیت امکانات و ملاحظات نظامی و امنیتی و حفاظتی (ملاحظات غیر مرتبط با بیمار) نیز تأثیرگذار است. محدودیت منابع و تجهیزات، تداوم آتشباری و شرایط جنگی، و انتقال همزمان (یا در مدت کوتاه) تعداد زیاد مجروح (به‌مراتب بیشتر از ظرفیت بیمارستان صحرائی، از نظر تعداد و کیفیت جراحات)، ایجاب می‌نماید راهبردهای متناسبی برای درمان‌های جراحی مجروحین در نزدیکی خطوط درگیری اتخاذ شود. در تجارب قبل از جنگ تحمیلی، جراحی در خطوط مقدم، به‌صورت حداقلی و توسط پرسنل با تجارب محدود انجام می‌شده و آن‌دسته از مجروحین که نجات می‌یافتند، به مراکز مجهزتر پشت جبهه منتقل می‌شدند. با تدابیر و ابتکارات بهداری رزمی دفاع مقدس، و احداث بیمارستان‌های بسیار مجهز در نزدیک‌ترین مکان‌های ممکن نسبت به خطوط مقدم، و نیز حضور جراحان و متخصصان و سایر کارکنان بسیار ورزیده و مجرب در آن مراکز، عملاً درمان‌های پیشرفته جراحی به نزدیکی خطوط مقدم نبرد منتقل شد.

^۸ تعریف پیشنهادی نویسندگان

^۹ لجن (لبه جلوبی میدان نبرد)

^{۱۰} Mass casualties

^{۱۱} Injuries that are Easily to Miss

^{۱۲} Late Morbidity of Death

بیمارستان‌های صحرایی در جنگ‌های قبل از دفاع مقدس جنگ داخلی آمریکا^{۱۳} (۱۹۶۱-۱۹۶۵)

خونین‌ترین جنگ‌های تاریخ آمریکا در ۱۰۰۰۰ نقطهٔ مختلف واقع شد و طی آن حداقل ۲٪ جمعیت وقت آمریکا (۶۲۰۰۰۰ نفر) کشته و تعداد بی‌شمار دیگری معلول شدند. در ابتدا مراکز بیمارستانی موقت^{۱۴} نزدیک میادین نبرد، قبل از شروع جنگ احداث می‌شد. تا سال ۱۸۶۲ از آمبولانس برای حمل مجروحان استفاده نمی‌شد. در اواخر جنگ مجروحان با قطار یا کشتی به بیمارستان‌های بزرگ شهری منتقل و از سربازان برای انتقال مجروحان استفاده می‌شد. پذیرش مجروح در این بیمارستان‌ها به دو میلیون نفر بالغ گردید، مرگ و میر کلی ۸٪ و ۳ مورد از هر ۴ مورد جراحی، قطع عضو با مرگ و میر ۳/۲۶ درصد بود.

جنگ‌های جهانی اول و دوم

بیمارستان‌های سیار در جنگ جهانی اول نقش آفرین بودند. فاصلهٔ آنها تا خطوط درگیری نسبتاً زیاد و تجهیزات آنها ضعیف بود. در جنگ جهانی دوم بیمارستان‌های سیار صحنهٔ درگیری، با ۴۰۰ تخت و بیمارستان‌های تخلیهٔ مجروحین (۴۰۰ تا ۷۵۰ تخت) طی چند روز بعد از یک تهاجم، در فاصلهٔ حدود سی مایلی نیروهای نظامی خطوط مقدم، برپا می‌شد. از چادر، ساختمان‌های مناسب، هتل‌ها و استادیوم، برای استقرار این نوع بیمارستان‌ها استفاده می‌شد. چند روز قبل از جابجایی، بیمارستان فعالیت خود را متوقف و مجروحین موجود به سایر بیمارستان‌ها منتقل می‌شدند. در فواصل بیشتر نسبت به مناطق درگیری، بیمارستان‌های ایستگاهی^{۱۵} (۲۵۰ تا ۷۵۰ تخت)، بیمارستان‌های عمومی (۱۰۰۰ تخت)، و بیمارستان‌های نقاهتگاهی^{۱۶} (۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ تخت)، موجود بود. در این بیمارستان‌ها، بیماران امنیت بیشتری از مخاطرات جنگ داشتند. آرایش بهداری رزمی جنگ جهانی دوم در سمت متفقین، با بیمارستان‌های مناطق مواصلاتی^{۱۷} کامل می‌شد. مرکز استقرار این بیمارستان‌ها در اروپا، انگلستان، نرماندی و بلژیک و در مدیترانه، مراکش و الجزایر بود. در اقیانوسیه، بیمارستان‌های ثابت، در هاوایی و استرالیا و سایر مناطق امن برپا می‌شد. در مجموع بیمارستان‌های سیار از تجهیزات، استحکامات و نیروی انسانی ضعیفی برخوردار بودند و بیمارانی که وضعیت جراحات آنها چندان وخیم نبود، از این تسهیلات سود می‌بردند.

