جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

موسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

درسنامه

" آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس"

"ویژه دانشجویان علوم پزشکی"

جلد دوم

تدوین : مجموعه نویسندگان

چاپ اول:دهه مبارک فجر انقلاب اسلامی :1398

بسم الله الرحمن الرحیم

سرشناسه:
عنوان: درسنامه آشنائی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی-جلد دوم
پدید آورندگان: ابوالقاسم اباسهل-ابوالحسن احمدیانی- محمدعلی بینات- نرگس توانا- مریم حضرتی- سید مسعود خاتمی-علی خاجی- منوچهر دوائی - عباس ربانی- فاطمه رنجبر- سادات سیدباقر مداح –فرخ سعیدی- سیاوش صحت- محمدنقی طهماسبی –عباس عباس زاده- کاظم عباسیون- حسن عراقی زاده- جلیل عرب خردمند-ایرج فاضل- نصرالله فتحیان –عباس فروتن-ویدا کاظمی- زرین تاج کیهانی دوست - سعید لک-محمدعلی محققی-اسماعیل مطلق- ایرج میرزائی دیزگاه-احمدعلی نوربالا تفتی-فاطمه نوغانی
گردآوری و تنظیم: محمدعلی محققی
مشخصات ظاهری: 200 صفحه
شابک: .....
یادداشت: جلد دوم، چاپ اول، 1398
یادداشت: درسنامه حاضر به اهتمام نویسندگان تدوین و توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت منتشر شده است
موضوع: فرهنگ و معارف دفاع مقدس
موضوع: علوم پزشکی (سلامت)
شناسه افزوده: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی + مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت
رده بندی کنگره:
رده بندی دیویی:
شماره کتابشناسی ملی:

طراحی جلد: بشری محققی
گرافیک و صفحه آرائی:
دبیران اجرائی: فاطمه رنجبر-امیرمهدی طالب-ناصر نوروز زاده
همکاران معاونت آموزشی: دکتر حمید رنجبر-دکتر محمدحسین آیتی- دکتر فاطمه رنجبر-دکتر امیرمهدی طالب-
همکاران مؤسسه بهداری رزمی: احمد سلطانی نژاد- سردار ملا- دکتر نظام الدین
نوبت و تاریخ چاپ: اول-1398
شمارگان:
همه حقوق محفوظ است. نسخه برداری، ذخیره کامپیوتری، اقتباس کلی با اجازه ناشر و اقتباس جزئی در نقد و بررسی و اقتباس در گیومه و استناد در نوشتجات علمی با ذکر منبع مجاز است

حضرت آیت اللّه خامنه ای

مقام معظم رهبری

دفاع مقدس گنجینه‌ی عظیمی است که تا مدت های طولانی ملت ما می تواند از آن استفاده کند، آن را استخراج کند و مصرف کند و سرمایه‌گذاری کند

فهرست مطالب جلد دوم

فصل	عنوان	صفحه
کلیات	**پیش گفتار جلد دوم**	
	علائم اختصاری و تعاریف واژه های مورد استفاده در جلد دوم	
یازدهم	**تاریخچه و تحولات حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس**: سیر تطورات تیم های اضطراری جبهه ها	
دوازدهم	**بیمارستان های صحرائی و عملکرد آنها در دفاع مقدس**	
سیزدهم	**پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی**	
چهاردهم	**آشنایی با تهدیدات و جنگ های نوین هسته ای، شیمیائی، بیولوژیک و بیوتروریسم و مقابله با آنها**: معرفی جنگ شیمیائی دشمن متجاوز علیه رزمندگان و مناطق مسکونی، تجارب منحصر بفرد دفاع مقدس	
پانزدهم	**عوارض روانی ناشی از جنگ**	
شانزدهم	**پرستاری در دفاع مقدس:** معرفی خدمات ارزشمند و شایسته جامعه پرستاری کشور در جنگ تحمیلی، قبل و بعد از آن	
هفدهم	**نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس** و رسالت آینده ایشان در پیشرفت پایدار سلامت	
هجدهم	**مدل معتبر کنترل ترومای جنگی برای آینده، براساس تجارب دفاع مقدس و منابع معتبر علمی:** همگرائی ترومای جنگی-ترومای شهری، مدیریت بحران در بلایا و پدافند غیر عامل	
نونزدهم	**شکوفائی اخلاق پزشکی و معنویات، دستاورد متعالی حضور و خدمات جامعه پزشکی در دفاع مقدس**	
بیستم	**ادبیات مقاومت در نظام سلامت:** درس هائی برگرفته از دفاع مقدس: تعالی، مرجعیت و مقاومت	

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

پیش گفتار جلد دوم

فرهنگ و معارف دفاع مقدس، مجموعه ای از حقایق بازیافته و ذخایر فاخر و دستاوردهای گرانبار جبهه های نبرد حق علیه باطل است. این معارف ناب به رسم امانت از گنجینه خاطرات شاهدان و حاضران و صحنه گردانان دفاع مقدس به سینه های پاک و تشنه نسل های جوان و بعدی انقلاب منتقل می شود. در این تلاش مصاحبه تاریخ شفاهی و گردآوری خاطرات صحنه های خدمت، دستمایه اولیه ای بوده است که بعد از تطبیق با مدارک و اسناد بهداری رزم، به زیور طبع آراسته شده و با مراجعه به منابع علمی معتبر، در محک تحلیل و تفسیر قرار گرفته و در قالب درسنامه حاضر تدوین و به مشتاقان و جویندگان حقایق دفاع مقدس تقدیم شده است.

اگرچه دفاع مقدس در همه ارکان و شئون، مشحون از ارزش های متعالی، عبرت آموز، فرهنگ ساز، و افتخار آفرین بوده است، برای دانشجویان و دانش آموختگان حوزه سلامت، آشنائی با معارف بهداری رزم ترجیح داشته، از کارایی و کارامدی بیشتر برخوردار است. این درسنامه به همت والای "حوزه معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" و "مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت" و با اهتمام "مجموعه نویسندگان، پژوهشگران و ویراستاران" در بیست فصل و دوجلد تدوین شده است. جلد اول به کلیات و ده عنوان درسی مشروح زیر اختصاص داشته:

1. نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی، ضرورت آمادگی دائمی دفاعی حوزه سلامت
2. فرهنگ شهادت و ایثار، آشنایی با شهدا و ایثارگران جامعه پزشکی و معرفی آئین ملی شهید رهنمون
3. تاریخچه طب رزمی در دنیا و ایران و سیر تطورات تاریخی دفاع مقدس
4. بهداشت و پیشگیری از بیماریها در شرایط جنگ تحمیلی: درسهائی برای آینده
5. عوامل و مکانیسم ترومای جنگی: پرتابه‌ها و انفجارات
6. ترومای جنگی و تریاژ
7. امداد و انتقال مجروحین در دفاع مقدس
8. کمک‌های اولیه و احیاء مصدومین و مجروحین حوادث جنگی و غیر مترقبه،تجارب دفاع مقدس و توصیه‌های استاندارد جاری
9. پشتیبانی داروئی و تجهیزات پزشکی در بهداری رزمی واکاوی تجارب دفاع مقدس و درس هائی برای آینده
10. انتقال خون و فراورده های خونی در مجروحین حوادث جنگی و غیرمترقبه تجارب دفاع مقدس و توصیه های استاندارد جاری

جلد دوم نیز در بر گیرنده ده موضوع دیگر به شرح زیر است:

11. تاریخچه و تحولات حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس|: سیر تطورات تیم های اضطراری جبهه ها
12. بیمارستان های صحرائی و عملکرد آنها در دفاع مقدس
13. پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس
14. آشنائی با تهدیدات و جنگ های نوین هسته ای، میکربی، شیمیائی، بیولوژیک، و بیوتروریسم و مقابله با آنها-معرفی جنگ شیمیائی دشمن متجاوز علیه رزمندگان و مناطق مسکونی، تجارب منحصر بفرد دفاع مقدس
15. عوارض روانی ناشی از جنگ
16. پرستاری در جنگ تحمیلی: معرفی خدمات ارزشمند و شایسته جامعه پرستاری کشور در دفاع مقدس
17. نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس
18. مدل معتبر کنترل ترومای جنگی برای آینده، بر اساس تجارب دفاع مقدس و منابع معتبر علمی
19. شکوفائی اخلاق پزشکی و معنویات، دستاورد متعالی حضور و خدمات جامعه پزشکی در دفاع مقدس
20. نظام سلامت مقاومتی: دستاورد و ودیعه گرانبهای دفاع مقدس برای تمام ادوار و تاریخ آینده کشور

نویسندگان تلاش نموده اند تا با انتخاب و گردآوری مطالب مفید و مرتبط و مستند، قطعه ای درخشان از تاریخ خدمات و ایثارگری های جامعه سلامت را بازآفرینی و در اختیار سرمایه انسانی جوان و با انگیزه و با ارزش امروز و نسل های آینده قرار دهند. دریافت نظریات اصلاحی و تکمیل کننده جمیع صاحب نظران موجب امتنان است و بر غنای این مجموعه علمی و فرهنگی خواهد افزود.

علائم اختصاری و تعاریف واژه های مورد استفاده در جلد دوم	
کلمه یا علامت اختصاری	**کلمه /جمله/ گزاره کامل**
"ره" "ع" "عج" "ص"	رحمت الله علیه علیه السلام عجل الله تعالی فرجه الشریف صلی الله علیه و آله وسلّم
صص	صفحات
ارتش	ارتش جمهوری اسلامی ایران
آجا	ارتش جمهوری اسلامی ایران
جهاد	جهاد سازندگی
سپاه	سپاه پاسداران انقلاب اسلامی
ش م ر	شیمیائی میکربی رادیواکتیو
ش م ه	شیمیائی میکربی هسته ای
ارتش	ارتش جمهوری اسلامی ایران
صص	صفحه / صفحات
نزاجا	نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران

Glossary of Terms and Definitions	
ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment/Exposure
CCC	Combat Casualty Care
CSHs	Combat Support Hospitals
CT	Computed tomography
EMT	Emergency Medical Team
GCS	Glasgow coma scale
GT	Golden Time
ISS	The Injury Severity Score[1]
MRI	Magnetic resonance imaging
MASH	Mobile Army Surgical Hospital
NPT	Non-Proliferation of Nuclear Weapons
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

[1] A score ranging from 1, indicating minor injuries, to 75, indicating very severe injuries that are very likely to result in death

فصل 11

تاریخچه و تحولات حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس: سیر تطورات تیم های اضطراری جبهه ها

پدید آورندگان: دکتر عباس ربانی- دکتر محمد نقی طهماسبی- دکتر جلیل عرب خردمند

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی:

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

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با نیازهای فوری و غیرمترقبه درمانی در دوران جنگ تحمیلی و تحولات آن
- آشنائی با اهداف، فرهنگ و آداب "کار تیمی" در نظام سلامت و طب رزمی
- آشنائی با اهداف، روند تشکیل، نحوه عملکرد و سیر تکاملی تیم های اضطراری دفاع مقدس
- آشنائی بارویکردهای مسئولیت محوری، اخلاق مداری، ایثاروفداکاری والگوسازی درتیم های اضطراری
- آشنائی با شیوه مدیریت و راهبری تیم های اضطراری دفاع مقدس
- آشنائی با تجارب جدید "آمادگی و حضور اضطراری" و توصیه های استاندارد زمان حاضر
- کسب توانمندی عضویت و عملکرد در قالب تیم های اضطراری در شرایط جنگی، بلایا و حوادث غیر مترقبه
- کسب توانمندی مدیریت تیم های پزشکی در شرایط کاملاً بحرانی میدانی جنگ و خطوط مقدم و میادین امداد و درمان در بلایا

فهرست مطالب فصل یازدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3-روش تدوین
4-ادبیات نظری موضوع
بحران
تیم اضطراری
واکنش سریع
کار تیمی
مدیریت بحران
کاهش خطر بلا
مرگ قابل پیشگیری بعد از آسیب
تیم اورژانس پزشکی
5- تاریخچه، اهداف، سیر تکاملی و عملکرد تیمهای اضطراری جبهه ها
جهاد سازندگی و بحران های قبل و شروع جنگ تحمیلی
تشکیل بسیج مستضعفین و بسیج جامعه پزشکی و نقش آفرینی در امداد و درمان جبهه ها
روند اولیه شکل گیری تیم های اضطراری در روزها، هفته ها، ماه ها و سال اول جنگ تحمیلی
حضور فراگیر تیم های اضطراری در عملیات فتح المبین و عملیات آزادسازی خرمشهر (بیت المقدس)
عملکرد تیم های اضطراری در عملیات رمضان
روند تکامل تیم های اضطراری در سالهای بعدی تا پایان جنگ
6- فرهنگ مشارکت جامعه پزشکی در حوادث و بلایا
7- ابعاد و ارکان مشارکت حوزه سلامت در حوادث و بلایا
8-کار تیمی در سلامت و طب رزمی: اهداف، مفاهیم و آداب
9-حضور تأثیرگذار جامعه پزشکی در صحنه ها، چشمه ای از اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای
10- مناسب ترین ترکیب تیمهای اضطراری، برای مؤثرترین عملکرد، در دشوارترین و پیچیده ترین شرایط جنگی 11-عملکردهای متنوع تیم های اضطراری در دفاع مقدس : در شرایط اضطراری، آفندی، پدافندی، شرایط متفاوت (نظیردرمان مصدومین شیمیائی)
12- خاطراتی از حضور و خدمت در تیمهای اضطراری در جنگ تحمیلی
13-نقش مهندسی رزمی در صیانت از مجموعه عوامل انسانی بهداری رزمی: بمباران بیمارستان صحرایی در عملیات والفجر 8
14-تجارب و درس هائی از حوادث غیرمترقبه اخیر در ایران و حضور به هنگام و مؤثر جامعه پزشکی
15-نتیجه گیری
16- توصیه های راهبردی و کاربردی برای آینده
17-منابع
18-منابع بیشتر برای مطالعه

1- مقدمه و بیان مسئله

جامعه پزشکی و سلامت در تمام فراز و نشیب های انقلاب اسلامی در کنار مردم و در صف اول مبارزه حضور داشته است. **مجموعه** سرمایه انسانی سلامت در دوران جنگ تحمیلی با حضور همه جانبه، ارزش آفرین و افتخار آفرین، بزرگترین حماسه تاریخ خود را خلق نمود. تحلیل ریشه ها و ابعاد این حضور معنوی و عزت آفرین، پرده برداری از مفیدترین گنجینه های گرانبار تاریخ سلامت و راهیابی به معادن فضیلت و انسانیت در حرفه شریف طب و نظام مقدس سلامت است. در فرهنگ دفاع مقدس، واژه مأنوس " **تیمهای اضطراری جبهه ها**"، نماد حضور مسئولانه، داوطلبانه، جهادگرانه، ایثارگرانه، و بهنگام جامعه پزشکی و سلامت در دل صحنه های دفاع از عزت و شرافت و اقتدار ملت بزرگ و سلحشور ایران اسلامی است. این حضور حماسی حرفه ای، آموزش ها و مهارت های پزشکی را به شکل اعجاب برانگیزی ارتقاء بخشید و در حوزه هایی نظیر بیهوشی عمومی، جراحی، و مراقبت ویژه، گنجینه های بجای مانده، بی نظیر است و قابل عرضه به مجامع علمی کشور و جهان است. در این نوشتار با مرور اجمالی تاریخچه حضور وخدمات جامعه پزشکی دردفاع مقدس، تحلیلی درباره"**فرهنگ حضور اضطراری**"و روند شکل گیری، اهداف، خدمات و تجارب تیم های اضطراری، و پیام های آینده آن ارائه خواهد شد. ویژگی های ممتاز و الهام بخش تیم های اضطراری را می توان به شرح زیر خلاصه نمود:

- برخورداری از ایمان و انگیزه الهی،
- تلاش برای حصول سرآمدی علمی و مهارتی،
- التزام به اخلاق پزشکی و آداب حرفه ای،
- آمادگی دائمی برای حضور و نقش آفرینی به محض فراخوان،
- برخورداری از فرماندهی دانا و مدیر و مدبر،
- التزام به نظم و انضباط،
- سرعت عمل و قدرت مانور برای حضور فوری در صحنه های رزمی،
- برخورداری از سازمان لازم برای مداخله در بحران ها،
- مرور تجارب قبلی و عبرت آموزی از آنها،
- رعایت آداب و اصول کار تیمی،
- روحیه فداکاری-ایثارگری-جوانمردی و نستوهی
- خستگی ناپذیری و مقاومت در برابر سختی ها و فراز و نشیب ها
- التزام به انتقال تجربه به سایر همکاران بویژه دانشجویان و جوانان
- التزام به هماهنگی با مسئولین بهداری رزمی
- حفظ اسرار و اطلاعات

2- کلمات کلیدی

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

Key words

War, Team, Emergency Squad, (Prompt) Disaster response, Teamwork, Value, Crisis, Disaster, Disaster management

3- روش تدوین

برای تدوین این فصل از درسنامه، از شیوه های مصاحبه تاریخ شفاهی، بحث متمرکز گروهی[1] و مطالعه کتابخانه ای استفاده شده است. در مرحله مطالعه کتابخانه ای از کدواژه های مطالعه برای دریافت منابع معتبر استفاده شده و انطباق نتایج مصاحبه ها و بحث های متمرکز، با منابع موجود احراز گردیده.

4- ادبیات علمی موضوع

بحران[2]

بحران در فرهنگ فارسی عمید آشفتگی، آشوب، تشنج، تلاطم، تنش، ناآرامی، خطر و مخاطره معنی شده است. تعریف مفهومی آن "حادثه ای است که به طور طبیعی، یا توسط بشر به طور ناگهانی، یا به صورت فزاینده، به وجود می آید و سختی و مشقتی به جامعه انسانی به گونه ای تحمیل نماید که جهت بر طرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد" (1). **بعضی واژگان مرتبط با بحران عبارتند از:** بلا (Disaster) ، فاجعه(Catastrophe) ، مصیبت(Calamity) ، هرج و مرج (Chaos) ، شرایط اضطراری (Emergency state) ، حادثه(Accident) ، خطر(Hazard) ، خطرپذیری(Risk) و واقعه (Incident) .

تیم اضطراری

واژه مأنوس شکل گرفته در دوران دفاع مقدس: تیم حرفه ای داوطلب، آموزش دیده، رهبری شده[3]، و هماهنگ واکنش سریع، متشکل از پزشکان عمومی و متخصص، پرستاران و سایر اعضای حرفه ای، که **پس از فراخوان** در کوتاه ترین زمان ممکن در اورژانس ها و بیمارستانهای صحرائی دفاع مقدس حاضر شده، عملیات درمانی تخصصی فوری مصدومین و مجروحین عملیات رزمی را ، بر اساس تجارب و شواهد روزآمد علمی، انجام می دادند[4]

واکنش سریع[5]

مدیریت سازماندهی شده حوادث و سوانح در زمان طلائی[6] به منظور عملکرد سریع و به حداقل رساندن میزان تلفات و کاهش آسیب ها (2)

کار تیمی[7]

فعالیت مشارکت آمیز حرفه ای در حوزه سلامت، با **ویژگی های** تخصصی چند وجهی[8]، مدیریت شده، اطلاع رسانی بهنگام و مؤثر، هماهنگ، رهبری شده، و برنامه ریزی شده، و **رویکرد های** هدفمندی، اخلاق محوری، ارزش محوری، ترجیح منافع عمومی بر مصالح فردی، مسئولیت پذیری و پاسخگوئی[9]

---

[1] Focus group discussion
[2] Disaster
[3] Leadership oriented

[4] تعریف پیشنهادی نویسندگان

[5] Quick reaction
[6] Golden time
[7] Team work
[8] Multidiscipline

[9] تعریف پیشنهادی نویسندگان

مدیریت بحران[10]

" مجموعهٔ فعالیت های اجرایی و تصمیم گیری های مدیریتی و سیاسی وابسته به مراحل مختلف و همهٔ سطوح بحران، در جهت نجات، کاهش ضایعات و خسارات، جلوگیری از وقفهٔ زندگی، تولید و خدمات، حفظ ارتباطات، حفظ محیط زیست و سرانجام ترمیم و بازسازی خرابی ها. اهداف آن عبارتند از:

- رفع شرایط بحرانی و اضطرار؛
- بازگرداندن سریع جامعه به حالت عادی؛
- کاهش آسیب های ناشی از بحران چه جانی و چه مالی؛
- کاهش اثرهای بحران در جامعه و مقابله با آن با کمترین هزینه ها؛
- ایجاد آمادگی در جامعه برای مقابله با بحران؛
- بازسازی مناطق بحرانی ازلحاظ فیزیکی و روانی و فرهنگی؛
- ایجاد تمرین و آموزش و مانورها در مناطق جهت آمادگی برای مقابله با بحران برای مدیران و مردم..." (3).

کاهش خطر بلا[11] (کاهش بلا):

اقداماتی است که امکان کاهش آسیب پذیری و خطر بلا، برای پیشگیری یا محدود کردن اثرات ناگوار مخاطره ها، در بستر توسعه پایدار یک جامعه را فراهم می کند. **سیکل مدیریت خطر بلایا** عبارت است از چهار مرحله اصلی (کاهش آسیب[12]، آمادگی، پاسخ/ امداد، بازیابی) (4). این اقدامات شامل مواردی همچون کاهش مواجهه با تهدیدات، کاهش آسیب‌پذیری ، مدیریت هوشمندانه و آمادگی بهینه در برابر وقایع آسیب‌زا می‌شود.

مرگ قابل پیشگیری بعد از آسیب[13]:

مجروحینی که صرفنظر از ملاحظات نظامی، لجستیکی، یا محیطی، با دریافت مراقبت های مناسب و بهنگام پزشکی، زندگیشان قابل نجات است (5)

تیم اورژانس پزشکی[14] (EMT)

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت(6) یک گروه از شاغلین حرف سلامتی (دکترها، پرستارها، پیراپزشکان[15]و...) که بیماران درگیر در فوریت ها یا بلایا را درمان می کنند. اعضای تیم از مؤسسات دولتی، غیر دولتی، نظامی، و نیز مؤسسات بین المللی نظیر هلال احمر و صلیب سرخ بین المللی، تشکیل می شوند. آنهامطابق طبقه بندی ها و استانداردهای حداقلی سازمان جهانی بهداشت و شرکاء[16]کار می کنند. آنها طوری آموزش دیده اند که خودکفا باشند و برای سیستم ملی سربار نباشند. تاریخچه این تیم ها طولانی است و در حوادثی نظیر زلزله هائیتی، سونامی اقیانوس هند و سیل پاکستان وارد عمل شده و خدمت کرده اند. تمرکز EMTs روی تروما و جراحی بوده است، اما تجربه Ebola ، که طی آن 58 تیم وارد عمل شدند، نشان داده است که این تیم ها در سایر اشکال فوریت نیز کارائی دارند. اقتضائات و ماهیت فوریت های زمان حاضر ایجاب می کند که EMTs توانمندی مراقبت در همه گیری های وبا، شیگلا، Ebola و حمایت و امدادرسانی به جمعیت های گرفتار در سیل، زلزله، جنگ، و بحران هائی نظیر قحطی و خشکسالی داشته باشند (6).

---

[10] Disaster management
[11] Disaster risk reduction
[12] Risk reduction / Preparedness / Response / Repair
[13] Preventable deaths after injury
[14] Emergency Medical Team (EMT)
[15] Paramedics
[16] Minimum standards set by WHO and its partners

5- تاریخچه، اهداف، سیر تکاملی و عملکرد تیمهای اضطراری جبهه ها

جهاد سازندگی و بحران های قبل و شروع جنگ تحمیلی

جهاد سازندگی، نهادی انقلابی درایران است که به دستور امام خمینی "ره" بنیانگذار جمهوری اسلامی ایران در تاریخ 27 خرداد 1358تشکیل شد. ضرورت تشکیل این نهاد آبادانی روستاها و سرعت‌بخشی به سازندگی کشور پس از پیروزی انقلاب اسلامی می باشد[۱۷]. تشکیل این نهاد با موجی از استقبال گسترده همه اقشار ملت، از جمله جامعه پزشکی همراه بود. طیف وسیعی از دانشجویان، پزشکان، پرستاران، و سایر شاغلین و فعالان بخش سلامت در صدر اول انقلاب، در قالب تیم های جهاد سازندگی، خدمات گسترده خود را در مناطق محروم و دورافتاده و مناطق کمتر برخوردار کشور انجام می دادند. این حضور در حوادث و بلایائی مانند سیل فراگیر بهمن 1358 خوزستان بسیار چشمگیر و تأثیرگذار بود. این فعالیت های خوب و زیبای حرفه ای که عمدتاً رویکرد پیشگیرانه و بهداشتی داشت، دستاوردهای مبارکی را فراهم ساخت. یکی از آنها آمادگی برای مشارکت در حوادث و بلایا بود. با شروع جنگ تحمیلی، اولین تلاش های امدادگرانه و اورژانس توسط پرسنل بومی و ساختار سازمانی وقت بهداری منطقه ای و ساختار موجود جهاد سازندگی در مناطق مورد تهاجم در جنوب و غرب کشور، ارائه شد. اولین اعزام تیم های پزشکی و امدادی به مناطق جنگی توسط واحدهایی از جهاد سازندگی استانهای مجاور و سپس استانهای بزرگ و تهران صورت پذیرفت. هسته های اولیه امداد و اورژانس از بافت بومی بهداری منطقه ای و بافت داوطلبانه جهاد سازندگی برخوردار بودند.

2تشکیل بسیج مستضعفین و بسیج جامعه پزشکی و نقش آفرینی در امداد و درمان جبهه ها

بسیج مستضعفین با فرمان امام خمینی "ره" در ۵ آذر ۱۳۵۸ تشکیل و پس از تصویب مجلس شورای اسلامی در دی ۱۳۵۹ به صورت قانونی رسمیت پیدا کرد. یکی از تشکل های این سازمان، بسیج جامعه پزشکی است. تاریخچه بسیج جامعه پزشکی به حضور حماسی و مخلصانه پزشکان و پرستاران فداکار و بسیجی در دفاع مقدس بر می گردد. در این تجربه تاریخی و پر افتخار ملی بیش از 80 هزار نفر از امدادگران تلاشگر و ایثارگر و گمنام و پزشک و متخصص بهداشت و پرستار و سایر رده های نیروی انسانی سلامت از سراسر میهن اسلامی در جبهه های نبرد دفاع مقدس حضور مستمر داشته و صدها شهید و جانباز تقدیم نظام مقدس اسلامی و ملت بزرگ و سلحشور ایران نمودند[۱۸].

روند اولیه شکل گیری تیم های اضطراری در روزها، هفته ها، ماه ها و سال اول جنگ تحمیلی

*صحنه گردانان در روزهای خون و آتش:

در **روزهای اول جنگ** تحمیلی شرایط کاملا بحرانی برقرار و ساختار عادی بهداشت و درمان در مناطق و شهرهای جنگی از رده خارج، بعضاً منهدم وبعضاً تعطیل شده بود.هیچ گونه برنامه ای برای امداد رسانی و درمان مجروحین که بسیار زیاد هم بودند، وجود نداشت. همه خدمات بصورت خودجوش و مردمی و یا توسط کادر بهداشتی بومی با حداقل امکانات انجام می شد. این روند در هفته های بعد نیز با گسترش دامنه جنگ و حملات ناجوانمردانه و بی امان دشمن به مناطق مسکونی شهرها و روستاهای جنگ زده تشدید و وخیم تر شد. مشکل خدمت رسانی به صدها هزار آواره و پناهجوی جنگی مزید بر علت بود. پناهجویان در آن شرایط بشدت آسیب پذیر بودند و خطر تلفات و فاجعه انسانی وسیع بشدت تهدید کننده بود. اولین فعالیت های سازماندهی نیروهای بهداشت و درمان بصورت غیر ساختارمند و داوطلبانه و مردمی صورت گرفت. با مهار اولیه دشمن فرصت ساماندهی خدما ت بهداشت و درمان فراهم شد.

علاوه بر ساختار پایه قبلی (سازمان های منطقه ای بهداشت و درمان)، نیروهای داوطلب مردمی، صحنه گردانان بعدی مدیریت بحران بهداشت و درمان ماه های اول جنگ تحمیلی، بهداری رزمی ارتش، جهاد سازندگی، هلال احمر، سازمان انتقال خون بودند.

---

[17] جهاد سازندگی، ویکی فقه، دانشنامه حوزوی، http://www.wikifeqh.ir

[18] فرهنگستان علوم پزشکی: لزوم احیاء و اعتلای فرهنگ تیم های اضطراری دوران دفاع مقدس. ماهنامه خبری داخلی، شماره 23، شهریور 1395

سازمان های منطقه ای بهداشت و درمان استان های جنگ زده ضمن آشنایی دقیق با وضعیت جغرافیایی و آب و هوایی منطقه، نیروهای ورزیده بومی و امکانات بسیار خوبی را در اختیار داشتند. در خوزستان تجربه سیل فراگیر و مخرب بهمن ماه 1358، موجبات آمادگی و تدارکات فراوانی را فراهم ساخته بود که در دوره اولیه بسیار بحرانی جنگ بسیار راهگشا بود. در سازمان های منطقه ای بهداشت و درمان استانهای مجاور نیز، همانند حادثه سیل خدمات ارزنده ای ارائه نمودند.

رئوس تحولات سرنوشت ساز بهداشت و درمان و بهداری رزمی در یک سال اول جنگ تحمیلی:

- ساختار موجود و کمابیش فعال ستاد منطقه ای بهداشت و درمان، اعم از مراکز بهداشتی روستائی و درمانگاه ها و بیمارستانهای تابعه، نخستین پناه مصدومین و مجروحین جنگی در روزهای نخست جنگ بودند. به علت منهدم شدن، یا نا امن شدن بسیاری از این مراکز، عملاً مردم جنگ زده رأساً خدمات اولیه را انجام می دادند.
- نیروهای داوطلب توسط جهاد سازندگی و هلال احمر بسرعت اولین تیم های پزشکی و امدادی را روانه مناطق جنگ زده نمودند. کار سازمان دهی این نیروهای اعزامی عمدتاً بصورت خودجوش و مردمی انجام شد.
- درمانگاه بهداری جنگی ابتکاری در سرپل ذهاب با تدبیر مردم و بهداری منطقه و به مدیریت شهید نجمی (که پس از شهادت در همان روزهای نخست نامش زینت بخش درمانگاه شد) دایر و همزمان به مجروحین و مردم بومی منطقه ارائه خدمت می داد. این درمانگاه به سرپرستی سرکار خانم دکتر کیهانی دوست و همسرشان آقای تهرانی و با مشارکت نیروهای داوطلب اعزامی بسرعت تبدیل به پایگاه مهمی در غرب کشور شد. این مدل در استان های خوزستان، کرمانشاه، آذربایجان غربی و ایلام به اشکال مشابه دیگر تکرار شد. در این مراکز مردمی هسته های اولیه تیم های اضطراری جبهه ها شکل گرفت و روند تکاملی خود را طی نمود. در عملیات محدود آفندی این مراکز نقش آفرینی کردند
- تشکیل ستاد امداد و درمان در استانهای مناطق جنگی (یک ستاد هماهنگی میان سپاه ، ارتش، جهاد سازندگی، شبکه بهداشت و درمان و هلال احمر استان)
- تشکیل ستادهای پشتیبانی امداد و درمان‌ها در مراکز سایر استان‌های کشور
- تأسیس ستاد مرکزی امداد و درمان در تهران (جهت هماهنگی بین ستادهای مختلف استان‌های جنگی و سایر استان ها)
- کار تشکیل بهداری رزمی منسجم و به شکل مستقل از زمان عملیات طریق‌القدس شروع شد.
- اولین بیمارستان صحرائی بصورت کانکس و چادر در منطقه سوسنگرد توسط بهداری رزمی سپاه در سال 1360 ساخته و در عملیات طریق‌القدس بکار گرفته شد (7)

حضور فراگیر تیم های اضطراری در عملیات فتح المبین و عملیات آزادسازی خرمشهر (بیت المقدس)

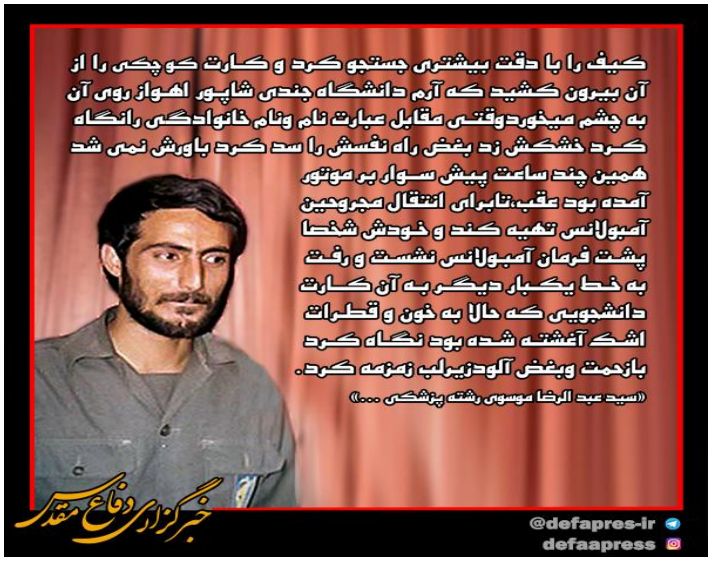
در فاصله 18 ماه از شروع جنگ تحمیلی، تیم های اضطراری در دانشگاههای بزرگ شکل گرفته بود. در هر تیم متخصصین و دستیاران جراحی و بیهوشی عمومی و ارتوپدی و بعضاً سایر رشته های مرتبط با تروما عضویت داشتند. سایر اعضاء عبارت بودند از پرستاران، پرسنل آزمایشگاه و انتقال خون و رادیولوژی، تکنیسین های هوشبری و اتاق عمل و افرادی که در مسئولیت های مدیریتی نقش ایفا می کردند. تجارب قبلی بمنزله آموزش و آمادگی بود. با فراخوان این تیم ها در عملیات فتح المبین (فروردین 1361)، جمع بزرگی به خوزستان و مناطق عملیاتی این رزم بزرگ حضور یافتند. تجارب و خدمات پزشکی و امدادی فتح المبین بسیار عظیم بود. به فاصله کوتاهی از فتح المبین عملیات بیت المقدس با هدف آزادسازی خرمشهر شروع شد. "در عملیات فتح‌المبین دو بیمارستان صحرایی با امکانات کانکس‌های بهداری ارتش و مدیریت بهداری سپاه احداث شد. در سطح تیپ‌ها هم با پیش‌بینی یک اورژانس صحرایی بر اساس خط مقدم تعیین‌شدهٔ عملیاتی، تعداد ده تخت اورژانس برپا شده بود. در این عملیات برای نخستین‌بار، یک زنجیرهٔ انتقال مجروحان ترسیم و رانندگان آمبولانس‌ها به مسیرها توجیه شدند و تخلیه به بیمارستان صحرایی در عملیات آغاز شد. بر این اساس، سی‌درصد از عمل‌های جراحی در بیمارستان‌های صحراییِ شهید کلانتری اندیمشک و

پایگاه هوایی وحدت دزفول، و بقیه در بیمارستان‌های اهواز و دزفول انجام گرفت (8)" تیم های اضطراری بین مجموعه این مراکز توزیع و با حداکثر ظرفیت خدمت نمودند.

در عملیات بیت‌المقدس منطقه وسیعی شامل خرمشهر، نوار مرزی شلمچه، هویزه و پادگان حمید، در منطقه غرب کارون در دستور آزادسازی قرار گرفت. این عملیات که از نیمه شب دهم اردیبهشت سال 1361 آغاز شد، طی 3 مرحله در سوم خردادماه همان سال با فتح و آزادسازی خرمشهر به انجام رسید. تیم های اضطراری با همه توان و استعداد و برگیری از همه تجارب قبلی، در همه مراحل حضور داشتند و نقش آفرینی حیات بخش آنها، حلاوت پیروزی را مضاعف نمود.

یک رخداد تلخ در بحبوحه رزم پیروز خرمشهر به نقل یک دوست[۱۹]

"....خدمت در اورژانس‌های خطوط مقدم، وصف‌ناپذیر است. مشاهده زخم‌ها و جراحات رزمندگان، جوانان مخلص و قهرمان، بندگان خالص باری‌تعالی، فرزندان غیور ملت ایران، جانکاه و بسیار غم‌انگیز بود. از طرفی مارش پیروزی لشکر اسلام و اخبار شکست و متلاشی شدن دشمن دون، روحیه آزادگی و احساس بزرگ وصف‌ناپذیری ایجاد می‌کرد. خدمات حیاتی در این بحبوحه آتش و خون توصیف نکردنی است. .... برخی از دوستان ما، دکتر سادات و دکتر ربانی در مرحله دوم در قسمت‌های میانی جبهه فعالیت داشتند. بعدازظهر 17 اردیبهشت، رزمنده مجروحی را باحال بسیار وخیم به اورژانس منتقل می‌کنند. این دوستان مراحل احیاء را شروع می‌کنند و خیلی زود درمی یابند که روح بلند این فرمانده سلحشور در همان میدان نبرد از جسم رنجورش مفارقت و به ملاء اعلی پرواز کرده است. دوستانی که سرگرم عملیات احیاء بوده اند، متوجه می شوند، سیمای نورانی شهید بسیار آشنا است. در نهایت همراهان مجروح به دکتر ربانی می گویند که ایشان فرمانده سلحشور سپاه خرمشهر «شهید دکتر سید عبدالرضا موسوی» است. راوی با اشاره به نحوه شهادت شهید دکتر موسوی گفت: ایشان با موتورسیکلتی در حال سرکشی به نیروهایش در خطوط مقدم بود که مورد حمله یک فروند هلی‌کوپتر دشمن قرار گرفت و متأسفانه وقتی به اورژانس منتقل شد، جان به جان‌آفرین تسلیم و به درجه رفیع شهادت نائل شده بود. دکتر ربانی و سادات متوجه شدند که ایشان از دوستان قدیمی و هم دوره دانشجوئی آنها در دانشکده پزشکی سید عبدالرضا موسوی بوده است..... " (تصویر 1 تمثالی از شهید)



تصویر 1: تمثالی از شهید دکتر سیدعبدالرضا موسوی. فرمانده شهید سپاه خرمشهر

[19] **محققی-محمدعلی: فتح خرمشهر، یک صحنه وفاق و اتحاد کامل ملی**. مصاحبه تاریخ شفاهی بمناسبت سالروز آزادسازی خرمشهر، روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران، وبدا، http://behdasht.gov.ir

عملکرد تیم های اضطراری در عملیات رمضان

این عملیات در تاریخ بیست دوم تیر ماه تا هفتم مرداد ماه ۱۳۶۱ و در پنج مرحله و در محور شرق بصره به صورت گسترده با فرماندهی مشترک سپاه و ارتش انجام شد. این عملیات نخستین عملیات نظامی ایران پس از آزادسازی خرمشهر در سوم خردادماه ۱۳۶۱ می‌باشد. همچنین این عملیات یکی از بزرگترین عملیات‌های زرهی نظامی زمینی پس از جنگ جهانی دوم به‌شمار می‌رود. درگیریها بسیار شدید و شمار مجروحین بیش از حد پیش بینی شده و شدت جراحات نیز بسیار زیاد بود. یکی از دشوارترین و غم انگیز ترین تجارب تیم های اضطراری در این عملیات بدست آمد.

خاطراتی از یک تیم اضطراری عملیات رمضان[۲۰]:

..... در عملیات رمضان وقتی به منطقه رسیدیم هیچ چیز نبود خاک بود و بیابان و خاکریزی کم ارتفاع و طولانی که برای برپایی اورژانس انتخاب شده بود. منطقه زیر آتش شدید دشمن قرار داشت .... باور کنید طی 48 ساعت از کف بیابان یک بهداری بیرون آمد، از سازه های فلزی پیش ساخته استفاده شد. سازندگان افرادی بودند که با دل و جان کار می کردند شبانه روز بی وقفه تلاش می کردند همان جا که هیچ نبود در 48 ساعت، شاید بیش از هزار مجروح را درمان کردیم، مجروحینی که جراحات بسیاری از آنها بسیار وخیم بود. اتفاقا در همان عملیات صحنه ای از مجروح رزمنده ای به یاد دارم که وقتی با برانکارد به اورژانس منتقل شد حالش خیلی بد بود. هوا بسیار گرم و سوزان بود، آن برادر مجروح هم خسته و مجروح و تشنه در بین انبوه مجروحان... دزهیدراته کف زمین روی برانکارد قرار داشت. در نزدیکی مجروح مشک و مخزن آبی در بالا قرار داشت. همه با لیوان آب می نوشیدند. آبی که چکه می کرد در تشتی که روی زمین قرار داشت سرریز می شد. آن مجروح تشنه همانطور که روی برانکارد خوابیده بود یک لحظه خود را نزدیک آب دید، نا خودآگاه و بی اختیار سرش را داخل تشت آب کرد آنقدر تشنه بود که رعایت مسائل بهداشتی برایش مفهوم نبود ..... دو دقیقه سرش را بیرون نیاورید ..... [17]

روند تکامل تیم های اضطراری در سالهای بعدی تا پایان جنگ

عملیات محرم در تاریخ 10 آبان 1361 در جنوب شرقی دهلران و غرب عین خوش انجام شد. در تپه های کنار پادگان عین خوش، یک بیمارستان صحرائی پیش ساخته (کانکس) برپا شده بود. تیم اضطراری ساعاتی قبل از عملیات مستقر شده بود. در این عملیات در بیمارستان صحرائی عین خوش 3066 مجروح درمانهای اولیه دریافت نمودند و 48 عمل جراحی انجام شد(9). در سال 62 و 63 تحولاتی در جبهه ها روی داد که بهداری رزمی هماهنگ با آنها از انسجام، قدرت مانور، کمیت و کیفیت بالاتری برخوردار شد. در سلسله عملیات والفجر حضور تیم های اضطراری از سرعت، دقت، ترکیب و عملکرد مناسب تری برخوردار شد. بزرگ ترین تجربه بهداری رزمی، در سال 1362، ساخت و تجهیز بیمارستان صحرائی خاتم الانبیاء در منطقه عمومی جفیر، سه راه فتح بود. در تمام مدت فعالیت بیمارستان تیم های اضطراری با نظم و برنامه ریزی فوق العاده خدمت نمودند. بیش از 15000 مجروح در این بیمارستان مداوا شدند و 217 عمل جراحی انجام شد. در بمباران این بیمارستان در بامداد ششم اسفند 1362، رئیس و مدیر بیمارستان به شهادت رسیدند(شهید محمدعلی رهنمون و شهید مهدی خداپرست) و جمعی از پزشکان و پرسنل مجروح شدند (9).

اوج حضور و نقش آفرینی تیم های اضطراری در عملیات والفجر 8 بوده است. این عملیات بزرگ در 20 بهمن 1364 در منطقه فاو اجرا شد. در این عملیات بیمارستان صحرائی فاطمه زهرا "س" که بتونی و بسیار مستحکم بود مورد استفاده قرار گرفت. این بیمارستان چندین نوبت در حال انجام وظیفه مورد بمباران هوائی و سرانجام مورد حمله شیمیائی ناجوانمردانه دشمن قرار گرفت. تیم های اضطراری و کادر بیمارستان در تمام شرایط مخاطره آمیز به وظایف خود ادامه دادند و صحنه فراموش نشدنی از اوج ایثار و خدمت را در تاریخ پزشکی کشور ثبت نمودند.

[20] مصاحبه تاریخ شفاهی به نقل از دکتر عباس ربانی

اوج تکامل تیم های اضطراری سال 1365 بوده است. بعد از آن نیز طیف پوشش عملیات و سازماندهی این تیمها کامل و در عالیترین شرایط قرار داشته و تا پایان جنگ نیز ادامه داشته است (10). در آزادسازی مهران در تیرماه 1365،در بیمارستان های صحرائی امیرالمؤمنین و مهران بیش از 10000 مجروح مداوا و بیش از 600 عمل جراحی انجام شد.

6- فرهنگ مشارکت جامعه پزشکی در حوادث و بلایا

جامعه سلامت در همه حوادث دوران معاصر، از قیام مردم تا پیروزی انقلاب و جمیع حوادث دوران انقلاب تا به امروز، همراه، همیار، همراز، هم رزم ، معین و پشتوانه سلامت مردم بوده است. هماهنگ با تشکیل ساختارهای انقلابی **"جهاد سازندگی"** و **" بسیج مستضعفان"** ، حضور نظام مند جامعه پزشکی نیز شکل و آهنگ کامل تر و منسجمی پیدا نمود. شاخه پزشکی جهاد سازندگی و بسیج جامعه پزشکی، از کامل ترین ابعاد این تشکل های انقلابی بوده، در تمام دوران چهل ساله انقلاب، جامع ترین خدمات را به ملت بزرگ ایران ارائه نموده اند. در دوران جنگ تحمیلی، تیم های اضطراری دفاع مقدس، با ابتکار فعالان بسیج جامعه پزشکی و بهداری رزمی، و بر اساس دستمایه های جهاد سازندگی، پایه گذاری و با استقبال داوطلبانه طیف وسیعی از پزشکان و متخصصان و پرستاران و سایر کادر سلامت مواجه شد. در نگاه اجمالی، این تشکل مفید و خدمتگزار ریشه در جایگاه ارزشی و فرهنگ دینی و ملی حرفه مقدس طب دارد. در فرهنگ اسلامی، حرفه مقدس طب واجب کفائی است و نجات جان انسانها واجد ارزش و عظمتی والا و بی نظیر است. در این مکتب حیات بخش احیاء نفس یک انسان معادل احیاء نفوس همه انسانها ارزش گذاری شده است[۲۱].

7- ابعاد و ارکان مشارکت حوزه سلامت در حوادث و بلایا

حوزه مدیریت بحران[۲۲] یک رشته پیشرفته علمی و در مجموعه مدیریت استراتژیک قرار دارد. در این حوزه با استفاده از دانش، تجارب، ابتکارات، تمرین های آمادگی، مطالعات و تحقیقات، به شکلی عملیاتی و پویا با حوادث غیر مترقبه[۲۳] مقابله می شود. حوادث غیر مترقبه، اعم از طبیعی و یا به دست بشر، پدیده هائی اجتناب ناپذیر هستند که وقوع آنها در آینده و شرایط جاری حتمی است. این حوادث سلامت جامعه و آحاد آن را تهدید می کنند. پیشگیری، حفظ آمادگی برای مقابله و کنترل این حوادث مرهون تلاش های علمی، هماهنگ، جامع و میان بخشی همه سازمانها و ساختارهای مرتبط در جامعه است. نظام سلامت نقش کلیدی و محوری دارد. ابعاد این مشارکت به شرح زیر خلاصه شده است:

1. ارزیابی مخاطرات تهدید کننده اعم از حوادث و بلایای طبیعی یا تهدیدات انسان محور: چالش ها و راهکارهای هر کدام
2. آشنائی با مدل های معتبر علمی کنترل بحران، مدل سازی، مرور و درس گرفتن از تجارب قبلی
3. آینده پژوهی، دانش و فناوری های نوین در شناخت حوادث غیر مترقبه و پیش بینی مخاطرات بالقوه
4. راهبرد آموزش در مدیریت بحران برای کاهش خطر، حضور مؤثر در خدمات کنترل بحران، و آشنائی با الگوهای آموزشی مؤثر در کنترل حوادث و بلایا
5. آشنائی با نقش زنجیره فرماندهی و هماهنگی درحوادث و بلایا
6. نقش مشارکت اجتماعی در پیشگیری و کاهش خطر درحوادث و بلایا
7. تاب آوری، مقاومت، و توسعه پایدار
8. آشنائی با موازین و اصول پدافند غیرعامل
9. اخلاق، حرفه ای گری، عدالت و تعهد در حوادث و بلایا

---

[21] **وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا**: قرآن مجید، سوره مبارکه مائده، آیه 32

[22] Disaster management

[23] Disasters

10. اقدامات بشر دوستانه بین المللی در حوادث و بلایا
11. سلامت روانی اجتماعی در حوادث و بلایا
12. شناخت خطرات و مداخلات خاص درمانی در بلایا
13. درس آموخته ها و عبرت های حوادث و بلایای طبیعی قبلی در ایران
14. درس های بزرگ از مدیریت بحران و طب رزمی در جنگ تحمیلی عراق بر علیه ایران

8- کار تیمی در سلامت و طب رزمی: اهداف، مفاهیم و آداب:

تعریف: مشارکت اخلاق محور و مسئولیت محور، مدیریت محور و هماهنگ اعضای حرفه ای در ارائه خدمات سلامت، کار تیمی است[۲۴]. فرایند مراقبت های سلامت، ذاتاً دارای ماهیت بین بخشی و چند عاملی[۲۵] است و مستلزم همکاری تنگاتنگ و مشارکت هماهنگ تخصصی پرستاران، پزشکان، پیراپزشکان، امدادگران و سایر کارکنان سلامت است. ادبیات علمی حاکی از آن است که کارائی تیمی برای ارائه مراقبت های ایمن به بیماران قطعی وسرنوشت ساز و از عوارض و نتایج ناخواسته پیشگیری می کند (11).

اهداف: "ارائه خدمات جامع، کامل، بهنگام، مؤثر در همه مصادیق خدمات سلامت"- " تأمین بالاترین سطح ایمنی برای گیرندگان خدمات، همکاران و خود" و " ارائه خدمات سلامت در هزینه اثر بخش ترین حالت ممکن"

بعضی از آداب:

- رعایت ارزش های دینی تعاون(نیکوکاری وتقوای الهی[۲۶])،واصول فرهنگی مشارکت وهمیاری درمسئولیت های حرفه ای
- بیمار محوری، تبعیت از سرپرست، مسئولیت شناسی و انجام کامل مسئولیت های محوله، و پاسخگوئی
- شناخت دقیق و برسمیت شناختن نقش ها و مسئولیت های دیگران و مهم دانستن و احترام به آنها
- التزام به رعایت اصول ایمنی و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران[۲۷]
- تبعیت از هماهنگی و برنامه ریزی و نظم تعیین شده توسط مدیریت و سرپرستی[۲۸]

-در بهداری رزمی کار تیمی فرایندی حیاتی، الزامی، اجتناب ناپذیر و اصولی است. شالوده تیم های اضطراری بر اصل اسلامی تعاون و فرهنگ اجتماعی مشارکت و اصل حرفه ای همگرایی استوار است. مؤلفه های اصلی فرهنگ کار تیمی در بهداری رزمی عبارتند از (12): ماهیت ذاتی حضور در بحرانها - سازمان لازم برای مداخله در امور بحرانی.- آمادگی حضور سریع تیم ها در صحنه سازی رزمی – اطلاع رسانی ساده و سریع- نظم و انضباط و تبعیت از سلسله مراتب فرماندهی و رهبری- آموزشهای قبلی و کسب مهارت های لازم برخورد با مجروحین و مصدومین در سطوح مختلف - آمادگی استقرار در محیط های مختلف بهداری رزمی- استفاده از اصل ضروری مشاوره در همه موارد مقتضی- رعایت همزمان موازین اخلاق پزشکی و ضوابط و مقررات بهداری رزمی- التزام به رازداری و عدم افشای اطلاعات محرمانه -

9- حضور تأثیرگذار جامعه پزشکی در صحنه ها، چشمه ای از اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای

رعایت موارد اخلاق پزشکی در بلایا، هم منجر به حفظ کرامت والای انسان ها و هم موجب التزام به مشارکت تمام عیار جامعه پزشکی در کنترل این حوادث خواهد شد. در شرایط و حوادث غیر مترقبه بارهای سنگینی از جهات سلامتی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی به جامعه و مردم وارد می شود. در این شرایط پر التهاب و تنش زا، تصمیم گیریهای منطقی و صحیح و به هنگام از سوی کارکنان نظام سلامت می تواند حیاتی و حیات بخش باشد. وفق اصول اخلاقی و انسانی و موازین حقوقی، ملاحظاتی

---

[24] تعریف پیشنهادی نویسنده مسئول

[25] Multidisciplinary

[26] تعاونوا علی البر والتقوی و لا تعاونوا علی الاثم والعدوان

[27] Quality of patient care

[28] Leadership

مانند سن، جنس، قومیت، مذهب، اعتقادات، گرایش های سیاسی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و مانند آنها، نباید موجب تبعیض یا محرومیت از دریافت خدمات فوری و حیاتی و مراقبت های بعدی در آسیب دیدگان شود (13).
"عدالت"، "حقوق بشر"، "راست گویی"، "رازداری"، "انجام اقدامات مناسب" و "رعایت اقدامات کاهش عوارض" همواره باید به عنوان اصول زیربنایی در خدمات پزشکی، و خاصه در حوادث غیر مترقبه مورد توجه باشند (14). اولویت بندی در ارائه خدمات حیاتی و پایه و بعدی در حوادث و بلایا باید بر اصول علمی و اخلاقی استوار باشد. از نظر موازین علمی تریاژ اصل حیاتی و شناخته شده و معتبری است که در هر نظام سلامت باید بر پایه دستورالعمل های استاندارد بومی انجام شود. پایبندی به اصول علمی، مترادف با رفتار مسئولانه حرفه ای است.

10- مناسب ترین ترکیب تیمهای اضطراری، برای مؤثرترین عملکرد، در دشوارترین و پیچیده ترین شرایط جنگی

تیم های اضطراری به دلیل اهداف و ماهیت مأموریت ویژگی های زیر را دارا بودند (14):

- از نظر ترکیب چند تخصصی[۲۹] (جراح-جراح ارتوپد-جراح اعصاب-متخصص بیهوشی-روانپزشک-اورولوژیست.... ، پرستار، متخصص آزمایشگاه و انتقال خون، امدادگر.....)
- از نظر محل مأموریت، متشکل از تیمی که بصورت نزدیک و در یک محل انجام وظیفه می نمایند[۳۰]
- از نظر شرایط عضویت، تیمی که اعضای اصلی آن ثابت و سایر اعضاء در شرایط ضروری اضافه می شوند

صرفنظر از نوع و ماهیت ، مؤلفه های مشترک اعضای تیم اضطراری به شرح زیر است (15):

- برخورداری از تخصص یا مهارت های حرفه ای متناسب با اهداف و مأموریت
- داوطلب بودن و در عین حال تبعیت کردن از نظم و برنامه ریزی و دستورات رهبری تیم
- هر یک از اعضای تیم نقش ها و مسئولیت های اختصاصی داشته و برای تأمین هدف مشترک (نجات مصدوم) با سایر اعضاء تعامل دائمی خواهد داشت
- در فرایندهای تصمیم گیری اعضای تیم مشارکت خواهند داشت
- اعضای تیم ملتزم به ارتقای دائمی دانش و مهارت خود هستند و توانمندی و آمادگی انجام وظیفه در شرایط ازدحام و مواجهه با انبوه مجروحین را همواره حفظ و رعایت می نمایند
- در شرایط پدافندی و عادی دارای برنامه های مفید و سازنده و از جمله تجدید قوا، ارزیابی عملکرد، ارتقای توانمندی، تذکرات اخلاقی و برنامه های معنوی .... خواهند بود

11- عملکردهای متنوع تیم های اضطراری در دفاع مقدس : در شرایط اضطراری، آفندی، پدافندی، شرایط متفاوت (نظیردرمان مصدومین شیمیائی) (16)

در بازخوانی حوادث دفاع مقدس از منظر فوریت و ضرورت اقدامات و مداخلات امداد و درمان، شرایط حاکم بر بهداری رزمی به شرح زیر قابل تقسیم بندی و اولویت گذاری است:

شرایط پدافندی در بهداری رزم:

در شرایط جنگی این شرایط به زمان هایی گفته می شود که جبهه ها آرام است، دشمن در حالت حمله قرار ندارد ولی تهدید بالقوه حملات غافلگیر کننده وجود دارد، نیروهای خودی نیز قصد عملیات ندارند. آرایش نیروهای بهداری رزم، آماده باش عادی است و از نیروهای اضطراری استفاده نمی شود. تیم های اضطراری ضمن حفظ آمادگی نسبی، فعالیت های معمول خود را ادامه می دهند. در تجربه دفاع مقدس، اعضای این تیم ها ضمن ادامه درمان و بازتوانی مجروحین جنگی در بخش ها و مراکز بیمارستانی و توانبخشی، با ارزیابی نتایج درمان های اضطراری در شرایط عملیاتی بر تجربیات خود می افزودند.

---

[29] Multiprofessional team
[30] Team that work closely together in one place

شرایط اضطراری در بهداری رزم:

در شرایط آفندی و زمان هایی که عملیات از قبل برنامه ریزی شده نیروهای خودی در پیش است و مواجهه با حجم انبوه مجروحین قابل پیش بینی است، بهداری رزمی شرایط اضطراری اعلام و سطح آمادگی به حداکثر افزایش یافته و فراخوان تیم های اضطراری در مناسب ترین زمان و با در نظر گرفتن همه ملاحظات امنیتی، حفاظتی، تاکتیکی و لجستیکی انجام می شود. در همه عملیات مهم (طریق القدس، فتح المبین، بیت المقدس، رمضان و بعد از آن)، تیم های اضطراری مشارکت سرنوشت ساز و هوه جانبه و تمام عیار داشته اند. این حضور در شرایط پاتک های دشمن نیز ادامه داشته و تا زمان تثبیت خطوط عملیاتی در مواضع جدید و برگشت به شرایط پدافندی ادامه می یافته.

بعضی از ملاحظات شرایط اضطراری در بهداری رزمی به شرح زیر است:

- زمانی که اقدامات و مداخلات اضطراری باید صورت پذیرد، به زمان طلایی[۳۱] (GT)موسوم است
- اگر اقدامات فوری امداد و نجات و درمان در GT انجام شود، حوادث به بحران تبدیل نمی شود
- اصل حیاتی گره گشا در شرایط اضطراری " **کار تیمی**" است. در فرهنگ دفاع مقدس این مفهوم ریشه در " اصل اسلامی **تعاون**" داشته، حس همکاری و پایبندی به کار تیمی در همه شئون به عیان مشهود بوده است
- هر زمان و درهر سطح از زنجیره امداد و نجات و درمان، مجموعه نیاز (تعداد مجروحین و کیفیت جراحات) ، نسبت به مجموعه امکانات و نیروی انسانی، بیشتر باشد، تریاژ بر اساس پروتکل های از قبل تنظیم شده باید انجام شود
- یکی از قواعد حاکم بر این شرایط در زمان جنگ "**خطر پذیری**[۳۲]" است. در فرهنگ تیم های اضطراری، استقبال از موقعیت ها و شرایط پر مخاطره، ترجمان و عینیت بخشیدن به مفهوم "**ایثار**" بوده است
- شیوه انجام وظیفه در شرایط اضطراری، ضمن رعایت نظم حداکثری و تبعیت از فرماندهی، تلاش در حداکثر ممکن (از نظر کمی و کیفیتی و مهارتی) و در فرهنگ دفاع مقدس کار جهادی تا سرحد بذل جان بوده است

شرایط بحرانی در بهداری رزم:

در جنگ، بحران به شرایطی گفته می شود که بصورت ناگهانی، غافلگیر کننده و فزاینده بوجود می آید و برای مقابله با آن که از قبل پیش بینی نشده، به اقدامات اساسی و فوق العاده نیاز می باشد. مدیریت شرایط بحرانی در جنگ عبارت است از مجموعه تصمیم گیری های فرماندهی، رویکردهای سیاسی و نظامی، فعالیت های اجرائی و تدابیر تاکتیکی بر حسب شرایط مختلف و بصورت فراگیر و در برگیرنده تمام سطوح بحران. یکی از مهمترین ابعاد کنترل بحران در بهداری رزمی، امداد، انتقال و درمان است. مدیریت معتبر و هوشمندانه بحران در این شرایط، حیاتی و سرنوشت ساز است. در دفاع مقدس، شرایط بحرانی و دشوار، بارها تجربه و مدیریت شده است. دستاوردهای حاصله برای آینده بسیار مغتنم و راهگشا هستند.

بعضی از نمونه های بارز شرایط بحرانی در بهداری رزمی در طول دوران 8 ساله جنگ تحمیلی عبارتند از:

- روز اول جنگ (31 شهریور 1359)
- هفته اول جنگ
- عملیات امداد و نجات و اسکان موج اول پناهجویان چند صد هزار نفری مناطق جنگ زده
- موج اول حملات ناجوانمردانه موشکی به مناطق مسکونی شهرهای استانهای جنگ زده
- دامن زدن دشمن به جنگ شهرها و اولین حملات موشکی به شهر تهران و ادامه آن[۳۳]
- حمله همزمان موشکی به ده نقطه شهر تهران و از جمله مجتمع بیمارستانی امام خمینی "ره"

---

[31] Golden Time (G. T.)

[32] Risk

[33] در اولین حمله موشکی به تهران بیمارستان عیوض زاده در مرکز شهر هدف قرار گرفت و موجب شهادت فیزیوتراپیست خدوم بیمارستان زنده یاد شهید رنجبر و مجروحیت جمعی از پرسنل و بیماران و مردم عادی شد. مجموعه مجروحین و بیماران و پرسنل بیمارستان در ساعات اولیه به مجتمع بیمارستانی امام خمینی "ره" منتقل شدند

- اولین حملات گسترده شیمیائی دشمن به رزمندگان و جبهه های نبرد
- حملات ناجوانمردانه شیمیائی دشمن به شهر سردشت و سایر مناطق مسکونی
- حملات ضد انسانی و فاجعه آمیز ارتش جنایتکار بعثی عراق به شهر حلبچه
- عملیات مرصاد در ماه آخر جنگ

بعضی از ملاحظات شرایط بحرانی در بهداری رزمی به شرح زیر است:

- فراخوان آنی تیم های اضطراری و بسیج همه امکانات و نیروها برای کنترل بحران
- عملیات امداد و نجات آسیب دیدگان خطوط مقدم و کانون های اصلی هدف قرار گرفته توسط دشمن
- تدابیر پیشگیرانه برای کاهش خسارات و تلفات انسانی
- تدابیر پیشگیرانه از تخریب و فروپاشی ساختار امداد و نجات در کانون های اصلی هدف قرار گرفته توسط دشمن و حوضه های پشتیبانی مجاور و سایر سطوح
- حفظ ارتباطات در درون بهداری رزمی و با بیرون
- ترمیم و بازسازی خرابی ها و جایگزینی نیروهای از رده خارج شده

12- تجاربی از خدمت در قالب تیم های اضطراری جبهه ها

تریاژ در عملیات کربلای 4

از خاطرات تلخ در دفاع مقدس، عملیات کربلای 4 بود. این عملیات لو رفته بود و ما هم تازه به منطقه رسیده بودیم. در شروع مجروحین بسیار زیادن بودند. تیم ما نهایتا 30 نفر بودیم، 8 اتاق عمل در بیمارستان صحرایی موجود بود، تنها یک نفر متخصص بیهوشی در آن تیم اضطراری حضور داشت (دکتر میرجبار یحیی پور خامنه). در آن واحد می‌توانستیم همزمان 8 مجروح را عمل کنیم، در حالی که در اورژانس و اطراف آن بیمارستان صحرایی، قریب 2000 مجروح دور و بر ما بودند. همه جا مجروح بود، یکی از دیگری بدحال‌تر. می‌خواستیم همه اینها را نجات دهیم. مثل این بود که کنار آب ایستادی و تعداد زیادی دارند غرق می‌شوند و تو یک نفر هستی و وسیله نداری که همه را با هم از آب بالا بکشی. علاج کار روش علمی تریاژ بود. اعضای ما ظرفیت 8 تیم جراحی را داشتند. با روش تریاژ 8 مجروح واجب تر را انتخاب و کار را شروع کردیم. دکتر یحیی پور هم با کمک 4 تکنیسین بیهوشی و 4 نفر پرستار و تجارب عظیمی که از قبل داشت، پوشش بیهوشی هر 8 اتاق عمل را با مهارت تمام عهده دار شد. تقریبا 48 ساعت مدام و بدون وقفه کار کردیم طوری که حتی همدیگر را نمی‌توانستیم ببینیم. آن موقع تجربه خیلی زیادی هم پیدا کرده بودیم و کارمان خیلی سریع بود. یک قاعده کلی در جراحی جنگ داریم که درکم‌ترین زمان بهترین استفاده را جهت نجات مجروحین انجام دهیم و بقیه کارهای غیر اورژانس را در مراحل بعد مدیریت کنیم. این روش در این عملیات غم انگیز بسیارکارآمد بود و توانستیم اعمال جراحی سنگین و نیز درمانهای اولیه حیاتی را برای مجروحین بسیاری را انجام دهیم.

تعاون و کار تیمی:

یکی از دستاوردهای تیم های اضطراری و یکی از مشخصات بارز تیم های اضطراری حس همکاری و پایبندی به کار تیمی بود. آنقدر باهم خالصانه کار کرده بودند که هر کسی جایگاه، ظرفیت و پتانسیل خود را پیدا کرده بود و خودبخود تقسیم کار و مسئولیت شده بود و معلوم بود چه کسی، چه کارهائی را باید انجام دهد، **درمان بیماران خیلی بدحال** و پیچیده از عهده چه کسانی بر می آید.همه افرادازتمام توانمندیشان استفاده می کردند و با جلب مشارکت از همدیگر می توانستند مجروحان بدحال را نجات دهند. وقتی مجروح بدحالی با خونریزی های وسیع می آمد، همه متمرکز و مناسب ترین ترکیب جراحی و بیهوشی به نجات مجروح می شتافتند ... اگر با تدبیر کار تیمی آنها را نجات نمی دادیم، بسیاری در مدتی کمتر از نیم ساعت شهید می شدند. شاید خیلی از جانبازانی که در جامعه می بینید همان ها هستند. نجات بسیاری از اندام ها نیز حاصل همکاری های همین تیم ها بود.

تیم اضطراری، محفل درس و بحث و آموزش

حضور استادان، در کنار دستیاران، در تیم های اضطراری زمان جنگ بسیار مغتنم بود. دستیاران جوان تجربه کمی داشتند، و استادان پشتیبان و تکیه گاه بودند. کسب تجربه از محضر اساتید خیلی مغتنم بود. در رأس استادان حاضر در صحنه، دکتر ایرج فاضل، جراح فوق العاده مسلط و با تجربه آن زمان بودند. ایشان از آمریکا آمده و داوطلبانه به مناطق جنگی می آمدند. در تیم هایی که این استاد عالیقدر و امثال ایشان حضور داشتند، بعنوان رهبر و سرپرست تیم، برنامه فعالیت ها در اتاق عمل، اورژانس و فضای تریاژ را تنظیم می نمودند. در زمانهائی که آرامش بر فضای جبهه حاکم بود و فراغتی دست می داد، بحث های آموزشی رواج داشت، درست مانند کلاس های درس دانشگاه. در این میعادگاههای مقدس خدمتگزاری حرفه ای، استادان و دستیاران و سایر پرسنل در سنگرهائی بیست سی نفری کنار هم قرار داشتند. در زمان فعالیت، سایر جراحان با تمام توان و تجربه انجام وظیفه می کردند، هر جا مشکلی یا وضعیت حادی پیش می آمد، از سایر همکاران، خاصه استادان حاضر کمک می خواستند و مطمئن بودند بر مشکل غلبه خواهند کرد . کار در بیمارستانهای صحرایی و اتاقهای عمل شبانه روزی بود. تمام فضای کار آموزش بود، بسیاری از آموزه ها و تجارب آن دوران استثنائی بود و بعد از جنگ هرگز تکرار نشد. یکی از این استادان بزرگوار حاضر در بسیاری از صحنه های دفاع مقدس، آقای دکتر سید محمدرضا کلانتر معتمدی بودند. قدرت روحی و قدرت بدنی و حس و انرژی که داشتند فوق العاده بود. وقتی کارکرد ایشان را می دیدیم احساس خستگی را فراموش می کردیم. حضور ایشان هم خیلی مغتنم بود و در خیلی از عملیات در خدمت ایشان بودیم. استاد بزرگوار دیگری که در بسیاری صحنه ها حضور مؤثر داشتند، آقای دکتر ابوالقاسم اباسهل بودند، که در دانشگاه شاگرد ایشان بودیم. ایشان با دل و جان خدمت می کردند. استاد بزرگوار آقای دکتر مذتضی تقوی هم همینطور از اساتید دانشگاه بودند. بسیاری چهره های شاخص پزشکی دانشگاههای بزرگ آنزمان در تیم های اضطراری مربوطه حضور داشتند و علاوه بر خدمات مستقیم علمی و جراحی، موجب ارتقای روحیه رزمندگان و سایر اعضای کادر بهداشت و درمان می شدند حضورشان فوق العاده مؤثر بود هم در مسائل درمانی مجروحین و مهمتر اینکه تمام جراحان دیگر از آنها درس های علمی و اخلاقی می آموختند. از مهمترین ابعاد حضور استادان بزرگ جامعه پزشکی، ایفای نقش تکیه گاه و پشتوانه برای مجموعه بهداری رزم بود. با حضور آن بزرگواران، بقیه با خیال راحت کارشان را ادامه و هر وقت لازم بود ازکمکشان بهره می بردند.

13- خاطراتی از حضور و خدمت در تیمهای اضطراری در جنگ تحمیلی :

نقش مهندسی رزمی در صیانت از مجموعه عوامل انسانی بهداری رزمی: بمباران بیمارستان صحرایی در عملیات والفجر 8: در عملیات فاو با استاد دکتر کلانتر معتمدی در بیمارستان صحرائی فاطمه زهرا سلام الله علیها داشتیم عمل می کردیم... ناگهان حمله هوائی به بیمارستان انجام شد، بمب اول قبل از بیمارستان، یک بمب مستقیماً انداختند روی سقف بیمارستان، درست روی آزمایشگاه که در مرکز بیمارستان و مجاور اورژانس و اتاق عمل فرار داشت. این بیمارستان صحرائی زیر زمین قرار داشت با بمباران یک لحظه ظلمات شد صدای وحشتناک انفجار و موج انفجار نفهمیدیم چه شد، دکتر کلانتر معتمدی با روحیه عالی در تاریکی شروع به مزاح نمودن و روحیه دادن کردند... پرسنل چراغ قوه آوردند و با نور چراغ قوه در آن تاریکی عمیق عمل را ادامه دادیم . عمل آسیب شریان آگزیلا بود و بسیار حساس و به دقت و مهارت و ظرافت نیاز داشت....و الحمدلله با موفقیت به پایان رسید و آن مجروح که خونریزی بسیار زیادی داشت و جراحات دیگری نیز داشت، زنده ماند و چند ساعت بعد سالم به اهواز منتقل شد. اگر مهندسی رزمی این کار فوق العاده عظیم را نکرده بود آن بیمارستان پودر شده بود و حدود 200 نفر پرسنل که بهترین جراحان ایران بین آنها بودند همین آقایان که ذکر خیرشان بعمل آمد 3 نفرشان بودند و بقیه از جراحان و متخصصین بیهوشی، ارتوپدی، اورولوژی و اعضای تیم های اضطراری اعزامی از تهران، اصفهان و شیراز و مشهد بودند جراحان و متخصصان جوان و مسن و سایر پرسنل فداکار شاید همه شهید می شدند[۳۴].

[34] راوی: دکتر عباس ربانی

14- تجارب و درس هائی از حوادث غیرمترقبه اخیر ایران و حضور به هنگام و مؤثر جامعه پزشکی

31 مورد از 40 نوع بلای طبیعی شناخته شده در ایران اتفاق می افتد. زلزله چه از نظر تلفات انسانی و چه از نظر خسارات مادی، مخاطره بارترین بلای طبیعی است که بارها کشور ما را تحت تأثیر قرار داده است (17). سیستم مدیریت بحران در ایران به علت مواجهه مداوم با بحران های منطقه ای، از تجربه کافی برخوردار است. این مدیریت نظام مند با برگیری از تجارب و امکانات سیستم اورژانس کشور، مؤسسات نظامی و انتظامی، مؤسسات غیردولتی نظیر هلال احمر و بسیج نیروهای مردمی، می تواند به کنترل بحران های بزرگ بپردازد. بحران های فراگیر و ملی به علت گستردگی حادثه، جمعیت بزرگ تحت تأثیر و محدودیت ظرفیت پاسخ دهی ارگانهای مسئول در مدت زمان کوتاه، موجب ایجاد حجم بالائی از تقاضاهای امدادی، بهداشتی و درمانی می شوند. مدیریت این شرایط نیازمند استفاده هماهنگ و بجا از منابع انسانی و مادی کشوری و در صورت ضرورت بین المللی است (18). نقش آفرینی تیم های اضطراری در حوادث و بلایا، بسیار ضروری و حیاتی است.

بعضی از بزرگترین حوادث غیرمترقبه کشور بعد از پایان جنگ تحمیلی عبارتند از:

- زمین لرزه رودبار به قدرت 7/3 در مقیاس ریشتر در استانهای گیلان و زنجان، در تاریخ 1369/3/31
- زمین لرزه بم به قدرت 6/5 در مقیاس ریشتر در استان کرمان، در تاریخ 1382/10/5
- زمین لرزه اهر به قدرت 6/4 در مقیاس ریشتر در استان آذربایجان شرقی در تاریخ 1391/5/21
- زمین لرزه کرمانشاه به قدرت 7/3 در مقیاس ریشتر در استان کرمانشاه در تاریخ 1396/8/21
- سیل فراگیر بهار 1398 در 24 استان کشور، با تأثیر تخریبی بیشتر در استان های گلستان، لرستان و خوزستان
- بسیاری از حوادث غیر مترقبه بزرگ و کوچک در زمان های مختلف

در تمام این حوادث و عموم حوادث مشابه غیرمترقبه اخیر، جامعه پزشکی در رأس هرم امدادرسانی و کنترل بحران قرار داشته و با بهره گیری از تجارب گرانبار حضور در دوران دفاع مقدس، خدمات حیاتی ارزشمندی به آسیب دیدگان تقدیم نموده است. در حادثه سیل مهیب و فراگیر بهار 1398 در 24 استان کشور، بزرگترین صحنه های همبستگی ملی بعد از دفاع مقدس، در امدادرسانی و نجات و درمان آسیب دیدگان، توسط ملت بزرگ و متحد ایران به معرض نمایش گذاشته شد. تمام تیم های اضطراری متشکل بسیج جامعه پزشکی، ارتش جمهوری اسلامی، سپاه پاسداران، سازمان بهداشت و درمان کشور ، هلال احمر جمهوری اسلامی و ساختارهای مردم نهاد و خودجوش مردمی صحنه های زیبائی از امداد و نجات را آفریدند.

مدیریت بحران های فراگیر در ایران علاوه بر ابعاد امداد و نجات و بازسازی بعد از حادثه، شامل ارکان مهمی نظیر آموزش، آمادگی مقابله، پیشگیری و کاهش اثرات مخرب، و پاسخ سریع در قالب دستورالعمل های استاندارد و معتبر مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه می باشد. تیم های اضطراری با برگیری از دستمایه های دفاع مقدس و حوادث اخیر، در تمام شئون فوق می توانند نقش آفرین و پیشگام باشند.

15- نتیجه گیری:

در مورد بلایای تهدید کننده در آینده، درک ماهیت، ارزیابی و شناسائی آثار مخرب، شناسائی آسیب پذیری گروه های اجتماعی مختلف و انجام اقدامات پیشگیرانه، مانورهای آمادگی و آموزش عمومی ضروری است. پس از وقوع حوادث غیر مترقبه و بلایا، مدیریت قاطع بحران، شامل حضور اضطراری نیروهای امداد و درمان، در کوتاه ترین زمان ممکن، به اشتراک گذاری منابع اعم از منابع امدادی، تکنولوژی، تجهیزاتی، و بسیج گروه های داوطلب و اجتماعی حائز اهمیت حیاتی است و خسارات و تلفات را به حداقل کاهش خواهد داد (19).

16- توصیه های راهبردی و کاربردی برای آینده

- انجام مطالعات راهبردی و کاربردی (تخصصی) در مورد "مدل سازی حضور بهنگام و مؤثر و نقش های معتبرجامعه سلامت کشور در حوادث و بلایا"
- تدوین و ترویج فرهنگ، رفتار معتبر و اخلاق حرفه ای حضور و مشارکت جامعه سلامت کشور در حوادث و بلایا
- مدل سازی کنترل تروما و حوادث با برگیری از مجموع ظرفیت های بالقوه کشور، اعم از دولتی، نظامی، نهادی، و مردمی

17- منابع

1- مبانی مدیریت بحران: اسلایدهای آموزشی: http://www.nemm.ir

2- سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران: دستورالعمل تیم های واکنش سریع جمعیت هلال احمر، http://raro.ir ،RC.RO.AP.WI.O8.00

3-کمالی-یحیی، و میرزائی-جلال: مقایسهٔ ساختار مدیریت بحران در ایران، ژاپن، هند و ترکیه. فصلنامهٔ مطالعات راهبردی سیاست گذاری عمومی، دورهٔ 7، شمارهٔ 25 ، زمستان 1396، صفحات 269-245

4- اردلان-علی، تیمن-شمسی: زیر نظر دکتر حسین ملک افضلی: راهنمای مدیریت بلایای جامعه محور مبتنی بر مشارکت زنان. سازمان غیردولتی همیاران غدا، به سفارش سازمان جهانی بهداشت/جمهوری اسلامی ایران. http://ssu.ac.ir

5- Berwick D, Downey A, Cornett E,: A National Trauma Care System: Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve Zero Preventable Deaths After Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine;Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Sep 12.

6- WHO: Humanitarian Health Action, Emergency Medical Teams. https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams

7- غنجال-علی، عامریون-احمد، بهروزی نژاد-ناصر، و متقی-منیره: بیمارستانهای صحرائی دوران جنگ عراق علیه ایران. طب نظامی، شماره 6، تابستان 1383، صفحات 152-143

8- محمدزاده، فیض‌الله: بهداری در رزم؛ ناشر: ستاد مشترک سپاه، معاونت آموزش و نیروی انسانی، مرکز برنامه‌ریزی و تألیف کتاب‌های درسی، 1386

9- طهماسبی پور-امیرهوشنگ: سیر تحول بیمارستان صحرایی در جنگ. نگین ایران: فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس ، سال 12، شماره 45، تابستان 1392، صص 30-5

10- حیدرپور-عوض: نقش جامعه پزشکی در جنگ تحمیلی. طب و تزکیه، شماره 26، پائیز 1376، صفحات 99-96

11- T Manster: Teamwork and patient safetyin dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaestesiol Scand,53, 2009

12- **غنجال-علی ، متقی-منیره ، میرهاشمی-صدیقه ، و دلاوری-عبدالرضا: بهداری نظامی در بحرانها، بلایا و حوادث غیر مترقبه. مقاله کنفرانس: همایش سراسری راهکارهای ارتقاء مدیریت بحران در حوادث و سوانح غیرمترقبه - 1385**

13- نظری فاطمه،امینی حسین،طلایی شکری صمد: اهمیت اخلاق پزشکی در بلایا و حوادث غیر مترقبه. همایش سالانه علمی پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی http://www.sid.ir

14-کاظمیان-محمد: جایگاه اخلاق پزشکی در حوادث و بلایا. کنگره مدیریت بحران، بهمن 1390، https://www.yjc.ir

15- Ranjit DeAlwis: WHO patient safety curriculum, Guide for Medical Schools Working Group: Being an effective team player

16- غنجال-علی ، متقی-منیره ، میرهاشمی-صدیقه ، و دلاوری-عبدالرضا: تیپ امداد و انتقال در جنگ عراق علیه ایران. طب نظامی، شماره 6 (4)، زمستان 1383، صص 292-285

17- سبزی-فاطمه: مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی. سومین کنگره بین المللی بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه، 1385، https://www.civilica.com

18-عراقی زاده-حسن، ثقفی نیا-مسعود ، و انتظاری-وحید: بررسی مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه: مروری بر تجربه زلزله بم. طب نظامی، سال 4، شماره 4، زمستان 1382، 268-259

19- رضائی-فاطمه، یارمحمدیان-محمدحسین، و کیوان آرا-محمود: مکانیسم مدیریت جامعه محور خطر بلایا. ولین کنفرانس ملی تحول و نوآوری سازمانی با رویکرد اقتصاد مقاومتی، 1395. https://www.civilica.com

18- منابع دیگر برای مطالعه:

1- H Seyedin. Disaster Management System of Iran--Need to Eliminate Weaknesses and Problems. Iran J Public Health. 34(Supple 1):31-2.

فصل 12
بیمارستان های صحرائی و
عملکرد آنها در دفاع مقدس

پدید آورندگان: دکتر حسن عراقی زاده- دکتر محمدعلی بینات

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی:

تحلیل روند تکاملی ساختار بهداری رزمی و آشنائی با نقش ها و خدمات بیمارستانهای صحرائی در دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با تاریخچه و روند تکاملی بیمارستانهای صحرائی در دوران جنگ تحمیلی
- آشنائی با اهداف، روند تشکیل، برپائی، تجهیز، مدیریت، نحوه عملکرد و سیر تکاملی بیمارستان های صحرائی در دفاع مقدس
- آشنائی با سازه های مورد استفاده در بیمارستان صحرائی دفاع مقدس و روند تکاملی آنها و سازه های مناسب برای بیمارستانهای صحرائی آینده
- آشنائی با عملکردهای متفاوت بیمارستانهای صحرائی در شرایط آفندی و پدافندی
- مدیریت و راهبری تیم های اضطراری برای حضور بهنگام، مؤثر و عملکرد بهینه در بیمارستان های صحرائی
- آشنائی با تجارب جدید و توصیه های استاندارد برای حوادث نظامی در زمان حاضر و آینده
- کسب توانمندی های جدید بری کنترل حوادث بیولوژیکی، شیمیائی و هسته ای
- کسب توانمندی مدیریت در شرایط کاملاً بحرانی میدانی جنگ و خطوط مقدم

فهرست مطالب فصل یازدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3-روش تدوین
4-ادبیات نظری موضوع
بیمارستان سیار
بیمارستان صحنه درگیری
بیمارستان نظامی متحرک
بیمارستان کانکسی
بیمارستان صحرایی
5- اهداف و ضرورت ایجاد بیمارستانهای صحرائی در دفاع مقدس
6- جراحی در خطوط مقدم
7- بیمارستان های صحرائی در جنگ های قبل از دفاع مقدس
جنگ داخلی آمریکا
جنگ های جهانی اول و دوم:
جنگ های کره و ویتنام
8- سیر تکاملی بیمارستان های صحرائی در دفاع مقدس
آبادان در جنگ: شروع جنگ تا عملیات ثامن الأئمه (شکست حصر آبادان، 5 مهرماه 1360)
بیمارستان طالقانی آبادان در نقش بیمارستان صحرائی
از عملیات طریق القدس، آزاد سازی بستان (8 آذر 1360)، تا عملیات فتح المبین (اول فروردین 1361)
بکارگیری بیمارستانهای صحرایی کانکسی
بیمارستانهای صحرائی در عملیات بیت‌المقدس(10 اردیبهشت تا 3 خرداد 1361)
بیمارستان های صحرائی در عملیات رمضان (مرداد 1361) و عملیات محرم (آبان 1361)
عملیات والفجر و ظهور بیمارستان های صحرائی با سازه سوله ای
سرگذشت بیمارستان صحراییِ حمید (ایستگاه حمید)
بکارگیری نخستین بیمارستان صحرائی با سازه بتونی : عملیات والفجر 3 (7 مرداد 1362)
عملیات والفجر 4 (27 مهر 1362) احداث بیمارستان صحرائی با سازه ترکیبی بتونی و فلزی
بیمارستان صحرایی چنانه (شهید کلاهدوز): ترکیب کانکس و سوله
نخستین تجربه بزرگ در احداث و بکارگیری بیمارستان های صحرائی(بیمارستان صحرائی خاتم الانبیاء"ص" در عملیات خیبر)
بیمارستان صحرائی امام رضا"ع"، نخستین بیمارستان صحرائی با سازه بتونی در جنوب : عملیات بدر (19 تا 26 اسفند 1363)
عملیات کربلای 4 و کربلای 5: ساخت و بکارگیری بیمارستان صحرایی علی ابن ابی‌طالب (ع) از شاهکارهای مهندسی جنگ

بیمارستان صحرایی امام‌حسین(ع) با سازه بتونی در عملیات کربلای 5 و والفجر 8
بیمارستان صحراییِ کولان
بیمارستان های صحرائی در عملیات والفجر 4 (مهرماه 1362)
بیمارستان صحرائی مهران (کربلا) ، عملیات والفجر 5
بیمارستان صحرائی امام سجاد "ع" در منطقه فاو
بیمارستان صحرایی زیرزمینی کلاشین (شهدای بدر)
بیمارستان صحرائی امام حسن "ع"
سایر بیمارستانی صحرائی با سازه های بتونی از سال 1364 تا پایان جنگ تحمیلی

9- خاطراتی از بیمارستانهای صحرایی دفاع مقدس
احداث اورژانس و بیمارستان عملیاتی سوله ای در کمتر از یک شبانه روز(خاطره ای از عملیات رمضان)
فعالیت و کادر تخصصی بیمارستان های صحرایی(خاطره ای ازدکتر خاکباز متخصص گوش و حلق و بینی)
انفجار در اتاق عمل (خاطره ای از دکتر تابش پزشک نیروی هوائی ارتش)

10- اورژانسهای شیمیایی

11- بالندگی بیمارستانهای صحرایی در پرتو استمرار تجربه دفاع مقدس (سازه های جدید، کارکردها)

12-بیمارستانهای صحرایی در نبردهای اخیر

13-توصیه های راهبردی و کاربردی برای آینده

14-منابع

15-منابع بیشتر برای مطالعه

1- مقدمه و بیان مسئله

بعضی از دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس، از ویژگی های استثنائی و منحصر بفردی برخوردار است که تأمل در آنها، درس ها و عبرت های فراوانی برای آیندگان در بر خواهد داشت. یکی از از کلان دستاوردهای جنگ تحمیل شده، ابتکارات، تجربیات، روندهای پیشرفت و عملکرد بیمارستان های صحرائی است. این فصل بطور اجمال به این موضوع مهم خواهد پرداخت.

در روزهایی که نظام نوپای جمهوری اسلامی، مشغول تثبیت نهادهای اجرایی ومدیریت شرایط خاص سیاسی و اجتماعی کشور مانند درگیریهای کردستان و سامان بخشی مشکلات اقتصادی و رفع محرومیت ها بود، در پرتو توطئه و هماهنگی ابرقدرتهای شرق وغرب ، رژیم بعثی عراق تجاوز به میهن اسلامی را آغاز نمود. در چنین روزهایی در حالی که رزمندگان اسلام، با مقاومت مظلومانه و مردمی به دفاع از کیان جمهوری اسلامی پرداختند که در بخش های مختلف دفاعی بویژه بهداری رزمی، آمادگی لازم ایجاد نشده بود.

در آغاز جنگ تحمیلی بیمارستان صحرائی وجود نداشت. رزمندگان و غیرنظامیان مجروح، با اقدامات و خدمات اولیه در صحنه نبرد مورد درمان قرار گرفته و سپس در صورت امکان با هرگونه وسیله نقلیه در دسترس به عقبه میدان جنگ منتقل می گردیدند. بیمارستان های شهرهای جنگ زده واقع در خطوط مقدم نبرد، مانند بیمارستان طالقانی آبادان و بیمارستان نظام مافی شوش، نقش و عملکرد بیمارستان های صحرائی را ایفا می نمودند. تجربه ایجاد بیمارستان های صحرائی سیار و ثابت، از عملیات طریق القدس در سوسنگرد آغاز و در طول جنگ با روندی تکاملی ادامه یافت. در دوره 8 ساله جنگ نزدیک 50 بیمارستان صحرائی با سازه های کانکسی، چادری، سوله ای و بتونی در مناطق مختلف عملیاتی، طراحی و ساخته و تجهیز شد و در عملیات مختلف مورد استفاده قرار گرفت. بموازات ارتقاء و استحکام سازه ای، تأسیسات، تجهیزات، مدیریت، نیروی انسانی تخصصی، روابط بخش ها، چرخش امور،کارائی ها و قابلیت های تشخیصی و درمانی، ظرفیت پذیرش و عملکرد نهایی بیمارستان های صحرائی نیز افزایش چشمگیر داشت.