جنگ‌های کره و ویتنام

جنگ کره در سال ۱۹۵۰ شروع شد. در این جنگ نیز آمریکایی‌ها از بیمارستان‌های سیار جراحی، در فاصله‌ای نزدیک‌تر به خطوط مقدم استفاده کردند (حدود ۲۰ مایلی). برای نخستین بار از هلیکوپتر برای تخلیهٔ مجروحین استفاده شد. ۵ بیمارستان توسط آمریکایی‌ها و یک بیمارستان ۶۰ تخت‌خوابی نیز توسط نیروی‌ها فعال بود. احیای مجروحین و جراحی فوری و اولیه در این مراکز انجام و بعد از ریکاوری، مجروحین با آمبولانس به مقصد بعدی اعزام می‌شدند که دسترسی به هلیکوپتر فراهم بود. **جنگ ویتنام** بزرگ‌ترین جنگ تاریخ، قبل از جنگ تحمیلی است که رکورد وسعت، شدت و زمان آن توسط جنگ تحمیلی عراق علیه ایران شکسته شد. طب نظامی در جنگ ویتنام پیشرفت‌های مهمی را شاهد بود، که مهم‌ترین آنها تخلیه هوایی مجروحین با هلیکوپتر بود (در اوایل جنگ هلیکوپترهای نظامی، بعداً هلیکوپترهای اختصاصی مجهز به تسهیلات ارائهٔ خدمات فوری، با ظرفیت حمل همزمان ۹ مجروح). مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی پیشرفت و امدادگران و مراقبین و نظامیان آموزش دیده، قبل از انتقال مجروحین به بیمارستان‌های سیار، اقداماتی نظیر باز کردن جراحی راه‌های هوایی^{۱۸}، برطرف کردن فشار داخل قفسه صدری با سوزن^{۱۹}، احیای وسیع شوک^{۲۰} را انجام می‌دادند.

¹³ The American Civil War (1861-1865)

¹⁴ Temporary battlefield hospitals

¹⁵ The station hospitals

¹⁶ The convalescent hospitals

¹⁷ Communications Zone

¹⁸ Opening surgical airways

¹⁹ Thoracic needle decompression

²⁰ Aggressive shock resuscitation

سیر تکاملی بیمارستان‌های صحرائی در دفاع مقدس

شروع جنگ تا عملیات ثامن الائمه (شکست حصر آبادان، ۵ مهرماه ۱۳۶۰)

با شروع جنگ و ادامه آن، با توجه به نزدیکی آبادان به نوار مرزی اروندرود، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در تیررس مستقیم خمپاره و توپخانه دشمن قرار گرفت. بیمارستان طالقانی با برخورداری از موقعیت استراتژیک در جاده کمربندی آبادان به خرمشهر، با ساختمانی چهار طبقه، نوساز و مقاوم، عملاً بار تمامی مجروحین جبهه‌های نبرد و مقاومت و مردم شهر را بر عهده گرفت و از اول تا آخر جنگ بین دو جبهه قرار داشت و نزدیک‌ترین بیمارستان به خطوط مقدم بود. در تمام مدت زیر آتشبار بی‌امان دشمن قرار داشت. دوره حصر آبادان، سخت‌ترین شرایط برای بیمارستان طالقانی بود. تردد تنها از طریق دریایی و بندر ماهشهر امکان‌پذیر بود. داروها، فراورده‌های خونی و ملزومات پزشکی مورد نیاز، به‌طور عمده توسط قایق و هاورکرافت و از طریق بندر ماهشهر و در بعضی موارد توسط هلیکوپترهای هوانیروز، به بندر چویبیده در ۲۰ کیلومتری آبادان منتقل و از آنجا با تدابیر دشواری به بیمارستان می‌رسید. در عملیات ثامن الائمه، بیمارستان‌های شهر آبادان (طالقانی، شهید بهشتی و شرکت نفت) که در فاصله بسیار کوتاهی از خطوط مقدم و در شرایط محاصره نظامی دشمن قرار داشتند، در نقش بیمارستان صحرائی خطوط مقدم، نقش آفرینی نمودند. در ادامه، همه تیم‌های پزشکی و جراحی شهر آبادان، در بیمارستان طالقانی متمرکز شدند.

از عملیات طریق القدس تا عملیات فتح المبین (اول فروردین ۱۳۶۱)

به کارگیری بیمارستان‌های صحرائی کانکسی

- اولین سامانه‌های بیمارستان صحرائی از ترکیب و اتصال چند کانتینر (کانکس) و چادر، در عملیات طریق القدس (آزاد سازی بستان، ۸ آذر ۱۳۶۰)، استفاده شد.
- در ۲۵ اسفند ۱۳۶۰، اندکی قبل از عملیات بزرگ فتح المبین، بیمارستان کانکسی سیار ۵۰ تخت‌خوابی "سپنتا" جمعی لشکر ۱۶ قزوین، با ظرفیت ۱۰ کانکس، در محل کارخانه نورد (سپنتا)، در ۸ کیلومتری جاده اهواز- خرمشهر مستقر شد
- این سامانه، در ۱۰ مرداد ۱۳۶۱، با افزایش ظرفیت به ۴۲۷ تخت‌خواب (شامل ۱۲ تخت اورژانس، آسایشگاه ۱۵۰ تخت‌خوابی و یک سالن ۲۷۷ تخت‌خوابی) پذیرای انبوه رزمندگان شیمیایی شد.
- سامانه‌های سیار، قابل استتار نبودند و دشمن به راحتی آنها را هدف قرار می‌داد.