با پیشرفت دفاع عزت مندانه و همه جانبه کشور در مقابل تجاوز رژیم بعثی، و همگام با سایر عرصه های تخصصی،بهداری رزمی نیز با بلوغ و توسعه سامانه های امداد و انتقال و ساخت پست های اورژانس و بیمارستان های صحرایی، تجارب منحصر بفردی را در تاریخ نبردهای معاصر، در کمک به رزمندگان و مجروحین به ثبت رساند. در یک روند تکاملی و ابتکاری و حماسی، خدمات جراحی پیشرفته تخصصی و فوق تخصصی، در سازه های بیمارستانی مستحکم و ایمن، در فواصل بسیار نزدیک به خطوط مقدم، با حضور داوطلبانه نیروی انسانی تخصصی فراهم و رکوردی تاریخی به ثبت رسید. فاصله زمانی مجروحیت در خط مقدم تا شروع اقدامات جراحی قطعی در اتاق های عمل مجهز به کمتر از یک ساعت کاهش یافت. بسیاری از مجروحین که قبلاً هیچ شانسی برای زنده ماندن نداشتند، نجات یافتند و بسیاری از اندام ها حفظ شد و نتایج درمان و کیفیت زندگی مجروحین جنگ متحول شد. در این درس روند پیشرفت و سیر تطور بیمارستان های صحرائی دفاع مقدس ارائه خواهد شد.

2-کلمات کلیدی

بیمارستان صحرائی – بهداری رزمی- سامانه امداد- دفاع مقدس

Key words:
Field hospital, Combat medicine, Relief organization, Holey defense,

3- روش تدوین

در تدوین این فصل از روش های مصاحبه تاریخ شفاهی، بحث متمرکز گروهی در جلسات تدوین درسنامه، و مطالعه کتابخانه ای استفاده شده است. برای مطالعه کتابخانه ای کد واژه های مطالعه در منابع فارسی و کدواژه های منتخب لاتین از منابع مرتبط بررسی و نتایج ارائه و توسط گروه تدوین ویراستاری و بازآرائی و تدوین شد.

4- ادبیات علمی موضوع

بیمارستان سیار[1]

سازه های بیمارستانی سیار، با تأسیسات، تجهیزات، منابع انسانی و پروتکل های تجربه شده ضروری، طراحی شده برای استفاده در بحران ها و ارائه خدمات و مراقبت های فوری در زمان های طلائی به مجروحان و مصدومان بلایا (اعم از طبیعی یا دست پرورده بشر[2]) و مدیریت اساسی ترین نیازهای زمان بحران. انواع ساختارهای مورد استفاده برای برپایی بیمارستانهای سیار عبارتند از: کانتینر یا کانکس، چادرهای فریم بادی، چادرهای فریم فلزی، تریلرها و کِشنده ها، اتوبوس ها، (1).

بیمارستان صحنه درگیری[3]

بیمارستان صحنه درگیری های نظامی یک واحد کوچک سیار پزشکی است که بطور موقت و قبل از آن که بطور ایمن امکان انتقال به مراکز مجهزتر فراهم باشد، در خدمت مجروحین صحنه های درگیری نظامی قرار می گیرد. این تسهیلات که عمدتاً در طب نظامی[4] و برای شرایط نظامی کاربرد دارد، در شرایط حوادث غیر مترقبه[5] نیز مورد استفاده قرار می گیرد (2). این نوع بیمارستان ها برای اعمال جراحی حیاتی و بزرگ طراحی و تجهیز نشده اند و تریاژ اولیه و اقدامات احیاء را، قبل از فراهم شدن شرایط انتقال ایمن به مراکز مجهز جراحی فراهم می ساختند. ظرفیت این مراکز، علاوه بر فضای اورژانس و تریاژ، حدود 25 تخت است.

بیمارستان نظامی متحرک[6]

این نوع تجهیزات متحرک بیمارستانی، عمدتاً در ارتش آمریکا استفاده شده است و مشتمل بر یک بیمارستان کامل عملیاتی در یک منطقه درگیری نظامی است. اولین با در 1945 طراحی و ساخته شد و در جنگ کره و درگیری های بعدی بکار گرفته شد و در فوریه 2006 از رده خارج شد و با نسل بعدی با عنوان "بیمارستان جنگی پشتیبان[7]" جایگزین شد (4-3).

بیمارستان کانکسی (مورد استفاده در جنگ تحمیلی)

اولین بیمارستان صحرائی در 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 1360، 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 سرپائی) برای اولین بار در نزدیک ترین فاصله نسبت به مناطق درگیری در این بیمارستان بکار گرفته شد. متعاقباً در غرب شوش و جاده اهواز نیز سازه های مشابهی ایجاد و در عملیات فتح المبین و بیت المقدس (بهار 1360) مورد استفاده قرار گرفت. امنیت این بیمارستانهای سیار از طریق خاکریزهای مرتفع و استتار مناسب تأمین می شد.

بیمارستان صحرائی[8] (در ادبیات دفاع مقدس)

سامانه های بیمارستانی متحرک یا ثابت، دارای امنیت، استحکام و تجهیزات قابل ملاحظه و نسبتاً پیشرفته، و نیروی انسانی پایه و تخصصی زبده و مجرب، که از از ابتکارات و دستاوردهای بهداری رزمی دوران دفاع مقدس بوده است. این سامانه ها برای مقابله با بحران و کنترل فوریت های جنگ در شرایط آفندی و پدافندی، افزایش توانایی نیروهای وا کنش سریع بهداشتی و درمانی (تیم های اضطراری)، و ایجاد آرامش نسبی در مراحل اولیه عملیات در مناطق حادثه دیده، دایر و بهره برداری می شدند. مسئولیت احداث، ایمن سازی، تأسیسات و استحکامات با مهندسی رزمی، مسئولیت تجهیز، راه اندازی و مدیریت با بهداری رزمی و

---

[1] Mobile emergency hospital
[2] Natural and/or man-made disasters
[3] A field hospital
[4] Military medicine
[5] Disaster
[6] Mobile Army Surgical Hospital (MASH)
[7] Combat Support Hospital

[8] تعریف پیشنهادی نویسندگان

مسئولیت ارائه خدمات، اعم از فوریت های اولیه، تریاژ، اعمال جراحی و مراقبت ویژه با تیم های امدادی-درمانی و اضطراری بوده است. مدیریت این سامانه های حیاتی و حیات بخش بر عهده مجموعه بهداری رزمی بوده است.

5-اهداف و ضرورت ایجاد بیمارستانهای صحرائی در دفاع مقدس

اهداف اولیه: به منظور دستیابی به خدمات پزشکی به مجروحین و مصدومین جنگ، در کوتاه ترین فاصله ممکن از لبه جلویی منطقه نبرد و ایجاد فضایی ایمن و مطمئن برای کادرهای پزشکی ودرمانی، ایده تأسیس بیمارستان های صحرائی شکل گرفت(5).

هدف اصلی از طراحی و راه اندازی و بهره برداری از بیمارستانهای صحرائی در جنگ تحمیلی، برقراری مراقبت های تروما و جراحی در نزدیکی میادین درگیری نظامی بوده است.

توضیح : کوتاه کردن زمان رسیدن مجروح به اولین مرکز درمانی، که بتواند خدمات درمانی تخصصی و حیات بخش، خاصه اعمال جراحی اورژانس را ارائه دهد، نخستین و مهمترین هدف برپایی بیمارستان های صحرایی تلقی می گردد. رزمندگان مجروح که عمدتاً دچار ترومای متعدد با پرتابه های جنگی پرشتاب[9] و سایر عوامل آسیب زا بودند، می بایست شرایطی فراهم می گردید تا در اولین فرصت ممکن تحت اقدامات درمانی پیشرفته، از جمله جراحی های وسیع و فوری مورد نیاز، برای کنترل خونریزی، درمان شوک هموراژیک و حفظ ارگان های حیاتی و آسیب دیده، قرار می گرفتند.

سایر اهداف:

- احیای اولیه مجروحین منتقل شده از پست های اورژانس
- تریاژ اولیه مجروحین انبوه[10] و انتخاب مناسب ترین موارد برای اعمال جراحی فوری و مدیریت درمان سایرین
- تشخیص صدماتی که بسهولت از آنها غفلت می شود[11]، اما ظرفیت آسیب رسانی شدید و مرگ و میر[12] بعدی دارند
- ارائه خدمات اورژانس به مجروحین و مصدومین در شرایط عادی (غیر از مواقع عملیات)
- ارائه فوریت های خاص نظیر حوادث شیمیائی

به عنوان هدف مهم دیگر، بیمارستانهای صحرایی، با استقرار در مناسب ترین و نزدیک ترین محل ممکن به صحنه نبرد، توانسته بودند حمایت تخصصی و پشتیبانی مورد نیاز از پست های اورژانس خط مقدم را به خوبی انجام داده، امکان دسترسی مجروحین در کوتاه ترین زمان ممکن را فراهم نمایند (بعضا و در برخی از مناطق طی 45-30 دقیقه).

6- جراحی در خطوط مقدم:

بطور سنتی مراقبت از مجروح جنگی به معنای ترمیم قطعی بوسیله عمل جراحی است. در عمل به علت اختلالات فیزیولوژی، نتایج اقدامات جراحی اولیه ضعیف است. جراحی کنترل کننده آسیب[13] (DCS)، شامل اقدامات جراحی محدود و در حداقل ضروری و متعاقباً اصلاح اختلالات فیزیولوژیک و سرانجام ترمیم قطعی و نهائی جراحی است. 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 (6) . انتقال همزمان (یا در یک مدت کوتاه) تعداد زیاد مجروح (بمراتب بیشتر از ظرفیت بیمارستان صحرائی، از نظر تعداد و کیفیت جراحات)، ظرفیت اورژانس های خطوط مقدم، محدودیت منابع و تجهیزات، تداوم آتشباری و شرایط جنگی، و سایر ملاحظات، ایجاب می نماید راهبردهای متناسبی برای درمانهای جراحی مجروحین در نزدیکی های خطوط درگیری اتخاذ شود. در تجارب قبل و بعد از جنگ تحمیلی، اقدامات جراحی خطوط مقدم، بصورت حداقلی و با راهبردهای DCS رواج داشته و توسط پرسنل با تجارب

---

[9] High velocity Missiles
[10] Mass casualties
[11] Injuries that are Easily to Miss
[12] Late Morbidity of Death
[13] Damage control surgery (DCS)

محدود انجام می شده و آن دسته از افراد مجروح که نجات می یافتند، به مراکز مجهز تر پشت جبهه منتقل و اعمال جراحی قبلی در آن مراکز صورت می گیرد(7).

در این مبحث تدابیر و ابتکارات بهداری رزمی دفاع مقدس، در احداث بیمارستانهای بسیار مجهز در نزدیک ترین مکانهای ممکن نسبت به خطوط مقدم، و نیز حضور جراحان و متخصصان و سایر پرسنل بسیار ورزیده و مجرب در آن مراکز، و دستاوردهای کاملاً جدید و متحول نسبت به جنگ های قبلی مرور می شود.

7- بیمارستان های صحرائی در جنگ های قبل از دفاع مقدس

جنگ داخلی آمریکا[14] (1965-1961)

خونین ترین جنگ های تاریخ آمریکا در 10000 نقطه مختلف واقع شد و طی آن حداقل 2٪ جمعیت وقت آمریکا (620000 نفر) کشته و تعداد بیشمار دیگری معلول شدند (8). در ابتدا مراکز بیمارستانی موقت[15] در نزدیکی میادین نبرد، قبل از شروع جنگ احداث می شد. تا سال 1862 از آمبولانس برای جمل و نقل مجروحان استفاده نمی شد. تکنیک های استریل و گندزدایی هنوز شناخته نشده بود و ابزار جراحی و بیهوشی مؤثر ناچیزی در اختیار پزشکان بود. در اواخر جنگ مجروحان با قطار یا کشتی به بیمارستان های بزرگ شهری منتقل می شدند. این بیمارستان ها قبلاً وجود نداشتند و از سال 1862 ساخت آنها شروع شد. در پایان جنگ حدود 400 بیمارستان با 400000 تخت ساخته شده بود. از سربازان برای حمل و نقل مجروحان استفاده می شد. پذیرش مجروح در این بیمارستانها به دو میلیون نفر بالغ گردید و مرگ و میر کلی 8٪ بود. 3 مورد از هر 4 مورد عمل جراحی در این جنگ قطع عضو بود. مرگ و میر در اعمال خشن قطع عضو 26/3 درصد بود. علیرغم شرایط دهشتناک شروع و میانه جنگ بعضی از پیشرفت های مهم پزشکی نظیر استفاده از کینین برای پیشگیری از مالاریا، استفاده از Bromine و ایزولاسیون برای درمان قانقاریا، ایجاد سیستم حمل و نقل مجروحین با آمبولانس، ترن و قایق، استفاده از آنتی سپتیک ها، تکنیک لیگاتور عروق و ساخت بیمارستانهای عمومی بزرگ شهری، از دستاوردهای طب نظامی در این جنگ بوده است(10-9).

جنگ های جهانی اول و دوم:

بیمارستانهای سیار در حنگ جهانی اول نقش آفرین بودند.فاصله آنها تا خطوط درگیری نسبتاً زیاد و تجهیزات آنها ضعیف بود.

در جنگ جهانی دوم بیمارستانهای صحنه درگیری با 400 تخت و بیمارستانهای تخلیه مجروحین (400 تا 750 تخت) طی چند روز بعد از یک تهاجم، در فاصله حدود سی مایلی نیروهای نظامی خطوط مقدم برپا می شد. ویژگی این بیمارستانها سیار بودن آنها بود. از چادر، ساختمان های مناسب، هتل ها و استادیوم برای استقرار این نوع بیمارستانها استفاده می شد. چند روز قبل از جابجایی، بیمارستان فعالیت خود را متوقف و مجروحین موجود را به سایر بیمارستانها منتقل می نمود. تجهیزات بسته بندی شده و پرسنل به محل بعدی منتقل و طی چند ساعت بیمارستان در محل جدید آماده پذیرش می شد. در فواصل بیشتر نسبت به مناطق درگیری، بیمارستان های ایستگاهی[16] (250 تا 750 تخت)، بیمارستانهای عمومی (1000 تخت)، و بیمارستانهای نقاهتگاهی[17] (2000 تا 3000 تخت)، موجود بود. در این بیمارستان ها بیماران امنیت بیشتری از مخاطرات جنگ داشتند. در عین حال در محدوده هایی قرار داشتند که بازگشت آنها را به خطوط نبرد تسهیل می نمود. آرایش بهداری رزمی جنگ جهانی دوم در سمت متفقین، با بیمارستانهای مناطق مواصلاتی[18] کامل می شد. 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 می شد. در مجموع بیمارستان های سیار از تجهیزات، استحکامات و نیروی انسانی ضعیفی برخوردار بودند و بیمارانی که وضعیت

[14] The American Civil War (1861–1865)
[15] Temporary battlefield hospitals
[16] The station hospitals
[17] The convalescent hospitals
[18] Communications Zone

جراحات آنها چندان وخیم نبود، از این تسهیلات سود می بردند. کاربرد آنتی بیوتیک ها، انتقال خون، ونتیلاسیون فشار مثبت، و تراکشن برای شکستگی فمور از پیشرفت های مهم دوران این جنگ ها است (12-11).

جنگ های کره و ویتنام:

جنگ کره به فاصله کوتاهی بعد از پایان جنگ جهانی دوم (1950) شروع شد. در این جنگ نیز آمریکائی ها از بیمارستانهای سیار جراحی استفاده کردند (MASH). برای نخستین بار در این جنگ از هلیکوپتر برای تخلیه مجروحین استفاده شد. در سالهای بعدی تلاش شد تا بیمارستانهای سیار به خطوط مقدم نبرد نزدیک تر شوند (حدود 20 مایلی خطوط مقدم). 5 بیمارستان توسط آمریکائی ها و یک بیمارستان 60 تختخوابی نیز توسط نروژی ها فعال بود. اقدامات احیای مجروحین و اعمال جراحی فوری و اولیه در این مراکز انجام می شد. بعد از اتمام ریکاوری مجروحین با آمبولانس به مقصد بعدی اعزام می شدند که دسترسی به هلیکوپتر فراهم بود(13).

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 پیشرفت های مهمی را شاهد بود. مهمترین تحول در این جنگ تخلیه هوایی مجروحین با هلیکوپتر بود. در اوایل جنگ از هلیکوپترهای نظامی برای حمل مجروحین استفاده می شد. بعداً هلیکوپترهای اختصاصی برای حمل مجروحین طراحی شد که ظرفیت حمل همزمان 9 مجروح را داشتند و به تسهیلات ارائه خدمات فوری به مجروحین مجهز بودند. در جنگ ویتنام مراقبت های پیش بیمارستانی پیشرفت نمود. امدادگران و مراقبین و نظامیان آموزش دیده، قبل از انتقال مجروحین به بیمارستانهای سیار، اقداماتی نظیر باز کردن جراحی راههای هوایی[19]، برطرف کردن فشار داخل قفسه صدری با سوزن[20]، احیای وسیع شوک[21] در مجروحین را انجام می دادند (14).

8- سیر تکاملی بیمارستان های صحرائی در دفاع مقدس

8-1: آبادان در جنگ: شروع جنگ تا عملیات ثامن الأئمه (شکست حصر آبادان، 5 مهرماه 1360)

بیمارستان طالقانی آبادان در نقش بیمارستان صحرائی:

با شروع جنگ و ادامهٔ آن، با توجه به نزدیکی آبادان به نوار مرزی اروندرود، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در تیررس مستقیم خمپاره و توپخانهٔ دشمن قرار گرفت. بیمارستان طالقانی با برخورداری از موقعیت استراتژیک در جادهٔ 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. بیمارستان طالقانی از اول تا آخر جنگ بین دو جبهه قرار داشت. نزدیک‌ترین بیمارستان به خطوط مقدم بود. در تمام مدت زیر آتشبار بی‌امان دشمن قرار داشت. طبقات بالای بیمارستان امنیت نداشت؛ اما از طبقات پایین برای مداوای مجروحان جنگ و مردم عادی شهر استفاده می‌شد. دورهٔ حصر آبادان، سخت‌ترین شرایط برای بیمارستان طالقانی بود. دشمن با آتش توپخانهٔ سبک و سنگین به‌طور دائم منطقه را زیر آتش قرار داده بود. همهٔ شهر آبادان ناامن بود. در دورهٔ محاصرهٔ آبادان به‌قدری شدت حملات توپخانه‌ای زیاد بود که گاهی این توپ‌های خمپاره به هم اصابت می‌کرد. آرایش جنگی محاصرهٔ آبادان به‌صورت نعل اسبی بود. جاده‌های آبادان‌اهواز و آبادان‌خرمشهر توسط دشمن مسدود شد. 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 منتقل می‌شد. در بعضی موارد امکانات و تدارکات مورد نیاز بیمارستان و منطقه توسط هلیکوپترهای هوانیروز به بندر چوئیبده در 20کیلومتری آبادان منتقل و از آنجا با تدابیر دشواری به بیمارستان می‌رسید. بیمارستان شهید بهشتی نیز زیر آتش بود و اکثر توان خود را از دست داده بود. همهٔ تیم‌های پزشکی و جراحی در بیمارستان طالقانی متمرکز شده بودند. بیمارستان بسیار شلوغ بود. مرتب مجروح

[19] Opening surgical airways
[20] Thoracic needle decompression
[21] Aggressive shock resuscitation

می‌آوردند. بیمارستان هم به جبهۀ فیاضیه آبادان نزدیک بود و هم نزدیک‌ترین بیمارستان به خرمشهر بود. نیروهای ما بعد از سقوط خرمشهر، از سمت کوت‌شیخ و قسمت‌های دیگری که دشمن نتوانسته بود تصرف کند، با آنها درگیر بودند و اگر مجروح می‌شدند، آنها را به بیمارستان می‌آوردند. **در** عملیات ثامن الأئمه، 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 (15)، (تصویر 1).

تصویر 1: نمایی از بیمارستان "آیت الله طالقانی" آبادان در زمان حمله هوائی دشمن در روزهای اول جنگ دشمن متجاوز تا فاصله 500 متری بیمارستان نفوذ کرده بود

2-8: از عملیات طریق القدس، آزاد سازی بستان (8 آذر 1360)، تا عملیات فتح المبین (اول فروردین 1361) بکارگیری بیمارستانهای صحرایی کانکسی

اولین سامانه های صحرائی از ترکیب و اتصال چند کانتینر (کانکس) و چادر، در عملیات طریق القدس در سوسنگرد مورد استفاده قرار گرفت. و پس از آن در سالهای 61-1360 در عملیاتهای فتح المبین و بیت المقدس امکان برخورداری از اتاق عمل نیز در این سامانه ها فراهم و به بیانی ، نخستین نسل بیمارستانهای صحرایی مورد بهره برداری قرار گرفتند. اولین اتاق های عمل نیز در این بیمارستانها از کنار هم قرار دادن چند کانتینر ایجاد شد. در 25 اسفند 1360، اندکی قبل از عملیات بزرگ فتح المبین، بیمارستان کانکسی سیار 50 تختخوابی **"سپنتا"** جمعی لشکر 16 قزوین، با ظرفیت 10 کانکس، در محل کارخانه نورد (سپنتا)، در در 8 کیلومتری جاده اهواز-خرمشهر مستقر شد. این بیمارستان علاوه بر فتح المبین در عملیات بیت المقدس و رمضان نیز فعال بود. بعد از 10 مرداد 1361 تغییر فعالیت داده و با افزایش ظرفیت به 427 تختخواب (شامل 12 تخت اورژانس، آسایشگاه 150 تختخوابی و یک سالن 277 تختخوابی) پذیرای انبوه رزمندگان شیمیایی شد. مأموریت این بیمارستان به علت تغییر موقعیت واحدهای رزمی در تاریخ اول اسفند 1365 متوقف شد (16). با وجود این که بیمارستان‌های کانکسی به راحتی قابل حمل و جابجایی بودند، اما نقطه ضعف بزرگی هم داشتند؛ این که قابل استتار نبودند و دشمن به راحتی آنها را هدف قرار می‌داد

8-3: بیمارستانهای صحرائی در عملیات بیت‌المقدس(10 اردیبهشت تا 3 خرداد 1361) .

در این عملیات که در چهار مرحله انجام و به آزادسازی خرمشهر منتهی شد، سامانه و شبکه بهداری سپاه کامل و بهداری تیپ، بهداری قرارگاه و بهداری قرارگاه مرکزی تشکیل شد. جبهه نبرد در این عملیات در سه محور شمالی، میانی و جنوبی گسترش یافته، برای هر یک بیمارستان صحراییِ خاص خود در نظر گرفته شد. بیمارستان صحراییِ قرارگاه قدس در محور شمالی در دشت‌آزادگان قرار داشت. در محور میانی، بیمارستان صحراییِ قرارگاه فتح در جادۀ خرمشهر، سمت نورد و بالاتر در حدود پادگان حمید واقع شده بود و سرانجام بیمارستان صحراییِ محور جنوب با ظرفیت چهار اتاق عمل و اورژانس برای قرارگاه نصر در جاده آبادان- دارخوین آماده شد[22] . تیم‌های پزشکی این بیمارستان‌ها از مجرب‌ترین جراحان متخصصین بیهوشی و بهترین کادر درمانی آن روزهای کشور تشکیل شده بود. سه بیمارستان صحراییِ یادشده در مجموع بیش از دوهزار مجروح را تحت عمل جراحی قرار دادند. برخی از عمل‌های جراحی بسیار سنگین و گسترده با تیم‌های جراحی کامل انجام گرفت. در مرحله سوم عملیات بیت‌المقدس(19 اردیبهشت 1361)، یک بیمارستان صحرایی به نام شهید کلاهدوز در جاده خرمشهر- اهواز در پانزده کیلومتری خرمشهر به صورت کانکس برپا شد که در مرحله آخر عملیات، به عنوان عقبه اصلی انتقال مجروحان استفاده شد. عمدۀ مجروحان به این بیمارستان منتقل می‌شدند تریاژ اولیه در آنجا انجام می شد. یک پل هوایی با بالگردهای شنوک، ارتباط این مراکز صحرایی را با بیمارستان اهواز برقرار می‌کرد . در این عملیات بیمارستان صحرایی شهید کلاهدوز بسیار فعال و پذیرای 14505 مجروح بود (17).

8-4: بیمارستان های صحرائی و اورژانس های عملیات رمضان (مرداد 1361) و عملیات محرم (آبان 1361):

پس از آزادسازی خرمشهر، اقدامات نظامی ایران با عملیات رمضان در شرق بصره آغاز شد. هدف از این عملیات حضور نیروهای نظامی ایران پشت رودخانه اروند و در شرق بصره و تسلط بر شهر بصره بود. منطقه عملیات وسیع و از شمال به «کوشک» و «طلاییه» و پاسگاههای مرزی، از جنوب هویزه و حاشیه جنوبی «هورالهویزه»، از غرب به رودخانه اروند ـ در نقطه تلاقی دجله و فرات به نام القرنه ـ تا شلمچه در غرب خرمشهر و از شرق به خط مرزی شمالی ـ جنوبی و از کوشک تا شلمچه منتهی می‌شد. عملیات در 5 مرحله انجام شد. حجم مجروحین بسیار زیاد و جراحات نیز عمیق و متعدد بود. در این عملیات اورژانس های خطوط نبرد توسط مهندسی رزمی، با استفاده از ساختارهای سوله ای (که قاب های فلزی آن از قبل آماده و به محل احداث منتقل می شد)، بصورت ضربتی و بسیار سریع احداث و توسط بهداری رزمی تجهیز و بلافاصله مورد استفاده قرار می گرفت. بنابراین ظهور ساختارهای سوله ای در بهداری رزمی به عملیات رمضان بر می گردد.

بعد از تجربه عملیات بیت‌المقدس که بیمارستان‌ها تقریبا هیچگونه استحکاماتی نداشتند و کاملا آسیب‌پذیر بودند، از نظر سازه‌ای، بیمارستان‌هایی با سازه‌های سوله‌ای طراحی و بلافاصله بعد از فتح خرمشهر و قبل از عملیات رمضان، نمونه‌های این بیمارستان‌ها ساخته شد. این بیمارستان‌های سوله‌ای به گونه‌ای بودند که سازه‌ای فلزی داشتند و زیر خاک قرار می‌گرفتند. این سازه فلزی به صورت قاب‌های هشت ضلعی پیش ساخته به محل منتقل می‌شد و پس از آن، جهاد سازندگی در منطقه خاک‌برداری کرده و آنها را نصب می‌کرد. سپس آنها را با ورقه‌های فلزی مسقف کرده و رویشان تا ارتفاع بیش از یک متر هم با خاک پوشانده و استتار می‌شد(تصویر 2). بنابراین اولین بیمارستان‌هایی که با ایده حفاظت کادر بیمارستانی طراحی شد، در عملیات رمضان بود. عملیات رمضان گسترده و طولانی بود، درگیری‌ها بسیار شدید و حجم تلفات و ضایعات مجروحین بسیار بالا بود.

در دوره 2 ماهه بعد از عملیات رمضان رکود نسبی در جبهه ها برقرار بود. در آبان ماه 1361،انجام عملیات محدود در دستور کار قرار گرفت. قرارگاه‌های عملیاتی مناطق سومار و عین خوش را برای انجام عملیات محدود انتخاب کردند. عملیات محرم در 10 آبان 1361 در جنوب شرقی دهلران و در غرب عین‌خوش، با هدف تصرف ارتفاعات منطقه طرح‌ریزی شد . در این عملیات از بیمارستان صحراییِ پیش‌ساخته (کانکس) مستقر در تپه‌های کنار پادگان عین‌خوش استفاده شد(5). در بیمارستان صحرایی عین خوش در عملیات محرم 3066 مجروح مداوای اولیه شدند و 48 عمل جراحی انجام گرفت (17).

[22] مصاحبه سردار فتحیان با ویژه‌نامه فتح بزرگ، 1388

تصویر 2: اورژانس های سوله ای در عملیات رمضان

5-8: عملیات والفجر و ظهور بیمارستان های صحرائی با سازه سوله ای:

این بیمارستان ها با سازه سوله‌ای و عمدتاً در زیر خاک استتار می شدند.. اولین بیمارستانی که به این شکل ساخته شد، بیمارستان صحراییِ شهید باقری در غرب دزفول بود که توسط مهندسی رزمی سپاه در سال 1361 احداث و در عملیات والفجر مقدماتی (17/11/1361 تا 21/11/1361 شمال چزابه) به کارگرفته شد. این بیمارستان زیربنایی حدود 181 متر داشت . از این نوع بیمارستان‌های سوله‌ای 13 مورد دیگر نیز طی سال‌های 1362 تا 1363 در نقاط مختلف خطوط عملیاتی ساخته شد که از آنها می‌توان به بیمارستان‌های شهدا در جنوب شرق دهلران، شهید بروجردی در مهران، شیخ صله در جوانرود، شهید ردانی‌پور در مریوان، ولی‌عصر(عج) در سرپل ذهاب، چم امام حسن(ع) بین قصر شیرین و سر پل ذهاب، شهید بروجردی در بانه، شهید رادمنش در مریوان، خاتم‌الانبیاء در سه‌راهی جفیر، رمضان در جاده اهواز - خرمشهر، شهید بهشتی در هویزه، ظفر در 15 کیلومتری آبادان، و کربلا در 150 کیلومتری مهران، اشاره نمود. از این مراکز صحرایی در عملیات‌های والفجر1، والفجر4، والفجر5، خیبر، بدر، والفجر8 و والفجر10 استفاده گردید[23] (5). در ابتدا فکر ساخت و اداره بیمارستان‌های صحرایی با شرایط مستحکم و استقراری برای پشتیبانی عملیات والفجر مقدماتی آغاز شد. در این عملیات چون فاصله از شهرهای عقبه زیاد بود و دسترسی جاده‌ای نیز محدود بود، اولین بیمارستان صحرایی استقراری، طراحی و اجرا شد و منجر به ساخت بیمارستان شهدای والفجر شد که در عملیات والفجر 1 (فروردین 1362) مورد بهره‌برداری قرار گرفت (17). با نزدیک شدن به زمان اجرای عملیات والفجر 1 در 21 فروردین 1362 بیمارستان صحراییِ شهدا (**شهید باقری**) توسط مهندسی رزمی سپاه پاسداران در نزدیک پاسگاه ربوط- جنوب شرقی دهلران تکمیل شد(18). همچنین در این عملیات بیمارستان صحراییِ بیت‌المقدس 33656 مصدوم را پذیرا شد (10). این بیمارستانها گرچه نسبت به بیمارستان های شهری امکانات کمتری داشتند ، ولی بدلیل نزدیکی به خطوط درگیری، در نجات جان مجروحین بسیار موثر بودند و از ازدحام مجرومین در بیمارستانهای شهری می کاستند.

[23] مدارک و نقشه بیمارستان‌های صحرایی دوران دفاع مقدس، 63-آرشیو مهندسی رزمی سپاه پاسداران تهران

6-8: سرگذشت بیمارستان صحراییِ حمید (ایستگاه حمید)

در اول اسفند 1362، ارتش جمهوری اسلامی ایران برای پشتیبانی منطقه 3 نیروی زمینی در منطقه جاده اهواز- خرمشهر در محل ایستگاه حمید، بیمارستان زیرزمینی صحراییِ حمید معروف به ایستگاه حمید را دایر کرد. در این بیمارستان کانکس‌های 60تختخوابی سیار در فضاهای ساخته شدهٔ سنگری، مستقر شد. کانکس‌ها حدود یک متر از سطح زمین بلندتر قرار گرفت و از نظر استتار در برابر حملات هوایی دشمن آسیب پذیر بودند. تیم‌های جراحی و پزشکی از طریق ادارهٔ بهداشت و درمان نزاجا تأمین می‌گردید. بعدها برای ارائه خدمات به مجروحین شیمیائی پنج کانکس جداگانه محلی نزدیک بیمارستان و دو سالن هر یک به ظرفیت 200 تخت به بیمارستان اولیه اضافه شد. در 25 اسفند 1363 این بیمارستان مورد حمله هوایی دشمن قرار گیرد و به کلی تخریب شد. این بیمارستان پیش از انهدام در مقابله با حملات شیمیایی منطقه، خدمات ارزنده‌ای ارائه کرده بود. از ظهر 22 اسفند تا صبح 24 اسفند سال 1363، تعداد 412 نفر و تا شب همان‌روز در مجموع 720 نفر از نیروهائی که در عملیات شرق دجله شرکت داشتند، بعلت مجروحیت با عوامل شیمیائی، تحت درمان قرار گرفته و مرخص شده بودند. این بیمارستان در پذیرش مجروحین عملیات والفجر ناحیه جنوب و عملیات خیبر طلایه و جزایر مجنون و عملیات بدر جنوب فعالیتی چشمگیر داشت (16).

7-8: بکارگیری نخستین بیمارستان صحرائی با سازه بتونی : عملیات والفجر 3 (7 مرداد 1362)

پس از عملیات والفجر مقدماتی و والفجر 1 به منظور جلوگیری از رکود جبهه‌ها، بار دیگر هدف‌های محدودی که بیشتر در مناطق غرب و شمال کشور قرار داشتند، برای عملیات انتخاب شدند.[۲۴]. کوهستانی بودن مناطق عملیاتی انتخاب شده، تطبیق بیمارستان‌های صحرایی با شرایط اقلیمی جدید را ضروری ساخت. عملیات والفجر 3 در منطقه مهران حد فاصل جنوب کانی سخت تا ارتفاع قلعه آویزان واقع در شرق مهران انجام شد، که ارتفاعاتی همچون زالو آب و نمکلان بو را دربرمی‌گرفت . در این عملیات شهید معتمدی که از برادران جهاد سازندگی بود، با همکاری جهاد استان کرمانشاه در نزدیکی مهران یک واحد **"بیمارستان صحراییِ بتونی"** را با همکاری نیروهای بهداری رزمی سپاه احداث نمود. همچنین، بیمارستان دیگری به نام شهید بروجردی با به‌کارگیری امکانات یک شهرک نیمه‌کاره در جاده مهران- ایلام راه‌اندازی شد(17).

8-8: عملیات والفجر 4 (27 مهر 1362) احداث بیمارستان صحرائی با سازه ترکیبی بتونی و فلزی

عملیات والفجر 4 در 27 مهر 1362 در شمال غرب کشور در دو محور منطقه عمومی شیلر و منطقه آلان سردشت، در منطقه‌ای به وسعت 600 کیلومتر مربع در سه مرحله توسط سپاه پاسداران با همکاری ارتش جمهوری اسلامی ایران و تحت نظارت قرارگاه حمزه سیدالشهدا اجرا شد. این عملیات به خاطر ویژگی‌های محیطی و محدویت‌های خاصی که داشت در میان عملیات‌های هشت سال دفاع مقدس از جایگاهی ویژه برخوردار است؛ زیرا کوهستانی بودن منطقه، وجود ارتفاعات صعب‌العبور، حضور ضد انقلاب، شرایط جویِ نامساعد، فاصله طولانی بین منطقه عملیاتی با شهرهای مرکزی برای انتقال مجروحین، طولانی شدن زمان عملیات و احتمال استفاده دشمن از سلاح‌های شیمیایی، محدودیت‌های فراوانی ایجاد کرده بود (20-19).. طی این عملیات بهداری سپاه علیرغم محدودیت‌ها، برای نخستین‌بار از شیوه‌هایی خاص در امداد و انتقال کوهستانی جهت کمک‌رسانی به مجروحان استفاده کرد. شش بیمارستان در شهرهای مجاور با 16 اتاق عمل، و سه **بیمارستان صحرایی** شامل **" شهید بروجردی"** در محور شمالی، **"شهید ردانی‌پور"** در محور جنوبی و **"شهید رادمنش"** در محور میانیِ منطقه عملیاتی با 12 اتاق عمل، 20 اورژانس صحرایی، 188 تخت معاینه و 4 نقاهتگاه تجهیز و آماده شد. تعیین محل احداثِ بیمارستان‌های صحرایی و نقاهتگاه‌ها با نیروهای عملیاتی هماهنگ شده بود. در این عملیات بیمارستان صحرائی شهید بروجردی پشتیبانی لشکرهای نجف اشرف و 41 ثارالله، بیمارستان شهید ردانی‌پور پشتیبانی لشکرهای امام حسین(ع) و بیمارستان شهید رادمنش پشتیبانی تیپ قمر بنی هاشم و تخلیه‌گری لشکرهای عمل‌کننده را به عهده داشتند. طی این عملیات دشمن بعثی دو بار اقدام به بمباران شیمیایی با گاز خردل

---

[24] اردستانی، 1384، ص55

کرد که منجر به مصدوم شدن عده‌ای از رزمندگان و مردم شد(13). 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 (عراقی‌زاده و دیگران، 1380، ص141). در این عملیات بیمارستان صحرایی رادمنش 11607 مصدوم را پذیرش کرد و 201 عمل جراحی انجام داد. بیمارستان شهید بروجردی نیز افزون بر پذیرش 4135 مصدوم، 321 عمل جراحی انجام داد (17).

9-8: بیمارستان صحرایی چنانه (شهید کلاهدوز): ترکیب کانکس و سوله

ارتش جمهوری اسلامی نیز با تجربه ای که از بیمارستا نهای چادری به دست آورده بود، در 1 اسفند 1362، بیمارستانی با ظرفیت 60 تختخواب به صورت سنگری و زیرزمینی در محور اندیمشک- دهلران سه راهی چنانه به نام بیمارستان صحرایی زیرزمینی چنانه (شهید کلاهدوز) ایجاد کرد .این بیمارستان در طراحی اولیه به صورت راهرویی به عرض 5 متر بود که در طرفین آن کانکس های بیمارستان صحرایی متحرک در سنگر قرار داده شده بود. به علت مشکلات متعدد کانکس ها از محل خارج و به جای آن از اتا ق های سوله ای در زیر زمین استفاده شد. در عملیات خیبر در طلائیه در تاریخ 3 اسفند 1362 و در عملیات بدر در جزیره مجنون در تاریخ 20 اسفند 1363 خدمات ارزنده ای ارائه کرد. این بیمارستان تا آخرین روزهای دفاع مقدس فعال و کارایی خوبی داشت (18).

10-8: نخستین تجربه بزرگ در احداث و بکارگیری بیمارستان های صحرائی:

بیمارستان صحرائی خاتم الانبیاء"ص" در عملیات خیبر (22-3 اسفند1362)

عملیات خیبر در مردا بهای هورالهویزه طراحی شده بود و بهداری رزمی باید برای شرایط جدید و سطح انتظارات راهبردی جدید ارتقاء می یافت. بر این اساس مهندسی نیروی رزمی سپاه در سال 1362 اقدام به ساخت بیمارستان خاتم الأنبیا ء "ص" در سه راه فتح، منطقهٔ عمومی جفیر کرد. این بیمارستان در 936 متر مربع، شامل داروخانه، بخش رادیولوژی، بانک خون، آزمایشگاه، 35 تخت اورژانس سرپائی و بستری، قابل افزایش به 40 تخت، 4 تخت ریکاوری، درمانگاه و 8 اتاق عمل بود. در ساخت این بیمارستان از سوله های فلزی پنج ضلعی در ابعادی با دهانه 4 متر و ورق گالوانیزه موج دار استفاده شد. این علیرغم عملکرد خترق العاده و چشم گیر بیمارستان در عملیات خیبر، در بامداد ششم اسفند 1362 مورد حمله هوائی و اصابت گلوله های دشمن قرار گرفت. در جریان این حملات رئیس و مدیر پرتلاش و جان برکف بیمارستان، دکتر محمدعلی رهنمون و مهدی خداپرست، به شرف شهادت نائل شدند. این بیمارستان صحرائی در عملیات خیبر 15606 مجروح را پذیرفته، مورد مداوا قرار داد و 217 مورد عمل جراحی در آن انجام شد (5 و 17). در این عملیات نیروهای عراقی از سلاح‌های شیمیایی استفاده کردند.. از بیمارستان خاتم‌الانبیاء "ص" در عملیات بدر (19 اسفند 1363) نیز استفاده شد و تقریباً به مدت دو سال تا اوایل عملیات والفجر 8، عملیاتی بود. علیرغم عملکرد مطلوب، بدلیل آسیب پذیری در برابر بمباران دشمن و شرایط محیطی مثل نشت آب، ساخت بیمارستان های ایمن تر و مجهزتر مورد توجه قرار گرفت.

11-8: بیمارستان صحرائی امام رضا"ع"، نخستین بیمارستان صحرائی با سازه بتونی در جنوب : عملیات بدر (19 تا 26 اسفند 1363)

بیمارستان خاتم‌الانبیاء "ص" که نخستین تجربه بیمارستان صحرایی بزرگ در منطقهٔ جنوب بود، چند مشکل اساسی داشت: به اندازه کافی مستحکم نبود، منطقهٔ جغرافیایی آن مناسب نبود(در تیررس دشمن قرار داشت و خاک منطقه رملی بود، هنگام بارندگی‌های شدید آب وارد بیمارستان می‌شد. (ربیهاوی، 1391، ص62). به این دلایل بیمارستان دیگری به نام امام رضا "ع" در همین منطقه و با موقعیت جغرافیایی و استحکامات بهتر ساخته شد. از کنار هم قرارگرفتن ، قطعات پیش ساخته بالسی شکل ، اولین بیمارستان از این نوع در سال 1363 ، به نام بیمارستان امام رضا "ع" در محور جزیره مجنون شروع به فعالیت نمود. بیمارستان صحرایی امام رضا"ع" در دشت جُفیر و در 1کیلومتری چهارراه صاحب الزمان"عج" و 8کیلومتری شرق هورالهویزه و 2

کیلومتری پاسگاه مرزی برزگر واقع شده است. ساخت این بیمارستان بعد از عملیات خیبر و در اوایل سال 1363شروع شد و پس از عملیات بدر به مرحله بهره‌برداری رسید و تا پایان جنگ فعالیت داشت. این بیمارستان نخستین بیمارستان بتونی در جنوب بود که با مساحت 3200 مترمربع زیربنا زیرنظر قرارگاه خاتم‌الانبیاء "ص" توسط قرارگاه مهندسی صراط المستقیم و با همکاری اداره‌کل مسکن و شهرسازی استان خراسان احداث شد و دارای ظرفیت 14تخت اورژانس، هفت تخت اتاق عمل و رادیولوژی و یک پد بالگرد و سایر تأسیسات جانبی بود.....

هدف اصلی از ساخت بیمارستان صحرایی امام‌رضا"ع" ایجاد یک مرکز درمانی مناسب در منطقه عملیاتی هورالهویزه بود چرا که فاصله خطوط مقدم جبهه از هور تا اهواز به خصوص بعد از عملیات خیبر بسیار زیاد بود که این امر باعث می‌شد تا خودرو حامل مجروحین، پس از چندین ساعت حرکت در مناطق پرخطر، مجروح را به اهواز یا سایر مراکز درمانی انتقال دهد. انتقال مجروحین از جاده‌هایی که در دید دیده‌بانان و خلبانان هواپیماهای مهاجم قرار داشتند، چه بسا باعث شهادت مجروحین می‌شد، از دیگر اهداف احداث بیمارستان امام رضا"ع" پشتیبانی درمانی از یگان‌های مستقر در منطقه عملیاتی بدر بوده‌است. محور عملیاتی طَبُر، دریاچه ام‌النعاج، شط‌علی، پاسگاه ترابه تا پاسگاه ابوذکر عراق، جاده خندق، منطقه عملیاتی بدر و جزایر مجنون شمالی و جنوبی، طلائیه، سه راه فتح، سه‌راه جفیر و محدوده 20 کیلومتری شهر هویزه تا شرق هورالهویزه، مناطق عملیاتی تحت پوشش این بیمارستان بودند (22). این بیمارستان دارای 4 اتاق عمل و 20 تخت اورژانس بود و در عملیات بدر به 11930 مجروح خدمات درمانی ارائه داد و 91 عمل جراحی در آن انجام شد.

در عملیات بدر، بیمارستان دیگری به نام **"بیمارستان صحرائی شهید بهشتی"** در شمال بیمارستان خاتم‌الانبیاء "ص" به طرف هویزه ساخته شد و مورد بهره برداری قرار گرفت.