بیمارستان‌های صحرائی در عملیات بیت المقدس (۱۰ اردیبهشت تا ۳ خرداد ۱۳۶۱)

- در این عملیات به آزادسازی خرمشهر منتهی و طی آن سامانه و شبکه بهداری سپاه پاسداران کامل و بهداری تیپ، بهداری قرارگاه و بهداری قرارگاه مرکزی تشکیل شد.
- در محورهای شمالی، میانی و جنوبی عملیات، بیمارستان صحرائی خاص در نظر گرفته شد (قرارگاه قدس در محور شمالی در دشت آزادگان، قرارگاه فتح در جاده خرمشهر، سمت نورد در محور میانی، در حدود پادگان حمید و بیمارستان صحرائی محور جنوب با ظرفیت ۴ اتاق عمل و اورژانس برای قرارگاه نصر در جاده آبادان- دارخوین)؛
- ۳ بیمارستان صحرائی یادشده در مجموع بیش از ۲۰۰۰ مجروح را تحت عمل جراحی قرار دادند.
- در مرحله سوم عملیات (۱۹ اردیبهشت ۱۳۶۱)، بیمارستان صحرائی کانکسی شهید کلاهدوز در جاده خرمشهر- اهواز در پانزده کیلومتری خرمشهر برپا و به‌عنوان عقبه اصلی انتقال مجروحان استفاده شد و پذیرای ۱۴۵۰۵ مجروح بود.
- یک پل هوایی با بالگردهای شنوک، ارتباط این مراکز صحرائی را با بیمارستان اهواز را برقرار می‌کرد؛

بیمارستان‌های صحرائی در عملیات رمضان (مرداد ۱۳۶۱) و عملیات محرم (آبان ۱۳۶۱)

- عملیات رمضان در ۵ مرحله انجام و حجم مجروحین بسیار زیاد و جراحات نیز عمیق و متعدد بود. اورژانس‌های خطوط مقدم توسط مهندسی رزمی، با ساختارهای سوله‌ای بصورت ضربتی و بسیار سریع احداث و توسط بهداری رزمی تجهیز و بلافاصله مورد استفاده قرار می‌گرفت.
- در آبان ماه ۱۳۶۱، عملیات محدودی در مناطق سومار و عین خوش انجام شد؛
- عملیات محرم در ۱۰ آبان ۱۳۶۱ در جنوب شرقی دهلران و در غرب عین‌خوش، با هدف تصرف ارتفاعات منطقه انجام و طی آن از بیمارستان صحرائی پیش‌ساخته (کانکس) استفاده و ۳۰۶۶ مجروح مداوای اولیه و ۴۸ عمل جراحی انجام شد.

عملیات والفجر

- بیمارستان‌های صحرائی در سلسله عملیات والفجر، عمدتاً از سازه‌های سوله‌ای ساخته شده استفاده گردید که در زیر خاک استتار می‌شدند؛ اولین تجربه به این شکل، بیمارستان صحرائی شهید باقری در غرب دزفول بود که توسط مهندسی رزمی سپاه در سال ۱۳۶۱ با زیربنای ۱۸۱ متراحداث و در عملیات والفجر مقدماتی (۱۷/۱۱/۱۳۶۱ تا ۲۱/۱۱/۱۳۶۱ شمال چزابه) به کار گرفته شد؛
- از این نوع بیمارستان‌های سوله‌ای ۱۳ مورد دیگر نیز طی سال‌های ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۳ در نقاط مختلف خطوط عملیاتی ساخته شد (نظیر بیمارستان‌های "شهدا در جنوب شرق دهلران"؛ "شهید بروجردی در مهران"؛ "شیخ صله در جوانرود"؛ "شهید ردانی‌پور در مریوان"؛ "ولی عصر (عج) در سرپل ذهاب"؛ "چم امام حسن (ع) بین قصر شیرین و سرپل ذهاب"؛ "شهید بروجردی در بانه"؛ "شهید رادمنش در مریوان"؛ "خاتم‌الانبیاء در سهراهی جفیر"؛ "رمضان در جاده اهواز - خرمشهر"؛ "شهید بهشتی در هویزه"؛ "ظفر در ۱۵ کیلومتری آبادان"؛ و "کربلا در ۱۵۰ کیلومتری مهران"؛
- از این مراکز صحرائی در عملیات مختلف (والفجر ۱، والفجر ۴، والفجر ۵، خیبر، بدر، والفجر ۸ و والفجر ۱۰) استفاده شد؛
- ساخت و اداره بیمارستان‌های صحرائی با شرایط مستحکم و استقراری، برای پشتیبانی عملیات والفجر مقدماتی آغاز شد؛
- در عملیات والفجر ۱ (۲۱ فروردین ۱۳۶۲)، بیمارستان صحرائی شهدا (شهید باقری) توسط مهندسی رزمی سپاه پاسداران در نزدیک پاسگاه ربوط - جنوب شرقی دهلران تکمیل شد؛
- در این عملیات بیمارستان صحرائی بیت‌المقدس ۳۳۶۵۶ مصدوم را پذیرا شد؛