نمونه ای از خلق حماسه های ماندگار در بیمارستان های صحرائی:

بیمارستان امام رضا"ع" در بردآتش مؤثر توپخانه دشمن قرار نداشت، اما به دلیل این که در 1 کیلومتری چهارراه صاحب‌الزمان(عج) واقع شده بود و جاده پر تردد شهید همّت از کنار آن می‌گذشت، همواره مورد تهاجم هوایی دشمن قرار داشت. . ساختمان بیمارستان در دو مرحله مورد حملات هوائی دشمن قرار گرفت. در ابتدا یک راکت در محوطه بیمارستان منفجر شد و بار دوم موقعی که نیروها در مسجد بیمارستان جهت اقامه نماز تجمع کرده بودند توسط دو فروند هواپیمای دشمن چهارنقطه بیمارستان مورد تهاجم قرارگرفت. هنگامیکه دشمن جهت گرفتن جزایرمجنون از سلاح‌های شیمیایی در مقیاسی وسیع استفاده کرد شمار مصدومین شیمیایی اعزامی به بیمارستان امام‌رضا"ع" بسیار زیاد بود و به علت پیش‌روی نیروهای دشمن از طرف جزیره جنوبی مجنون تا سه‌راه فتح و جاده شهید همّت احتمال داشت که این بیمارستان به دست نیروهای دشمن بیافتد در چنین شرایطی، با وجود خطراتی که جان کارکنان و مجروحین داخل بیمارستان را تهدید می‌کرد، کادر درمانی تا آخرین لحظه مقاومت نموده و به کار درمان ادامه دادند. بیمارستان صحرایی امام‌رضا"ع" اکنون در ردیف آثار ملی دفاع‌مقدس و تحت حفاظت قرارگاه حفظ ابنیه و آثار دفاع‌مقدس استان خوزستان قرار گرفته و مورد بازدید راهیان نور می باشد (22).

12-8: عملیات کربلای 4 و کربلای 5: ساخت و بکارگیری بیمارستان صحرایی علی ابن ابی‌طالب (ع) از شاهکارهای مهندسی جنگ

بیمارستان صحرایی علی بن ابی‌طالب یکی از شاهکارهای مهندسی جنگ سپاه بود؛ به نحوی که دشمن بعثی عراق از وجود چنین بیمارستانی اطلاع نداشت. سازه ساختمانی این بیمارستان نیز در نوع خود ابتکار عمل بزرگی محسوب می‌شد. این بیمارستان در پائیز 1364 ، در منطقه مارد واقع در 11 کیلومتری آبادان در مساحتی بالغ بر 2894 متر مربع بنا گردید. در قطعات کف، دیوار و سقف این سایت از بتن پیش ساخته نوع ترکیبی استفاده شده است. در عملیات کربلای 5 تعداد 23 پست امدادی، 16 اورژانس عملیاتی ، 2 بیمارستان صحرایی (علی بن ابی‌طالب "ع" و امام حسین"ع") و 19 نقاهتگاه شهری، مسئولیت درمان مصدومان را عهده‌دار بودند. در بیمارستان صحرایی علی بن ابی‌طالب (ع) در عملیات کربلای 5 تعداد 1940عمل جراحی را در 8 اتاق عمل

انجام شد؛ این بیمارستان با 20 تخت اورژانش، 30 تخت ریکاوری، 2 پد بالگرد، اورژانس شیمیایی با 16 تخت آی سی یو، خدمات بی نظیری به مجروحان و مصدومان ارائه نمود.

13-8: بیمارستان صحرایی امام‌حسین(ع) با سازه بتونی در عملیات کربلای 5 و والفجر 8

این بیمارستان در کیلومتر7 جاده شهید شرکت (جاده انشعابی از شرق جاده اهواز– خرمشهر و بین ایستگاه حسینیه و دارخوین) قرار دارد تصویر 3 نقشه و موقعیت جغرافیائی بیمارستان را نشان می دهد. این بیمارستان صحرایی در سال 1361 در ابتدا به صورت سوله‌هایی با آهن و پلیت ساخته شد. بعدها و همزمان با عملیات کربلای4، بیمارستانی بتونی و با مساحت 3551 مترمربع در کنار آن احداث و جهت پشتیبانی و مداوای مجروحین عملیات کربلای 5 و عملیات والفجر 8 ساخته و توسط بهداری رزمی جنوب اداره می‌شد. این بیمارستان با ارتفاع 1/5متر خاک کاملاً استتار و با 0/5 متر ماسه و قطعات بتونی در برابر بمباران و موشک باران مقاوم شده بود (تصویر 4)، یکی از مجهزترین بیمارستان‌ها در نوع خود بود و در آن تقریباً تمامی امکانات یک بیمارستان شهری تدارک دیده شده بود و علاوه بر پذیرش مجروحین جنگی، مصدومین شیمیایی را نیز پذیرش می‌کرد. این دارای رادیولوژی، بانک خون، 8 اتاق عمل، 25 تخت اورژانس برای مجروحین عادی و 20 تخت اورژانس برای مصدومین شیمیایی، داروخانه، بخش ICU و آزمایشگاه بود. اورژانس آن که از دو سالن عمود بر هم تشکیل می‌شد، در موقع پدافند به عنوان نقاهتگاه و در هنگام آفند، به عنوان اورژانس برای پذیرش مجروحین بدحال، مورد استفاده قرار می‌گرفت. مناطق زیر پوشش این بیمارستان صحرایی از خرمشهر(محلّی که رودخانه کارون،آبادان را از خرمشهر جدا می‌کند) تا زید و در صورت نیاز حداکثر تا صحرای کوشک امتداد می‌یافت. اورژانس‌های مستقر در محورهای عملیاتی شلمچه، زید، کوشک، طلائیه و خرمشهر، مجروحین خود را از طریق جاده‌های خرمشهر، شهید صفوی، امام رضا(ع) و زید به این بیمارستان منتقل می‌کردند. در سال 1367 و پس از پذیرش قطعنامه598، در جریان هجوم مجدد ارتش عراق به جاده اهواز- خرمشهر و سه‌راه حسینیه، بیمارستان امام‌حسین(ع) در آستانه سقوط قرارگرفت. واحدهایی از سربازان دشمن وارد بیمارستان شدند، بخش هایی را تخریب نمودند و جمعی از پرسنل نیز به اسارت درآمدند. این بیمارستان در طول جنگ منشاء خدمات بسیار ارزنده به رزمندگان اسلام بود و نقش بسیار مهمی را در مداوای مجروحین جنگی و خصوصاً مصدومین ناشی از بمباران شیمیایی دشمن ایفا نمود (22). این بیمارستان در 35 کیلومتری خرمشهر در کیلومتر 7 جاده شهید شرکت نفت انشعاب از شرق جاده اهواز – خرمشهر و بین ایستگاه حسینیه و دارخوین» قرار دارد. این بیمارستان یکی از مستحکم ترین و مجهزترین بیمارستانهای صحرایی در زمان دفاع مقدس بوده است. ساختمان اصلی این بیمارستان درسال 1364 و در کمتر از هشت ماه ساخته شد و در سالهای 65 تا 67 پشتیبان بسیاری از عملیاتها بود. این بیمارستان دارای 8 اتاق عمل، 25 تخت اورژانس ، بخشهای رادیولوژی ، بانک خون ، آزمایشگاه داروخانه و تصویر برداری بود و همچنین به یکی از بهترین سایت های شیمیایی نیز مجهز بود که در دل تپه ای کوچک قرار داشت و به طول کامل استتار شده بود. ساختمان درون تپه ای محصور شده و سقف هلالی شکل آن از سه لایه تشکیل شده بود. لایه اول بتنی با مقاومت زیاد، سقف دوم از جنس سرب و پس از آن لایه دیگری از جنس ماسه بادی و گل رس به قطره پنج متر به این ترتیب سقف بیمارستان مقاوم و قدرت تحمل بمب های 500 پوندی را داشت و به طور کامل هم استتار شده بود. این بیمارستان دارای باند فرود بالگرد نیز بوده و نقش مهمی را در مدیریت فرایند امداد و انتقال مجروحان منطقه ایفا می کرد. در سالهای دفاع مقدس 27/366 رزمنده مجروح به این بیمارستان منتقل و 17 هزار و 780 مورد عمل جراحی در آن انجام شده است. پس از پذیرش قطعنامه 598، این بیمارستان به مدت 48 ساعت در تصرف عراقی ها بود و از آن زمان آثار دو گلوله تانک بر دیوار بیمارستان به جا مانده است. این بیمارستان که بعنوان نمادی از تلفیق دانش مهندسی و پزشکی نظامی تلقی می گردد بازسازی و هم اکنون تبدیل به موزه بهداری رزمی گردیده و محل یادمان تخصصی راهیان نور دانشجویان و اساتید دانشگاههای علوم پزشکی محسوب می گردد.

این بیمارستان علاوه بر پذیرش مجروحین جنگی، مصدومین شیمیایی را نیز پذیرش می کرد. به این منظور در قسمت ورودی محوطه، در فاصله چند صد متری نسبت به ساختمان اصلی، داخل یک تپه، مجموعه ای ویژه مجروحین شیمیائی احداث شده بود. این مجموعه در طول حملات گسترده شیمیائی دشمن توسط جمعی از پرسنل جان برکف خدمات بی نظیری ارائه نموده است.

تصویر 3: موقعیت بیمارستان صحرائی امام حسین "ع"

تصویر 4: بیمارستان صحرائی امام حسین "ع"

14-8: بیمارستان صحراییِ کولان

بیمارستان صحراییِ کولان نیز در 20 تیر 1362 توسط ارتش جمهوری اسلامی ایران، در کنار ستاد عملیاتی در محدوده استقراری تیپ مستقل مریوان ابتدا بصورت یک مرکز اورژانس تأسیس شد. در عملیات والفجر 4، توسعه داده شد و به صورت بیمارستان صحرایی از نوع سوله‌ای آماده خدمت‌رسانی گردید. در 27 مهر 1362 در عملیات والفجر خدمات ارزنده‌ای ارائه داد. مجروحینی که نیاز به خدمات درمانی پیشرفته‌تری داشتند از طریق زمینی یا به وسیله بالگرد به بیمارستان شهر مریوان یا بیمارستان الله اکبر میان راهی سنندج یا خود بیمارستان منطقه‌ای 524 سنندج منتقل می‌شدند. در 5 اسفند 1366 با توجه به شرایط منطقه از طرف بهداری نیروی زمینی به داروها و تجهیزات مقابله با حملات شیمیائی مجهز شد. تا اسفند سال 1366 ، این بیمارستان 1720 رزمنده مجروح و 1860 مصدوم شیمیایی را مورد پذیرش قرار داده بود. با توجه به پیش‌بینی قبلی و احداث مرکز اورژانس در داخل پادگان مریوان ، تأمین اقلام دارویی و حضور کارکنان آموزش دیده، درمان های لازم برای همه مجروحان انجام شد. تعدادی از مجروحان نیز به طور مستقیم از محل درگیری به بیمارستان‌های میان راه توحید و الله اکبر اعزام شدند (23).

15-8: بیمارستان های صحرائی در عملیات والفجر 4 (مهرماه 1362):

عملیات والفجر 4 در مهرماه سال 1362 در شمال غرب کشور در دو محور منطقه عمومی شیلر و منطقه (آلان) سردشت در منطقه ای به وسعت 600 کیلومتر مربع توسط رزمندگان اسلام تحت نظارت قرارگاه حمزه سیدالشهدا واجرا شده این عملیات بدلیل اجرای در منطقه کوهستان، وجود ارتفاعات صعب العبود ووجود شرایط جوی نامساعد در میان مجموعه عملیات هشت ساله

دفاع مقدس از جایگاه ویژه برخوردار است. فاصله طولانی بین منطقه عملیاتی با شهرهای عقبه دارای مرکز درمانی و احتمال استفاده دشمن از سلاحهای شیمیای، شرایط خاصی را در موضوع امداد و انتقال ایجاد کرده بود. به منظور پشتیبانی بهداری رزمی در این عملیات، 3 بیمارستان صحرائی ، شامل 1- بیمارستان شهید بروجردی در محول شمالی 2- بیمارستان شهید رداه بور در محور جنوبی 3- بیمارستان شهید رادمنش در محور میانه منطقه عملیاتی ایجاد گردیده است که با فعال سازی آنها 12 اتاق عمل، 188 تخت بستری، و 4 نقاهتگاه آماده ارائه خدمات امدادی درمانی شده بود. در طی این عملیاتی دشمن بعثی 2 بار اقدام به بمباران شیمیایی با گاز خردل نمود که منجر به مصدوم شدن تعدادی از رزمندگان و مردم عادی شد. این بیمارستانها ترکیبی از سازه های بتونی و فلزی بودند. در این عملیات در بیمارستان شهید بروجردی 321 عمل جراحی و در بیمارستان صحرایی شهید رادمنش 201 مورد عمل جراحی انجام شده بود.

16-8: بیمارستان صحرائی مهران (کربلا) ، عملیات والفجر 5:

این بیمارستان در سال 1363، توسط مهندسی رزمی سپاه ، در 15 کیلومتری مهران، "سه راه کانی سخت"، در مساحت 905 متر مربع، با سازه سوله ای (قاب های 5 ضلعی، دهانه 3/70 متر و قاب هلالی با دهانه 4 متر) ساخته شد و با 2 متر خاک استتار شده بود. در والفجر 5، پشتیبانی عملیات را برعهده داشت (18).

17-6: بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهرا (س) در عملیات والفجر 8، آماج حملات هوایی دشمن، تنها بیمارستانی که در طول تاریخ جنایات جنگی بمباران شیمیائی شد:

این بیمارستان قبل از عملیات مهم والفجر 8، در چوئیبده در نزدیکی رودخانه بهمنشیر ساخته شد و از استحکام و طراحی بهتری برخوردار و نقش حیاتی در درمان مجروحین عادی و شیمیایی عملیات فاو ایفا کرد. ساختار بیمارستان بتونی و در برابر بمباران هوایی مقاوم بود. بیمارستان صحرایی حضرت فاطمه الزهرا (س) هدف چهار حمله عمده به شرح زیر قرار گرفت[۲۵]:

حادثه بمباران شیمیائی ۲۶/۱۱/۶۴: پنج یا 6 نقطه از اطراف بیمارستان، در طول یک خط مستقیم با بمب های دودزا بمباران شد. دود خاکستری مایل به آبی از آن نقاط متصاعد می‌شد. به فاصله کمتر از یک دقیقه هواپیماها مجددا ظاهر شدند و اقدام به بمباران شیمیایی کردند به طوری که یکی از بمب‌ها در مجاور خاکریز بیمارستان افتاد . جهت جریان باد نسبت به بیمارستان که با بمب های دود زا بررسی و شناسایی شده بود، خلبان را راهنمایی کرد که بمب شیمیایی را در محلی پرتاب کند که جریان باد، گازهای آن را به سمت هدف یعنی بیمارستان صحرایی ببرد. از بلندگوی بیمارستان اعلام خطر حمله شیمیایی شد و همه ماسک زدند. علیرغم حرکت ابر شیمیایی به سمت بیمارستان، به دلیل باد ملایمی که می‌وزید خوشبختانه به کسی آسیبی نرسید.

حادثه بمباران شیمیائی ۲۸/۱۱/۶۴

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

حادثه بمباران شدید انفجاری بیمارستان ۳۰/۱۱/ ۶۴

در این بمباران از بمب‌های انفجاری بسیار قوی استفاده شد. دو فروند هواپیما در دو مسیر بمب‌ها را رها کردند. تعدادی از بمب‌ها به تاسیسات، وسایل نقلیه و مجاور برخی سنگرها خورد. یکی از بمب‌ها مقابل مسجد اصابت کرد و چند نفر که در فضای بیرون بودند به شهادت رسیدند. بمب دیگری روی بیمارستان منفجر شد. در آن زمان حدود ۱۰۰ نفر پرسنل و مجروح در اورژانس بودند، تعداد زیادی از استادان بیهوشی و جراحی و دستیاران دانشگاهی نیز مشغول به کار بودند ولی خوشبختانه به هیچکس آسیب نرسید و عملیات پزشکی با عزم و اراده راسخ پرسنل شجاع و فداکار ادامه یافت. همه مجروحین بمباران نیز به همان بیمارستان منتقل و در اورژانس و اتاق های عمل مورد درمان های فوری قرار گرفتند.

[25] به روایت دکتر عباس فروتن، شاهد عینی بمباران مکرر شیمیائی بیمارستان

بمباران تاریخی هشتم اسفندماه 1364 بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهرا (س)

سرانجام بیمارستان صحرایی حضرت فاطمه الزهرا (س) در اثر یک بمباران ناجوانمردانه شیمیایی برای مدت طولانی از فعالیت باز ایستاد. حدود ساعت ۳۰: ۹ صبح روز پنجشنبه، هشتم اسفندماه، بیش از ۱۰ فروند هواپیمای عراقی بیمارستان را بمباران کردند. این حمله که بیش از یک ربع ساعت ادامه داشت، با بمباران تخریبی آغاز شد و با بمباران شیمیایی خاتمه یافت. دو بمب از بمب‌های شیمیایی در نزدیکی بیمارستان منفجر شدند. عامل اصلی آلودگی، یکی از بمب‌ها بود که در فاصله کمتر از ۱۵ متری درب اورژانس بیمارستان اصابت کرده بود . بمب شیمیایی دیگری در فاصله حدود ۵۰ متری درب اورژانس منفجر شد. شرایط بحرانی غیر قابل توصیفی بر بیمارستان حاکم شد. جراحان و متخصصین بیهوشی و کادر اتاق عمل با شهامت بی نظیر اعمال جراحی مجروحین را ادامه دادند. ابر شیمیائی فضای اورژانس را اشغال و به طرف اتاق عمل حرکت نمود. تعدادی از مجروحین شیمیایی که در اثر اصابت ترکش، نیاز به عمل جراحی فوری داشتند، پیش از رفع آلودگی در اورژانس شیمیایی در اتاق های عمل بیمارستان جراحی شدند. در این فضای بسته، علاوه بر آلودگی ناشی از حرکت ابر شیمیایی به داخل اورژانس، انجام عمل جراحی مصدومین نیز بسیاری از کارکنان اتاق عمل را آلوده کرد. به دلیل دوره کمون گاز خردل، اکثراً پرسنل مصدوم، در ساعات اولیه احساس ناراحتی نکردند، اما بیشتر آن‌ها تا بعدازظهر دچار علائم بالینی شدند. علیرغم اینکه تلاش زیادی با محلول‌های خنثی‌کننده جهت تمیز کردن بیمارستان صورت گرفت، عملاً مشکل حل نشد و آلودگی پایدار خردل، هفته‌ها بیمارستان را غیرقابل استفاده کرد. خوشبختانه اورژانس شیمیایی مجاور بیمارستان آلوده نشده بود و همچنان به کار خود ادامه داد[۲۶] (23). و به خاطر موقعیتی که داشت از طریق رودخانه بهمن شیر با قایق نیز پذیرایی مجروحان بود. این بیمارستان به 14200 رزمنده مجروح خدمات درمانی ارائه و 1450 مورد عمل جراحی انجام گردید. و همچنین درمانهای اولیه بسیاری از مصدومان شیمیایی نیز در سایت شیمیایی این بیمارستان ، اولین بیمارستان صحرایی بوده که یونیت مجهز دندانپزشکی در آن فعال و راه اندازی شده و به رزمندگان ارائه خدمت می نمود.

18-8: بیمارستان صحرائی امام سجاد "ع" در منطقه فاو

این بیمارستان زیر زمینی بنا به ضرورت تاکتیکی جنگ در منطقه فاو داخل خاک عراق ساخته شد و شامل اورژانس با 24 تخت، 8 اتاق عمل، دو رادیولوژی، دو آزمایشگاه، و 18 تخت ریکاوری بود. سایت مخصوص مصدومین شیمیائی، خارج از سایت بیمارستان اصلی واقع بود. طراحی و ساخت این بیمارستان بعهده قرارگاه خاتم الانبیاء "ص" بود. این بیمارستان دو سال فعال بود و پس از عقب نشینی رزمندگان از آن منطقه بیمارستان با تجهیزات کامل بدست عراقی ها افتاد (5).

19-8: بیمارستان صحرایی زیرزمینی کلاشین (شهدای بدر)

بیمارستان صحرایی (زیرزمینی) کلاشین (شهدای بدر) در 10 تیر 1364 توسط پشتیبانی منطقه 4 به صورت سوله‌ای در حوالی اشنویه، مجاور مرز ایران و عراق ساخته شد. نیازهای ترابری و پشتیبانی این بیمارستان توسط پشتیبانی منطقه 4 تأمین می‌گردید. اعزام تیم‌های جراحی و بیهوشی و گروه پزشکی به صورت مأموریت توسط اداره بهداری نزاجا انجام می‌گرفت. این بیمارستان در سال 1366 در عملیات نصر 1 ، کربلای 7، نصر 2؛ نصر 3؛ نصر 4؛ نصر 5؛ نصر 6؛ نصر 8؛ و در 1 آذر 1366 در عملیات نصر 9 فعالیتی چشمگیر داشت (16).

20-6: بیمارستان صحرائی امام حسن "ع"

این بیمارستان در 15 کیلومتری شهرستان بستان، در مسیر این شهر به سوسنگرد و پس از پل سابله قرار دارد و در اواخر جنگ برای پوشش مجروحان نوار مرزی بستان و منطقه سوسنگرد ساخته شد. این بیمارستان از کامل ترین بیمارستانهای صحرائی و بسیار مستحکم ساخته شد. بدلیل خاتمه جنگ این بیمارستان تجهیز و عملیاتی نشد (5) . این بیمارستان بازسازی و نگهداری شده و مورد بازدید کاروان های راهیان نور می باشد (تصویر 5).

---

[26] https://www.isna.ir

تصویر 5 : بیمارستان صحرائی امام حسن مجتبی "ع" (سمت راست استحکامات درونی و سمت چپ نمای بیرونی)

سایر بیمارستانی صحرائی با سازه های بتونی از سال 1364 تا پایان جنگ تحمیلی:

در این بیمارستان ها 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، بتدریج به گونه ای برنامه ریزی و مدیریت گردیده بود که اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز (آزمایشات و تصویر برداری) ممکن گردیده و اعمال جراحی ساده تا اعمال جراحی پیچیده عروقی، و عملهای مهم و حیاتی جراحی اعصاب نیز انجام می شد. با فعال سازی و توسعه ظرفیتهای ارائه خدمات تخصصی، در بیمارستانهای صحرایی، حضور پراکنده پزشکان و پرستاران ، به حضور موثر و نظام مند تیم های اضطراری، متشکل از اساتید دانشگاه ، پزشکان متخصص ، پرستاران و پیراپزشکان با انسجام و سازماندهی هدف مند تغییر وضعیت داد.

9- خاطراتی از بیمارستانهای صحرایی دفاع مقدس

احداث اورژانس و بیمارستان عملیاتی سوله ای در کمتر از یک شبانه روز (خاطره ای از عملیات رمضان (24):

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

خاطره ای از فعالیت و کادر تخصصی بیمارستان های صحرایی(توسط دکتر خاکباز متخصص گوش و حلق و بینی) :

اسفند ماه سال 61 ، در حالی که هنوز دانشجوی پزشکی بودم، به جبهه رفتم . از بیمارستان شهید کلانتری اندیشمک به منطقه چنانه اعزام شدم. فاصله پیست اورژانس از خط مقدم، فاصله زیادی نبود. در یکی از روزها، دقایقی پس از نماز صبح، سنگر و رزمندگان اسلام مورد اصابت خمپاره دشمن قرار گرفته بود. که چند نفر از آنان شهید و تعدادی نیز مجروح شده بودند. آنان را به بیمارستان صحرائی اعزام کرده بودند. پس از رسیدگی به وضع مجروحان توسط تیم درمان، در حالی که بشدت متاثر بود.) چهره ای توجهم را جلب کرد که با متانت و آرامش خاصی در کنار تابوت یکی از شهداء نشسته و به ذکر و دعا مشغول بود. او به همراه مجروحان از خط آمده بود. امدادگران و پزشکیاران او را به خوبی می شناختند به اوتسلیت گفته و از خداوند برایش طلب صبر و استقامت داشتند. کنکجاو شد و از همکاران پرسیدم، گفتند این سومین فرزند شهید این رزمنده بسیجی است. نالان و گریان شده بود. با اینکه گریه می کردم با خود به صبر، استقامت، بزرگی ، ایثار و توکل آن رزمنده گمنام درود و آفرین می گفتم.

انفجار در اتاق عمل (خاطره ای از دکتر تابش پزشک نیروی هوائی ارتش:

سال 65 یک رزمنده مورد اصابت بمب خوشه ای قرار گرفته بود. این رزمنده مجروح به بیمارستان افشار دزفول اعزام شده بود. در ارزیابی اولیه، این بمب، جسم فلزی و سپس پوکه خالی ضد هوایی تصور شده بود. وقتی مشخص گردید که با یک بمب عمل نشده مواجهه شده اند.

شرایط خاصی در بیمارستان افشار دزفول حاکم گردید. بیمارستان تخلیه و مجروحان بستری جابجا شدند. در مورد مسئولیت شروع عمل جراحی بین ارتوپدها و جراحان عمومی حاضر در بیمارستان اختلاف بود، برخی پیشنهاد اعزام بیمار را به تهران داشتند. که کادر پرواز بدلیل شرایط خاص بیمار و ضرورت تامین ایمنی پرواز آن را نپذیرفتند. دکتر تابش جراح بیمارستان نیروی هوایی ارتش برای کمک در این شرایط فراخوان شد. او بلافاصله آماده عمل جراحی شد. و آقای بهمن بلنده به عنوان دستیار آماده کمک به دکتر تابش شده بود. اضطراب سنگین بر فضای عمومی بیمارستان سایه افکنده بود. بیمار با احتیاط بیهوش شده و بعلت خطر انفجار قرار شد از دستگاه الکتریکی استفاده نشود. لباسهای حفاظتی پیشنهاد شده به تیم جراحی، بعلت سنگین بودن، قابل استفاده نبود.

صدای ماشین بیهوشی، صدای عقربه های ساعت، و نفس هایی که کارکنان اندک اتاق عمل گاهی آن را در سینه حبس می کردند، زمان را به کندی جلو می بردند. سعی بر این بود که ابزارهای فلزی با جسم بمب، تماس حاصل نکند، و یک بار صدای بسیار اندک از استخوانگیر شنیده شد. به یکباره همگی بر روی زمین دراز کشیدند بمبی که سرو دم آن از پلاستیک شفاف و تیز تشکیل شده بود از نسج خارج شد. کارشناس خنثی سازی بمب، پیچ انتهای آن را که ماسوره بود باز و چاشنی را خارج کرد و ناگهان همه اضطراب و نگرانی از اتاق عمل و بیمارستان رخت بربست، همه خوشحال و ایثار را کامل می دانستند.

10- اورژانسهای شیمیایی :

هرچند در طول سالهای حماسه دفاع مقدس ، دشمن بعثی 242 حمله شیمیایی به کشورمان داشته ، که نخستین مورد ثبت شده از استفاده از عوامل شیمیایی مربوط به دی ماه سال 59 در منطقه غرب ایلام است. پس از آن علاوه بر استفاده از عوامل شیمیایی در صحنه نبرد، حمله شیمیایی به مناطق مسکونی را نیز آغاز شد. که گسترده ترین آن، حمله ددمنشانه شیمیایی به شهرستان سردشت بوده است که طی آن بیش از 8 هزار نفر دچار مصدومیت شیمیایی گردیدند. پس از عملیات خیبر، که حملات ناجوانمردانه شیمیایی مکرر و گسترده گردید، در نزدیکی بیمارستانهای صحرایی، اورژانسهای شیمیایی به عنوان یکی از اجزا و بخشهای تحت مدیریت بیمارستان صحرایی، پیش بینی و ایجادشد. اورژانسهای شیمیایی در بیمارستانهای صحرایی امام حسین(ع)، امام رضا(ع)، علی بن ابی طالب(ع) و فاطمه الزهرا (س) نقش بسیار برجسته ای را در درمان اولیه مصدومین شیمیایی

در دوران دفاع مقدس ایفا نمودند. محور اصلی فعالیت این اورژانس ها، پذیرش انبوه مصدومین شیمیایی ، رفع آلودگی[۲۷] از آنان، درمان فوریتی از طریق تثبیت وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی و استفاده از آنتی دوتهای اختصاصی بود. پس از رفع آلودگی و ثبات اولیه، مصدومین به نقاهتگاه های مصدومین شیمیایی منتقل می شدند. این نقاهتگاه ها نقش مهمی را در پشتیبانی از اورژانس های شیمیایی به عهده داشتند. در اهواز مجموعه های نقاهتگاهی سیدالشهداء(ع)، سپنتا، دانشگاه شهید چمران و امیدیه با ظرفیت 4000 تخت، نقش مهمی را در زنجیره امداد وانتقال مصدومین ایفا می نمودند و پس از آن رزمندگان برای ادامه درمان به بیمارستانهای پشتیبانی انتقال می یافتند.

11- بالندگی بیمارستانهای صحرایی در پرتو استمرار تجربه دفاع مقدس (سازه های جدید، کارکردها):

بیمارستانهای صحرایی که در کشور ما در دوران دفاع مقدس، با ایفای نقشی برجسته و ماندگار در درمان رزمندگان مجروح و مصدوم به بلوغ رسیده و در دائره المعارف طب نظامی کشور دارای جایگاه تاریخی شده بود. در سالهای پس از دفاع مقدس و در عرصه سازندگی ایران اسلامی نیز، همچنان در مسیر رشد و بالندگی قرار گرفت. متناسب با مقتضات زمانی، این سامانه از سازه های ثابت و استقراری به سمت سامانه های متحرک و سیار، تغییر الگو یافت. لیکن روح اصلی فعالیت این بیمارستانها که مبتنی برحضور داوطلبانه و ایثارگرانه کادر تخصصی است، همچنان موجد خدمات اثر بخش و ماندگار در پاسخ به نیازهای جامعه است.

سامانه های سیار اورژانس دارای امکانات پیشرفته در زمینه خدمات آزمایشگاهی، تصویربرداری در حد سی تی اسکن و دندانپزشکی سیار ، مطابق با آخرین استانداردهای فنی می باشند. و در الگوهای مختلف سازه ای شامل (چادر، کانتینر، اتوبوسها) با خود اتکایی کامل در زمینه پشتیبانی های مورد نیاز و با ظرفیت های مختلف تخت های بستری، قابلیت تطبیق با ماموریت های مختلف را دارند. در طول این سالها، در قالب عملیات مردم یاری، بیمارستانهای صحرایی نیروهای مسلح، در مناطق محروم حضور یافته و به ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی پرداخته اند. از کارگروههای دیگر بیمارستانهای صحرائی سیار، ارائه خدمات در صورت بروز حوادث غیرمترقبه مثل سیل و زلزله در کشور است که با توجه به بروز فراوان بلایای طبیعی در کشور، این سامانه ها بطور مکرر توانسته اند در کوتاهترین زمان ممکن، در مسافت های طولانی چند صد کیلومتری حضور یافته و به کمک حادثه دیدگان شتابند. حصول کارنامه درخشان بویژه در ارائه خدمات در زلزله کرمانشاه بیش از گذشته نقش تعیین کننده آنها را در مدیریت حوادث مورد تاکید قرار می دهد. آخرین بهره برداری از این بیمارستانها (تا تاریخ نگاشت نهائی ویراست اول این درسنامه)، استفاده گسترده از سامانه های متحرک بیمارستان صحرائی در عملیات کنترل سیل ویرانگر بهار 1398 در 24 استان کشور، خاصه استانهای گلستان، خوزستان و لرستان، بوده است.

در پرتو بهره مندی از تجارب ارزمنده دفاع مقدس و انجام پژوهشهای کاربردی توسط دانشمندان جوان، امروز نیروهای مسلح و صنایع کشور ما از پیشتازان صاحب سبک در طراحی و ساخت سامانه های نوین درمانی سیار و صادراتی در عرصه بین المللی هستند. سامانه های متحرک جدید برخوردار از فناوریهای ارتباطی، امکان ارائه خدمات پزشکی از راه دور (تله مدیسین) را فراهم نموده است.

12- بیمارستان های صحرایی در نبردهای اخیر و آینده:

سرعت تغییر در آرایش و صحنه درگیری در نبردهای جدید منطقه ای که حاصل طراحی استکبار جهانی علیه جبهه مقاومت است، در موضوع امداد و انتقال و درمان مجروحین، الزامات جدیدی را ایجاب می کند. بعضاً بکارگیری سامانه های متحرک درمانی نیز دچار ناایمنی، محدودیت و دشواری می گردد. در تحلیل شرایط جدید، باید این آمادگی را پدید آورد که در صورت عدم امکان بهره وری از سامانه های سیار، در هر محل استقراری قابل دسترس مثل بقایای یک مدرسه یا مرکز درمانی حضور و در کوتاهترین زمان ممکن، با بکارگیری بسته تجهیزات تخصصی و با فعالیت نیروی انسانی داوطلب و یا انگیزه یک مرکز جراحی نجات بخش را

[27] Decontamination

ایجاد کرد. در طراحی بیمارستانهای صحنه های نبرد[۲۸] برای آینده، بر اساس تجارب اخیر و گذشته ویژگی های زیر ملاحظه خواهد شد (25):

- دارای ظرفیت های تجمیعی جراحی و داخلی باشند
- وسیع، انعطاف پذیر، و چابک باشند
- در شرایط حمله (آفندی) و دفاع (پدافندی) و عادی (ثبات) قابل بهره برداری باشند
- در شرایط غیر جنگی برای اهداف ترومای شهری قابل بهره برداری باشند
- **بیمارستان های صحنه نبرد** و بیمارستان های پشتیبان رزمی (CSHs)، مراقبت های ضروری با رویکرد بازگرداندن سربازان به وظایف قبلی، یا فراهم نمودن شرایط انتقال به مراکز بعدی (خارج از منطقه نبرد) برای درمان های قطعی را برعهده خواهند داشت
- ظرفیت مناسب برای بیمارستان های صحنه نبرد 32 تخت (دارای قابلیت افزایش به 148 تخت) و برای بیمارستان های پشتیبان رزمی (CSHs)، 44 تخت ارزیابی و پیشنهاد شده است
- بیمارستان های صحنه نبرد با اتصال به مراکز پشتیبان داخلی و جراحی و مراقبت ویژه در آرایش و ظرفیت نهایی یک مجموعه 240 تختخوابی با کارکردهای متنوع را می توانند تشکیل دهند (بخش ها ی داخلی-جراحی و مراقبت ویژه)

13- توصیه های راهبردی برای آینده :

امروز توانمندی نظام سلامت هر کشور در ارائه خدمات امدادی و درمانی بویژه در بحران (حوادث غیرمترقبه و جنگ ها) از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است . که این توانمندی و آمادگی می تواند به عنوان یکی از شاخص های مهم در ارزیابی کارآمدی سیستم مدیریت اجرایی هر کشور تلقی گردد. بی تردید ، بالندگی و کارآمدی روز افزون نظام سلامت کشور در این عرصه با توجه شایسته به مؤلفه های زیر ارتقاء خواهد یافت.

1- تاریخ نگاری تحلیلی و تحقیقی روند پیدایش و تکامل بیمارستان های صحرائی در دفاع مقدس
2- احیاء، مرمت و بازسازی بیمارستان های صحرائی بازمانده از دوران دفاع مقدس
3- ثبت بیمارستان های صحرائی به جای مانده از دوران دفاع مقدس در آثار و ابنیه ملی و تبدیل آنها به موزه برای آشنا نمودن نسل جدید و نسل های بعدی با فرهنگ و عملکرد و ابتکارات بهداری رزمی دفاع مقدس
4- ثبت علمی تجارب نرم افزاری و سخت افزاری سامانه های صحرائی دفاع مقدس و استفاده از آن برای نیازهای جاری و آتی طب رزمی، طب اورژانس و کنترل بحران و بلایا
5- آموزش تخصصی دانشجویان و حرفه مندان علوم پزشکی به منظور ایفای نقش در بحران
6- برگزاری تمرینات مستمر و منطبق بر سناریوهای نزدیک به واقعیت در راستای ارتقای آمادگی تخصصی
7- بهره وری از فناوریهای نوین به منظور چابک سازی و ارتقای استانداردهای فنی سامانه ها و تجهیزات بویژه با اولویت و توجه خاص به شرایط محتمل ناشی از مواجهه با عوامل نامتعارف مثل آلودگی های شیمیایی، میکروبی، و هسته ای
8- ایجاد سامانه های متحرک و مجهز بیمارستان های صحرائی و استفاده نظام مند از ظرفیت های موجود در طب رزمی برای کنترل بحران در بلایا
9- پیش بینی الزام حقوقی و قانونی در فرآیند ارزیابی و فعالیت مراکز درمانی کشور در راستای ایجاد و ارتقاء ظرفیت سامانه های متحرک درمانی به منظور توسعه ظرفیتها و آمادگی مواجهه با انبوه بیماران و مصدومین ناشی از حوادث و ارائه خدمات مورد نیاز در فضاهایی متفاوت و دورتر از مراکز درمانی مادر

[28] Field Hospitals

14- منابع :

1- درخشان نیا-احسان: بیمارستان سیار. مهندسی پزشکی، شماره **198**، مهر **1396**، صص **71**-**64**

2- Canadian Red Cross, The Future of Field Hospitals in Disaster Response (Sidney; British Columbia: Department of Foreign Affairs, Trade and Development, Canada, 2014), p. viii

3-King, Booker; Jatoi, Ismail . "The Mobile Army Surgical Hospital (MASH): A Military and Surgical Legacy". *Journal of the National Medical Association. 97 (5), May 2005: 650–651.*

4-Mobile army surgical hospital (United States): From Wikipedia, the free encyclopedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Mobile_army_surgical_hospital, last edited on 14 June 2018

5- طهماسبی پور-امیرهوشنگ: سیر تحول بیمارستانهای صحرایی در جنگ تحمیلی. نگین ایران، فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس، سال **12**، شماره **45**، تابستان **1392**، صص **30**-**5**

6- Brig Pankaj P. Rao, and Maj Gen D.V. Singh: Combat surgery: Status of tactical abbreviated surgical control, Med J Armed Forces India. 2017 Oct; 73(4): 407–409

7-Matthew J. Martin,, Alec C. Beekley,, Matthew J. Eckert - MedicalFront Line Surgery: A Practical Approach. – 2017

8- Hacker JD. A census-based count of the Civil War dead. Civ War Hist 2011; 57: 307– 348

9- Beller SP. Medical Practices in the Civil War. Charlotte, VT: OurStory, 1998: 57– 62.

10- Robert F. Reilly: Medical and surgical care during the American Civil War. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2016;29(2):138–142

11- Sarah Sundin: Hospitalization in World War II – Mobile and Fixed Hospitals. http://www.sarahsundin.com

12- Blackbourne L. H., Baer D. G., Eastridge, B. J., Kheirabadi B., et.al.: Military medical revolution: Prehospital combat casualty care. J Trauma Acute Care Surg, Volume 73, Number 6, Supplement 5, 2012

13- CPTScott C.Woodard : The AMSUS History of Medicine Assay Award. The Story of the Mobile Army Surgical Hospital. MilitaryMedicine,Vol.168,July2003

14- Medical Advancements of the Vietnam war .https://www.vietnamwar50th.com

15- وزیریان –پرویز، ضیائی-مجتبی، شاه حسینی-.....، نوروز زاده-.....، و محققی-محمدعلی: معرفی مراکز بهداشتی‌درمانی نقش‌آفرین در دوران دفاع مقدس: بیمارستان طالقانی آبادان. نشریه فرهنگی ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، سال **2**، شماره **1**، تابستان **1397**

16- نامجوی نیک-خسرو: تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان هشت سال دفاع مقدس، انتشارات ایران سبز، **1389**

17- محمدزاده، فیض‌الله: بهداری در رزم؛ ناشر: ستاد مشترک سپاه، معاونت آموزش و نیروی انسانی، مرکز برنامه‌ریزی و تألیف کتاب‌های درسی، **1386**

18- حسینی، سید بهشید: طراحی در بحران، مراکز درمانی صحرایی. ناشر : بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش های دفاع مقدس، سال **1386**

19- نویدی- علی‌اصغر، غنجال-علی، صدری- علی، و ابوالقاسمی-حسن: تجربیات دارو و درمان بهداری سپاه در عملیات والفجر **4**؛ مجله طب نظامی، سال **3**، شماره **4**، صص**156**-**151**

20- غنجال-علی، صدری-ارحامی، و بصام-سیدمحمد: تجربیات امداد و انتقال بهداری سپاه در عملیات والفجر **4**؛ مجله طب نظامی، سال **5** ، شماره **2**، صص**98**-**91**.

21- رشید-محسن: گزارشی کوتاه/ مرکزمطالعات و تحقیقات جنگ سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، ویرایش: مهدی انصاری، تهران: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، مرکز مطالعات و تحقیق جنگ، ۱۳۷۸،

22-پورجباری-پژمان: اطلس جغرافیای حماسی - جلد اول: خوزستان در جنگ. نشر صریر، **1390**

23- فروتن-سید عباس: روایتی از تاریخ پزشکی دفاع مقدس. فرهنگستان علوم پزشکی، **1397**

24- ردپای "سپیدپوشان" از "تهران" تا "قصرشیرین..."میتینگ‌های سیاسی در بیمارستان‌ها و شرایط تمام عیار جنگی در اتاق‌های عمل. ایسنا، **15** مهر **1396**، https://www.isna.ir/news

25- LaBrecque M. F., and Honsberger M. A.: Army field hospitals and expeditionary hospitalization. https://www.army.mil

15- سایر منابع برای مطالعه

1- مروری بر تجربیات بهداری سپاه در دفاع مقدس ، فصلنامه طب نظامی

2- نقش سازه های مستحکم بیمارستان در فعالیت های پزشکی و کاهش آمار شهدا در دفاع مقدس – مجله پزشکی کوثر

3- چگونگی امداد رسانی در دفاع مقدس - ماهنامه صنعت درمان

4- مدارک و نقشه بیمارستانهای صحرایی دوران دفاع مقدس

5- ماهنامه اقلیم شفا

6- کتابچه بیمارستانهای صحرایی دوران دفاع مقدس

فصل سیزدهم

پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس

پدید آورندگان: سردار نصرالله فتحیان-دکتر سید مسعود خاتمی- دکتر ابوالحسن احمدیانی

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی:

آشنائی با پیامدها و دستاوردهای کلان بهداری رزمی و نظام سلامت در دفاع مقدس ("ارزشی-معنوی"، "سیاسی-امنیتی"، "فرهنگی-اجتماعی"، "حرفه ای-سلامتی"، و "علمی-فناوری")

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با دستاوردهای " ارزشی، معنوی و اخلاقی" جامعه پزشکی از حضور فراگیر و مؤثر در دفاع مقدس
- آشنائی با پیامدهای اختصاصی"سیاسی و امنیتی" حضور و نقش آفرینی بهداری رزمی دفاع مقدس
- آشنائی با پیامدهای اختصاصی"اجتماعی و فرهنگی"حضور و نقش آفرینی بهداری رزمی دفاع مقدس
- آشنائی با پیامدهای اختصاصی "اقتصادی"در نظام سلامت و "اقتصاد مقاومتی" در حوزه سلامت
- آشنائی با پیامدهای اختصاصی"علمی و فناوری" حضور و نقش آفرینی بهداری رزمی دفاع مقدس
- آشنائی با دستاوردها و نوآوریها در حوزه طب نظامی و طب مقاومت
- آشنائی با دستاوردهای مدیریتی در حوزه طب رزمی، کنترل بحران و طب در بلایا
- آشنائی با راهبردهای نوین دفاعی، از نگاه پیشگیری و کنترل، در برابر تهدیدات نظامی آینده

فهرست مطالب فصل سیزدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3- روش تنظیم درسنامه
4-ادبیات نظری موضوع
پیامد
پیامد اِعمال تهدید
دستاورد
نظام سلامت (تعاریف مفهومی و عملیاتی)
فرهنگ سلامت
معارف دفاع مقدس
دستاوردهای حرفه ای (سلامتی)
5- پیامدها و دستاوردهای ارزشی، اخلاقی و معنوی بهداری رزمی در دفاع مقدس
6- پیامدها و دستاوردهای دفاع مقدس در عرصه سیاسی و امنیتی
7- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه اجتماعی و فرهنگی
8- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه اقتصاد سلامت: ضرورت و ظرفیت اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت
9- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی در دفاع مقدس در عرصه علما و فناوری و خدمات سلامت
10- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی در دفاع مقدس در عرصه بین المللی
11- درس هایی برای آینده و توصیه های راهبردی و کاربردی:
12-منابع

1- مقدمه و بیان مسئله:

از برکات مهم دفاع مقدس، پیشرفت همه جانبه و تحکیم نظام سلامت، ارتقای سلامت عموم جامعه و رشد شاخص های سلامت در طول هشت سال جنگ تحمیلی و بعد از آن بوده است. اساسی ترین تحولات در حوزه سلامت کشور در آن دوران پایه گذاری شد. آهنگ جدی و عزم ملی برای تحقق آرمانی ترین نیاز، یعنی "عدالت در سلامت" نیز از همان دوران آغاز شد.