سرگذشت بیمارستان صحرائی حمید (ایستگاه حمید)

در اول اسفند ۱۳۶۲، ارتش جمهوری اسلامی ایران برای پشتیبانی منطقه ۳ نیروی زمینی در منطقه جاده اهواز - خرمشهر در محل ایستگاه حمید، بیمارستان زیرزمینی صحرائی حمید، معروف به ایستگاه حمید را دایر کرد (کانکس‌های ۶۰ تخت‌خوابی، سیار در فضاهای ساخته شده سنگری، با حدود یک متر بلندتر از سطح زمین). بعدها برای ارائه خدمات به مجروحین شیمیایی، پنج کانکس جداگانه در نزدیکی بیمارستان و دو سالن هر یک به ظرفیت ۲۰۰ تخت، به ساختار اولیه اضافه شد. در ۲۵ اسفند ۱۳۶۳ این بیمارستان مورد حمله هوایی دشمن قرار گرفت و به کلی تخریب شد. پیش از انهدام، در مقابله با حملات شیمیایی دشمن، خدمات ارزنده‌ای ارائه نمود (از ظهر ۲۲ اسفند تا صبح ۲۴ اسفند سال ۱۳۶۳، تعداد ۴۱۲ نفر و تا شب همان‌روز در مجموع ۷۲۰ نفر از نیروهایی که در عملیات شرق دجله شرکت داشتند، به‌علت مجروحیت با عوامل شیمیایی، تحت درمان قرار گرفتند).

نخستین بیمارستان صحرائی با سازه بتونی : عملیات والفجر ۳ (۷ مرداد ۱۳۶۲)

در مناطق عملیاتی کوهستانی والفجر ۳ در منطقه شرق مهران، حد فاصل جنوب کانی سخت تا ارتفاع قلعه آویزان، شهید معتمدی، از برادران جهاد سازندگی، با همکاری جهاد استان کرمانشاه و بهداری رزمی، یک واحد "بیمارستان صحرائی بتونی" احداث شد و واحد دیگر "بیمارستان شهید بروجردی"، با امکانات یک شهرک نیمه‌کاره در جاده مهران- ایلام راه‌اندازی شد.

بیمارستان صحرائی با سازه ترکیبی بتونی و فلزی (عملیات والفجر ۴، ۲۷ مهر ۱۳۶۲)

عملیات والفجر ۴ در محوره‌های "منطقه عمومی شیلر" و "منطقه آلان سردشت"، در محدوده‌ای به وسعت ۶۰۰ کیلومتر مربع، در سه مرحله توسط سپاه پاسداران و ارتش و تحت نظارت قرارگاه حمزه سیدالشهدا اجرا شد. این عملیات در هشت سال دفاع مقدس از جایگاهی ویژه برخوردار است. به علت محدودیت‌های فراوان طی این عملیات، بهداری سپاه برای نخستین بار از شیوه‌هایی خاص امداد و انتقال کوهستانی، جهت کمک‌رسانی به مجروحان استفاده کرد. شش بیمارستان در شهرهای مجاور با ۱۶ اتاق عمل، و سه بیمارستان صحرائی شامل "شهید بروجردی" در محور شمالی، "شهید ردانی‌پور" در محور جنوبی و "شهید رادمنش" در محور میانی منطقه عملیاتی، با ۱۲ اتاق عمل، ۲۰ اورژانس صحرائی، ۱۸۸ تخت معاینه و ۴ نقاهت‌گاه تجهیز و آماده شد. طی این عملیات دشمن بعضی دو بار اقدام به بمباران شیمیایی با گاز خردل کرد که منجر به مصدوم شدن عده‌ای از رزمندگان و مردم گردید. بیمارستان شهید بروجردی در شیار کنار روستای نی، توسط مهندسی سپاه، و بیمارستان شهید رادمنش در حاشیه جاده مریوان به شیار شیلر، توسط جهاد سازندگی ساخته شده بود. این دو بیمارستان ترکیبی از سازه‌های بتونی و فلزی بودند. در این عملیات، در بیمارستان صحرائی رادمنش، مداوای ۱۱۶۰۷ مصدوم، شامل ۲۰۱ عمل جراحی و در بیمارستان شهید بروجردی، مداوای ۴۱۳۵ مصدوم، شامل ۳۲۱ عمل جراحی، انجام شد.