شرایط جنگی و فوق‌العاده اضطراری، نیازهای روزافزون، کمبودها و نبودها، و سایر تهدیدات، یکی از بهترین فرصت‌های تاریخی را برای رشد و تعالی در حوزه سلامت فراهم ساخت. در پاسخ به شرایط پیچیده آن دوران، صحنه گردانان متعهد و با ایمان، با خلاقیت و ابتکار دست به فعالیت‌های ابتکاری وسیعی جهت رفع نیازهای روزمره مردم و نیازهای وسیع جبهه های نبرد زدند. فارغ از تمام مصایب، ویرانی ها، محدودیت ها، خسارت ها و سختی ها، همان گونه که رهبر فرزانه انقلاب فرمودند، دوران دفاع مقدس گنجینه ای عظیم و مظهر حماسه، آرمان خواهی، ایثار، پایداری، تدبیر، حکمت و برترین صفات ملی، معنوی، اخلاقی، دینی و حرفه ای است:

"دفاع مقدس صرفاً یک امتداد زمانی و فقط یک برهه زمانی نیست؛ گنجینه عظیمی است که تا مدت های طولانی ملت ما می تواند از آن استفاده کند، آن را استخراج کند و مصرف کند و سرمایه‌گذاری کند. دوران دفاع مقدس برای ملت ما ظرفیت و موقعیتی بود که این ملت بتواند اعماق جوهره خودش را در ابعاد مختلف نشان دهد و نشان داد، و ملت ایران با الهام از اسلام به قدرت، عزت و کرامت واقعی دست یافت. این هشت سال، مظهری از برترین صفاتی است که یک جامعه میتواند به آنها ببالد و از جوانان خودش انتظار داشته باشد. یعنی دفاع مقدس مظهر حماسه است، مظهر معنویت و دینداری است، مظهر آرمان‌خواهی است، مظهر ایثار و از خودگذشتگی است، مظهر ایستادگی و پایداری و مقاومت است، مظهر تدبیر و حکمت است." با گذشت بیش از سی سال از دوران دفاع مقدس، این مسیر همچنان تداوم داشته است. در محور مقاومت، پایمردان گران قدری همچون "شهید حججی"، پرچم حق طلبی و دفاع از اسلام و میهن عزیز اسلامی را با خون خود برافراشته نگاه داشته اند. بازگوئی دستاوردهای دفاع مقدس و بازآفرینی پیامدهای طب رزمی، بمنزله تعظیم شعائر و ترویج برترین صفات حماسی، ملی، معنوی و دینی برای نسل جدید و نسل های آتی است. دوران دفاع مقدس بی شک، سرمشق همیشگی ملت بزرگ ایران و موفق ترین الگوی الهام بخش برای عموم ملت‌های مسلمان است. مجموعه عظیم این دستاوردها در پرتو حضور، نقش آفرینی، حمایت ها و کمک ها و مشارکت همه جانبه مردمی، هماهنگی و پشتیبانی دولت جمهوری اسلامی و سازمان های نظامی، انتظامی و نهادهائی نظیر بسیج مستضعفان، جهاد سازندگی، هلال احمر جمهوری اسلامی، سازمانهای مردم نهاد و سایر بخش های مختلف، حاصل شده است. مجموعه دستاوردهای دفاع مقدس را می توان در ابعاد مختلف طبقه بندی نمود:

- **ابعاد "ارزشی، معنوی، اخلاقی و فرهنگی"**
- **ابعاد "سیاسی، امنیتی و اجتماعی"**
- **ابعاد " علمی، حرفه ای، فناوری، و مدیریتی"**
- **ابعاد "اقتصادی و معیشتی"**
- **ابعاد "داخلی، منطقه ای و بین المللی"**

دستاوردهای تخصصی حوزه سلامت (ابعاد بهداشتی و پیشگیری، امداد و انتقال مجروحین و مصدومین، تریاژ و تروما، زنجیره تامین دارو، خون و تجهیزات پزشکی، کنترل حوادث شیمیائی، بهداشت و بهزیستی پناهجویان، پیشگیری از فاجعه انسانی در مردم غیرنظامی، کنترل خسارت های انسانی حملات به مناطق مسکونی و غیر نظامی، بازتوانی و نوتوانی معلولین و آسیب دیدگان، سلامت روان، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و سایر ابعاد مرتبط) ، بطور اجمال و با تأکید بیشتر در این فصل و تفصیل منتخبی از موضوعات و محورها در سایر فصول ارائه می شود.

2- کلمات کلیدی:

دستاورد- فرهنگ – معارف- دفاع مقدس- بهداشت و درمان- بهداری رزمی-

Key words:
Achievement, Culture, Wisdom, Holly Defense, Health, Combat Medicine

3- روش تنظیم درسنامه:

برای تنظیم این فصل از درسنامه، بطور عمده از روش مطالعه کتابخانه ای استفاده شده و مطالب و آمار مورد نیاز از منابع معتبر استخراج شده است. از روش های بحث متمرکز گروهی[1] در کارگروه تدوین، مصاحبه تاریخ شفاهی، برداشت از انتشارات قبلی و ثبت تجارب شخصی نویسندگان نیز بهره برداری شده. نتایج مطالعه در 12 عنوان کلی مشروحه زیر و بطور اجمال تنظیم گردیده است.

4- ادبیات نظری موضوع:

پیامد[2]

مترادف: بازتاب، عارضه، عقبه، عکس العمل، واکنش[3]. "پیامد در اصطلاح؛ حالت، رویداد یا پدیده‌ای است که ممکن است در نتیجه‌ی تحقق یک برنامه، فرآیند، پیشآمد، تلاش یا هر اقدام و رخداد مشابهی، در سازمان‌ها، جوامع و حتی وضعیت افراد رخ دهد و آثار و نتایج متفاوتی را در پی داشته باشد، اما از نظر سیستمی؛ تأثیر (پیش‌بینی‌شده یا پیش‌بینی نشده و غیرمنتظره) برون‌دادهای (خروجی‌های) یک سیستم بر روی محیط پیرامونی آن را پیامد می‌نامند . در برخی از منابع شروع این فرآیند با ورود منابع(دروندادها) آغاز و با انجام فعالیت‌های مختلف در مسیر تولید ادامه یافته و در ادامه به خروج محصول(برونداد) منتهی می‌شود، اما در «برنامه‌ریزی استراتژیک پیامدنگر»، دو گام دیگر یعنی پیامدها و همچنین اثرات و نتایج آن بر محیط، سازمان و انسان نیز مورد توجه قرار می‌گیرد" (1).

پیامد اِعمال تهدید[4]

"اِعمال تهدید" یعنی انجام عملی برای از بین بردن امنیت و " پیامد اِعمال تهدید" یعنی برهم‌زدن امنیت براثر کنشی تهدیدآمیز، شامل افشای اطلاعات و تقلب و ایجاد اختلال و سوءاستفاده[5].

دستاورد

واژه‌نامه آزاد[6]: آنچه که در راه بهبود بدست آمده است ، پیشرفت

دیکشنری فارسی به انگلیسی:Accomplishment, discovery

در این نوشتار منظور از دستاورد " بهره برداری و نتایج مثبت حاصل از دفاع مقدس است: (2).

سلامت

سلامت پدیده ای چند بعدی، چند علتی و چند دلالتی مرتبط با الگوهای جمعی رفتار است، که با پرداختن به مسائل تهدید کننده و پیشگیری از آنها ، تضمین کننده حالت تعادل و بهزیستی (افراد و جامعه) خواهد بود (اقتباس از رفرانس 3).

---

[1] Focus group discussion
[2] Consequence
[3] https://dictionary.abadis.ir
[4] Consequence of the threat

[5] واژه مصوّب فرهنگستان

تعریف سلامت، در منابع معتبر مختلف:

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

فرهنگ عمید: سلامت. بی گزند شدن . بی عیب شدن. یک مثال در ادب پارسی:

چه خوش گفت آن نکوگوی نکوکار که سَرِ خواهی سلامت، سِرِّ نگهدار

فرهنگ فارسی معین: عافیت، تندرستی، امنیت، نجات، رستگاری، آرامش، صلح، خلوص، صداقت، خلاص از بیماری، شفا

ویکیپدیا، دانشنامه آزاد[7]**: تَندرُستی** یا **سَلامَت** عبارت است از تامین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی انسان است.

سلامت معادل کلمه انگلیسی {Health} می باشد و بهداشت عمومی ترجمه کلمه {Public Health} می باشد. بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی، تندرستی تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست بلکه «تندرستی نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه است.» به این تعریف سلامت معنوی[8] نیز اضافه شده و تحلیل و تأمین آن متناسب با فرهنگ و آداب هر ملت، بعهده کشورهای عضو گذاشته شده است.

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت[9] : سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی ، **روانی** و **اجتماعی** و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو . در شرایط جاری بعد چهارم سلامت، یعنی **سلامت معنوی**[10] به تعریف سلامت افزوده شده است.

تعریف سلامت در شعر حکیم نظامی گنجوی: در کتاب پنج گنج ، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی ، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت = آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است

نظام سلامت (تعریف مفهومی):

میدان اصلی خدمات سلامت جامعه می باشد. نظام سلامت متولی کلان تأمین کننده خدمات سلامت مورد نیاز جامعه و آحاد آن می باشد. برای تأمین این نیازها، تحقق پیش نیازهای زیر ضروری است (4):

- شناخت مؤلفه های مؤثر بر سلامت، بویژه عوامل اجتماعی
- شناخت و طبقه بندی زمینه های مخاطره آمیز سلامت
- شناخت و اولویت بندی عوامل و علل ابتلا به بیماریها، معلولیت و مرگ
- شیوه مدیریت این علل و عوامل
- آشنائی با ساختارها و نهادهای اجتماعی مسئول و مؤثر بر تأمین خدمات سلامت در جامعه و تعیین نقش هرکدام

نظام سلامت(تعریف عملیاتی):

نظام سلامت مجموعه ای است همگرا و ادغام یافته، از زیرنظام های آموزش، پژوهش، و ارائه خدمات بشرح اجمالی زیر است:

در سطح **نظام آموزش**: ایجاد آشنائی، باور و کسب مهارت در زمینه تشخیص و درک عموم ابعاد سلامت و بیماری مورد نیاز در سطوح فردی و اجتماعی و توانمندی ارائه خدمات متناسب حسب شرایط و نیازهای متفاوت، در سرمایه انسانی سلامت

در سطح **نظام پژوهش**: شناسائی، اولویت بندی، پشتیبانی و انجام تحقیقات در حیطه های "علوم پایه سلامت[11]"، "نظام های خدمات سلامت[12]"، "همه گیرشناسی بیماریها[13]"، " بالینی"

---

[7] https://fa.wikipedia.org/wiki
[8] Spiritual health
[9] http://shams47.blogfa.com/post-334.aspx
[10] Spiritual Health
[11] Basic Sciences Research
[12] Health System Research
[13] Epidemiologic Research

در سطح **نظام ارائه خدمات و مراقبت ها**: تحقق کلان جمیع نیازهای سلامت جامعه، اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی و آموزش عمومی، با شاخص های کمی و علمی قابل اندازه گیری

فرهنگ:

از منظر امام خمینی "ره" بنیان گذار نظام جمهوری اسلامی، فرهنگ به شرح زیر استنباط شده است:

" فرهنگ عبارت است از دانش، ادب، تعلیم و تربیت، اعتقادات، اخلاق و عمل، گرایش های فکری، هنجارها، باورها، ارزش ها، برداشت ها، و هنر اجتماع و قواعد آنها در جامعه" (5).

کلیت بهم تافته باورها، ارزش ها، آرمان ها، دانش ها، هنرها، متون و آداب و اعمال جامعه و مشخص کننده ساخت و تحول کیفیت زندگی (6).

مقام معظم رهبری فرهنگ را مایه اصلی هویت ملت ها دانسته و چنین فرموده اند: . فرهنگ یک ملت است که می‌تواند آن ملت را پیشرفته، عزیز، توانا، عالم، فناور، نوآور و دارای آبروی جهانی کند. اگر فرهنگ در کشوری دچار انحطاط شد و یک کشور هویت فرهنگی خودش را از دست داد، حتی پیشرفت هایی که دیگران به آن کشور تزریق کنند، نخواهد توانست آن کشور را از جایگاه شایسته ای در مجموعه بشریت برخوردار و منافع آن ملت را حفظ کند.

فرهنگ سلامت

تجلی هنجارها، ارزش ها، دانستنی ها، آداب، بایدها و نبایدهای حوزه سلامت در شناخت، باور و رفتار مردم[۱۴]

معارف

معارف (جمع معرفت) می‌تواند به موارد زیر اشاره کند: فرهنگ ، مکتب تفکیک یا مکتب معارف ، رشته الهیات و معارف اسلامی[۱۵]

معارف دفاع مقدس

منظور از معارف دفاع مقدس، ابعاد مشروحه زیر است[۱۶]:

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

دستاوردهای حرفه ای (سلامتی)

منظور دستاوردها و پیامدهای اختصاصی در حوزه های مختلف بهداری رزمی بطور مستقیم و شامل ابعاد بهداشت و پیشگیری، کمک های اولیه و احیاء، امداد و انتقال مجروحین و مصدومین، تریاژ و تروما، زنجیره تامین دارو، خون و تجهیزات پزشکی، کنترل حوادث شیمیائی-بیولوژیکی و هسته ای، بهداشت و بهزیستی پناهجویان جنگی، پیشگیری از فاجعه انسانی در مردم غیرنظامی، کنترل خسارت های انسانی حملات به مناطق مسکونی و غیر نظامی، بازتوانی و نوتوانی معلولین و آسیب دیدگان، سلامت روان، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و سایر ابعاد مستقیم و غیر مستقیم مرتبط با شرایط جنگی و کاربرد آنها در شرایط غیر جنگی، اعم از حوادث، بلایا، فوریت های روز مره و شرایط عادی.

---

[14] تعریف پیشنهادی توسط مطالعه حاضر

[15] ویکی پدیا دانشنامه آزاد

[16] نشست پژوهشی: اهداف و راهبردهای پژوهشگاه علوم و معارف دفاع مقدس ، http://www.iribnews.ir/fa/news

5- پیامدها و دستاوردهای ارزشی، اخلاقی و معنوی بهداری رزمی در دفاع مقدس

دستاوردهای معنوی جامعه پزشکی از حضور و نقش آفرینی در دفاع مقدس ریشه در تعالیم و ارزش های دینی- مذهبی و آداب و ارزش های ملی و بومی ملت بزرگ ایران داشته و دارای ویژگی های زیر است:

- فراگیری و شمول عموم ارزش های دینی و ملی و دستاوردهای معنوی در نظام سلامت (7):
- این ارزش ها عینی، شفاف، متعین، بدون ابهام و در قلب شعائر و معارف دینی و ملی قرار دارند
- ریشه دار (قدیم) و زنده (حی) و جاری و ساری در تاریخ و فرهنگ ملت ایران هستند
- پویا و متعالی و در شرایط و دوره معینی (جنگ تحمیلی) متجلی، مجسم و شکوفا شده اند
- بطور خاص و آرمانی در اقشاری که بیشترین ارتباط آگاهانه و داوطلبانه (مختارانه) را با جنگ برقرار نمودند، تجسم و تبلور یافت (نمادها-الگوها)
- دارای بار "معرفتی و الهام بخشی"، "فرهنگی و ترویجی" و "نمادین و الگوبرداری" برای نسل های معاصر و آینده و سایر ملل مسلمان و کشورهای منطقه و دارای ارزش تحقیق و تأمل برای سایر ملل هستند.

شکوفائی و ارتقای اخلاق و معنویت در جامعه سلامت و ظهور و تجلی شخصیت های الگو و الهام بخش، فداکار و ایثارگر در دوران و بعد از پایان جنگ تحمیلی، عالی ترین و ارزشمندترین دستاورد مبارک این مقطع نورانی از حیات طب و سلامت در تاریخ ملت بزرگ و حماسی ایران است. در فصل اخلاق پزشکی این درسنامه، این بعد بررسی و تحلیل شده است.

6- پیامدها و دستاوردهای دفاع مقدس در عرصه سیاسی و امنیتی

مقاومت جانانه ملت بزرگ ایران، دستاورد سترگ **"امنیت پایدار ملی"** را بدنبال داشت، که سلامت از ارکان اصلی آن است. بازدارندگی دشمنان از تعرض به ملت و سرزمین ایران، معرفی و نشر اسلام و عظمت آن در جهان، توجه مردم جهان به اسلام و احیای اسلام واقعی، و اثبات گوشه ای از توانمندی های عظیم ملت ایران از مهمترین دستاوردهای سیاسی و امنیتی دفاع مقدس میباشد. بی تردید بزرگترین دستاورد دفاع مقدس را می توان تثبیت و صدور انقلاب دانست همانگونه که رهبر کبیر انقلاب حضرت **امام خمینی** (ره) فرمودند **"ما انقلابمان را در جنگ به جهان صادر نمودیم"** و محصول این پایداری و پیروزی سند افتخاری است که امروز دشمنان نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران، حتی از فکر آسیب به این کشور نیز هراس داشته و در این راه به هر حربه‌ای متوسل می‌شوند، در حالیکه همیشه نا امید و سرخورده از عزم ملت ایران به عقب رانده می‌شوند. این دستاورد مهم حاصل تمامی مجاهدت های نیروهای عملیاتی و پشتیبانی درگیر در دفاع مقدس می باشد. نقش بهداری رزمی به عنوان یکی از مهمترین بازوهای پشتیبانی ، در حصول همه دستاوردها، نقشی محوری و حیاتی است . بهداری رزمی، با برگیری از حضور همه جانبه جامعه سلامت وقت ایران، در طی دوران دفاع مقدس، نه تنها خدمات تخصصی خود را ارائه می‌نمود، بلکه به عنوان یکی از یگانهای پشتیبان خدمات رزمی، در کنار فرماندهان و نیروهای رزمنده، یک نقش تعیین کننده، اطمینان بخش، روانی و اجتماعی بر عهده داشت. حضور کادر درمانی در کنار رزمندگان و دوشادوش آنها در خط مقدم، روحیه مضاعفی را در آنها ایجاد و انگیزه های دفاعی و حماسی را تقویت می نمود.

مهمترین پیامدهای سیاسی-امنیتی دفاع مقدس را می توان به شرح زیر خلاصه نمود:

- تثبیت اقتدار نظام جمهوری اسلامی
- تخریب باور و کابوس شکست‌ناپذیری کشورهای بزرگ
- تثبیت جایگاه و نقش ویژه ایران در تأمین امنیت منطقه
- جلوگیری از گسترش رژیم صهیونیستی در منطقه خاورمیانه و شعله ورتر شدن "انتفاضه ملت فلسطین" و "مقاومت حزب الله ملت لبنان" با الهام از مقاومت جانانه مردم سلحشور ایران اسلامی

- تردید در عملکرد و رفتار سازمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای، خصوصاً شورای امنیت سازمان ملل
- مطرح شدن انقلاب مردمی ایران به عنوان الگوی مبارزه مردمی در سطح منطقه و جهان
- اعلام متجاوز بودن رژیم بعث عراق توسط سازمان ملل متحد با یک تأخیر طولانی 11 ساله

دستاوردهای سیاسی-امنیتی دفاع مقدس با تأکید بر نقش های نظام سلامت و بهداری رزمی ، در فصل دوم این درسنامه بیشتر و جامع تر ارائه شده است.

7- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه اجتماعی و فرهنگی

در عرصه اجتماعی و فرهنگی نقش بهداری رزمی در بسیاری از زمینه ها به وضوح قابل رویت میباشد. حضور پزشکان در دفاع مقدس تجلی ایثار و از خود گذشتگی جامعه بهداشت و درمان کشور می باشد که براستی مصداق جهاد اکبر است. رشادت، ایثار و از خودگذشتگی جامعه پزشکی و سلامت در دوران دفاع مقدس زمینه ساز پیشرفت‌های بزرگی گردیده و نظام سلامت ملت ایران را به نظامی مقاوم و تضمین کننده سلامت ملت در همه شرایط، تبدیل نموده است. حضور مقتدر و توانمند و بهنگام در همه عرصه های خدمت گذاری و عموم حوادث بعد از جنگ، از جمله زلزله اخیر استان کرمانشاه و سیل فراگیر بهار 1398 در 24 استان کشور، شاهد بر این مدعا است. روحیه‌ای که منبعث و ملهم از ایثار و فداکاری کادر بهداشت و درمان در دوران جنگ تحمیلی بوده. حماسه آفرینی و ایثار امدادگران جان برکف در خطوط مقدم، و پرسنل خدوم اعم از پزشکان و متخصصان و پرستاران و سایر کادرهای بهداشت و درمان در نزدیک ترین اورژانس های خطوط مقدم و بیمارستانهای صحرائی و مداوای عموم مجروحین در همه شرایط جنگی، صبر و مقاومت در همه حوادث و فراز و نشیب ها، تجارب بی بدیلی است که از میراث های بزرگ ملی نظام سلامت برای همیشه تاریخ می باشد. مهمترین دستاورد فرهنگی دفاع مقدس، فرهنگ مقاومت در بین اقشار مردم میباشد. سایر دستاوردهای این بخش عبارتند از:

1) انسجام و همبستگی ملی
2) توسعه روحیه ایثارگری و حق طلبی
۳) تحول و بازتعریف ارزش های انسانی و اجتماعی
۴) تجلی ایمان، ایثار و شهادت طلبی و عشق به معبود ازل و ابد
۵) ایجاد تحرک عمومی و خروج ملت و جوانان از سستی ها
۶) افزایش تحمل و استقامت ملت ایران
۷) تحکیم شعارهای اصلی انقلاب : استقلال خواهی، آزادی طلبی، نظام حکومتی اسلامی
۸) تحول معنوی مردم ایران و رشد باورهای دینی و فضایل اخلاقی و معنوی
۹) نجات از گرداب انحطاط فرهنگی
۱۰) رشد خلاقیت ها و ظرفیت ها
۱۱) خودباوری و اعتماد به توان داخلی
۱۲) رواج فرهنگ ساده زیستی به جای فرهنگ رفاه طلبی و سرمایه‌داری

اگرچه در این بخش با برنامه ها متنوع و گوناگون نظیر راهیان نور سعی گردیده است که این گنجینه عظیم فرهنگی در دسترس عموم قرار گیرد و نسبت به نشر و ترویج این دستاوردها اقدام گردیده است، اما همچنان ظرفیت وسیعی از این دستاوردها بخصوص به عنوان مهمترین ابزار دفاعی در بخش مجازی و سایبری به صورت بالقوه باقی مانده است. شایسته است با استفاده از ابزار گوناگون بخصوص فعالیتهای هنری و فرهنگی در حوزه های مختلف نسبت به شکوفائی این ظرفیت ها اهتمام شود. جامعه پزشکی، ظرفیت فرهنگی و اجتماعی والائی داشته و با برگیری از تجارب دفاع مقدس، برای ترویج معارف سلامت و ارتقاء سلامت جامعه، از موقعیت ممتاز برخوردار است.

8- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس در عرصه اقتصاد سلامت: ضرورت و ظرفیت اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت

تحریم اقتصادی جمهوری اسلامی ایران از ابتدای پیروزی انقلاب اسلامی آغاز و در اوایل سال 1359 به صورت رسمی از سوی کشور امریکا اعلام و بخش قابل توجهی از نیازهای ضروری مردم، بویژه در عرصه سلامت را با مشکلات جدی مواجه نمود. مهمترین دستاورد اقتصادی دوران جنگ تحمیلی، " دستیابی به شیوه اقتصاد مقاومتی" است، راهبرد دشمن شکنی که در تمامی سیاست های آن دوران و همه شئونات زندگی مردم جاری و ساری گردید. ملت ایران در دوران دفاع مقدس با روحیه قناعت و صرفه‌جویی مقاومت کرد و در تولید و ساخت نیازهای مختلف عمومی و تخصصی تا مرز خودکفایی بخش قابل توجهی از نیازهای ضروری پیش رفت. جامعه پزشکی نیز از این امر مستثنی نبوده و نسبت به تولید داخلی بسیاری از نیازهای ضروری اولیه در حوزه های مختلف نظیر دارو، تجهیزات پزشکی، ملزومات مصرفی، فناوری های پیشرفته، و سایر زیرساختها اهتمام نموده است. با برنامه ریزی صحیح و با همت دانشمندان و متخصصان حیطه های مختلف، این دستاوردها به گونه ای بود که در کشور به رغم دوران جنگ و شرایط تحریم تسلیحاتی و اقتصادی، فاجعه انسانی بروز ننمود. شمه ای از دستاوردهای سترگ اقتصادی حوزه سلامت به برکت مقاومت و تلاش در دفاع مقدس به شرح زیر است:

- طرح ژنریک داورئی و خودکفائی در نیازهای داروئی اساسی و طیف بزرگی از داروهای تخصصی
- پایه گذاری نظام شبکه خدمات بهداشتی درمانی و برخورداری عموم روستائیان و شهرنشین ها از خدمات پایه سلامت. این شبکه همزمان با دفاع مقدس پایه گذاری شد، و به اذعان سازمانهای بین المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی، موفق ترین و هزینه اثر بخش ترین شبکه ارائه کننده خدمات پایه سلامت در بین همه کشورهای دنیا بشمار می رود.
- ارتقاء شگفت انگیز شاخص های سلامتی، علیرغم تنگناهای عظیم بودجه ای و شدیدترین تحریم های گسترده و ناجوانمردانه دشمنان
- دستیابی به شرایط مطلوب در حوزه های مهم بهداشتی، نظیر آب سالم شهرها و روستاها، دفع بهداشتی فاضلاب، با صرفه جویانه ترین و اثربخش ترین هزینه ممکن. مزید اطلاع وزارت بهداشت، مسئولیت لوله کشی و تأمین آب آشامیدنی روستاهای کشور را، بدلیل اهمیت آن در سلامت جامعه روستائی، رأساً برعهده گرفت
- تعمیم بیمه عمومی سلامت و حمایت بیمه ای از اقشار محروم و کم درآمد جامعه
- صرفه جوئی کلان ارزی با حذف ضرورت اعزام بیمار به خارج از کشور، از طریق اجرای سیاست های ارتقای نیروی انسانی تخصصی و سرمایه گذاری تجهیزاتی بیمارستانهای تخصصی و تأمین داروها و فناوری های لازم دانشگاهی
- ارتقای کمی و کیفی نیروی انسانی حوزه سلامت و حذف نیاز به نیروی انسانی خارجی و صرفه جوئی کلان ارزی از سوئی و ایجاد اشتغال و درآمدزائی در حوزه وسیعی از نظام سلامت

امروز به مدد دستاوردهای اقتصادی کلان که بسیاری از آنها ریشه در مقاومت و پایمردی و تجربه خودکفائی و خوداتکائی در دوران دفاع مقدس دارد، علیرغم تحریم های بی نظیر و فراگیر، نظام سلامت کشور به درخت تناور و مقاومی تبدیل شده، که تضمین کننده سلامت و ارتقای آن برای آحاد ملت بزرگ ایران در همه شرایط خواهد بود. در فصل نظام اقتصاد مقاومتی در این درسنامه، این مقوله بیشتر بحث شده است.

9- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی در دفاع مقدس در عرصه علم، فناوری و خدمات سلامت

در دوران جنگ تحمیلی، پزشکان ایرانی و سایر پرسنل بخش سلامت، طب رزم را متحول کردند و موجب ارتقاء سریع این عرصه شدند. مجموعه درس آموخته های دفاع مقدس و تجربیات جنگ، باعث شد، جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از مراجع علمی در حوزه علوم پزشکی در بخش های مختلف بهداشت، درمان و آموزش تثبیت گردد. کسب تجارب میدانی و آموزشهای عملی کم

نظیر و بعضاً بی نظیر طب رزمی در دوران دفاع مقدس، باعث پیشرفت های شگرفی در همه حوزه های سلامت و افزایش چشمگیر سطح مهارت ها در نیروی انسانی سلامت و پزشکی کشور شد.

تحریم دشمنان چه از لحاظ دارو و تجهیزات پزشکی و چه از لحاظ انتقال فن‌آوری‌های نوین و دستاوردهای علمی جدید در حوزه بهداشت و درمان، موجب گردید تا نیروی انسانی متعهد و میهن دوست، با تکیه بر قدرت خلاقیت و ابتکار و توان و امکانات داخلی، افتخارات بزرگی خلق و به پیشرفت های جهش واره به سوی خودکفائی و مقاومت تمام عیار در حوزه سلامت دست یابند. بیشتر دستاوردهای فعلی حوزه درمان نتیجه ابتکارات و نوآوری های روزهای پرفراز و نشیب دفاع مقدس است. **برخی از مهمترین این دستاوردها عبارتند از**:

1) **در مان بیش از 600 هزار مجروح** توسط مجموعه سلامت کشور و جامعه بسیج پزشکان در دوران دفاع مقدس

2) **انجام بیش از 100 هزار عمل جراحی حیات بخش**

توضیح: در آمار بهداری رزمی جراحی های حیات بخش در آن دوران در پست های امدادی اعم از اورژانس های خط و بیمارستان های صحرایی، حدود صد هزار مورد بوده است. این تعداد عمل جراحی، در مقایسه با آمار بین المللی و جنگ های طولانی قبلی، به نوبه خود یک رکورد است. تجربیات حاصله در حوزه های جراحی، بیهوشی عمومی و مراقبت ویژه، در دانشگاه های علوم پزشکی، توسط پزشکان و اساتید مورد استفاده آموزشی قرار گرفت و بسیاری از آنها صورت مقالات برتر علمی در مجلات داخلی و بین المللی چاپ گردید. بهره برداری های علمی و عملی و حرفه ای از تجارب بهداری رزمی دفاع مقدس هم چنان ادامه دارد.

3) **درمان بیش از 100.000 جانبازان شیمیایی**

توضیح: در دوران جنگ اقدامات شایسته و مبتکرانه‌ای در زمینه درمان جانبازان شیمیایی صورت گرفت که هنوز هم ادامه دارد . بیشترین مقالات منتشر شده علمی در نشریات معتبر بین المللی، در زمینه درمان جانبازان شیمیایی متعلق به پژوهشگران ایرانی میباشد. مداوای بیش از یکصد هزار جانباز شیمیایی ناشی از حملات رژیم متجاوز بعث به رزمندگان و غیرنظامیان ساکن شهرها و روستاهای مناطق جنگ زده ایران تجربه منحصر بفردی است، که از ظرفیت های والای علمی و پژوهشی برخوردار بوده، و محققان و کنشگران ایرانی بخش سلامت، از این مجرا خدمات بی نظیری به عالم بشریت تقدیم نموده اند. قبل از جنگ تحمیلی و ارتکاب جنایات جنگی توسط رژیم منحوس بعثی عراق در کاربرد گسترده سلاح های شیمیائی، هیچ سابقه پژوهش علمی، علی الخصوص در سطح بالینی، در این راستا شکل نگرفته بود.

4- **کاهش تلفات مجروحین جنگی، نسبت به جنگ های بزرگ قبلی، به میزان 30 تا50 درصد،** با رویکرد جدید انتقال اورژانس های مجهز و احداث بیمارستانهای صحرائی مجهز و پیشرفته، در عین حال ایمن و مستحکم ، در نزدیک ترین فاصله نسبت به خطوط مقدم درگیری نظامی. این تجربه منحصر به بهداری رزمی دفاع مقدس است و در هیچ جنگی، قبل و بعد از آن، سابقه ندارد.

توضیح: تغییر آرایش پزشکی خط اورژانس و بیمارستان و برپایی مراکز امدادی- درمانی در نزدیکترین منطقه به خطوط دفاع مقدس، باعث کاهش شدید تلفات گردید به گونه ای که جهت اقدامات درمانی جراحات بزرگ در همان بیمارستان های نزدیک به خط مقدم اقدام میگردید و مجروحان با جراحات کوچکتر به شهرهای اطراف فرستاده می شدند. همین وارونه سازی، اثری شگرف در نجات جان مجروحان جنگ داشت. ایجاد بیمارستانهای صحرایی در فاصله 6 تا 20 کیلومتری خط مقدم به جای 40-50 کیلومتری طی مطالعات صورت گرفته پس از جنگ مشخص شد ۳۰ تا ۵۰ درصد کاهش تلفات جنگ، به دلیل احداث و راه اندازی همین بیمارستان های صحرایی است.

5- ایجاد رکورد جدید در انتقال مجروحین جنگی

یکی از موفقیت‌ها و دستاوردهای دیگر بهداری رزمی در دفاع مقدس شکستن رکورد انتقال مجروحین بود. رکورد قبلی تخلیه مجروح در دنیا، حدود ۴۵ دقیقه جهت انتقال مجروح از خط مقدم تا اتاق عمل بود (توسط ارتش آمریکا). با تمهیدات بکار گرفته

شده در زنجیره امداد و انتقال توسط بهداری رزمی، این زمان را به ۲۵ دقیقه کاهش یافت که یکی از مهمترین موفقیت‌های بهداری رزمی محسوب می گردد.

6-کاهش دوره بهبودی[17] مجروحان به کمتر 48 ساعت

با اعمال مدیریت صحیح در زنجیره درمان و استفاده از نقاهتگاه ها در نزدیکی خطوط عملیاتی، چرخه بازگشت مجروحین به صحنه نبرد، به میزان قابل توجهی کاهش و به حدود 48 ساعت رسید. این امر در ارتقاء روحیه، بازتوانی جسمانی و تجدید قوا و تداوم مقاومت در بین رزمندگان بسیار تاثیرگذار بود. به عنوان مثال در کربلای پنج بیش از ۷۰ هزار نیرو وارد عملیات و بیش از پنج هزار شهید نیز تقدیم انقلاب شد، این عملیات بیش از ۴۰ هزار مجروح بر جای گذاشت. بسیاری از مجروحان که امکان رسیدگی و درمان و بهبودی در کوتاه مدت داشتند، در نقاهتگا ههها و اماکن مناسب دیگر در اهواز مورد مراقبت های ضروری و لازم قرار گرفتند و دوباره به سازمان رزم بر گشتند.

7-رکورد احداث بیمارستانهای صحرایی

ایجاد و تجهیز بیش از 60 بیمارستان صحرایی و 2000 اورژانس در خطوط مقدم جبهه های نبرد، در طی دوران دفاع مقدس از مهمترین دستاوردهای دیگر بهداری رزمی می باشد. در هیچ یک از جنگ های قبل و بعد از دفاع مقدس، این رکورد حاصل نگردیده است. تجربیات سال اول جنگ باعث شد در سال دوم ، بیمارستان ها و اتاق عمل های صحرایی شکل بگیرد.

8-احداث بیمارستانهای مقاوم به بمباران

مهندسان ایرانی در بخش عمرانی خدمات مبتکرانه و ایثارگرانه فراوانی برای توسعه و تأمین اهداف بهداری رزمی انجام دادند. با عنایت به اینکه دشمن بعثی عراق، از هیچ جنایت و اقدام غیر اخلاقی نظیر حمله و بمباران بیمارستانها فروگذار نمی کرد، ضرورت مقاوم سازی سازه های بیمارستانی صحرائی در مقابل بمباران هوایی، بسیار مبرم بود. بیمارستانهایی مستحکم، در زیر زمین و مصون از بمباران، که بتوان خدمات درمانی و اورژانس و اعمال جراحی پیشرفته را، حتی در شدیدترین بمباران ها ارایه نمایند. این اقدام به حدی موثر بود، که نیروهای بعثی جنایتکار، مرتکب انجام غیر اخلاقی ترین و وحشیانه ترین حمله ممکن به اماکن بهداشتی-درمانی، یعنی بمباران شیمیایی بیمارستان ها نمود (مراجعه به فصل بیمارستانهای صحرائی دفاع مقدس در همین درسنامه). این تجربیات و ضرورت آمادگی دائمی در برابر خطرات احتمالی، موجبات ارتقاء این سامانه ها و سایر ساختارهای بیمارستانی و بهداشتی درمانی در نیروهای مسلح را فراهم ساخته است

9- تشکیل ستاد امداد و درمان مناطق جنگی

یکی از مهمترین اقدامات صورت گرفته در حوزه مدیریت در بهداری رزمی، تشکیل "ستاد امداد و درمان مناطق جنگی" بود. این ستاد، یک مجموعه هماهنگ‌کننده میان ارتش، جهاد، شبکه بهداشت و درمان استان و هلال احمر بود. مهم‌ترین فعالیت ستاد فوق، برآورده کردن نیازمندی‌های پزشکی جبهه های نبرد، از طریق مسئولان بهداری‌های سپاه و ارتش در مناطق عملیاتی بود .فعالیت بعدی آن نیز انعکاس نیازمندی‌ها به تهران و سایر مراکز اصلی درمانی کشور بود. با توجه به تجربیات حاصله در ادامه جنگ، به تدریج علاوه بر آن، "ستادهای پشتیبانی امداد و درمان در مراکز استان‌ها" نیز تشکیل گردید. به این ترتیب در استان‌های مختلف درگیر جنگ، نیازهای پزشکی به ستاد مرکزی منعکس و ستاد مرکزی نیز مشکلات را به ستادهای زیرگروه ارجاع می داد. این ساختار شبکه ای مدیریت در بهداری رزمی، نقش بسیار مهمی در تامین نیروی انسانی و کادر پزشکی و ارایه خدمات متنوع در مجموعه نظام سلامت بر عهده داشت.

10-تشکیل تیم های اضطراری

یکی دیگر از درس آموخته ها و دستاوردهای مدیریتی و حرفه ای در بهداری رزمی دفاع مقدس تشکیل تیم های اضطراری جبهه ها بود. این تیم های تخصصی داوطلب و آماده، بنا به درخواست مناطق عملیاتی به جبهه ها اعزام می گردیدند. تیم های

[17] Recovery

اظطراری معمولاً به گونه ای در جبهه ها حضور پیدا می‌کردند، که کمترین زمان تا آغاز عملیات باقی مانده بود. بخش مهمی از تیم‌های اضطراری مستقیماً در لشگرها و بیمارستان‌های صحرایی خط مقدم فعالیت می‌کردند و نقش تعیین‌کننده‌ای را عملیات ایفا می‌کردند. با این ابتکار خدمات فوق تخصصی و جراحی های پیشرفته، در کمترین فاصله زمانی و مکانی ممکن نسبت به خطوط مقدم درگیری فراهم شد. در فصل مربوطه این درسنامه توضیحات مبسوطی در مورد تیم های اضطراری جبهه ها ارائه شده است.

11-حضور پزشکان درخط مقدم خدمت رسانی به مجروحان جنگ

حضور پزشکان در خطوط مقدم نبرد، در هیچ جنگی (قبل و بعد از جنگ تحمیلی) سابقه نداشته استتعداد رزمندگان بهداری دفاع مقدس، اعم از امدادگران، پرستاران، پزشکان عمومی و متخصص، داروسازان و دندانپزشکان، کارشناسان رادیولوژی و هوشبری و اتاق عمل... که در دوران هشت ساله دفاع مقدس شانه به شانه رزمندگان و نیروهای عملیاتی شرکت کردند، به یک صد هزار نفر می رسد. این مجموعه انسانی سلامت، بیش از سه هزار شهید تقدیم ملت بزرگ ایران و آرمانهای مقدس انقلاب و دفاع مقدس نموده است. حضور و حماسه بزرگ جامعه سلامت کشور در دوران دفاع مقدس همواره بر تارک افتخارات ملت ایران خواهد درخشید. در دوران دفاع مقدس در مقایسه با سایر درگیری های نظامی بزرگ قبلی نظیر جنگهای کره و ویتنام، نه هیچ گونه کمبودی در بخش نیروی انسانی در حوزه بهداری رزمی کمبودی مشاهده نگردید (شامل همه رده ها و رسته های بهداری رزم، از امدادگران تا متخصصان)

12- عدم شیوع اپیدمی گسترده و عدم مشکلات بهداشتی

مدیریت مسئولانه و مدبرانه در حوزه بهداری رزمی موجب شد، در دوره زمانی 8 ساله دفاع مقدس و بعد از آن، هیچ گونه اپیدمی بیماری عفونی و مسری و فراگیر اتفاق نیفتد. این موضوع محصول تلاش جمعی مدیران، نیروهای داوطلب متخصص بهداشت و کلیه عوامل کلیدی در زنجیره بهداشت و مبارزه با بیماریها بوده است. این تلاش های مدبرانه و پیشگیرانه در حوزه های بهداشت محیط، بهداشت عمومی و فردی و آموزش بهداشت، نقش بسزایی در سلامت رزمندگان و مردم بومی مناطق جنگی، پناهجویان، و سایر مردم در آن دوران پرمخاطره ایفا نموده است و از تلفات بالقوه بسیار و بروز فاجعه انسانی پیشگیری نموده است. چنین دستاوردی در هیچ کدام از جنگ های بزرگ تاریخ معاصر حاصل نشده و در اغلب آنها تلفات انسانی ناشی از اپیدمی بیماریهای مسری، بمراتب بیشتر از تلفات نظامی بوده است. عوامل متعددی نظیر مدیریت صحیح بهداشتی در بخش های مختلف نظیر غذا، شرایط اسکان و رعایت بهداشت فردی و اجتماعی، زیست محیطی و تدابیر درمانی، در این دستاورد بزرگ تأثیر گذار بوده است. واکسیناسیون گسترده علیه مننژیت مننگوکوکی توسط بخش بهداشت و درمان نیروهای مسلح باعث شد در سال 1379 موارد ابتلا به این نوع مننژیت در حد صفر تقلیل یابد. توسعه و تعمیم مدل های واکسیناسیون و بروزرسانی برنامه واکسیناسیون کشوری برای ارتقای سلامت عمومی با الگوبرداری از برنامه های دوران دفاع مقدس حاصل شده است. در بخش بهداشت این درسنامه، دستاوردهای بهداشتی دفاع مقدس به تفصیل ارائه شده است.

13- لجستیک و تأمین آمبولانس

یکی از دستاوردهای بزرگ و مهم بهداری رزمی در طول دفاع مقدس در شرایط عملیاتی و دفاعی، ایجاد پست امداد ثابت و سیار بوده است. این امر باعث شد که در نزدیک ترین فاصل از محل مجروح شدن رزمندگان، خدمات امدادی حیات بخش ارائه گردد که نقش بسزایی در کاهش تلفات داشت. در بخش امداد و انتقال این درسنامه، دستاوردهای مهم این حوزه تشریح شده است.

14- کاهش عوارض روانی ناشی از جنگ[18]

کاهش معنی دار بروز اختلالات روانی ناشی از جنگ، علیرغم آتش سنگین و بمباران های شدید در عملیات مختلف، بین رزمندگان ناشی از دو موضوع بسیار مهم می باشد. در وهله اول روحیه معنوی رزمندگان و تقویت باورهای دینی و ملی در بین کلیه اقشار حاضر در میدان های جنگ باعث می شد که میزان شیوع عوارض روانی کاهش یابد. و در درجه بعدی، تخصص و تجربه پزشکان

[18] Post-Traumatic Stress Disorders

متخصص و حاذقی که در میدان های جنگ حضور می افتند و به مجروحین خدمات درمانی ارایه میدادند، نقش بسزایی در کنترل این عوارض ایفا نموده است. در فصل عوارض روانی جنگ، این موضوع به تفصیل ارائه شده است.

15-خودکفایی در تامین دارو و تجهیزات پزشکی

در طول هشت سال دفاع مقدس، به دلیل تحریم های بین المللی علیه ایران، امکان تأمین بسیاری از داروها و تجهیزات و ملزومات پزشکی ضروری وجود نداشت. این امر باعث گردید که متخصصان دارویی کشور، نسبت به تولید داخل بسیاری از داروهای ضروری و اساسی اقدام نمایند. تداوم این روند موجب شد در تولید بسیاری از این داروها به خودکفایی کامل دست یابیم. بدون تردید پیشرفت های حوزه دارویی حال حاضر و تأمین بیش از 98٪ نیاز کشور توسط تولید کنندگان داخلی حاصل دستاوردهای دفاع مقدس و روحیه خودباوری و تلاش حاکم بر ملت رزمنده و سلحشور ایران و جامعه علمی کشور است. در فصل دارو و تجهیزات پزشکی این درسنامه، دستاوردهای این حوزه ها به تفصیل تشریح شده است.

16- دستاوردهای مدیریتی در نظام سلامت

سیر تکاملی بهداری رزمی، تجارب موفق مدیریتی، دستاوردهای حاصله و ابتکارات بی نظیر آن دوران، به مدل موفقی برای اعتلای نظام سلامت و ارتقای مدیریت سلامت تبدیل شده است. مدل زنجیره ای، شبکه ای، ریسک پذیر و داوطلبانه برای مدیریت بهینه و تأمین نیازهای بسیار مبرم سلامت، با توجه به منابع بسیار محدود و شرایط بسیار خطرناک جنگی، دستاوردی شگرف است که کارائی خود را علاوه بر جنگ در حوادث غیرمترقبه و مدیریت عادی بهداشت و درمان کشور نشان داده است.

تشکیل شبکه های بهداشت و درمان در زیر مجموعه وزارت بهداشت، جهت مدیریت هرچه بهتر و تءمین عدالت در خدمت رسانی به همه اقشار مردم، از دستاوردهای درخشان و شگرف دوران جنگ تحمیلی است. این مدل که بعد از دوران جنگ نیز روند شکوفایی خود را ادامه داد، امروز به یکی از بهترین مدلهای ارایه خدمت در حوزه نظام سلامت در دنیا تبدیل گردیده است و برای بسیاری از کشورهای دنیا الهام بخش است. در آن دوران علاوه بر بار معمول بیماری ها، با رشد شدید جمعیت و همچنین تهدید شرایط بهداشتی به علت افزایش هزینه های مستقیم و غیر مستقیم جنگ شرایط بسیار دشواری را برای مسئولان وقت نظام سلامت و مردم فراهم ساخته بود. ، پیاده سازی این مدل سهم بسزایی در مدیریت بهینه منابع ایفا نمود که توسعه نیروس انسانی در حوزه نظام سلامت از دیگر پیامدهای آن بود. ارتقاء شبکه های بهداشت و درمان و استفاده بهینه و بروزرسانی آن با توجه به شرایط و اقتضائات جاری و آتی، از پایه ای ترین راهبردهای پاسخگوئی نیازهای سلامت جامعه می باشد. در شرایط |آتی با همت و تلاش بی وقفه، برگیری از تجارب دفاع مقدس، متوازن سازی منابع با نیازهای نظام سلامت، اجرای سیاست های اولویت بندی و ابتکارات دیگر می توان مانند دوران دفاع مقدس کلیه معضلات و مشکلات و نیازها را در همه شرایط، برای عموم مردم مدیریت نمود و پاسخگوی مسئولانه سلامت ملت بزرگ ایران بود. در بخش نظام سلامت مقاومتی این درسنامه، ابعاد مقاومت در نظام سلامت با برگیری از الگوی دفاع مقدس تبیین شده است.

17- سایر دستاوردهای بهداری رزمی در حوزه سلامت عبارتند از:

- تاسیس و توسعه دانشکده های بهداشت (در راستای تجارب بهداشت دوران دفاع مقدس) و توسعه سرمایه های انسانی در بخش پیراپزشکی
- تاسیس مرکز تحقیقات بهداشت نظامی نیز در راستای انجام تحقیقات کاربردی و بنیادی
- تعمیق و گسترش سلامت رزمندگان با بکارگیری تمامی توان ممکن از طریق سپردن مسئولیت بهداشت بعهده فرماندهان و آموزش آنها و تالیف کتب مرجع در این خصوص (نظیرکتاب بهداشت و فرماندهی اثر مشترک دکتر علی مهرابی توانا و استاد مرحوم دکتر محمدمهدی اصفهانی"ره")
- توسعه بهداشت در کلیه یگانها و سازمانهای نیروهای مسلح با استفاده از طرح هم افزایی حوزهٔ سلامت که یکایک بخش ها و واحدهای نیروهای مسلح (طرح امام رضا (ع))
- بازنگری با برنامه های بهداشتی بویژه برنامه واکسیناسیون نیروهای مسلح

- تقدم بهداشت بر درمان و بیان شعار "مراقبت از سلامت خود و دیگران" از پیامدها و دست آوردهای دفاع مقدس بخصوص در بخش نیروهای مسلح میباشد.
- عجین نمودن آموزش تخصصی بهداشت با تجارب بهداشت دفاع مقدس بویژه در دروه های علوم پایه پزشکی

10- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی در دفاع مقدس در عرصه بین المللی

دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس را میتوان در همه بخش های ذکر شده در مقیاس بین الملل نیز بررسی نمود. اما بی شک بزرگترین دستاورد بین المللی، در عرصه سیاسی و امنیتی است. صدور انقلاب و تثبیت جایگاه جمهوری اسلامی مهمترین دستاورد دوران دفاع مقدس میباشد که این مهم حاصل عملکرد تمامی بخش ها و نیروهای درگیر در دوران دفاع مقدس از جمله بهداری رزمی است. بخش مهم دیگر دستاوردهای بهداری رزمی در حوزه علمی است. تجربه ها و دستاوردهای حاصل از بهداری رزمی باعث گردیده است که پزشکان ایرانی همواره در بحث جراحی و تروما سرآمد پزشکان جهان و مرجع علمی در این خصوص گردند. همچنین در درمان مصدومان و مجروحان شیمیایی نیز، پزشکان ایرانی مقالات و دستاوردهای بسیاری را به حوزه پزشکی جهان عرضه نموده اند. دستاوردهای بین المللی پزشکی ایران در عرصه بین الملل در بخش پیوند اعضا و درمان ضایعات نخاعی یکی دیگر مواردی است که مرهون تجربیات دوران دفاع مقدس می باشد.

11- درس هایی برای آینده و توصیه های راهبردی و کاربردی

کلیه درس آموخته ها و دستاوردهای حاصل از بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس قابل تعمیم در حوادث و سوانح شهری نیز می باشد. همانگونه که بروز سیل در منطقه خوزستان در سال 1358 باعث گردید که آمادگی مناسبی در حوزه های گوناگون بخصوص در بخش بهداشت و درمان بسیج و ایجاد گردد، دستاوردهای بهداری رزمی در کلیه حوادث و بلایای طبیعی قابل تعمیم و بهره برداری میباشد. به عنوان مثال در زمان حادثه زلزله بم و کرمانشاه، بخش درمانی نیروهای مسلح و به خصوص سپاه اولین گروهی بودند که با حضور در مناطق زلزله زده نسبت به ارایه خدمات درمانی اقدام نمودند و با استفاده از تجربیات دفاع مقدس نسبت به ایجاد بمیارستانهای سیار اقدام شد.

این درس آموخته های بدون شک در مدیریت بحران های طبیعی و غیرطبیعی بسیار مهم و اساسی است و باعث میگردد آمادگی لازم در زمان وقوع یک مخاطره ایجاد گردد و در سه مرحله قبل از وقوع، پاسخ به مخاطره و اقدامات پس از آن، بتوان اقدامات مناسب و متناسبی در حوزه بهداشت و درمان ارایه نمود.

کادرسازی و تهیه و اجرای برنامه های مناسب جهت سرمایه های انسانی در بخش بهداشت و درمان نیروهای مسلح و آموزش و آمادگی این سرمایه های کشور بر اساس آخرین پروتوکل های درمانی یکی دیگر از دستاوردها درس آموخته های بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس میباشد. به گونه ای که اکنون در بخش پزشکی نیروهای مسلح بیش از ۱۰۰۰ متخصص، ۳۰۰۰ پزشک حضور دارد و تعداد نیروهای کادر پزشکی تقریبا پنج برابر زمان جنگ تحمیلی است.

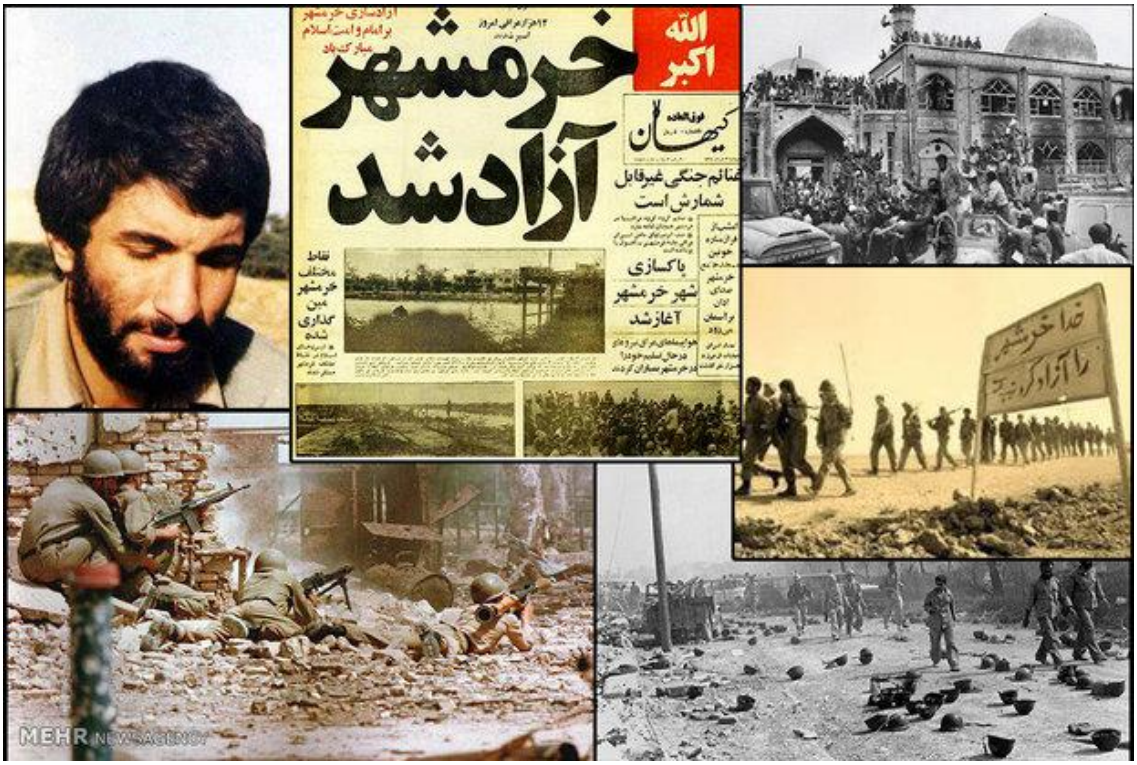
طراحی و پیاده سازی استراتژی ها و برنامه های عملیاتی در حوزه توسعه نیروی انسانی متخصص و متعهد به عنوان باارزش ترین سرمایه هر کشور، یکی دیگر از مهمترین مواردی است که در حال حاضر نیز به توجه جدی دارد. سرمایه گذاری در این بخش، باعث میگردد که کشور همواره از آمادگی کامل برای رویارویی با شرایط گوناگون را داشته باشد و انعطاف پذیری و قدرت مانور نیروهای درگیر را افزایش دهد. در این میان نقش بانوان را نیز نباید نادیده گرفته شود و تمرکز بر این سرمایه انسانی عظیم نیز میباست در دستور کار کلیه سیاست گذاران این حوزه قرار گیرد.

یکی دیگر از کاربردهای این تجربیات، استفاده از آنها در پژوهش های پدافند غیرعامل و جنگ نوین و ارایه راهکار در این خصوص میباشد. شناسایی تهدیدات حوزه جنگ نوین نظیر تهدیدات نوین حوزه شیمیایی، حوزه بیولوژیک، حوزه هسته‌ای، امواج و علوم شناختی، پایش و سنجش عوامل مهم در این بخش، ارایه راهکار و مدل های حفاظت و ایمنی در برابر این عوامل و کنترل، رفع و

دفع آلودگی ناشی از آنها در این حوزه و با تجربیات و درس آموخته های ناشی از بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس قابلیت پیش بینی و مدیریت خواهد داشت. لذا پژوهش در این حوزه و استخراج هر چه بیشتر درس آموخته های عظیم دفاع مقـدس، یـک امـر ضروری میباشد.

12-منابع:

1- هدایتی-احمدرضا: برنامه ریزی استراتژیک پیامدنگر (نتیجه‌محور) قسمت اول. ره توشه، http://rahtooshe.com
2- ایمانی مقدم-لیلی: دستاوردهای دفاع مقدس. پایان نامه سطح 2 (کارشناسی)، شورای عالی حوزه علمیه، مرکز مدیریت حوزه علمیه خواهران، حوزه علمیه رضوی، 1387
3- 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 16، شماره 63، زمستان 1387
4- درسنامه ارزیابی سلامت مبتنی بر جامعه- طرح رفورم- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی- گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی- مهرماه 1389
5- نقوی-سیدرضا: تعاملات فرهنگی، انتشارات نخیل، چاپ دوم، 1385
6- بابائی-محمدباقر: مبانی استراتژی فرهنگ از دیدگاه امام علی (ع)، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، چاپ اول، 1381، صفحه 23
7- عظیمی-فریبا: بررسی دستاوردهای اجتماعی و فرهنگی هشت سال دفاع مقدس. http://iranhdm.ir
8- علی مهرابی توانا: بهداشت در دفاع مقدس، چاپ اول، 1389
9- محسن نظام الدین، حمید پیروی، ثریا اجاقلو، ریحانه رستگاری، فتانه قدیریان، زهره پارسا یکتا: تاریخ نگاری تحولات بهداری رزمی در جنگ عراق با ایران، 1395



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

فصل چهاردهم

آشنایی با تهدیدات و جنگ های نوین هسته ای، شیمیائی، بیولوژیک و بیوتروریسم و مقابله با آنها- معرفی جنگ شیمیائی دشمن متجاوز علیه رزمندگان و مناطق مسکونی، تجارب منحصر بفرد دفاع مقدس

پدید آورندگان: دکتر عباس فروتن- دکتر ایرج میرزایی دیزگاه

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی:

آشنائی با تهدیدات جنگ های نوین با جنگ افزارهای شیمیائی، بیولوژیک، هسته ای و اصول کنترل آن ها

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با تاریخچه بکارگیری گازهای شیمیائی جنگی در دنیا و در جنگ تحمیلی
- آشنائی با ماهیت، ترکیب، مکانیسم اثر و بیماریزائی (علائم و نشانه ها) گازهای شیمیائی جنگی
- آشنائی با اصول تریاژ و امداد رسانی اولیه در حوادث شیمیائی جنگی با انبوه مصدومین
- مدیریت و راهبری تیمهای پزشکی کنترل حوادث شیمیائی برای حضور به هنگام و عملکرد بهینه
- آشنائی با تهدیدات جدید و توصیه های استاندارد برای آمادگی، پیشگیری و کنترل حوادث شیمیائی جنگی در زمان حاضر و آینده
- آشنائی با تهدیدات جدید و توصیه های استاندارد برای آمادگی، پیشگیری و کنترل حوادث بیولوژیک جنگی و تروریستی در زمان حاضر و آینده
- آشنائی با تهدیدات جدید و توصیه های استاندارد برای پیشگیری و کنترل حوادث هسته ای جنگی و غیر جنگی در زمان حاضر و آینده
- آشنائی با پدیده تهدیدکننده بیوتروریسم و توصیه های استاندارد برای آمادگی، پیشگیری و کنترل
- کسب توانمندی های ضروری جامعه پزشکی جهت کنترل حوادث بیولوژیکی، شیمیائی و هسته ای
- کسب توانمندی مدیریت تیم های پزشکی در شرایط کاملاً بحرانی میدانی جنگ و حوادث بیوتروریستی
- نکته های ضروری علمی و مهارتی که عموم اعضای حرفه های سلامت باید آشنا باشند
- توصیه های راهبردی به مسئولین نظام سلامت برای پیشگیری از بحران و آمادگی مدیریت حوادث احتمالی

فهرست مطالب فصل 14

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3- روش تنظیم درسنامه
4-ادبیات نظری موضوع
سلاح غیر متعارف
سلاح یا جنگ افزار شیمیائی
مکانیسم اثر جنگ افزار شیمیائی
کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی
گاز خردل
عوامل اعصاب
جنگ بیولوژیکی یا جنگ زیستی و جنگ افزار بیولوژیک
جنگ و جنگ افزار هسته ای
5- تاریخچه کاربرد سلاح های شیمیائی در جنگهای قبل از دفاع مقدس
6- معاهدات بین المللی منع ساخت، انباشت و کاربرد سلاح های شیمیائی
7- گزارش بعضی از آثار مخرب سلاح های شیمیائی
8-تاریخچه کاربرد سلاح شیمیائی توسط دشمن علیه رزمندگان و مناطق مسکونی در جنگ تحمیلی
9- بازخوانی فاجعه شیمیائی حلبچه و بمباران شیمیائی سردشت توسط ارتش جنایتکار بعثی عراق
10- واکنش های بین المللی کاربرد سلاح های شیمیایی توسط ارتش متجاوز بعثی عراق
11- آسیب شناسی سلاح های شیمیائی جنگی
گاز خردل (سولفور موستارد)
ترکیبات ارگانوفسفات (عوامل اعصاب)
12- اصول حفاظت شخصی و جمعی و اماکن بهداشتی-درمانی در حملات شیمیائی دشمن
13-اصول حفاظت شخصی و جمعی و اماکن بهداشتی-درمانی در حملات شیمیائی دشمن
13- اقدامات اولیه و احیای مجروحین حوادث شیمیائی: درسهائی از امداد و درمان در دفاع مقدس
15-عوارض بعدی (کوتاه مدت و بلند مدت) گازهای شیمیائی جنگی و کنترل آنها بر اساس تجارب حاصله از درمان مجروحین شیمیائی تجاوزات جنایتکارانه دشمن در دفاع مقدس
16- عمل جراحی مجروحینی که همزمان با گازهای شیمیائی آلوده شده بودند: حفاظت کادر پزشکی
17- تاریخچه جنگ افزارهای هسته ای
18- درس هایی برای آینده و توصیه های راهبردی و کاربردی:
19-منابع . 20- موضوعات و منابع دیگر که مطالعه آنها توصیه می شود

1- مقدمه و بیان مسئله

کاربرد تسلیحات غیر متعارف در یک مخاصمه بین المللی جرم و جنایت جنگی محسوب می شود. جنگ افزارهای غیر متعارف شامل اقسام متعددی از سلاح های شیمیایی، تسلیحات میکروبی، جنگ افزار هسته ای و مصادیقی از گلوله های انفجاری می باشند که سبب تحمیل درد و رنج بیهوده برای نظامیان و ظالمانه برای غیرنظامیان خواهند شد. جنایت به کارگیری سلاح های نامتعارف در زمره جرایم عمدی می باشد که در برخی اسناد بین المللی از جمله سند تاسیس دیوان کیفری بین المللی پیش بینی شده اند. در جنایات عمدی مزبور ضرورت دارد که مرتکب علاوه بر تعمد در ارتکاب آن، نسبت به اوضاع و احوال محیط بر جنایت نیز آگاهی داشته باشد (1). از منظر فقه اسلامی کاربرد سلاح های کشتار جمعی حرام و ارتکاب آن جنایت علیه بشریت است. تأکید مطالعه حاضر بر سلاح های شیمیائی است که در جنگ تحمیلی توسط ارتش جنایتکار بعثی عراق بارها علیه رزمندگان و مناطق مسکونی بکارگرفته شد.

سلاح شیمیایی به کلیه عواملی اطلاق می شود که اثرات مستقیم سمی بر روی انسان، حیوانات و گیاهان داشته باشد. سلاح های شیمیایی وحشیانه ترین ابزارهایی بوده که بشر در جنگ بر علیه همنوعانش استفاده کرده است. در تاریخ جنگ های اخیر دنیا، کاربرد این سلاح ها در جنگ جهانی اول و جنگ تحمیلی علیه جمهوری اسلامی ایران از سیاه ترین برگ های تاریخ بشر متمدن به شمار می آید.

جنگ‌افزار هسته‌ای یا سلاح هسته‌ای تکنولوژی جنگی هستند که در آن‌ها از انرژی حاصل از شکافت یا گداخت هسته‌ای برای تخریب و کشتار استفاده می‌شود. در معاهده بین المللی منع گسترش سلاحهای هسته ای که جمهوری اسلامی ایران نیز آن را امضاء کرده است، تولید، دریافت، انتقال، انباشت و بکارگیری این سلاح های مخرب کشتار جمعی ممنوع شده است[1].

جنگ افزارهای بیولوژیک در جنگ جهانی اول توسط آلمان و در جنگ جهانی دوم توسط ژاپن و نیروهای متفقین برای مقابله با طرف متخاصم مورد استفاده قرار گرفتند. میکروارگانیسم های مورد استفاده عمدتاً باسیلوس آنتراسیس و آنتروباکتریاسه بودند. در جنگ های اخیر نیز این سلاح ها در کشورهایی نظیر عراق گسترش یافته اند. میکروارگانیسم های به کار رفته بیشتر شامل باسیلوس آنتراسیس و آبله بوده اند. تهدید اصلی این سلاح ها در زمان حاضر توسط پدیده شوم بیوتروریسم است.

جنگ شیمیایی عراق علیه ایران پس از جنگ جهانی اول، از جهات گوناگونی کم‌نظیر بود. این تجربه نشان داد که دشمنان ملت بزرگ و مقاوم و باشکوه ایران اسلامی، به اصول اخلاقی و انسانی و معاهدات بین المللی پایبند نبوده، از هر جنایتی علیه این مرز و بوم فروگذار نخواهند نمود. در این درس، ضمن بازنگری این حادثه، بر اساس سیر تاریخی آن، نکات پزشکی و تجارب درمانی مربوطه و توصیه های ضروری برای آینده، مورد بحث قرار می‌گیرد. در ادامه نیز تهدیدات بیولوژیک و هسته ای و بیوتروریسم معرفی و اصول آشنائی با آسیب شناسی و کنترل جراحات و صدمات و عوارض حاصله، بطور اجمال ارائه می شود.

2- کلمات کلیدی

سلاح غیرمتعارف- جنگ شیمیائی- جنگ افزار شیمیائی-جنگ بیولوژیک-عوامل بیولوژیک-جنگ هسته ای-
جنگ افزار هسته ای- بیوتروریسم

Key words:
Improvised weapon, Chemical war, Chemical warfare, Biologic war, Biologic agents, Nuclear war, Nuclear weapons, Bioterorism

[1] معاهده منع گسترش سلاح های هسته ای(N.P.T)

3- روش تنظیم درسنامه

در تنظیم این فصل از درسنامه روش های مصاحبه تاریخ شفاهی، مطالعه کتابخانه ای در منابع معتبر فارسی و لاتین و بحث متمرکز گروهی استفاده شده است. تجارب شخصی نویسندگان از حضور و خدمت در دفاع مقدس و مستندات در اختیار یا منتشر شده نویسندگان نیز در تنظیم مطالب استفاده مقتضی شده است.

4- ادبیات موضوع:

سلاح غیر متعارف[۲]

تسلیحات غیر متعارف (یا نامتعارف) طبق کنوانسیون های ژنو و لاهه، به تسلیحات و جنگ افزارهایی گفته می شود که دارای ویژگی های 4 گانه زیر باشند (2):

- تلفات بالا و تخریب (انسانی یا اشیاء) بسیار بالا
- خارج از کنترل بودن میزان خسارت و ناتوانی محاسباتی برای میزان اثر
- قابل پاکسازی نبودن و یا مشکل بودن پاکسازی آنها بدلیل وسعت گسترش آثار تخریبی ثانویه
- تأثیر مخرب وسیع بر روی محیط زیست و بوم شامل آب و هوا و آتمسفر و اقلیم و خام و ....

تمام تسلیحات غیر متعارف در هر حالت و زمان و مکان (جنگی و شهری) ممنوعه می باشند. به دلیل ویژگی های فوق به آنها " تسلیحات کشتار جمعی" هم اطلاق می گردد. سه نوع شناخته شده از تسلیحات غیرمتعارف در دنیا وجود دارد: **"تسلیحات سمی و شیمیائی" ، " تسلیحات بیولوژیک" ، و " تسلیحات اتمی و رادیواکتیو"**

سلاح یا جنگ افزار شیمیائی:

ابزارها یا مواد شیمیائی هستند که به وسیله آن‌ها انسان‌ها یا موجودات زنده را هدف قرار می‌دهند. استفاده از فراورده‌های سمی غیرزنده تولید شده توسطِ موجوداتِ زنده (مانندِ سم بوتولینوم, رایسین و ساکسیتوکسین) تحتِ مقرراتِ کنوانسیونِ سلاح‌های شیمیایی[۳]، بعنوانِ سلاح‌های شیمیایی در نظر گرفته می‌شوند. بر اساسِ این کنوانسیون، هر گونه مواد شیمیاییِ سمی صرف نظر از منشاء آن یک سلاح شیمیایی در نظر گرفته شده‌است. مگر آنکه برای مقاصدی بهره‌گیری شوند که ممنوع نیست. این مواد شامل اشکال مایع و جامد و گاز می باشند که باعث مرگ و یا ضایعات در انسان و حیوان و گیاهان می شوند. بکارگیری آنها به عنوان سلاح جنگی در 1925 در ژنو ممنوع گردید. سرانجام ساخت و نگهداری و انباشت آنها در سال 1993 ممنوع شد (2).

مکانیسم اثر جنگ افزار شیمیائی:

در اثر تماس مستقیم این مواد با هر قسمت از بدن جاندار، بدن وی آلوده شده و جاندار به انواع بیماری‌های عمومی یا انحصاری آن ماده مبتلا می‌شود. این مواد می‌توانند به صورت جامد، مایع یا گاز استفاده شوند. به عبارت دیگر عوامل شیمیائی به ترکیباتی اطلاق می‌گردد که در صورت کاربرد مؤثر علیه انسان، حیوان یا گیاه، منجر به مرگ یا ضایعات قابل توجه دائمی یا موقتی در ساختار اندامی آن‌ها می‌شود. جنگ‌افزارهای شیمیایی از نظر نظامی به ۶ گروه "سمی و کشنده"، "ناتوان‌کننده"، " مورد استفاده برای کنترل اغتشاش‌ها"، "دودزا"، "ضد گیاه" و "شعله‌ها و آتش‌زا" تقسیم می‌شوند[۴].

---

[2] Improvised weapon (Unconventional weapon)
[3] Chemical Weapons Convention (CWC)
[4] Rauch"Ebiological warfar"Encyclopedia of public international law, 1982, Vol. 3, p. 45

کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی[5]:

مهم‌ترین معاهده بین‌المللی در حوزه منع تولید، انباشت و استفاده از سلاح‌های کشتار جمعی و جنگ‌افزارهای شیمیایی است که در تاریخ ۱۳ ژانویه ۱۹۹۳ میلادی در پاریس و نیویورک به تصویب نمایندگان ۱۶۵ کشور عضو سازمان ملل متحد رسید و از تاریخ ۲۹ آوریل ۱۹۹۷ میلادی، لازم‌الاجرا گردید(3). ضامن اجرای کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی، سازمان منع سلاح‌های شیمیایی[6] است که یک نهاد بین-دولتی است که در سال ۱۹۹۷ میلادی و با لازم‌الاجرا شدن کنوانسیون منع تسلیحات شیمیایی، ایجاد شد. مقر این سازمان در شهر لاهه، هلند واقع شده‌است و تشکیلات آن تحت نظر دولت‌های امضاکننده کنوانسیون منع تسلیحات شیمیایی اداره می‌شود. تا سپتامبر ۲۰۱۳ میلادی، ۱۹۰ کشور به کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی پیوسته‌اند. اما هنوز ۶ کشور عضو سازمان ملل متحد از جمله کشورهای آنگولا، برمه، مصر، اسرائیل، کره شمالی و سودان جنوبی از پیوستن به کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی سر باز زده‌اند

گاز خردل یا سولفور موستارد

گاز خردل[7] ترکیبی شیمیایی دارای کلر و گوگرد است که به عنوان سلاح شیمیایی در جنگ جهانی اول و نیز جنگ ایران و عراق به کار رفت. هر چند این ماده در دمای معمولی بصورت مایع است اما معمولاً از آن بعنوان گاز خردل نام برده می‌شود. این گاز جزو عوامل تاول زا طبقه بندی میشود و دارای اثرات مخرب و دراز مدت بر روی پوست، چشم، سیستم تنفسی و دستگاه گوارشی است . گاز خردل عامل آلکیله کننده و سرطان زا نیز هست. گاز خردل نخستین بار در سال ۱۹۱۷ به عنوان سلاح شیمیایی در جنگ جهانی اول به کار گرفته شد. پس از جنگ جهانی اول وسیع ترین کاربرد این سلاح شیمیایی در جنگ ایران و عراق بود. بر اساس گزارش‌های بازرسان سازمان ملل متحد، عراق از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۷ در موارد متعددی از بمب های حاوی گاز خردل علیه رزمندگان ایرانی و نیز غیر نظامیان ساکن روستاها و شهرهای مرزی ایران و حمله شیمیایی به حلبچه استفاده کرد (ویکیپدیا و (4).

ترکیبات ارگانوفسفات یا عوامل اعصاب

عوامل شیمیایی جنگی از نوع اعصاب، ترکیبات فسفردار آلی هستند که با حشره کش های فسفردار آلی شباهت ساختمانی دارند و فرایند سمیت آنها مشابه است. از این عوامل (سارین و تابون) در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران استفاده و موجب شهادت و صدها و مجروح شدن هزاران رزمنده شد (5). از سارین در سالهای 1994 و 1995 به ترتیب در ماتسوموتو و متروی توکیو، ژاپن به عنوان عامل تروریستی استفاده و موجب مجروح شدن هزاران و کشته شدن دهها نفر انسان بی گناه شد.

جنگ بیولوژیکی یا **جنگ زیستی**

استفاده از عوامل بیولوژیکی، اعم از باکتری‌ها، ویروس‌ها، قارچ‌ها و فراورده‌های آن‌ها به منظور اهداف خصمانه برای کشتن یا ناتوان کردن انسان‌ها، جانوران یا گیاهان است[8] . "استعمال نظامی از موجودات ذره بینی (میکروارگانیسم ها)، یا مواد تولیدی آنها (سموم، آنزیم ها، پروتئین ها) به منظور ایجاد مرگ، ناتوانی، یا وارد کردن خسارت به اشخاص، حیوانات و نباتات" (6).

جنگ افزار بیولوژیک

عوامل بیولوژیک مورد استفاده در جنگ ها توسط نیروهای متخاصم. میکرو ارگانیسم های مورد استفاده بیشتر شامل باسیلوس آنتراسیس و عده ای از باکتری های روده ای (آنتروباکتریاسه) نظیر گونه ای شیگلا بوده اند. بر اساس صفات و ویژگی های بیماریزائی به سه گروه تقسیم می شوند (7):

گروه A: بسهولت منتقل شده و سرایت می کنند، نظیر سیاه زخم (آنتراکس)، آبله، توکسین بوتولینوم، طاعون خیارکی، تب های هموراژیک ویروسی، تولارمی،

---

[5] Chemical Weapons Convention
[6] Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons
[7] dichloro-3-thiapentane-1,5

[8] جنگ بیولوژیکی یا جنگ زیستی: ویکیپدیا دانشنامه آزاد

گروه B: قابلیت انتشار و سرایت پذیری و مرگ و میر کمتری دارند: بروسلوز، توکسین اپسیلون کلرستیدیوم پرفرینجنس، عوامل تهدیدکننده سلامت غذائی(گونه های مختلف سالمونلا، ای کولای سروتیپ 0157:H7 ، شیگلا و استافیلوکوک اورئوس)، گلاندرز یا مشمشه، ملیوئیدوز، پسیتاکوز، تب Q توسط کوکسیلا برونتی، توکسین ریسین، آنتروتوکسین B استافیلوکوک، تیفوس توسط ریکتسیا پرووازکی، آنسفالیت ویروسی، عوامل میکروبی تهدید کننده سلامتی آب (ویبروکلرا، کریپتوسپوریوم پاروم)

گروه C: عوامل میکروبی این گروه پاتوژن هادی می باشند که بیماری های آشکار ایجاد کرده و با استفاده از روش های مهندسی ژنتیک می توانند سرایت پذیری بسیار بالا و خطرناکی ایجاد کنند.

جنگ و جنگ افزار هسته ای

جنگ‌افزار هسته‌ای یا سلاح هسته‌ای تکنولوژی جنگی هستند که در آن‌ها از انرژی حاصل از شکافت یا گداخت هسته‌ای برای تخریب و کشتار استفاده می‌شود (ویکیپدیا و 8). انگیزه دستیابی و انباشت این جنگ افزارهای کشتار جمعی توسط قدرت های هسته ای، در سه گروه کلی "بازدارندگی" ، "وادارسازی" و " جنگیدن" خلاصه می شود. از این سلاح های مخوف تنها یک بار توسط رژیم جنایتکار آمریکا در جنگ استفاده شده است، اما ابرقدرت های هسته ای بارها برای رسیدن به اهداف سیاسی گوناگون، به تهدید استفاده از بمب های اتمی متوسل شده اند (9).

5- تاریخچه کاربرد سلاح های شیمیائی در جنگهای قبل از دفاع مقدس (10)

جنگ‌افزارهای شیمیایی از جمله قیر، روغن‌ها، نفت، آتش یونانی، ناپالم، اسیدها، آرسنیک‌ها و غیره از دوران قدیم مورد مصرف قرار گرفته‌اند. برای نمونه اسپارت در جنگ‌های پلوپونز (سال‌های ۴۳۱ تا ۴۰۴ پیش از میلاد) اسیدهای گوگردی (از جمله دی‌اکسید سولفور) به‌کار می‌بردند[9].. از اوایل **جنگ جهانی اول**، سلاح های شیمیایی به طور جدی مورد استفاده قرار گرفت. فرانسه در آگوست 1914 گازهای اشک آور متنوعی را به کار برد. در ژانویه 1915 آلمان در لهستان از گاز کلر علیه روس ها و در آوریل 1915 در بلژیک بر علیه سربازان بلژیکی و انگلیسی به طور وسیع از کلرین استفاده کرد. انگلیس هم در سپتامبر 1915 از گاز کلر بر علیه آلمانی ها استفاده کرد. آلمان همچنین در دسامبر 1915 فسژن و در می 1916 دی فسژن را استفاده کرد. در جولای 1916 آلمان و متفقین از عوامل مختلف خفه کننده و اشک آور بر علیه هم استفاده کردند. در جولای 1917 آلمان اولین بار از گاز خردل استفاده کرد و در پاسخ فرانسه و انگلیس نیز تا پایان جنگ جهانی اول یعنی 1918 از این گاز استفاده نمودند. در طول جنگ جهانی اول شهرها و روستاها نیز از حملات شیمیایی مصون نماند. طی این جنگ، یک میلیون و دویست و پنجاه تن انواع سلاح شیمیایی مورد استفاده قرار گرفت که حاصل آن، مصدوم شدن یک میلیون و دویست هزار نفر و کشته شدن 100 هزار نفر بود. **در فاصله بین جنگ جهانی اول و دوم** توسعه و تولید سلاح های شیمیایی به جای توقف توسعه یافت به طوری که در سال 1919 تولید گاز خردل در آمریکا به 19 تن در روز رسید. در سال 1935 ایتالیا به طور وسیع از گاز خردل و فسژن بر علیه اتیوپی بهره جست و آن کشور را ضمیمه خود ساخت. در سال 1937 ژاپن بر علیه چین از گازهای خردل و لویزایت استفاده کرد.

جنگ جهانی دوم در سپتامبر 1939 آغاز شد و علیرغم تولید و انباشت انواع سلاح های شیمیایی از جمله عوامل اعصاب، این سلاح ها، چندان مورد استفاده قرار نگرفت. آمریکا با وجود امضا پروتوکل عدم تولید گازهای جنگی پس از جنگ جهانی دوم، در سال 1954 تولید سارین و در سال 1960 تولید VX را به طور گسترده شروع کرد و در سال 1977 کیفیت و پایداری آن دو گاز جنگی را افزایش داد. در سال 1965 مصر گاز خردل بر علیه یمن و آمریکا در جنگ ویتنام به طور گسترده از انواع سلاح های شیمیایی ضد گیاه که باعث نابودی گیاهان شد و انواع سلاح های شیمیایی علیه ویتنامی ها استفاده کرد.

[9] جنگ‌افزار شیمیایی: ویکیپدیا، دانشنامه آزاد. https://fa.wikipedia.org/wiki

6- معاهدات بین المللی منع ساخت، انباشت و کاربرد سلاح های شیمیائی (11):

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

- در سال 1675فرانسه و آلمان با امضای موافقنامه استراسبورگ درباره ممنوعیت کاربرد گلوله‌های سمی به توافق رسیدند
- دویست سال بعد در سال 1874 میلادی «کنوانسیون بروکسل درباره حقوق و قوانین جنگ» کاربرد سموم یا سلاح‌های سمی و نیز سلاح‌ها، پر تابه‌ها و موادی را که باعث مصدومیت و رنج غیرمعمول می‌شود، ممنوع اعلام کرد.
- پیش از پایان قرن نوزدهم و در سال 1899میلادی کنفرانس بین المللی صلح در «لاهه» برپا شد و منجر به امضای موافقتنامه‌ای در ممنوعیت استفاده از پرتابه‌های جنگی محتوی گازهای سمی شد.
- در طول جنگ جهانی اول(1918- 1914) جهان شاهد هولناک‌ترین کشتارهای ناشی از کاربرد سالح‌های شیمیایی بود. تلفات بی‌شمار و حملات وسیع شیمیایی با بکارگیری شیوه‌های نوین کاربرد گازها و مواد سمی مهلک و ناتوان کننده در این جنگ باعث بروز نگرانی‌های عمیقی در سطح جهان شد و منجر به انعقاد یکی از معروف‌ترین معاهدات بین المللی عدم کاربرد سلاح‌های شیمیایی؛یعنی «پروتکل1925 ژنو» شد که در آن کاربرد گازهای خفه کننده، سمی یا سایر گازها و نیز شیوه‌های جنگ میکربی منع شده است. اکثر کشورهای جهان از جمله ایران و عراق این پروتکل را امضا کردند.
- در سال 1971میلادی و برای برطرفکردن نواقص پروتکل 1925 ژنو، کمیته خلع سلاح سازمان ملل- که بعدها به کنفرانس خلع سلاح تبدیل شد- متن نهایی کنوانسیون منع توسعه، تولید و انباشت و کاربرد سلاح‌های بیولوژیک (میکربی) که به کنوانسیون سلاح‌های بیولوژیک (BWC) معروف است را آماده کرد. این کنوانسیون به صراحت کشورهای عضو را متعهد می‌سازد مذاکرات خود را تا حصول یک معاهده بین‌المللی برای منع سلاح‌های شیمیایی دنبال کند ولذا از همان زمان مذاکرات مربوط به تهیه متن کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی به صورت جدی آغاز شد.
- به دنبال نزدیک به 20 سال مذاکرات فشرده در «**کنفرانس خلع سلاح**»، سرانجام متن نهایی کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی نیز در سال 1992میلادی طی مراسمی در پاریس به امضای 130 کشور جهان و سپس به امضای دبیر کل سازمان ملل رسید.کشورهای امضا کننده این کنوانسیون بایستی آن را در مجالس خود نیز به تصویب برسانند و براساس مفاد کنوانسیون، 180 روز پس از به تصویب رسیدن آن توسط شصت و پنجمین کشور عضو، این کنوانسیون لازم‌الاجراء خواهد شد. بدین ترتیب روز 29 آوریل 1997 کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی به طور رسمی لازم الاجرا شد.
- سازمان منع سلاح‌های شیمیایی(OPCW) : از زمان امضا شدن کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی تا لازم الاجرا شدن آن (1997-1993.م) مسئولیت فراهم کردن ساز و کارهای اجرایی شدن کنوانسیون و چگونگی آن به عهده کمیسیون مقدماتی بود که در لاهه استقرار داشت. با لازم الاجرا شدن کنوانسیون در سال 1997.م مسئولیت حسن اجرای مفاد کنوانسیون از جمله برنامه‌های راستی آزمایی و بازرسی‌ها و آموزش بازرسان و سایر امور اجرایی کنوانسیون به عهده سازمانی تحت عنوان «سازمان منع سلاح‌های شیمیایی «(OPCW)گذاشته شد که مقر آن در شهر لاهه هلند بوده و محل دائمی اجلاس‌های سالیانه و سایر اجتماعات رسمی کشورهای عضو کنوانسیون است
- سلاح های شیمیائی نخستین بار در جنگ جهانی اول بکار گرفته شد. در روز 22 آوریل 1915 میلادی که به عنوان «روز تولد جنگ شیمیایی» نام گرفت. در شهر «ایپر» بلژیک، ارتش آلمان با استفاده از کپسول‌های محتوی گاز خفه کننده «کُلُر» هزاران نفر از سربازان متفقین را در جبهه مخالف از پای درآورد و از آن پس طرفین درگیر به صورت مکرر و در مقیاس وسیع از انواع سلاح‌های شیمیایی علیه یکدیگر استفاده کردند

- در طول همین جنگ بود که برای اولین بار عامل شیمیایی ناتوان کننده خردل (سولفور موستارد) که به عنوان عامل تاول زا نیز شناخته می‌شود توسط ارتش آلمان مورد استفاده واقع شد.
- تلفات هولناک سلاح‌های شیمیایی در جنگ اول جهانی فوق تصور بود؛ یک میلیون مصدوم و بیش از 90 هزار کشته که حاصل بکارگیری حدود 124 هزار تن انواع سلاح‌های مهلک و ناتوان کننده شیمیایی بود.
- روز چهارشنبه مصادف با 29 آوریل 2015 میلادی روز جهانی «بزرگداشت قربانیان سلاح شیمیایی» نام گرفته است. 18 سال قبل در چنین روزی متن نهایی کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی لازم‌الاجرا شد[10].

7- گزارش بعضی از آثار مخرب سلاح های شیمیائی

آمریکایی‌ها نیز در جنگ ویتنام هزاران تُن عامل نارنجی[11] بروی جنگل‌های منطقه ریختند تا آن مکان‌ها یعنی (مخفی گاه ویت کنگ‌ها) را تبدیل به بیابان کنند. بخش عمده این ماده را نیز آلمان‌ها در اختیار آمریکایی‌ها قرار دادند. تحت تأثیر این ماده مهلک دی‌اکسین‌دار هنوز پس از ۴۰ سال، در ویتنام بچه‌های معلول به دنیا می آیند. در دهه ۱۹۷۰ در شیر مادران جنوب ویتنام و در خون سربازان آمریکایی که در ویتنام بوده‌اند، درصدهایی بالایی از دیوکسین مشاهده شد. بعد از این جنگ ومشاهده اقدام مرگبار آمریکا مصرف عامل نارنجی در جنگ در تمام جهان ممنوع شد[۱۲] .

در مطالعه انجام شده توسط دانشگاه شهید بهشتی (دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی)، اثرات عوامل شیمیائی بر روی گیاهان و جانوران و محیط زیست کشورمان بررسی و بطور خلاصه نتایج زیر حاصل شده است (12):

- جنگ افزارهای شیمیایی تحت تاثیر شرایط جوی مانند باد، آفتاب، دما، رطوبت و ... قرار می گیرند بدین ترتیب که در صورت وجود باد مقدار پراکندگی و آلوده سازی آنها دامنه بیشتری خواهد داشت
- وجود پستی بلندیها و شرایط جغرافیایی منطقه در پراکندگی و گسترش گاز بسیار موثر است
- این جنگ افزارها در محیط های آبی به نسبت های متفاوت قابل حل و تجزیه می باشند و می توانند بوسیله، ترکیب با آب باران در خاک نفوذ و آبهای زیرزمینی را آلوده سازند و یا در محیطهای خشکی، در خاک بمدت 10 سال پایدار بمانند و موجب آلودگی منابع آب زیرزمینی و غیرقابل استفاده شدن خاک مناطق آلوده پ، ازبین رفتن پوشش گیاهی و فون جانوری مناطق آلوده شوند
- یکی از روشهای خنثی سازی بکار گرفته شده، پوشاندن مناطقی که بمب شیمیایی خورده بوسیله، خاک بوده که مشکل را دوچندان می کند زیرا بتدریج خاک رویی بوسیله، عوامل طبیعی برداشته می شود و اینبار هم خود عامل شیمایی و هم مواد ثانویه حاصل از تجزیه آن اثرات سمی خواهند داشت.
- جنگ افزارهای شیمایی همچنین بر روی گیاهان و جانوران اثرات سمی بسیاری داشته و باعث از بین رفتن و تخریب فون و فلور مناطق آلوده می شوند
- گیاهان و جانورانی که در فواصل بسیار زیادی از مناطق آلوده شده قرار داشته اند نسبت به مقدار دز دریافتی از خود واکنش نشان می دهند (فیزیولوژیکی، مرفولوژیکی و یا ژنتیکی)

---

[10] خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا): تاریخچه کاربرد سلاح‌های شیمیایی. https://www.isna.ir/news

[11] Orange Agent : نوعی سم قوی است که ارتش آمریکا در جنگ ویتنام از سال ۱۹۶۱ تا ۱۹۷۱ برای از بین بردن جنگل‌های پناهگاه ویت‌کنگ به کار برد.این ماده سبب از بین رفتن گیاهان دولپه میشود[1] این ماده علاوه بر از بین بردن جنگل‌های انبوه استوایی بر مردم ویتنام نیز آثار مرگبار فراوانی به جا گذاشت که در نسل‌های بعدی مردم مناطق سمپاشی شده دیده می‌شود.