بیمارستان صحرائی زیرزمینی چنانه (شهید کلاهدوز): ترکیب کانکس و سوله

ارتش جمهوری اسلامی، در ۱ اسفند ۱۳۶۲، بیمارستانی با ظرفیت ۶۰ تخت‌خواب به صورت سنگری و زیرزمینی در محور اندیمشک- دهلران، سه راهی چنانه ایجاد کرد. این بیمارستان در طراحی اولیه به صورت راهرویی به عرض ۵ متر و در طرفین آن کانکس‌های متحرک در سنگر قرار داده شده بود. به علت مشکلات متعدد، کانکس‌ها از محل خارج و به جای آنها، از اتاق‌های سوله‌ای در زیر زمین استفاده شد. این بیمارستان در عملیات خیبر در طلائی (۳ اسفند ۱۳۶۲) و در عملیات بدر در جزیره مجنون (۲۰ اسفند ۱۳۶۳) خدمات ارزنده‌ای ارائه و تا آخرین روزهای دفاع مقدس فعال و کارایی خوبی داشت.

نخستین تجربه بزرگ: احداث بیمارستان صحرائی خاتم الانبیاء "ص" (عملیات خیبر، ۲۲-۳ اسفند ۱۳۶۲)

عملیات خیبر در مرداب‌های هورالهویزه طراحی شده بود و بهداری رزمی باید برای شرایط و سطح انتظارات راهبردی جدید، ارتقاء می‌یافت. مهندسی نیروی رزمی سپاه در سال ۱۳۶۲، بیمارستان خاتم الانبیاء "ص" در سه راه فتح، منطقه عمومی جفیر را طراحی و اجراء نمود (مشخصات آن شامل ۹۳۶ متر مربع زیربنا، شامل داروخانه، رادیولوژی، بانک خون، آزمایشگاه، ۳۵ تخت اورژانس سرپایی و بستری، قابل افزایش به ۴۰ تخت، ۴ تخت ریکآوری، درمانگاه و ۸ اتاق عمل بود). این بیمارستان علیرغم عملکرد خارق‌العاده و چشم‌گیر، در بامداد ششم اسفند ۱۳۶۲ مورد حمله ناجوانمردانه و اصابت گلوله‌های دشمن قرار گرفت که طی آن رییس و مدیر پرتلاش و جان برکف بیمارستان، دکتر محمدعلی رهنمون و مهدی خداپرست، به شرف شهادت نائل شدند. در این بیمارستان، در عملیات خیبر ۱۵۶۰۶ مجروح مورد مداوا و ۲۱۷ عمل جراحی انجام شد. در این عملیات نیروهای عراقی از سلاح‌های شیمیایی استفاده کردند. از این بیمارستان در عملیات بدر (۱۹ اسفند ۱۳۶۳) نیز استفاده شد و تقریباً به مدت دو سال، تا اوایل عملیات والفجر ۸، عملیاتی بود.

بیمارستان صحرائی امام رضا "ع"، نخستین سامانه با سازه بتونی در جنوب:

این بیمارستان، در منطقه جنوب و با موقعیت جغرافیایی و استحکامات بهتر نسبت به بیمارستان خاتم الانبیاء، ساخته شد. از کنار هم قرار گرفتن، قطعات پیش ساخته پالتی شکل، اولین بیمارستان از این نوع در سال ۱۳۶۳، به نام بیمارستان امام رضا "ع" در محور جزیره مجنون شروع به فعالیت نمود. (مشخصات آن شامل ۳۲۰۰ مترمربع زیربنا، ۱۴ تخت اورژانس، هفت تخت اتاق عمل و رادیولوژی و یک پد بالگرد و سایر تأسیسات جانبی بود). ساخت این بیمارستان بعد از عملیات خیبر و در اوایل سال ۱۳۶۳ شروع و پس از عملیات بدر به بهره‌برداری رسید و تا پایان جنگ فعالیت داشت. این بیمارستان نخستین بیمارستان بتونی در جنوب بود. در این بیمارستان، در عملیات بدر به ۱۱۹۳۰ مجروح خدمات درمانی ارائه و ۹۱ عمل جراحی انجام شد.

"بیمارستان صحرائی شهید بهشتی"

در عملیات بدر، بیمارستان فوق در شمال بیمارستان خاتم الانبیاء "ص" به طرف هویزه ساخته و مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

ساخت و بهره‌برداری از بیمارستان صحرائی علی ابن ابی طالب (ع) در عملیات کربلای ۴ و کربلای ۵:

بیمارستان صحرائی علی بن ابی طالب (ع)، یکی از شاهکارهای مهندسی جنگ سپاه بود؛ به نحوی که دشمن از وجود چنین بیمارستانی اطلاع نداشت. این بیمارستان در پاییز ۱۳۶۴، در منطقه مارد واقع در ۱۱ کیلومتری آبادان در مساحتی بالغ بر ۲۸۹۴ متر مربع بنا گردید. در عملیات کربلای ۵ تعداد ۲۳ پست امدادی، ۱۶ اورژانس عملیاتی، ۲ بیمارستان صحرائی (علی بن ابی طالب "ع" و امام حسین "ع") و ۱۹ نقاهتگاه شهری، مسئولیت درمان مصدومان را عهده‌دار بودند. در بیمارستان صحرائی علی بن ابی طالب (ع) در عملیات کربلای ۵ تعداد ۱۹۴۰ عمل جراحی در ۸ اتاق عمل انجام شد؛ این بیمارستان با ۲۰ تخت اورژانس، ۳۰ تخت ریکاوری، ۲ پد بالگرد، اورژانس شیمیایی با ۱۶ تخت آی سی یو، خدمات بی نظیری به مجروحان و مصدومان ارائه نمود.

بیمارستان صحرائی امام حسین (ع) با سازه بتونی در عملیات کربلای ۵ و والفجر ۸

یکی از مجهزترین بیمارستان‌های صحرائی و مجهز به تقریباً تمامی امکانات یک بیمارستان شهری بود که مصدومین شیمیایی را نیز پذیرش می‌کرد. این بیمارستان دارای رادیولوژی، بانک خون، ۸ اتاق عمل، ۲۵ تخت اورژانس برای مجروحین عادی و ۲۰ تخت اورژانس برای مصدومین شیمیایی، داروخانه، بخش ICU و آزمایشگاه بود. این بیمارستان از خرمشهر (محلّی که رودخانه کارون، آبادان را از خرمشهر جدا می‌کند)، تا زید و در صورت نیاز، حداکثر تا صحرائ کوشک، را پوشش می‌داد. در سال ۱۳۶۷ و پس از پذیرش قطعنامه ۵۹۸، در جریان هجوم مجدد ارتش عراق به جاده اهواز - خرمشهر و سواره حسینی، بیمارستان امام حسین (ع) در آستانه سقوط قرار گرفت. واحدهایی از سربازان دشمن وارد بیمارستان شدند و بخش‌هایی را تخریب و جمعی از پرسنل را به اسارت درآوردند، که آثار دو گلوله تانک، هنوز بر دیوار بیمارستان به جا مانده است. این بیمارستان که نقش بسیار مهمی را در مداوای مجروحین جنگی و خصوصاً مصدومین ناشی از بمباران شیمیایی دشمن ایفاء نمود، یکی از مستحکم‌ترین و مجهزترین بیمارستان‌های صحرائی در دفاع مقدس بوده و به‌عنوان نمادی از تلفیق دانش مهندسی و پزشکی نظامی تلقی می‌گردد. پس از بازسازی، هم‌اکنون تبدیل به موزه بهداری رزمی گردیده و محل یادمان تخصصی راهیان نور دانشجویان و اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی است.

بیمارستان صحرائی کولان

در ۲۰ تیر ۱۳۶۲ توسط ارتش جمهوری اسلامی ایران، در کنار ستاد عملیاتی در محدوده استقرار تیپ مستقل مریوان تأسیس و در عملیات والفجر ۴، توسعه و به صورت بیمارستان صحرائی از نوع سوله‌ای آماده خدمت‌رسانی شد و در ۲۷ مهر ۱۳۶۲ در عملیات والفجر خدمات ارزنده‌ای ارائه داد. مجروحین نیازمند به خدمات درمانی پیشرفته‌تر، از طریق زمینی یا به وسیله بالگرد به بیمارستان شهر مریوان یا بیمارستان الله‌اکبر، میان راهی سنندج یا بیمارستان منطقه‌ای ۵۲۴ سنندج، منتقل می‌شدند. این بیمارستان در ۵ اسفند ۱۳۶۶ با توجه به شرایط منطقه، از طرف بهداری نیروی زمینی به داروها و تجهیزات مقابله با حملات شیمیایی مجهز شد. تا پایان اسفند، ۱۷۲۰ رزمنده مجروح و ۱۸۶۰ مصدوم شیمیایی را مورد پذیرش قرار داد.

بیمارستان صحرائی مهران (کربلا)، در عملیات والفجر ۵:

این بیمارستان در سال ۱۳۶۳، توسط مهندسی رزمی سپاه، در ۱۵ کیلومتری مهران، "سه راه کانی سخت"، در مساحت ۹۰۵ متر مربع، با سازه سوله‌ای (قاب‌های ۵ ضلعی، دهانه ۳/۷۰ متر و قاب هلالی با دهانه ۴ متر) ساخته و با ۲ متر خاک استتار شد. و در والفجر ۵، پشتیبانی عملیات را برعهده داشت.

بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهرا (س) در عملیات والفجر ۸، تنها بیمارستانی که در طول تاریخ جنایات جنگی بمباران شیمیایی شد:

قبل از عملیات مهم والفجر ۸، در چوبیده در نزدیکی رودخانه بهمشیر ساخته و از استحکام و طراحی بهتری برخوردار و نقش حیاتی در درمان مجروحین عادی و شیمیایی عملیات فاو ایفاء کرد. ساختار بیمارستان بتونی و در برابر بمباران هوایی مقاوم و هدف چهار حمله عمده به شرح زیر قرار گرفت:

بمباران شیمیایی ۶۴/۱۱/۲۶: پنج یا ۶ نقطه از اطراف بیمارستان، در طول یک خط مستقیم با بمب‌های دودزا بمباران و به فاصله کمتر از یک دقیقه هواپیماها مجدداً ظاهر و اقدام به بمباران شیمیایی کردند علیرغم حرکت ابر شیمیایی به سمت بیمارستان، به دلیل باد ملایمی که می‌وزید خوشبختانه به کسی آسیبی نرسید.