[12] BBC World: Health Agent Orange blights Vietnam , 2011 & wikepedia

8- تاریخچه کاربرد سلاح شیمیائی توسط دشمن علیه رزمندگان و مناطق مسکونی در جنگ تحمیلی:

کاربرد سلاح های شیمیایی توسط عراق در جنگ علیه ایران، یکی از موارد فاحش نقض حقوق بین الملل و از مصادیق بارز جنایات جنگی به شمار می رود. طبق شواهد و اسناد موجود، عراق از نخستین ماه های شروع جنگ، استفاده آزمایشی از این سلاح را آغاز کرد. اما به کارگیری گسترده از سلاح شیمیایی پس از شکست های پی در پی ارتش عراق در خاک ایران و آغاز حملات متقابل نیروهای ایران به داخل خاک عراق، به منظور مقابله با موج حملات نیروهای پیاده ایران، در دستور کار ارتش عراق قرار گرفت. بر حسب نوع و میزان گستردگی استفاده عراق از این سلاح ها در جنگ تحمیلی می توان سه دوره را از هم تفکیک کرد:

دوره اول: از آغاز جنگ (31 شهریور 1359) تا آزادسازی خرمشهر (3 خرداد 1361): به نظر می رسد اهداف ارتش عراق در این دوره از کاربرد سلاح شیمیایی، آزمایش سلاح و عوامل شیمیایی، ارزیابی عکس العمل جهان و وارد کردن تلفات بوده است. رئوس اتفاقات مهم در این دوره اولیه به شرح زیر بوده است:

- تدارک عراق از سال ها پیش از جنگ شروع شده بود
- اولین بار در آبان 1359، عراق از سلاح های شیمیایی در سوسنگرد استفاده کرد
- اولین حمله شیمیایی ثبت شده در سازمان ملل در جنگ ایران و عراق به تاریخ 1359/10/23 در منطقه واقع در غرب ایلام بوده است که به شهادت 10 تن انجامید
- در سال 1360، عراق در مناطق هویزه، ارتفاعات الله اکبر، پل نادری و خرمشهر از گلوله های شیمیایی استفاده کرد.
- از دی 1359 تا تیر 1362، حملات و مانورهای آزمایشی انجام شده است
- شکل‌گیری نخستین تیم درمان مصدومین شیمیایی در استادیوم ورزشی تختی اهواز، در اسفند ماه 1361

دوره دوم: از تیرماه 1361 تا پایان سال 1365

همزمان با آغاز عملیات تهاجمی ایران در عملیات درون مرزهای عراق، با هدف تنبیه متجاوز، هدف عراق از به کارگیری سلاح شیمیایی، تدافعی و خنثی کردن تهاجمات ایران و وارد کردن تلفات و ایجاد رعب و وحشت بوده است. رئوس اتفاقات مهم در این دوره به شرح زیر بوده است:

- استفاده از عوامل اعصاب، و گازخردل در سال 1361 در آبادان، ساوجی در شمال مریوان، ارتفاع 175، موسیان، تنکاب، شلمچه، گردنه بایر در کردستان و چند شهر در جنوب، که به شهادت 13 نفر و مجروح شدن 21 نفر انجامید.
- تأسیس "مدیریت و رسته جنگ های شیمیایی" در سازمان ارتش عراق، در سال 1361
- 45 مورد استفاده از سلاح شیمیایی در سال 1362 گزارش شد (بیش از 4 برابر قبل) . با انجام عملیات والفجر 6 در جبهه مرکزی و عملیات خیبر در جنوب، میزان به کارگیری سلاح شیمیایی توسط عراق افزایش قابل توجهی یافت و مناطق مورد تهاجم سومار، رودخانه دویرج، ترچین، شیوه رش، حاج عمران، پیرانشهر، ارتفاعات بازی دراز، خراطها، مریوان، روستای سیدلو، روستای بانیجان در نزدیکی بانه، گرماب، پنجوین و پاوه بود. در این حملات، 22 نفر شهید و 93 نفر مجروح شدند.
- از مرداد 1362 تا بهمن 1362 حملات محدود ولی متمرکز صورت گرفت که عمده آنها با گاز خردل بود و مصدومین کمی به جای گذاشت . علائم مصدومین نسبتا خفیف و سیر درمان سریع بود.
- دور اصلی حملات شیمیائی دشمن از اسفند 1362 شروع و تا خاتمه جنگ ادامه یافت
- نخستین حملات وسیع با گاز خردل، بعدازظهر 7/12/1362 در منطقه جنگی جنوب انجام و روزهای بعد تداوم یافت
- حملات گسترده روز نوزدهم و بیست‌وچهارم اسفند،
- در روزهای بیست‌وهفتم و سی‌ام اسفند 1362 نخستین حملات با گاز عصبی "Tabun" صورت گرفت که تابلوی بالینی کاملا متفاوت از گاز خردل داشت

- در اسفند 1362، با آغاز عملیات خیبر، جزایر مجنون -یکی از مراکز استخراج نفت عراق- به تصرف رزمندگان ایران درآمد. با اجرای تک شیمیایی عراق با عامل عصبی تابون، نزدیک 1700 نفر در جزایر مجنون مجروح و شهید شدند.
- در سال 1363 تا آغاز عملیات بدر در اسفندماه، تعداد حملات به دلیل رکود حاکم بر جبهه ها کم شد. با این وجود، عراق علناً تهدید کرد از سلاح های شیمیایی برای مقابه با هجوم نیروهای ایران استفاده خواهد کرد.
- با انجام عملیات بدر و قطع جاده ارتباطی بصره-بغداد، عراق بار دیگر به عوامل شیمیایی متوسل شد. در این تک شیمیایی منطقه عملیاتی بدر از هورالهویزه و جزایر مجنون تا جفیر، پادگان حمید و هویزه هدف قرار گرفت و برای اولین بار به همراه سایر عوامل شیمیایی اشک آور، خردل و اعصاب از عامل خونی نیز استفاده شد که به دلیل ناشناخته بودن برای نیروهای ایرانی، تلفات سنگینی به بار آورد. در اثر این حملات، 1359 نفر مجروح و 23 نفر شهید شدند.
- در سال 1364، در 37 نوبت حمله شیمیایی، آمار مجروحان 10273 نفر و شهدا 36 نفر رسید. مناطق مورد حمله آبادان، خرمشهر، جفیر، پادگان حمید، جزایر مجنون و عین خوش را شامل می شد.
- اوج حملات شمیایی در عملیات والفجر 8 در منطقه فاو در بهمن 1364 بود. در این عملیات عراق متجاوز از 7000 گلوله توپ و خمپاره طی17عملیات آفند شیمیایی علیه ایران استفاده کرد که عموماً در فاو، آبادان وخسرو آباد بود.
- در سال 1365 حملات شیمیایی عراق با توجه به افزایش حملات رزمندگان ایران، شدت بیشتری گرفت به گونه ای که تعداد بمباران دو برابر (79 مورد) سال قبل رسید.
- در فروردین 1365، همزمان با ادامه عملیات کربلای 8 در محور فاو، در ماه های اردیبهشت و خرداد، مهران و حاج آباد در جبهه های میانی و در شهریور منطقه عملیاتی کربلای 2 در محور عمومی حاج عمران و محورهای عملیاتی در جزیره مینو، خرمشهر و آبادان مورد حمله شیمیایی واقع شدند.
- به دنبال عملیات کربلای 6 در محور سومار و در بهمن و اسفند همزمان با عملیات کربلای 5 در شلمچه و شرق بصره این محورها بمباران شیمیایی شدند.

دوره سوم: از 1366 تا پایان جنگ (مرداد 1367)

مشخصات سومین دوره استفاده گسترده عراق از عوامل شیمیایی به عنوان سلاح تهاجمی، برای بازپس گیری مناطق تصرف شده توسط ایران بوده است. رئوس اتفاقات مهم در این دوره به شرح زیر بوده است:

1. در سال 1366، به دنبال حملات رزمندگان ایران در جبهه های غرب و جنوب، بار دیگر عراق سلاح های شیمیایی را در مقیاس وسیع به خدمت گرفت و فجیع ترین جنایات جنگی را مرتکب شد.
2. در این سال نیروهای عراقی به کرات از گاز خردل و عوامل اعصاب، به شکل بمب های هوایی و راکت و به ویژه بر علیه غیرنظامیان استفاده کردند.
3. حمله هفتم تیر 1366 به سردشت یکی از فجیع ترین حملات عراق بود. در این حمله که با گاز موستارد (خردل) و در مناطق مسکونی به خصوص در بازار شهر انجام شد 130 نفر شهید و 4500 نفر مجروح شدند. به گزارش کارشناسان سازمان ملل مجروحین شیمیایی از زن و مرد سالخورده هفتاد ساله گرفته تا جوانان، بچه ها و کودکان را شامل می شد تصاویر 1 و 2.

تنصویر 1: وَإِذَا الْمَوْءُودَةُ سُئِلَتْ * بِأَيِّ ذَنْبٍ قُتِلَتْ

تصویر 2: قتل عام شیمیائی وحشیانه مردم بیدفاع سردشت-7 تیر 1366

4. رژیم بعث عراق پیش از آغاز تهاجم به مهران در سال 1365، با استفاده از عوامل تاول زا و اعصاب منطقه را به شدت آلوده و سپس این شهر را تصرف کرد. تصویر 3، مصدومین شیمیایی این حمله را نشان می دهد.

تصویر 3: مصدومین حمله شیمیائی به منطقه مهران

5. در نیمه دوم سال 1366، با تداوم عملیات در شمال عراق، کاربرد سلاح های شیمیایی ادامه یافت و در عملیات والفجر در 10 اسفندماه در مناطق کردنشین عراق به ویژه در شهر حلبچه به اوج خود رسید. در این بمباران، 5000 نفر شهید و 7000 نفر مادام العمر معیوب شدند.
6. در فروردین 1367 عراق با استفاده گسترده از سلاح های شیمیایی بندر فاو را باز پس گرفت.
7. تا پایان جنگ، بمباران های وحشیانه شیمیایی رژیم منحوس بعثی عراق تداوم داشت.

9- بازخوانی فاجعه شیمیائی حلبچه و بمباران شیمیائی سردشت توسط ارتش جنایتکار بعثی عراق

فاجعه سردشت:

بمبارانِ شیمیاییِ شهر سردشت توسطِ نیروی هوایی عراق در ۷ تیر۱۳۶۶ و با استفاده از بمب‌های شیمیایی در چهار نقطه پر ازدحام شهر سردشت (از توابع استان آذربایجان غربی) انجام شد. در این حمله ۱۱۰ نفر از ساکنان غیرنظامی شهر کشته و ۸۰۰۰ تن دیگر نیز در معرض گازهای سمی قرار گرفته، مسموم شدند. هنوز آثارِ ناهنجارِ آن بر آنان و کلِ شهر باقی است[۱۳] .

[13] بمباران شیمیایی سردشت. http://sardasht2010.persiangig.com

فاجعه حلبچه:

بمباران شیمیایی حلبچه (*به کردی: کیمیابارانی هەڵەبجە*) در ۲۵ اسفند ۱۳۶۶ توسط حکومت بعث عراق صورت گرفت. این بمباران بخشی از عملیات گسترده‌ای به‌نام عملیات انفال بود که بر ضد ساکنان مناطق کردنشین عراق انجام گرفت (13). در پی عملیات والفجر ۱۰ توسط ایران و تصرف بخش‌هایی از کردستان عراق در اواخر سال ۱۳۶۶ که منجر به استقبال مردم این مناطق از نیروهای ایرانی شد، صدام حسین به پسرعمویش علی حسن المجید معروف به علی شیمیایی، دستور بمباران شیمیایی این مناطق را داد. در پی این حمله حدود پنج هزار تن از مردم حلبچه که غیرنظامی بودند کشته شدند[۱۴]. 0حمله شیمیایی به حلبچه که به کشتار حلبچه یا جمعه خونین نیز شناخته می‌شود، یک نسل‌کشی مردم کرد بود که در ۱۶ مارس ۱۹۸۸ به وسیله بمباران شیمایی توسط نیروهای دولتی عراقی در شهر حلبچه کردستان عراق، در طی روزهای پایانی جنگ ایران و عراق روی داد[۱۵]. تصویر 4 بمبی واقعی است که در حمله به حلبچه استفاده شده و با تبدیل آن بصورت گلدان و نصب در میدان اصلی شهر حلبچه، بعنوان نماد حمله شیمیائی به حلبچه انتخاب شده است.

تصویر 4: یک بمب واقعی که در بمباران حلبچه به کار رفت. امروزه بقایای این بمب به عنوان گلدانی در بنای یادبود قربانیان حلبچه استفاده شده است

10- واکنش های بین المللی کاربرد سلاح های شیمیایی توسط ارتش متجاوز بعثی عراق ()

- در پی تأیید هیات اعزامی سازمان ملل به منطقه درگیری ایران و عراق، مبنی بر کاربرد سلاح شیمیایی توسط عراق خاویر پرز دوکوئیار دبیرکل وقت سازمان ملل گزارش هیات را به شورای امنیت تحویل داد. شورا ضمن صدور بیانیه ای در

[14] مرکز اسناد انقلاب اسلامی

[15] «حلبچه کانون بزرگترین ژینوساید شیمیایی تاریخ». پایگاه اطلاع‌رسانی قربانیان سلاح‌های شیمیایی.

30 مارس 1984 (دهم فروردین 1363) ، بدون ذکر نام کشور عراق، کاربرد سلاح شیمیایی را برای اولین بار در جنگ ایران و عراق به شدت محکوم کرد.

- در هشتم مارس 1984 دبیرکل مجددا به درخواست ایران، هیاتی را برای بررسی کاربرد سلاحهای شیمیایی توسط عراق علیه ایران اعزام داشت. این گروه پس از کسب نظر موافق عراق، عازم آن کشور نیز شدند و پس از تحقیق و بازرسی، نظر ایران در مورد کاربرد سلاح شیمیایی قوای عراقی علیه ایران را تایید کردند .اما دبیرکل در گزارشات خود (در 26 مارس مطابق با پانزدهم اردیبهشت) ، به شورای امنیت، فقط به ابراز تاسف از کاربرد سلاح شیمیایی بدون ذکر نام کشور عراق بسنده کرد.
- بدنبال شدت یافتن حملات شیمیایی عراق در مناطق جنگی ایران، شورای امنیت یکبار دیگر 25 آوریل مطابق با پنجم اردیبهشت 1363، به کارگیری سلاحهای شیمیایی علیه ایران را بدون ذکر نام عراق، به شدت محکوم نمود.
- دو سال بعد یعنی در سال 1365 در پی گزارش گروهی از کارشناسان اعزامی سازمان ملل متحد به جبهه های جنگ ایران و عراق که مؤید کاربرد سلاحهای شیمیایی توسط عراق علیه ایران بود، دبیرکل در 16 مارس 1986و شورای امنیت در 21 مارس همان سال، عراق را به خاطر استفاده از این سلاحها محکوم نمودند.
- بر این اساس برای اولین بار در طول جنگ عراق علیه ایران|، منابع رسمی سازمان ملل با ذکر نام عراق، به کارگیری سلاح شیمیایی علیه نیروهای ایرانی را محکوم کردند (اول فروردین ماه 1365)
- در 14 ماه مه 1987 مطابق با 26 فروردین 1366، شورای امنیت در پی تأیید مجدد گروه اعزامی دبیر کل مبنی بر کاربرد سلاح شیمیایی عراق علیه ایران، بار دیگر طولانی شدن درگیری و استفاده مکرر از سلاح شیمیایی را محکوم کرد.
- در 21 ژوئن 1987، مطابق با 31 خرداد 1366، بر اثر تلاش گروه مزبور پیش نویس یک قطعنامه جدید که حاوی نکات جدیدی بود، تهیه شد
- شورای امنیت سازمان ملل متحد با تأکید بر مواد 39 و 40 منشور ملل متحد، مفصل ترین، اجرایی ترین و آمرانه ترین قطعنامه را تحت عنوان قطعنامه 598 به تصویب رساند

11-آسیب شناسی سلاح های شیمیائی جنگی

گازخردل (سولفور موستارد)

گاز خردل یک عامل آلکیله کننده قوی است. بنابراین، خواص پروتئین هایی که تحت تأثیر خردل قرار می گیرند کاملاً دگرگون می شود. گاز خردل عامل تیولی ترکیبات بدن را اکسید می کند و عملکرد آن ها را مختل می کند. به علت کاهش میزان گلوتاتیون، رادیکال های آزاد حاصل از واکنش های سلولی به صورت ترکیبات بسیار سمی عمل می کنند و به علت اکسیداسیون فسفولیپیدهای غشاهای سلولی، نفوذپذیری انتخابی غشاها مختل می شود. با آلکیلاسیون DNA اندونوکلئازها فعال شده و DNA تخریب می شود. در مرحله بعد پروتئازها فعال شده که با تغییر در ساختمان سلول باعث ایجاد ادم و بروز تاول می شوند. اثرات مهاری گاز خردل بر متابولیسم انرژی در سلول و به خصوص مهار گلیکولیز نقش مهمی در مرگ سلولی در مرحله حاد آسیب ناشی از گاز خردل است. برخی از متابولیت های سولفورموستارد آثار کولینوممتیک دارند و علائم شبیه عوامل اعصاب از خود بروز می دهند. ضایعات پوستی ناشی از خردل به مانند ضایعات حاصل از سوختگی می‌باشد. معمولاً 48-2 ساعت پس از تماس، علائم پوستی (قرمزی) ظاهر شده و پس از 18 ساعت پوست تاول زده و نکروز پیشرونده‌ای آغاز می‌شود. 6-4 روز بعد از تماس جای زخم دچار ادم و پرخونی موضعی شده و 19 روز پس از تماس یک اسکار پیگمانته باقی خواهد ماند. لازم به ذکر است که خطر عفونت ثانویه نیز وجود دارد. شدت ضایعات پوستی به دوز گاز خردل بستگی دارد. پوست نواحی گرم و مرطوب پوست مثل پرینه، دستگاه تناسلی، زیر بغل و گردن به گاز خردل حساس تر است.

التهاب ملتحمه، ادم و انقباضات پلک‌ها و اشک‌ریزش جزء علائم حاد اولیه می‌باشند که ممکن است سایر نشانه‌ها نظیر میوز، ترس از نور و درد شدید نیز به آن‌ها اضافه شوند. در موارد تماس خفیف با خردل بروز التهاب ملتحمه ممکن است تا 48 ساعت به تأخیر بیافتد. عنبیه و اجسام مژگانی دچار التهاب می‌شوند. ضایعات چشمی بستگی به میزان تماس و فرم خردل (بخار یا مایع) دارد. بخار خردل تغییرات دائمی کمتری را نسبت به مایع خردل به‌جای می‌گذارد و بندرت و به تنهایی سبب نکروز قرنیه می‌شود. یکی از اثرات دیررس آن کوری کامل چشم است که با کراتیت قرنیه همراه است.

آبریزش بینی (اغلب بصورت شدید)، پس از تماس دیده می‌شود. در موارد مسمومیت شدید، التهاب دهان، حلق، حنجره و خشن شدن صدا (و حتی گرفتگی کامل صدا) و همچنین خونریزی از بینی، ادم حنجره و اسپاسم (تا حد نیاز به تراکئوتومی) اتفاق می‌افتد. سرفه ممکن است شدید و همراه با خلط چرکی موکوسی باشد. ضایعات ریوی ایجاد شده به مدت زمان تماس و غلظت ماده شیمیایی در هوای استنشاقی بستگی دارد. در شرایط آب و هوای گرم این اثرات شدت می‌یابند. پرخونی مویرگ‌های آلوئولی، خونریزی، ادم، کلاپس و آمفیزم از جمله صدمات جدی بر روی بافت پارانشیمی ریه می‌باشند.

در صورت مصرف آب یا غذای آلوده به خردل، نشانه‌ها و علائم متفاوتی با دیگر راه‌های آلودگی رخ می‌دهد، این علائم نظیر تهوع، استفراغ، درد ناحیه شکمی، استفراغ خونی و اسهال (در موارد شدید مسمومیت) می‌باشند.

از آثار دیگر گاز خردل، تضعیف مغز استخوان می‌باشد. تا سه روز اول پس از مسمومیت، لکوسیتوز و از روز چهارم به بعد در موارد شدید مسمومیت، لوکوپنی مشاهده شده است. سیستم ایمنی بدن بدین ترتیب دچار نقص گردیده و شخص در معرض عفونت‌های مختلف قرار می‌گیرد. اثراتی چون سرطانزایی، ضعف بینایی، کوری دائمی، برونشیت مزمن، فیبروز ریوی، تنگی مجاری تنفسی و اختلالات روانی از عوارض بلند خردل می‌باشند.

ترکیبات ارگانوفسفات (عوامل اعصاب)

ترکیبات ارگانوفسفات به دو شکل حشره‌کش‌ها یا آفت کش‌های گیاهی و عوامل شیمیایی جنگی تولید و کاربرد دارند. بطور کلی عوامل اعصاب به عوامل G و V تقسیم‌بندی می‌شوند. عوامل G نظیر GB (سارین)، GD(سومان) و GA(تابون) و عوامل V نظیر VX می باشند. اثر ترکیبات ارگانوفسفات ناشی از تأثیر بر آنزیم‌های استراز بوده که مهمترین آن‌ها استیل کولین استراز (که باعث هیدرولیز استیل کولین در سیناپس می شود) است. مهار استیل کولین استراز موجب تجمع استیل کولین در فضای سیناپسی و محل اتصال عصب به عضله می‌شود و در نتیجه افزایش فعالیت کولینرژیکی و بلوک دپلاریزان ایجاد خواهد شد. میزان فعال شدن مجدد آنزیم یا به عبارت دیگر جدا شدن ارگانوفسفات از آنزیم، بسته به نوع ترکیب ارگانوفسفات متفاوت بوده و این موضوع تا حدی سبب بروز تفاوت‌هایی در درمان مسمومیت حاد ناشی از انواع مختلف عوامل اعصاب می‌گردد. بعضی از ترکیبات ارگانوفسفات موجب مهار تقریباً غیر قابل بازگشت آنزیم می‌گردند. این پدیده بخصوص در مورد سومان با سرعت زیاد انجام شده که مشکلات بالینی فراوان را ایجاد می نماید و بهبودی بستگی به سنتز مجدد استیل کولین استراز خواهد داشت. در سیستم اعصاب محیطی و عضلات اسکلتی، با تجمع استیل کولین، فاسیکولاسیون و بلوک انتقال تحریک عصبی در محل اتصال عصب به عضله ایجاد می‌گردد.

از آن جایی که استیل کولین به عنوان یک نوروترانسمیتر مهم در اغلب سیناپس های سیستم عصبی به ویژه در سیستم عصبی پاراسمپاتیک و در صفحه انتهایی در عضلات اسکلتی می باشد عدم تجزیه آن در غیاب عملکرد کولین استراز که بر اثر آلودگی به عوامل اعصاب اتفاق می افتد باعث بروز طیف وسیعی از علائم می شود. عضلات اسکلتی به ویژه عضلات حنجره و قفسه سینه به شدت منقبض شده و تنفس کردن برای بیمار سخت می شود. فعالیت اعصاب پاراسمپاتیک به شدت افزایش یافته و مردمک چشم تنگ شده و تطابق چشم به هم خورده و باعث تاری دید می شود. ترشحات بدن به ویژه ترشحات غدد بزاقی، اشکی، مخاط مجاری تنفسی و سیستم گوارشی افزایش می یابد. فعالیت دستگاه گوارش افزایش یافته و باعث اسهال و استفراغ و دل پیچه می شود. مجاری تنفسی به شدت منقبض می شود و تعداد ضربان قلب کاهش می یابد.

12- اصول حفاظت شخصی و جمعی و اماکن بهداشتی-درمانی در حملات شیمیائی دشمن

هر فردی که در مناطق جنگی حضور می یابد لازم است کلیاتی در مورد عوامل شیمیایی، نحوه کاربرد آن توسط دشمن، نحوه مقابله و استفاده از لوازم حفاظتی در برابر آن ها را بداند. برای مقابله با عوامل شیمیایی آشنایی با 3 مرحله زیر لازم است:

مرحله اول، تشخیص عامل شیمیایی است که با علائم حسی، بالینی اولیه و دستگاه های آشکارساز قابل تشخیص می باشند. علائم حسی شامل علائم شنوایی، بینایی و بویایی است. صدای انفجار بمب های شیمیایی خفیف تر از بمب های عادی است و فاقد آثار تخریبی است و پس از انفجار توده های ابر مانند از گاز شیمیایی مشاهده می شود که غالبا سنگین تر از هوا بوده و در سطح زمین و گودال ها جمع می شود. ممکن است قطرات مایع یا جامد بر روی زمین و تجهیزات دیده شود. اغلب گازهای شیمیایی دارای بوی خاص هستند. علائم بالینی اولیه در مصدومین شامل تنگی نفس، تند شدن تنفس، سوزش مجاری هوایی، افزایش ترشحات بینی و غدد بزاقی، تهوع و استفراغ، کاهش سطح هوشیاری، ضعف عضلانی و تشنج می باشد. در مناطقی که احتمال استعمال سلاح شیمیایی وجود دارد لازم است کیت های آشکارساز دستی در اختیار پرسنل نظامی قرار گیرد. به دنبال تشخیص و یا مشکوک شدن باید فوراً با ذکر کلمه "گاز" اطرافیان را آگاه ساخته و فوراً اقدامات حفاظتی را انجام داد.

مرحله دوم انجام فوری اقدامات حفاظتی است که به منظور جلوگیری از تأثیر عامل شیمیایی بر سلول های بدن انجام می گیرد. برای حفاظت لازم است مراحل زیر در کمترین زمان ممکن صورت گیرد. استفاده از لباس، دستکش و پوتین ضدگاز که حتی الامکان قبل از وقوع حمله در زمان آماده باش حمله شیمیایی صورت گیرد؛ حبس نفس و استفاده درست از ماسک ضد گاز؛ استفاده از پودر رفع آلودگی مثل هیپوکلریت کلسیم، پرکلرین، آهک یا مخلوطی از آن ها جهت خنثی کردن گازهای سمی در سطح لباس و مناطق باز بدن؛ استفاده از داروهای موجود در قوطی امداد انفرادی (آتروپین برای عامل اعصاب، آمیل نیتریت استنشاقی برای عامل سیانور)؛ دور شدن از محیط آلوده و یا حداقل از کانون آلودگی، خارج شدن از مناطق پست و رفتن به مناطق مرتفع در خلاف جهت باد؛ تعویض کلیه لباس ها؛ عدم خوردن و آشامیدن آب و غذای آلوده؛ گزارش محل دقیق آلوده به مسئولین جهت رفع آلودگی منطقه.

مرحله سوم رفع آلودگی و عملیات خنثی سازی است. این مرحله بیشتر برای سلاح شیمیایی نسبتاً پایدار مثل خردل کاربرد دارد. رفع آلودگی محیط، غالباً با پاشیدن پودرها و یا مایعات تحت فشار بر روی منطقه آلوده انجام می شود. سپس محل انفجار گاز خردل باید به مساحت 3×3 وعمق 1/5 متر خاک برداری و رفع آلودگی گردد. افراد آلوده معمولاً در اورژانس های ش م ه رفع آلودگی می شوند. ابتدا باید پس از خارج کردن کلیه لباس ها، فرد آلوده با آب ولرم شستشو شده و سپس با آب و صابون این عمل تا برداشتن لایه شاخی پوست ادامه یابد و در نهایت اگر فرد به خردل آلوده شده باشد شستشو با خنثی کننده مانند و تیوسولفات کامل شود.

کادر درمانی برای عملکرد مناسب در برخورد با مصدومین عوامل شیمیایی، ابتدا باید حفاظت شخصی را جدی بگیرد. با روش مناسب مثل پوشش مناسب خود و همراهان را از تماس با عوامل شیمیایی و مصدوم شدن محافظت کند. سعی کند به مصدوم آسیب نرساند. اگر فردی آلوده شده باید لباسها را خارج کرده و سطوح بالقوه آلوده بدن را با هیپوکلریت 0/5 درصد پاکسازی کند. پادزهر مناسب را تجویز کند. از کامل بودن پاکسازی مصدوم در ایستگاه پاکسازی مطمئن شود. از آلوده شدن مرکز درمانی، جلوگیری کند.

ساختار اورژانس های شیمیایی در بیمارستان های صحرایی در دفاع مقدس که در نزدیکی جبهه ها تأسیس شده بود به گونه ای بوده که برنامه تریاژ مصدومین به نحو مناسب صورت می گرفت. بر اساس شدت عوارض و نیز چگونگی ارائه خدمات درمانی، مصدومین به 4 گروه تقسیم می شدند. گروه الف مصدومین با اختلال سطح هوشیاری یا در حال اغما که مستقیماً با برانکارد و با لباس های آلوده به ICU رفته و در آن جا اقدامات رفع آلودگی همزمان با درمان انجام می شد. گروه ب کاملا هوشیار بوده ولی علائم شدید مسمومیت داشتند؛ گروه ج دارای حال عمومی نسبتا خوب با علائم مسمومیت جزیی و گروه د افراد با حال عمومی خوب و بدون علائم مسمومیت که گمان می کردند بیمارند. گروه د توجیه می شدند که جهت جلوگیری مسمومیت در

بیمارستان و تسهیل در درمان همرزمان از بیمارستان فاصله بگیرند. بیماران گروه های ب و ج پس از ورود به اورژانس، لباس ها و تجهیزات آلوده خود را تحویل داده و جهت رفع الودگی پوستی به حمام می رفتند. گروه ب پس از خروج از حمام جهت بستری روی تخت اورژانس به فضای ب و گروه ج جهت درمان سرپایی به فضای ج هدایت می شدند. پرسنل مستقر در هر فضا، برنامه درمان مخصوص آن گروه را اجرا می کردند. فضای الف بدحالترین مصدومین را داشت، لذا مجربترین پرسنل در آن جا مستقر بود و اکثر درمان ها به صورت داخل وریدی انجام می شد. فضای ب جهت مصدومین با حال متوسط بود که مدتی را روی تخت استراحت کرده و کلیه درمان ها در شرایط بحرانی به صورت عضلانی انجام می گرفت. فضای ج جهت مصدومین خفیف بود و درمان های خوراکی صورت می گرفت. در شرایط بحرانی از درمان این گروه صرف نظر کرده و آنان را در نقاط امن در فضای خارج از اورژانس نگهداری می کردند و در زمان مناسب به پشت جبهه انتقال می یافتند. لذا در شرایط بحرانی بهتر است فضای نقاهتگاهی کافی در پشت جبهه ساخته شود که متناسب با تریاژ به سه گروه اصلی مصدومین اختصاص یابد. از خودگذشتگی کادر پزشکی و مدیریت جهادی آنها در تریاژ و درمان مصدومین جنگ تحمیلی باعث شد که تعداد شهدای ناشی از سلاح های شیمیایی که در طول جنگ، رژیم بعثی عراق به کرات و به صورت انبوه استفاده کرد در مقایسه با تعداد مصدومین بسیار کم باشد.

13- اقدامات اولیه و احیای مجروحین حوادث شیمیائی: درس هائی از امداد و درمان در دفاع مقدس:

در درمان اولیه مصدومین سعی شود ابتدا نارسایی تنفسی با برقراری راه تنفسی درمان شود. خونریزی شدید کنترل گردد. پادزهر متناسب با عامل شیمیایی تجویز گردد. صورت و ماسک مصدوم پاکسازی شود. لباس های آلوده را خارج کرده و پوست بالقوه آلوده پاکسازی شود. درمان اورژانسی برای شوک، زخم ها و شکستگی باز، انجام شود. درمان طبی حمایتی تا جایی که منابع معتبر پزشکی اجازه می دهد انجام و بیمار پس از پایدارسازی به منطقه عاری از آلودگی و بیمارستان صحرایی انتقال یابد.

قدم اول در مواجهه با مصدوم با سولفورموستارد، دور کردن وی از محیط و منبع آلودگی و رفع آلودگی از وی می‌باشد. پس از خارج کردن لباس‌های آلوده، باید نقاطی از بدن که آلوده شده‌اند را با استفاده از خاک فولر در مقادیر زیاد، رفع آلودگی نمود. شستشو با حلال‌های آلی، نظیر کروزن (پارافین) و بدنبال آن استفاده از آب و صابون نیز بسیار مفید است. این شستشو بایستی تا 30 دقیقه پس از تماس ادامه یابد. در مورد آلودگی چشم ، بایستی بلافاصله شستشوی چشم با آب انجام شود. کیت M-129 در غیرفعال کردن موستارد بسیار مؤثر است. پرسنل نظامی پودر یا مایع پاکسازی همراه داشته باشند تا در صورت نیاز فوراً استفاده کنند. در مورد مسمومیت‌های شیمیایی با گاز خردل هیچ نوع درمان اختصاصی وجود ندارد و تنها درمان‌های تسکین دهنده پیشنهاد شده است. برای مقابله با درد می‌توان از انواع مسکن‌ها استفاده کرد، اما با توجه به همراه بودن ترس و وحشت مصدوم از وضعیتش، توصیه شده از یک ضد درد ملایم به همراه دیازپام استفاده شود. جهت رفع خارش بیمار، می‌توان از آنتی‌هیستامین‌ها، نظیر پرومتازین استفاده کرد. در نواحی مبتلا به اریتم و تاول‌های خفیف از لوسیون‌های ملایم مثل کالامین و ترکیبات رقیق استروئیدی، مانند لوسیون هیدروکورتیزون نیز می‌توان استفاده کرد. در مواجهه با ضایعات پوستی (تاول، نکروز و زخم) بمانند اقدامات لازم در سوختگی عمل شود. درمان باز و بدون پانسمان یا انجام پانسمان مرطوب به همراه استفاده از کرم سیلورسولفادیازین جهت کنترل عفونت، از جمله اقدامات مؤثر است. در ضایعات گسترده و وسیع درجه دو و سه احتمالاً نیاز به مراقبت‌های شدیدتری می‌باشد. در آلودگی چشمی، شستشوی با محلول نرمال سالین بلافاصله پس از تماس (15 دقیقه اول پس از تماس) و استفاده از وازلین بر روی حاشیه فولیکولار برای جلوگیری از چسبندگی و استفاده از قطره‌های بی‌حس کننده موضعی مثل تتراکائین در جهت بی‌درد کردن بایستی صورت گیرد. برای برطرف کردن دردهای شدید از ضد دردهای نارکوتیک هم می‌توان استفاده کرد. برای جلوگیری از عفونت چشمی از قطره کلرامفنیکل چشمی و از داروهای میدریاتیک مثل قطره چشمی هماتروپین برای جلوگیری از چسبندگی عنبیه به قسمت مرکزی عدسی می‌توان استفاده کرد، در صورت التهاب عنبیه این قطره‌ها، درد ناشی از اسپاسم عنبیه را کاهش می‌دهند. استفاده از عینک‌های با شیشه تیره فتوفوبیا را کاهش می‌دهد. در مورد اثرات و ضایعات تنفسی ایجاد شده، می‌توان از داروهای ضد سرفه، برنکودیلاتور و آنتی‌بیوتیک‌های سیستمیک استفاده کرد. البته

آنتی‌بیوتیک انتخابی نباید اثرات دپرسیون مغز استخوان داشته باشد. در صورتی که ضایعات تنفسی پیچیده و وخیم باشند، بایستی بیمار تحت مراقبت‌های ویژه قرارگیرد. دپرسیون مغز استخوان ناشی از گاز خردل معمولاً با دارو درمانی قابل برگشت نخواهد بود. اگر آنمی‌آپلاستیک شدیدی اتفاق افتاده باشد، ترانسفوزیون گرانولوسیت‌ها و پلاکت‌ها و در مراحل بعدی گلبول‌های قرمز توصیه شده است.

سایر اقدامات توصیه شده بر اساس تجربیات بالینی:

1 -استفاده از داروهای ضد استفراغ مثل فنوتیازین‌ها

2 -استفاده از هپارین به منظور جلوگیری از ترمبوز وریدی عمیق

3 -استفاده از متیل پردنیزولون بصورت تک‌دوز (2 گرم) جهت محافظت عمومی در برابر صدمات بافتی.

4 -استفاده از ویتامین‌های C و B12 و فولیک‌اسید

5-استفاده از تیوسولفات‌سدیم 30٪بصورت انفوزیون وریدی در بعضی منابع برای کاهش خواص سمی خردل مطرح شده است.

درمان مسمومیت با عوامل اعصاب از بسیاری جهات شبیه درمان مسمومیت با حشره کش های ارگانوفسفر است. همانند سایر مسمومیت ها با سلاح های شیمیایی، حتی الامکان باید منبع و منشأ آلودگی برطرف شود، لباس های آلوده توسط افرادی که لباس های محافظتی و دستکش های نفوذناپذیر و ماسک به تن دارند خارج شود. شروع سریع درمان اهمیت زیادی دارد. در همه موارد، درمان مؤثر برای جلوگیری از تماس بیشتر با عامل، مهار اثرات استیل کولین و حفظ تنفس مصدوم بستگی دارد. شخصی که کمک های اولیه را انجام می دهد نباید به بیمار تنفس مصنوعی دهان به دهان بدهد. باید تنفس به کمک کیسه (آمبوبگ) مجهز به فیلترهای مناسب و مواد محافظتی به بیمار داده شود. داروهای اصلی مورد استفاده در درمان مسمومیت با گازهای اعصاب، داروهای آنتی کولینرژیک از جمله آتروپین همراه با اکسیم های پیریدینیم مثل پرالیدوکسیم و مهارکننده های سیستم عصبی مرکزی مثل دیازپام هستند. باید هر رزمنده کیت های 2mg آتروپین سولفات تزریقی، 600mg پرالیدوکسیم کلرید و 10mg دیازپام جهت درمان اولیه مصدومیت با عوامل اعصاب را همراه داشته و بلافاصله بعد از مواجهه با عامل اعصاب استفاده کند. قبل از مواجهه جهت پیش درمانی می توان از قرص پیریدوستیگمین بروماید استفاده نمود.

امروزه ترکیب آنزیم های فسفوتری استرازها (که اورگانوفسفات ها را متابولیزه کرده و به متابولیت های کم خطر تبدیل می کنند) همراه با فیزیستیگمین به عنوان یک درمان اولیه در مواجه با مسمومیت های عوامل اعصاب خصوصاً به عنوان یک پادزهر برای مسمومیت با سارین مطرح است.

14- عوارض بعدی (کوتاه مدت و بلند مدت) گازهای شیمیائی جنگی و کنترل آنها : اشاره ای به تجارب حاصله از درمان مجروحین شیمیائی تجاوزات جنایتکارانه دشمن در دفاع مقدس

سلاح های شیمیایی به ویژه گاز خردل، عوارض دیررسی را نشان می دهند که بیشتر آسیب ها مربوط به سیستم تنفسی و چشم ها است. عوارض مزمن ریوی به صورت های مختلف بروز می کند. شایعترین آن برونشیت مزمن است که علائم آن به صورت متناوب ظاهر می شود که ناشی از عفونت و افزایش ترشحات مخاط مجاری هوایی و نیز تشدید برونکواسپاسم می باشد. فیبروز پارانشیم ریه و آسم از دیگر عوارض دیررس مسمومیت با گاز خردل است. اتساع غیرقابل برگشت راه های هوایی که برونشکتازی نامیده می شود در برخی از مسدومین دیده می شود. شیوع کانسر ریه در افرادی که در کارخانجات تولید کننده مواد آلکیله کننده کار می کنند بیشتر است. از آن جایی که اغلب تغییرات پاتولوژیک ایجاد شده در ریه بر اثر استشمام گاز خردل، غیرقابل برگشت است، تلاش درمانی بیماران در حال حاضر محدود به علامت درمانی بوده و بیشتر مربوط به کنترل عفونت و جلوگیری از پیشرفت ضایعات است. برونکودیلاتورها (مثل آگونسیت های بتا-2 آدرنرژیک، متیل گزانتین ها و آنتی کولیرژیک ها)، کورتیکواستروئیدها و آنتی بیوتیک ها مورد استفاد قرار می گیرند.

15- عمل جراحی مجروحینی که همزمان با گازهای شیمیائی آلوده شده بودند:

حفاظت کادر پزشکی

اولین قدم رفع آلودگی است. باید لباس های مصدوم را خارج کرده و پوست و زخم را با هیپوکلریت (سفیدکننده خانگی) 0/5 درصد پاک سازی اولیه نمود. باید بانداژها، تورنیکه ها، آتل ها و گچ ها را تعویض نمود. برای تهیه هیپوکلریت 0/5 درصد، یک واحد سفیدکننده خانگی را با 9 واحد آب مخلوط کنید. این محلول برای شستشوی پوست و زخم ها به جز چشم، حفره صفاقی (باعث چسبدگی می شود) و آسیب های سیستم عصبی و برای پاکسازی ابزار، لباس ها و سایر اشیای بی جان مناسب است. جراح ها و کمک جراحان باید دستکش مناسب از جنس butyl rubber یا دو دستکش جراحی لاتکس استفاده کنند. دستکش ها باید زود به زود تعویض شوند و از این که جسم خارجی یا مواد غلیظ شده در زخم نمانده باشد مطمئن شوند. برش زخم و دبریدمان باید بدون تماس انجام شود. قطعات جداشده بافتی باید در ظرف حاوی هیپوکلریت 0/5 درصد انداخته شوند. زخم های سطحی باید توسط هیپوکلریت 0/5 درصد کاملا شسته شوند و سپس توسط مقادیر زیاد نرمال سالین شستشو داده شود.پس از فرآیندهای جراحی، وسایل جراحی و هرگونه ماده که تماس احتمالی با آلودگی داشته اند باید در هیپوکلریت 0/5 درصد برای 10 دقیقه قرار بگیرند و سپس وسایل پزشکی شستشو و استریل سازی متعارف صورت گیرد. لباس ها، پارچه ها و روتختی های آلوده باید با هیپوکلریت 0/5 درصد پاکسازی نمود.