بمباران شیمیایی ۶۴/۱۱/۲۸: این حمله به صورت بمباران جنگی و شیمیایی صورت گرفت و هیچ گونه تلفات جانی نداشت. جریان هوا بسیار کند بود و ابر شیمیایی به مدت پنج دقیقه در کنار بیمارستان مشاهده و به تدریج پخش و دور شد.

بمباران شدید انفجاری بیمارستان ۶۴/۱۱/۳۰: این بمباران با بمب‌های انفجاری بسیار قوی توسط دو فروند هواپیما انجام شد. در دو مسیر بمب‌ها را رها کردند. تعدادی از بمب‌ها به تأسیسات، وسایل نقلیه و مجاور برخی سنگرها و یکی از بمب‌ها مقابل مسجد اصابت و چند نفر در محوطه به شهادت رسیدند. بمب دیگری روی سقف بیمارستان منفجر شد. در آن زمان حدود ۱۰۰ نفر مجروح و پرسنل در اورژانس بودند، ولی خوشبختانه به هیچکس آسیب نرسید و عملیات پزشکی با عزم و اراده راسخ پرسنل شجاع و فداکار ادامه یافت. مجروحین بمباران نیز به همین بیمارستان منتقل و در اورژانس و اتاق‌های عمل مورد درمان‌های فوری قرار گرفتند.

بمباران تاریخی هشتم اسفندماه ۱۳۶۴ بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهرا (س)

سرانجام بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهرا (س) در اثر یک بمباران ناجوانمردانه شیمیایی برای مدتی از فعالیت باز ایستاد. حدود ساعت ۹:۳۰ صبح روز پنجشنبه، هشتم اسفندماه، بیش از ۱۰ فروند هواپیمای عراقی بیمارستان را بمباران کردند. این حمله ناجوانمردانه با بمباران تخریبی آغاز شد و با بمباران شیمیایی خاتمه یافت. شرایط بحرانی غیر قابل توصیفی بر

بیمارستان حاکم شد. جراحان و متخصصین بیهوشی و کادر اتاق عمل با شهامت بی‌نظیر اعمال جراحی مجروحین را ادامه دادند. به دلیل دوره کمون گاز خردل، اکثراً پرسنل مصدوم، در ساعات اولیه احساس ناراحتی نکردند، اما بیشتر آن‌ها تا بعد از ظهر دچار علائم بالینی شدند. خوشبختانه اورژانس شیمیایی مجاور بیمارستان آلوده نشده بود و همچنان به کار خود ادامه داد. در این بیمارستان به ۱۴۲۰۰ رزمنده مجروح خدمات درمانی ارائه و ۱۴۵۰ مورد عمل جراحی انجام شد.

بیمارستان صحرائی امام سجاد "ع" در منطقه فاو

این بیمارستان زیر زمینی بنا به ضرورت تاکتیکی جنگ در منطقه فاو داخل خاک عراق ساخته و شامل اورژانس با ۲۴ تخت، ۸ اتاق عمل، دو واحد رادیولوژی، دو واحد آزمایشگاه، و ۱۸ تخت ریکاوری و سایت مخصوص مصدومین شیمیایی، خارج از سایت بیمارستان اصلی واقع بود. این بیمارستان دو سال فعال بود و پس از عقب نشینی رزمندگان از آن منطقه بیمارستان با تجهیزات کامل به دست عراقی‌ها افتاد.

بیمارستان صحرائی زیرزمینی کلاشین (شهدای بدر)

در ۱۰ تیر ۱۳۶۴ توسط پشتیبانی منطقه ۴ به صورت سوله‌ای در حوالی اشنویه، مجاور مرز ایران و عراق ساخته شد. اعزام تیم‌های جراحی و بیهوشی و گروه پزشکی به صورت مأموریت توسط اداره بهداشتی نذا انجام می‌گرفت. در سال ۱۳۶۶ در عملیات نصر ۱، کربلای ۷، نصر ۲، نصر ۳، نصر ۵، نصر ۶، نصر ۸، و در ۱ آذر ۱۳۶۶ در عملیات نصر ۹ فعالیت چشمگیر داشت.

بیمارستان صحرائی امام حسن "ع"

در ۱۵ کیلومتری شهرستان بستان، در مسیر سوسنگرد و پس از پل سابله قرار دارد و در اواخر جنگ برای پوشش مجروحان نوار مرزی بستان و منطقه سوسنگرد ساخته شد. این بیمارستان که از کامل‌ترین بیمارستان‌های صحرائی و بسیار مستحکم است، به دلیل خاتمه جنگ تجهیز و عملیاتی نشد و هم اکنون مورد بازسازی و و بازدید کاروان‌های راهیان نور می‌باشد.

سایر بیمارستان‌های صحرائی با سازه‌های بتونی از سال ۱۳۶۴ تا پایان جنگ تحمیلی

در این بیمارستان‌ها علاوه بر استتار مطلوب و برخورداری از ایمنی بالا در حملات هوایی دشمن، فضاهای مناسب درمانی برای پذیرش، بستری و درمان مجروحین و امکانات رفاهی مورد نیاز برای استقرار و فعالیت کارکنان پیش بینی گردیده بود. از نظر ظرفیت‌های ارائه خدمات نیز، به تدریج ارتقاء یافتند.

۱۰- اورژانس‌های شیمیایی:

در طول سال‌های حماسه دفاع مقدس، دشمن بعثی ۲۴۲ حمله شیمیایی به کشورمان داشته است. نخستین مورد ثبت شده به دی‌ماه سال ۱۳۵۹ در منطقه غرب ایلام بر می‌گردد. علاوه بر استفاده از عوامل شیمیایی در صحنه نبرد، حمله شیمیایی به مناطق مسکونی نیز بارها انجام شد. گسترده‌ترین آن، حمله ددمنشانه به شهرستان سردشت بوده است که طی آن بیش از ۸ هزار نفر دچار مصدومیت شیمیایی گردیدند. در عملیات خیبر، اورژانس‌های شیمیایی به عنوان یکی از اجزاء و بخش‌های تحت مدیریت بیمارستان صحرائی، پیش بینی و ایجاد شد. اورژانس‌های شیمیایی در بیمارستان‌های صحرائی امام حسین (ع)، امام رضا (ع)، علی بن ابی طالب (ع) و فاطمه الزهرا (س) نقش بسیار برجسته‌ای را در درمان اولیه مصدومین شیمیایی در دوران دفاع مقدس ایفاء نمودند. محور اصلی فعالیت این اورژانس‌ها، پذیرش انبوه مصدومین شیمیایی، رفع آلودگی از آنان، درمان فوری از طریق تثبیت وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی و استفاده از آنتی‌دوت‌های اختصاصی بود. پس از رفع آلودگی و ثبات اولیه، مصدومین به نگاهتگاه‌های مصدومین شیمیایی منتقل می‌شدند.

۱۱- بالندگی بیمارستان‌های صحرایی در پرتو استمرار تجربه دفاع مقدس (سازه‌های جدید، کارکردها):

لیکن روح اصلی فعالیت این بیمارستان‌ها که مبتنی بر حضور داوطلبانه و ایثارگرانه کادر تخصصی و موجد خدمات اثر بخش و ماندگار در پاسخ به نیازهای جامعه است. در پرتو بهره‌مندی از تجارب ارزنده دفاع مقدس و انجام پژوهش‌های کاربردی توسط دانشمندان جوان، امروز نیروهای مسلح و صنایع کشور ما از پیشتازان صاحب سبک در طراحی و ساخت سامانه‌های نوین درمانی سیار و دارای ظرفیت صادراتی در عرصه بین‌المللی و از جمله برخوردار از فناوری‌های ارتباطی، امکان ارائه خدمات پزشکی از راه دور (تله‌مدیسین) هستند.

۱۲- بیمارستان‌های صحرایی در نبردهای اخیر و آینده:

سرعت تغییر در آرایش و صحنه درگیری در نبردهای جدید منطقه‌ای که حاصل طراحی استکبار جهانی علیه جبهه مقاومت است، در موضوع امداد و انتقال و درمان مجروحین، الزامات جدیدی را ایجاد می‌کند. بعضاً به‌کارگیری سامانه‌های متحرک درمانی نیز دچار نا امنی، محدودیت و دشواری می‌گردد. در طراحی بیمارستان‌های صحنه‌های نبرد برای آینده، بر اساس تجارب اخیر و گذشته ویژگی‌های زیر ملاحظه خواهد شد:

- دارای ظرفیت‌های تجمیعی جراحی و داخلی؛
- وسیع، انعطاف پذیر و چابک؛
- قابل بهره‌برداری در شرایط حمله (آفندی) و دفاع (پدافندی) و عادی (ثبات)؛
- قابل بهره‌برداری در شرایط غیرجنگی برای اهداف ترومای شهری؛
- و

توصیه‌های راهبردی برای آینده:

- ۱- احیاء، مرمت و بازسازی بیمارستان‌های صحرایی بازمانده از دوران دفاع مقدس؛
- ۲- ثبت علمی تجارب نرم‌افزاری و سخت‌افزاری سامانه‌های صحرایی دفاع مقدس و استفاده از آن برای نیازهای جاری و آتی؛
- ۳- آموزش تخصصی دانشجویان و حرفه‌مندان به‌منظور ایفای نقش در بحران؛
- ۴- برگزاری تمرینات مستمر و منطبق بر سناریوهای نزدیک به واقعیت؛
- ۵- بهره‌وری از فناوری‌های نوین و توجه خاص به شرایط محتمل ناشی از مواجهه با عوامل نامتعارف شیمیایی، میکروبی و هسته‌ای
- ۶- استفاده نظام‌مند از ظرفیت‌های موجود؛
- ۷- پیش‌بینی الزامات حقوقی و قانونی؛