16- تاریخچه جنگ افزارهای هسته ای:

این سلاح‌ها در طول تاریخ تنها دو بار در جنگ جهانی دوم توسط آمریکا علیه متحد آسیایی در شهرهای هیروشیما و ناگازاکی مورد استفاده قرار گرفت[۱۶]. سیر تاریخچه ای این سلاح های جنایتکارانه علیه بشر به شرح زیر است[۱۷] :

- اولین تلاش‌ها در جهت ساخت بمب اتمی در آلمان نازی آغاز شد ولی موفق به تولید بمب اتمی نشدند[18]
- شیمیدانی به نام پل هارتک از استادان دانشگاه هامبورگ به توان بالقوه نیروی اتمی برای کاربردهای نظامی پی برد و در ۲۴ فوریه ۱۹۳۹ امکان استفاده از انرژی هسته‌ای به عنوان یک سلاح با توان تخریبی نا محدود را طی نامه‌ای به وزارت جنگ در برلین اطلاع داد
- ورنر کارل هایزنبرگ فیزیکدان برجسته آلمانی به‌طور غیررسمی سرپرست تیم تحقیقاتی آلمان برای ساخت بمب هسته‌ای گشت.
- متعاقب اخطار آلبرت انیشتین روزولت دستور ایجاد پروژه منهتن با هدف تحقیق در تولید بمب اتمی را با همکاری کشور انگلستان صادر کرد
- تأسیساتی در لوس آلاموس در ایالت نیومکزیکو، اوک ریج ایالت تنسی و همفورد ایالت واشینگتن به کار گرفته شدند
- اولین بمب هسته‌ای توسط به سرپرستی فیزیکدان برجسته، جی آر اوپنهایمر ساخته، و در ۱۶ ژوئیه ۱۹۴۵ در ناحیه‌ای موسوم به ترینیتی، در نیومکزیکو آزمایش شد
- به فاصله کوتاهی در ۶ آگوست ۱۹۴۵، بمب افکن اسکادران ۵۰۹ نیروی هوایی آمریکا موسوم به Enola Gay (که اکنون در موزه‌ای در واشینگتن نگهداری می‌شود)، از پایگاهی در جنوب اقیانوس آرام به پرواز درآمد و در ساعت ۸:۱۵ دقیقه به وقت محلی، بمب موسوم به پسر کوچک را بر شهر هیروشیما ژاپن منفجر ساخت

---

[16] «بمباران اتمی هیروشیما و ناکازاکی: دانشنامه رشد: http://daneshnameh.roshd.ir

[17] ویکیپدیا: دانشنامه آزاد

[18] جنگ افزار هسته ای: از ویکیپدیا دانشنامه آزاد

- نام کشور ایالات متحده آمریکا را به عنوان اولین و خبیث ترین نظام جنایتکار استفاده‌کننده از سلاح اتمی در تاریخ بشریت ثبت شد
- این بمب که در طراحی آن از ۶۴ کیلوگرم اورانیوم استفاده شده بود، از ارتفاع ۹۶۰۰ متری رها شد و در ارتفاع ۵۸۰ متری سطح زمین با شدتی معادل با انفجار ۱۵ هزار تن TNT منفجر شد.
- مجموع تلفات اولیه و کشته شدگان ناشی از عوارض این انفجار را بالغ بر ۱۴۰۰۰۰ نفر انسان بی گناه تخمین می‌زنند.
- سه روز بعد در ۹ آگوست انفجار بمب مرد چاق در شهر ناگازاکی ژاپن موجب کشتار ۷۴۰۰۰ نفر انسان بی گناه دیگر شد. این بمب که از پلوتونیوم به عنوان ماده شکافت پذیر استفاده می‌کرد، انفجاری به شدت ۲۱ کیلوتن TNT ایجاد کرد.
- بمب دیگری نیز در پروژه منهتن تولید شده بود که هرگز از آن استفاده نشد.
- کلاوس فیوکس یکی از فیزیکدانان آلمانی که در رابطه با مواد فوق انفجاری[19] () با تیم اوپنهایمر همکاری می‌کرد، طرح‌ها و جزئیات طراحی بمب آزمایش شده در ترینیتی را در اختیار جاسوسان شوروی قرار داد.
- در ۲۹ اوت ۱۹۴۹ اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی اولین آزمایش اتمی خود را با موفقیت انجام داد و غرب را در وحشت فرو برد. این انفجار موجب تسریع جنگ سرد و ایجاد رقابت تسلیحاتی بین آمریکا و شوروی شد.
- ایالات متحده جهت حفظ برتری تسلیحاتی خود، تحقیق برای ساخت بمب گرماهسته‌ای (هیدروژنی) را آغاز کرد.
- رابرت اوپنهایمر به دلیل اتخاذ مواضعی علیه ساخت تسلیحات هسته‌ای کنار گذارده شد و ادوارد تلر هدایت عملی پروژه ساخت بمب هیدروژنی را برعهده گرفت.
- نخستین آزمایش بمب گرما-هسته‌ای با اسم رمز *مایک* در نوامبر سال ۱۹۵۲ در جزیره کوچکی به نام الوگالب در جزایر مارشال انجام شد. وزن تجهیزات به کار رفته در این انفجار شامل دستگاه‌های تبرید به بیش از ۶۵ تن می‌رسید.
- در این سیستم مستقیماً از ایزوتوپ‌های دوتریوم و تریتیوم مایع استفاده می‌شد، به آن لقب *بمب خیس* داده بودند. پیش‌بینی می‌شد که قدرت این انفجار معادل یک یا دو مگاتن تی‌ان‌تی باشد. اما برخلاف انتظار شدت انفجار معادل ۱۰٫۴ مگاتن تی‌ان‌تی بود.
- نتایج انفجار بسیار هراسناک بود. قطر گوی آتشین حاصل از این انفجار به ۵ کیلومتر رسید. جزیره الوگالب تقریباً تبخیر شد و حفره‌ای به عمق ۸۰۰ متر و شعاع دهانه ۳ کیلومتر برجای ماند.

17-توصیه های راهبردی و کاربردی برای آینده

- آشنائی با مکانیسم، فیزیوپاتولوژی، اقدامات پیشگیرانه، درمانهای فوری، عوارض و درمانهای بعدی سلاح های غیر متعارف در برنامه های درسی دانشجویان در رشته ها و مقاطع مختلف آموزش عالی سلامت گنجانده شود
- در مطالعات بالینی دقیق، نتایج طولانی مدت کاربرد سلاح های شیمیائی بررسی و بصورت منابع معتبر علمی منتشر شود
- مانورهای آمادگی برای مقابله با سلاح های غیر متعارف برای شاغلین و مدیران حوزه سلامت، با مسئولیت سازمان پدافند غیر عامل و مؤسسه بهداری رزمی برگزار شود

[19] High Explosive

18- منابع

1-خالقی ابوالفتح، و نبوی نعمت اله: به کارگیری سلاح های نامتعارف از منظر حقوق بین الملل کیفری و اسلام. پژوهش تطبیقی حقوق اسلام و غرب : دوره 2 , شماره 4 ; زمستان 1394، صص 19 تا 42 .

2-رضایی-مسعود: تفاوتهای تسلیحات نامتعارف با تسلیحات ممنوعه. http://jangaavaran.ir

3-United Nations Treaty Collection .Convention on the Prohibition of the Development, Production, Stockpiling and Use of Chemical Weapons and on their Destruction .Accessed 14 January 2009

4-شهریار خاطری-احمد جنتی محب. جنگ شیمیایی عراق علیه ایران به روایت اسناد سازمان ملل متحد. چاپ اول. تهران: بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش های دفاع مقدس، ۱۳۸۶.

5- بلالی مود- مهدی, بلالی مود- کیا، دانایی-غلامحسن، و قائنی نژاد- الهه مسمومیت با عوامل شیمیایی جنگی اعصاب. فصلنامه مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره 13، شماره 3، پائیز 1385، صفحات 24-5

6- نوبخت-محمد: جنگ های نوین، مجموعه دستورالعمل های خود امدادی و دگر امدادی. مرکز طب دریا، فرماندهی بهداری نیروی دریائی سپاه، چاپ اول، زمستان 1389.

7- خسروی-بهرام: جنگ افزارهای بیولوژیک: مجله علمی ابن سینا، سال 12، شماره 4، زمستان 1388، مسلسل 34

8- Gillis ,Melissa .*Disarmament: A Basic Guide* 4 .ed. Office for Disarmament Affairs New York: United Nations, October 2017. pp 26-30

9- لطفیان-سعیده: نظریات مختلف تداول تسلیحات اتمی. مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره 36، بهار 1376، صص 197-167

10- مؤمنی-حجت الله: تاریخچه سلاح های شیمیایی، منبع: راسخون، https://rasekhoon.net

11- شریفی مقدم، محمود؛ سیر تحول جنگ افزارهای شیمیایی، مجله شیمی، مرکز نشر دانشگاهی، 1370، سال 4، شماره 1، صص 4ـ3 و 7.

12- فرمحمدی سیف اله ، آخانی سنجانی حسین ، بهرامی-فریده، پاکیزه وند حاجیه، و غضنفری طوبی: طرح پژوهشی "اثرات عوامل شیمیایی جنگی بر روی گیاهان و جانوران". دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی، واحد شهید بهشتی ، تاریخ خاتمه: مهر 1368. https://www.sid.

13- حمله شیمیایی به حلبچه: ویکیپدیا، دانشنامه آزاد: https://fa.wikipedia.org/wiki

19- مباحث و منابع دیگری که مطالعه در مورد آنها توصیه می شود:

- کلیاتی در مورد تاریخچه، فیزیوپاتولوژی و علامت شناسی، اصول حفاظت شخصی و جمعی و اماکن بهداشتی-درمانی در حملات بیولوژیک، تریاژ، اقدامات اولیه و احیای مصدومین
- آشنائی با تهدیدات جدید و توصیه های استاندارد برای پیشگیری و کنترل حوادث هسته ای جنگی و غیر جنگی در زمان حاضر و آینده
- کلیاتی در مورد تاریخچه، فیزیوپاتولوژی و علامت شناسی، اصول حفاظت شخصی و جمعی و اماکن بهداشتی-درمانی در حملات تروریستی، تریاژ، اقدامات اولیه و احیای مصدومین
- فرهنگستان علوم پزشکی: فروتن-سید عباس: روایتی از تاریخ پزشکی دفاع مقدس. انتشارات سوره مهر، 1397

فصل پانزدهم

عوارض عصبی-روانی ناشی از جنگ

پدید آورنده: دکتر احمدعلی نوربالا تفتی

تنظیم و ویراستاری: دکتر فاطمه رنجبر

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی:

آشنائی با عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با زمینه ها، علل، انواع، عوارض روانی و عصبی و اصول کنترل آنها در حوادث جنگی و غیر مترقبه
- آشنائی با تاریخچه موضوع
- آشنائی با زمینه ها و مکانیسم های بروز عوارض عصبی و روانی در اثر شرایط جنگی
- کسب توانمندی مقایسه عوارض عصبی و روانی در شرایط جنگی با شرایط عادی
- بحث پیشگیری و آموزش
- اطلاع از زمینه های قابل پیشگیری و روش های پیشگیری از عوارض عصبی و روانی در جنگ
- کسب توانمندی مواجهه با مصدومین اعصاب و روان در شرایط کاملاً بحرانی میدانی جنگ و بعد از آن
- کسب توانمندی تداوم اقدامات بعد از کنترل اولیه، قبل از انتقال به منطقه غیر جنگی و بعد از آن
- آشنائی با سندرم PTSD
- آشنائی با تجارب دفاع مقدس و بعد از آن

فهرست مطالب فصل پانزدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3- روش تنظیم درسنامه
4- ادبیات علمی موضوع
عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ
سلامت روان
اختلال استرسی پس از حادثه (PTSD)
اختلالات وابسته به جنگ
اختلالات نوروتیک
اختلالات رفتاری روانی
موج انفجار
عوارض روانی ناشی از موج انفجار
5- تاریخچه
6- اهمیت توجه به عوارض عصبی روانی ناشی ازجنگ
7- همه گیرشناسی
8- همه گیرشناسی در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران
9- سبب شناسی (بیولوژیک –روانی-اجتماعی-معنوی)
نظریه های زیستی مربوط به PTSD
نظریه های روان شناختی
عوامل زمینه ای[1]
عوامل آشکار ساز
10- تشخیص
11- تشخیص افتراقی
12- سیر و پیش آگهی
13- درمان و اداره بیمار
درمان داروئی - روان درمانی - رفتار درمانی
14- توصیه های کاربردی و راهبردی برای آینده
15- توصیف خدمات روانپزشکی در دفاع مقدس توسط زنده یاد استاد فقید دکتر مهدی بیگدلی
16- منابع
17- منابع بیشتر برای مطالعه

[1] Predisposing factors

1- مقدمه و بیان موضوع:

در تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارت است از "به زیستن، رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و معلولیت" . در سال 1979 م، این سازمان بعد معنوی را در تعریف سلامت گنجانده است (1).در همین دیدگاه سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و "حالتی است از سلامت که فرد به توانایی های خود پی می برد و قادر است با تنش های طبیعی در زندگی مقابله کند و همچنین می تواند برای جامعه ارزشمند و کارآمد باشد". ابعاد سلامت روانی در تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارتند از 1- خوب بودن ذهنی،2- ادراک خودکارآمدی، 3- استقلال و خودمختاری، 4- کفایت و شایستگی، 5- وابستگی میان نسلی، و 6- خودشکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی[2]. همچنین اختلال رفتاری -روانی عبارت است از حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد .این تغییرات در گستره هنجار جامعه قرار نمی گیرند و به صورت واضح غیرعادی و بیمارگونه و مداوم یا عودکننده هستند (2).

بر این اساس وزن دهی مشخصی بین ابعاد چهارگانه سلامت وجود ندارد و سلامت مفهومی گسترده برای تمامی فرهنگ ها است و تعریف عملیاتی و مصادیق آن در فرهنگ های گوناگون متفاوت است. هم چنین شفاف نبودن مفاهیم اختلال، بیماری و ناتوانی های روانی، از ضعف های تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت و بهداشت روانی است. **نظامی گنجوی** تعریفی شیوا و زیبا از سلامت سروده است[3]:

سلامت در اقلیم آسودگیست کزین بگذری جمله بیهود گیست

از منظر سلامت روان، جنگ پدیده ای ناخوشایند، استرس زا و تهدید کننده سلامت نظامیان، مردم مناطق درگیری و کل جامعه است. عوارض روانی ناشی از جنگ از دیرباز شناخته شده است. در نوشتجات کلاسیک، اولین بار طی جنگ های داخلی قاره آمریکا (1865-1861 میلادی)، پزشکان اختلالات روانی سربازان را توصیف نموده اند (3). در وقایع نظامی بزرگ قرن بیستم، جنگ های جهانی اول و دوم، کره و ویتنام، ابعاد بیشتری از عوارض روانی ناشی از جنگ در نیروهای رزمنده، مردم غیر نظامی مناطق درگیری و سایر مردمی که تحت تأثیر عواقب جنگ قرار می گیرند، روشن شده است. جنگ تحمیل شده عراق بر علیه نظام نوپای جمهوری اسلامی ایران، با درگیری های وسیع و همه جانبه نظامی و مدت طولانی هشت سال، بزرگترین درگیری نظامی تاریخ معاصر بعد از پایان جنگ ویتنام بشمار می رود.

نام گذاری دفاع مقدس در ایران، از ویژگی های بارز و ممتازی بود که بر روند ظهور و بروز عوارض روانی تأثیر گذار بوده است. چون انگیزه غالب مدافعین و رزمندگان، دفاع از میهن و ارزش های متعالی انقلاب و اکثراً شرکت در جنگ به صورت داوطلبانه بوده است. مطالعه مبتنی بر شواهد و شناخت دقیق بیماری های روانی ناشی از جنگ تحمیلی، هم به روند درمانی مصدومین مزمن قبلی و بیماران بعدی حوادث مشابه کمک خواهد نمود و هم مدل کنترل این نوع عوارض را برای آمادگی و مقاومت در آینده ترسیم خواهد نمود.

2- کلمات کلیدی

سلامت روانی جنگ، عوارض نورو سایکیاتری جنگ، اختلال اسرس پس از حادثه

Key Words
War, Mental Health, Neuropsychiatric War Complication, Post Traumatic Stress Disorder,

[2] گزارش سازمان جهانی بهداشت، سال 2001 م

[3] خمسه نظامی- بخش ۳۱ - خردنامه افلاطون

3- روش مطالعه و تدوین

برای تنظیم این مطالعه از روش های کتابخانه ای (مرور برگزیده منابع منتشر شده به زبان فارسی و لاتین) ، بحث متمرکز گروهی، نگارش تجربیات برگزیده و برگیری از آثار منتشر شده قبلی ونیز تجربه طولانی مدت نویسنده، استفاده شده است.

4- ادبیات علمی موضوع

تعریف عوارض عصبی روانی ناشی ازجنگ

بروز علائم ونشانه های عصبی و روانی[۴] بدنبال تجربه مستقیم ویاغیرمستقیم یک حادثه استرس زای شدید جسمی و روانی مربوط به جنگ را عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ می گویند. به شرح زیر منتخبی از مفاهیم مرتبط توصیف شده است:

تعریف سلامت روان

حالت بهینه خوب بودن روانی و فراتر از نبود اختلال های روانی است و شامل ابعاد زیر می باشد[۵] خوب بودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان نسلی و خودشکوفائی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی (4) . "در جدیدترین تعریف در سال 2014، بهداشت روانی به عنوان حالتی از خوب (سالم) بودن تعریف می شود که هرفردی از توانمندی هایش در می یابد که می تواند با تنش های عادی زندگی مقابله کند، می تواند کار مفید و ثمر بخش انجام دهد و نیز قادراست با جامعه خود مشارکت داشته باشد. ".

استرس

استرس از لغت لاتین " Stringer " به معنای "سختی" گرفته شده و عبارت است از یک واکنش تطبیقی به یک عامل درونی یا بیرونی که با پیامدهای فیزیولوژیکی، رفتاری، شناختی و روان شناختی متعدد، فرد را از حالت عادی خارج می کند. عامل ایجاد استرس استرسور نامیده می شود که ممکن است حاد یا مزمن، متوالی یا متناوب، شدید یا ضعیف باشد. جنگ و حوادث متعدد ناشی از آن از عوامل استرس زای مهم بشمار می رود. (5)

اختلال استرسی پس از حادثه (PTSD)

نوعی اختلال اضطرابی است که متعاقب رویداد استرس زای غیر قابل تحمل (نظیر جنگ، زندگی در اردوگاههای اسیران جنگی، سیل، حوادث رانندگی، وحشت به دلایل دیگر) رخ می دهد. نشانه های بالینی اصلی آن عبارتند از احساس دردناک تجربه مجدد رویداد[۶]، اجتناب[۷]، بی تفاوتی هیجانی[۸]، و بیش برانگیختگی[۹] نسبتاً دائم.(6)

اختلالات وابسته به جنگ

یکی از عواقب و تبعات بسیار مهم ناشی ازجنگ، تأثیر بر سلامت روان نیروهای رزمنده، غیرنظامیان مناطق جنگی و شهروندان دور از میادین جنگ است . مطالعات در جامعه عمومی افزایش معنی دار بروز و شیوع عوارض روانی را نشان داده است. زنان بیش از مردان مبتلا می شوند. کودکان و سالخوردگان و افراد ناتوان نیز مستعد ابتلا هستند. شیوع این اختلالات وابسته به جنگ به عواملی نظیر شدت تروما و دسترسی به حمایت های فیزیکی و روانی-عاطفی[۱۰] بستگی دارد. استفاده از راهبردهای مذهبی و فرهنگی برای مواجهه با این نوع عوارض ناشی از جنگ رایج است. (7)

---

[4] Neuropsychiatriy

[5] گزارش سازمان جهانی بهداشت سال 2001

[6] Re experience
[7] Avoidance
[8] Emotional numbing
[9] Hyper arousal
[10] *Physical and Emotional support.*

اختلالات نوروتیک

واژه نوروتیک در فارسی به روان رنجور (اختلال خفیف)، و واژه سایکوتیک به روان‌پریش (اختلال شدید) ترجمه‌شده‌اند. برجسته‌ترین تفاوت اختلال سایکوز و نوروز بر درجه آگاهی شخص از حالت خود مبتنی است. در اختلالات نوروتیک افراد نسبت به خود آگاهی دارند، قادرند واقعیات دنیای خارج از خود را ارزیابی کنند و رفتار آنها نسبت به هنجارهای های جامعه اختلال جدی ندارد. وسواس، اضطراب، ترس‌های مرضی از نمونه اختلالات نوروتیک هستند.(8).اختلالات نوروتیک شامل اختلالات اضطرابی و افسردگی، رایج ترین اختلالات روانی حاد مشاهده شده در رزمندگان بوده است.(9)

اختلال رفتاری-روانی

اختلالل رفتاری روانی، به حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با ناراحتی یا تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد تعریف می گردد این تغییرات در گستره هنجارهای جامعه قرار نمی گیرند و بطور واضح، غیرعادی و بیمارگونه و مداوم یا عود کننده هستند (9)

موج انفجار

از نقطه هر انفجار، امواجی به اطراف ساطع می شود و در جوانب مختلف گسترش می یابد. سبب بروز موج انفجاری توسعه گازهای سوزان و فشرده ای است که از انفجار با سرعت به خارج حرکت کرده و فشار اتمسفر اطراف را بالا می برند . فیزیک امواجی که در لحظات بعدی به اطراف گسترده می شوند سرعتشان از فیزیک امواج اولیه زیادتر است. زیرا از داخل هوایی عبور می کنند که توسط فیزیک امواج اولیه گرم شده است. به همین دلیل این فیزیک امواج ثانویه در یک زمان معین به فیزیک امواج اولیه می رسند. و فشارشان با هم توام می گردد. و تشکیل یک سطح می دهند که به نام جبهه ضربه (جبهه موج) خوانده می شود. هنگامی که جسمی در برابر این جبهه قرارگیرد، فشار رویه ای آن بالا رفته و در یک لحظه بسیار کوتاه به ماکزیمم اندازه خود می رسد. این فشار به سادگی جسم را دور زده و از همه طرف آنرا احاطه کرده و می فشارد .(10)

انفجارات جنگی، ظرفیت بالقوه آسیب رسانی کشنده همزمان به سیستم ها و اعضاء و جوارح مختلف بدن، در تعدادی زیادی از افراد مواجه شونده با امواج انفجاری در بر دارند. شدت آسیب ها به عواملی مانند مقدار و ترکیب مواد انفجاری، محیط اطراف، نوع کاربرد سلاح انفجاری، فاصله قربانیان با کانون انفجار، موانع حفاظتی و عایق های محیطی بستگی دارد. از آنجا که در قربانیان امواج انفجاری، آثار ظاهری تروما در سطح بدن مشهود نیست، ضوابط تریاژ، معاینه، اقدامات احیای اولیه، تشخیص و درمان در این گروه از بیماران متفاوت و حساس تر از سایر مجروحان جنگی است.(11)

عوارض روانی ناشی از موج انفجار

در زمان جنگ به دنبال موج انفجار، شخص دچار صدمات جسمی، روانی همراه با علایمی همچون فراموشی، اختلال رفتاری، پرخاشگری، اختلال دردرک زمان ومکان ومسائل شناختی می‌شود که درصورت درمان به موقع ، پس از چند روز یا چند هفته به حالت طبیعی یا نسبتاً طبیعی برمی‌گردد.

برخی از مصدومین اعصاب و روان و حتی غیر اعصاب و روان دارای مشکلاتی نظیر اختلال درخواب، تکرار سوانح اتفاق افتاده در خواب یا بیداری، اضطراب، افسردگی و اختلالات رفتاری می شوند که اگر به موقع درمان نشوند، معمولا به صورت مزمن درآمده و عوارض آن ادامه پیدا می‌کند. زمانی که این افراد دچار اختلالات عصبی، پرخاشگری و افت عملکرد می‌شوند تبعات سویی برای آنها به دنبال خواهد داشت و اختلالاتی به وجود خواهد آمد.(12)

5- تاریخچه

باتوجه به اهمیت شکل گیری علائم وتشخیص های مختلف عوارض روانی درجنگ های گوناگون ضرورتا" به بررسی مختصری ازتاریخچه این اختلالات می پردازیم .ازعوامل روانی بعنوان یکی ازابزارهای مهم پیروزی وشکست درقبل وحین وبعدازهرجنگی نام برده شده است . از ازمنه بسیار دور تاریخی درمورد اثرات وعوارض روانی ناشی از جنگ نیز بحث و جدل علمی وجودداشته ولی به صورت کلاسیک و ثبت شده اولین بارطی جنگهای انفصال آمریکا(1865-1861)، پزشکان ازنوعی عارضه عصبی درسربازان جبهه جنگ بنام Nostalgia یا (غم غربت) نام بردند وبعدا"اصطلاحات دیگری چون Fright Neurosis(نوروز ترس) و Effort (syndrome) (سندرم تلاش) و بطورمشخص Soldiers-irritable heart (قلب تحریک پذیرسربازان) که توسط داکوستادرسال1871 بیان شد، مطرح گردید.

درجریان جنگ روسیه وژاپن (1905-1904) ، پزشکان روسی برای بیمارانی که تحت شرایط جنگی واکنش رفتاری وروانی نشان میدادند اصطلاح Hysteria (هیستری) و Neuroasthenia (نورآستنی) رابکاربردند.

درجنگ جهانی اول که برای اولین بار روانپزشکان نیزشرکت فعال داشتند و هرتیپ از ارتش کشورهای اروپائی موظف بود که یک روانپزشک استخدام نماید اصطلاح Shell shock (شوک انفجار)، درمورد بیمارانی که دراثرانفجارات ابزارهای جنگی ازقبیل گلوله ، خمپاره، توپ، موشک ، بمب وغیره دچارصدمات روانی میشدند به کارگرفته شدکه ضربه فیزیکی وتکان مغزو آسیبهای تشریحی میکروسکوپی و ماکروسکوپی مغز ناشی از گازمنواکسیدکربن و تغییرات فشارجوی راعامل آن می دانستند .

درجنگ جهانی دوم به علت گستردگی منطقه جنگی و عکس العمل های گوناگون افرادمتفاوت درصحنه های متنوع ، برای بیان واکنشهای روانی ناشی از جنگ ازاصطلاحاتی چون Transient situational disturbance(اختلال موقعیتی گذرا) ، Combat Neurosis (نوروز رزمی)، Combat fatigue(خستگی رزمی)، War Neurosis(نوروز جنگ) ، Traumatic war neurosis(نوروز ضربه ای جنگ) ، Battle shock(شوک نبرد) ، Gross stress reaction(واکنش شدید فشارروانی)، Adjustment reaction (واکنش تطبیقی یاسازگاری) استفاده شده است که کاربری این اسامی برای مفاهیم عوارض روانی ناشی از جنگ هنوز هم کم وبیش ادامه دارد .

جالب است که درطول جنگ جهانی دوم مسیر پرفراز ونشیبی ازجهت برخورد تشخیصی بامصدومین روانی جنگ مشاهده شده است به گونه ای که دراوائل جنگ دوم درسالهای 1945-1934 احتلالات روانی جنگ بطور کلی کارکردی(Functional) فرض می شد، و ازاصطلاحاتی مانند پسیکونوروز، حالات اضطرابی، هیستری تبدیلی استفاده می گردید. دراواسط جنگ اصطلاح فرسودگی رزمی مطرح وسپس واژه کلی تر اختلالات ضربه ای جنگ به کاررفت .

درسال Abram Kardner1947 درمورد سندرم بعداز استرس ضربه ای باعنوان نوروزهای فیزیولوژیک نام برد که عامل خونریزیهای کوچک درعروق مغزی رادلیل علائم می دانست . درسالهای 1950-1947 علاوه براسترس جنگ عوامل استرس زای دیگری راهم دربروزاین اختلالات موثر دانستند . (13)

درجنگ هشت ساله، عراق علیه ایرن، که رزمندگان ایرانی راطیف مختلف سنی ، شغلی، اقتصادی، اجتماعی وباانگیزه های دفاع از میهن ومذهب تشکیل میدادند درنتیجه عوارض روانی گوناگون وپیچیده ای در حین جنگ به صورت حاد وپس از جنگ به صورت مزمن دیده شده است که گاهی تشخیص آنها ازمشکل ترین اموروانپزشکی است و متاسفانه این صعوبت تشخیصی ودرمانی که هنوز کم وبیش ادامه دارد مشکل را دو چندان کرده است .

نظر به اینکه در هر جنگی، خواه ناخواه، تعدادی از افراد دو طرف در حین نبرد، احتمال اسیر شدن در دست طرف مقابل دارند.بنابراین در این زمینه لازم است به عوارض روانشناختی وروانپزشکی ناشی از اسارت نیز اضافه نمود. در زمان اسارت ، پدیده ای که محدودیتهای خاصی درتمام شئونات زندگی اعم از جسمی ، روانی ، سیاسی واجتماعی برفرد گرفتار تحمیل می نماید و برحسب شدت استرس وارده ، چگونگی اسیرشدن، مدت اسارت، بینش اعتقادی، مقاومت و استعدادآسیب پذیری فردی می تواند اختلالات عصبی وروانی قابل توجهی راسبب گردد که اهم این اختلالات درکتب ومقالات علمی به نامهای سندرم اردوگاههای

متمرکز(سندرمK.Z)، سندرم بازماندگان (The survivor syndrome)، سندرم پس از اردوگاههای متمرکزThe post Concentration camp syndrome) ، سندرم ارباب- برده، و بالاخره بعنوان آشکارساز تمام اختلالات عصبی وروانی ذکر می گردد. (14و15)

جالب است آمریکا که اکثراً در سال های اخیر بیش ا ز هرکشور دیگری در مناقشات بین المللی خودرا درگیر کرده است. در جریان اشغال کویت وحمله به عراق، دربرخی از سربازان برگشته از میدان جنگ، علاوه بر علائم رایج در اختلالات روانی از قبیل PTSD، در یک مطالعه فقدان حافظه، ناشی از تغییرات ساختاری در لب پاریتال راست، وضایعه گانگلیون قاعده ای همراه با اختلال کارکرد نورو ترانسمیتری گزارش دادند. در مجموع برای این دسته از بیماران باز گشته از جنگ، را سندرم جنگ خلیج (Gulf War Syndrome)، نام گذاری نمودند.نیز19درصدازبیماران برگشته ازجنگ افغانستان وعراق نشانه هایی از Traumatic Brain Injuryاز خود بروز دادند . (16)

این یافته ها همه موید آن است که عوارض روانی جنگ، عارضه ای با نگاه نوروسایکیاتری واعمال شرایط روانی، فرهنگی وحتی جغرافیایی،میتواندمتفاوت باشدونمی توان به یک نام ویاتشخیص بسنده نمود.

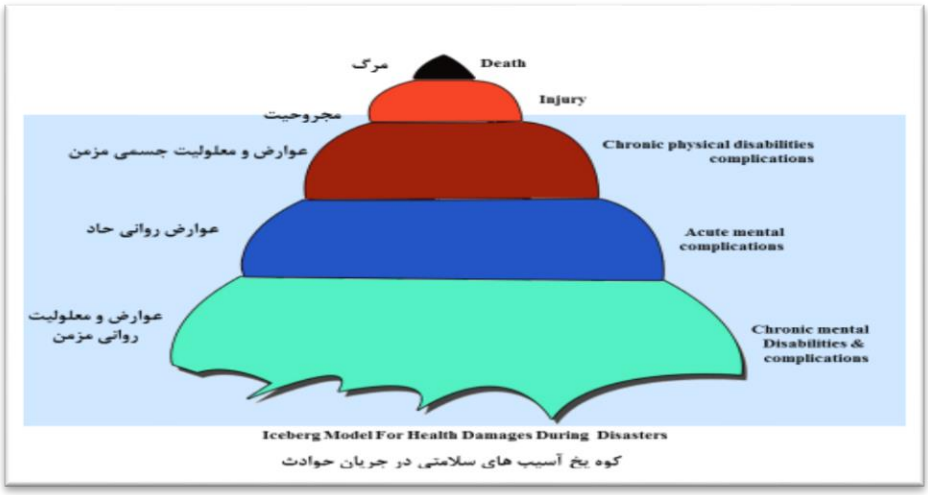
6- اهمیت توجه به عوارض عصبی روانی ناشی ازجنگ

براساس پیش بینی سازمان های بین المللی(سازمان بهداشت جهانی، بانک جهانی، دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد)، بار بیماری ها مطابق سالهای از عمر که با ناتوانی می گذرد(Disability-Adjusted Life Years=DALY)، برای برخی بیماری وحوادث از سال 1999 تا 2020 در سال 2000 میلادی به شرح زیرگزارش شده است:

اختلال افسردگی اساسی از رتبه 4 به رتبه 2، حوادث رانندگی در جاده ها از رتبه 9 به رتبه 3، خشونت از رتبه 19 به رتبه 12، صدمه به خوداز رتبه 17 به رتبه 14، عوارض ناشی از جنگ از رتبه 16 به رتبه 8 افزایش می یابد.

جالب است که نتیجه این پژوهش که کار جمعی بیش از 200 محقق بین المللی بود ودر سال 2000 میلادی منتشر شد. باوجود همه تدابیری که برای جلوگیری از جنگ در سطح بین الملل اندیشیده و به کار گرفته شده بود عوارض ناشی از جنگ را با رشد قابل توجه پیش بینی نمودند و پس از حادثه 11 سپتامر 2001 در آمریکا وطرح موضوع جنگ پیشگیرانه توسط رییس جمهور وقت آمریکا و بدنبال آن اشغال افغانستان و بعدا اشغال عراق، اصلاً امکان پیش بینی بار بیماری ناشی از جنگ از کنترل پژوهشگران خارج شد و در محاسبه و پیش بینی های بعدی، این موضوع(عوارض ناشی از جنگ)، از لیست ارزیابی ها خارج شد و یا صحت ارزیابی آن مورد تردید قرار گرفت. گرچه ارزیابی های بعدی تا سال 2030، نیز موید این پیش بینی است که جهان پیش رو تا سال 2030، نیاز به خدمات سلامت روان بیشتری دارد.(17)

قابل ذکر است در برابر حوادث اعم از حوادث وبلایای طبیعی ویا دست ساز آدمی، چون جنگ وآتش سوزی وحملات تروریستی وغیره، همیشه تعداد افراد فوت شده وآسیب دیده جسمی در قیاس با افراد آسیب دیده روانی به صورت حاد ومزمن بسیار اندک می باشد که کوه یخ عارضه ناشی از حوادث در شکل زیر آمده است ومتاسفانه، مقوله روانی ناشی از حوادث، همیشه مورد غفلت همگانی قرار می گیرد.(شکل 1).



شکل 1- کوه یخ (ابعاد پیدا و پنهان) عوارض ناشی از حوادث

7- همه گیرشناسی:

جنگ ویتنام نشان داد که 26٪ از سربازانی که باشرایط استرس شدید صحنه نبرد مواجه شده بودند و17٪ از سربازانی که با شرایط استرس متوسط جنگ مواجه بودند و باکمال تعجب 7٪ از سربازانی که حتی با شرایط استرس آمیزصحنه نبرد مواجه نشده بودند دچاراختلال استرس پس ازسانحه Post Traumatic Stress Disorder(PTSD) شده بودند و تعجب آورترآنکه درصدی از این سربازان سالیان بعد علائم Chronic PTSD را نشان میدند واین درحالی است که همه سربازانی که به نحوی علائم ویا استعداد ابتلاء به حالات روانی ویاسایکوتیک شدن را داشته بوده اند قبل از اعزام به جبهه شناسایی و از رفتن به جبهه معاف شده بودند . دریک مصاحبه با اسرای جنگی جنگ جهانی دوم نشان داد که 67٪ اسرا دچار اختلال PTSD بودند

به طورکلی بعداز هر حادثه مصیبت بار 50 تا80 درصد بازماندگان ممکن است دچارسندم فشارروانی بعد از حادثه گردند. شیوع این اختلال درجمعیت کلی 5٪ برای مردها و1/2٪ برای زنها گزارش گردیده است. درسنین جوانی شیوع بالاتر ودرمردان بیشترین دلیل آن تجارب جنگی و درزمان صلح، تهاجم یاتجاوز جنسی گزارش گردیده است .(18)

در حادثه جنگ خلیج فارس، علیه عراق پس از اشغال کویت، که به رهبری آمریکا در سال 1990 شروع ودر سال 1991 ختم شد. حدود 700000 نفر سرباز آمریکای وارد منطقه شدند ودر برگشت بیش از 100000 نفر ازآنان، نشانه های از مشکلات سلامت روان از قبیل، تحریک پذیری، سردرد میگرنی، فراموشی واختلال تمرکز وتوجه وضعف عضلانی را نشان دادند. [i]

پس از حادثه 11تروریستی 11 سپتامبر 2011 در آمریکا وفروریختن برج های دوقلو، علاوه بر کشته شدن بیش از 3500 نفر مطابق آمار رسمی، بر اساس یک مطالعه، در یک ماه پس از حادثه، 11/4 در صد از افراد دچار PTSD، و 9/7 در صد از افراد ساکن شهرها دچار علائم افسردگی داشتند ووحدس زده می شود که یک سال پس از حادثه، بیش از 25000 نفر علام PTSD، ناشی از این حادثه را از خود نشان داده باشند.

در اکتبر2011، آمریکا به همراه هم پیمانان خود از قبیل کانادا، انگلستان و استرالیا، جنگی را علیه افغانستان در راستای مقابله با حادثه تروریستی 11 سپتامبر، شروع کردند و در سال 2013 نیز علیه عراق جنگ را آغاز نمودند.و سربازان بازگشته از این دو منطقه جنگی، حدود 17 درصد از آنان، نشانه های PTSD، را دریافت نمودند. میزان PTSD در خانم ها حدود 11 درصد و بیش از مردان بود گرچه خانم ها تمایل وهمکاری برای مراجعه و درخواست کمک بیش از مردان از خود نشان دادند.. حدود 14 درصد ازشرکت کنندگان در جنگ عراق وافغانستان، نیاز به بستری در بیمارستان ویا کلینیک پیدا کردند. میزان خودکشی در بین تمام پرسنل وظیفه تقریباً دوبرابر جمعیت عادی گزارش شد نیز 19 درصد از بیماران برگشته از جنگ افغانستان وعراق نشانه هایی از Traumatic Brain Injuryاز خود بروز دادند. (19)

8- همه گیر شناسی در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران:

آماردقیقی ازعوارض روانی جنگ تحمیلی عراق بر ایران، در موردسربازان و مردم عراق دردسترس نیست گرچه در مورد سربازان ومردم ایران، نیز پژوهش های زیاد جامعی صورت نگرفته است، ولی باوجود عدم اعمال ارزیابی روانپزشکی قبل از اعزام به جبهه درمورد رزمندگان ایرانی و شرکت گسترده از طیف مختلف سنی، شغلی که از آموزشهای کافی رزمی هم برخوردار نبوده اند و طرف مقابل نیزازهمه امکانات رزمی بدون کوچکترین رعایت اصول قوانین و مقررات انسانی استفاده کرده انتظار بروز و شیوع بالای عوارض روانی جنگ می رفت ولی بنا به دلایل متعدد از جمله انگیزه های مذهبی و دفاع میهنی اینگونه عوارض بسیارکمتر از حد قابل انتظار توسط مراکز روانپزشکی رسیدگی به جانبازان روانی گزارش شده است .

درمطالعه ای که درسال 1377، توسط دکتر هاراتون داویدیان و همکاران بر روی 400 مورد اختلال حاد روانی که مستقیما از جبهه ها به بیمارستان روزبه منتقل وبستری شده بودند، تشخیص های زیر مشاهده گردید:

34/6 درصد دچار اختلالات نوروتیک شامل: اضطراب، افسردگی و اختلال سازگاری، 27/6 درصد دچار PTSD، 10/2 درصد حالات گیجی (Confusional States) ، 8/6 درصد اختلال تبدیلی، 8/3 درصد اختلالات خلقی، 4/6 اختلال اپی لپسی، 1/7 درصد اختلال اسکیزوفرنیا و4/4 درصد سایر اختلالات را دریافت نمودند. مقایسه ارقام فوق با آمار کلینیک بیماران سرپایی بیمارستان روزبه، مشاهده شد که حالات گیجی و تبدیلی ونیز PTSD، به طور معنی داری در میان رزمندگان شیوع بیشتری داشت. گرچه شیوع اختلالات نوروتیک در بین رزمندگان وبیماران عادی تفاوتی مشاهده نشد ولی اختلالات خلقی واسکیزوفرنیا وصرع در میان رزمندگان، کمتر شیوع داشت. (20)

درسال 1369، یعنی دوسال پس از پایان جنگ عراق علیه ایران، مطالعه ای دکتر محمدی ودکتر نوربالا، بر روی 107 مجروح جنگی مبتلا به اختلالات روانی مزمن که در بیمارستان های بقیه اله(عج) و روزبه بستری بودند انجام گرفت. این بیماران دست کم 7 سال بیماری به همراه بستری مکرر داشتند . دراین مطالعه، 27/1 درصد دچار اختلالات نوروتیک، 23/4 درصد اختلال PTSD، 23/4 درصد دچار حالات گیجی(Confusional States)، 11/2 درصد دچار علائم تبدیلی، 6/5 درصد دچار اختلال خلقی، 2/7 درصد دچار اپی لپسی، 1/9 درصدتشخیص اسکیزوفرنیا و2/8 درصدسایر اختلالات برای آن ها تشخیص گذاری شد. (21)

در مطالعه دیگری در سال 1371، بر روی 400 نفر از افراد شهر تهران شامل گروه های مختلف از قبیل رزمندگان، جانبازان، خانواده شهدا ونیز افراد عادی، با استفاده از پرسشنامه ارزیابیPTSD، انجام گرفت (تصویر 2). نتیجه تشخیصی بدین شرح اعلام گردید: 47/1 درصد از خانواده شهدا، 29/1 درصد از جانبازان ، 18/1 درصد از رزمندگان و 5/7 در صد از افراد عادی که درگیری مستقیمی با جنگ نداشتند، نشانه های PTSD، را نشان دادند که حکایت از عمق گرفتاری روانی در مورد خانواده شهدا، حتی پس از چهار سال از پایان جنگ بود. (22)

گروه	درصد مبتلایان به اختلال PTSD
خانواده شهداء	٪۴۷.۱
جانبازان	٪۲۹.۱
رزمندگان	٪۱۸.۱
افرادعادی	٪۵.۷

تصویر 2: شیوع اختلالات PTSD در بین طبقات مختلف مردم تهران[11] (n=400)

درتحقیقی که روی 91 نفراز آزادگانی که درنیمه دوم سال 1369، یعنی 6ماه پس از آزادی ، به سه مرکز روانپزشکی تهران مراجعه نموده اند . 34 نفرازآنها(37/4٪) که شدت اختلالشان زیادتربوده ، به صورت بستری و57 نفرازآنها(62/6٪) که شدت

[11] دکتر نوربالا-دکتر ملک افضلی و همکاران

اختلال آنها ضعیف تربوده ، بصورت سرپایی مورد ارزیابی دقیق روانشناسی و روانپزشکی قرارگرفتند . دراین تحقیق ، اختلالات شایع ، اختلال سازشی(48/3٪) ، اختلال خلقی(22٪) ، اسکیزوفرنی(11٪) ، اختلالات اضطرابی(9/9٪) بوده واختلالات روانی بامنشاء عضوی (7/7٪) بودند .ضمنا"با بررسی های آماری، نگرش منفی افرادخانواده درمورد اعزام به جبهه، طول مدت جبهه قبل از اسارت، شکنجه شدن وشاهد شهادت همرزم بودن درحین اسارت باشدت بیماری ازنظرسرپایی وبستری رابطه معنی داروجودداشت و با مواردی از قبیل اعزام غیرداوطلبانه ، مدت اسارت ، نحوه اسارت بصورت فردی یا گروهی ، داشتن سابقه زندانی انفرادی و شاهد خیانت همرزم بودن در حین اسارت و شدت بیماری از نظرسرپایی و بستری وابستگی معنی داری مشاهده نگردید (22).

در مجموع می توان چنین نتیجه گرفت که اولا عوارض عصبی روانی چنگ بسیار گسترده ودر برگیرنده طیفی از تمامی اختلالات روانپزشکی می تواند باشد. ثانیا این عوارض فقط شامل افراد درگیر مستقیم جنک نخواهد بود بلکه خانواده این افراد نیز به صورت جدی ومعنی داری متاثر از این گرفتاری هستند. ثالثاً با ازمان بیماری، مشکلات افزون تر وبیشتر می شود. رابعا"گرفتاری افراد بازگشته از اسارت نوعاً مورد غفلت می باشد (13)

9- سبب شناسی (بیولوژیک –روانی-اجتماعی-معنوی):

درمورد علت بروز اختلالات عصبی وروانی ناشی ازجنگ نمیتوان به یک عامل مفرد تکیه کرد به ویژه که ای عوارض طیف گسترده ای از عوامل راشامل میشود . ولی به صورت مشخص درمورد اختلالات عصبی بامنشاء عضوی ، عامل جسم خارجی چون ترکش یاگلوله که به یکی از نواحی جمجمه اصابت کرده است ویاتغییرات میکروسکوپی وماکروسکوپی عروق واعصاب داخل مغزی ناشی از موج انجار وغیره راعامل دانسته اند . در مورد عوارض صرفاً روانی، وجود یک استرسور شدید و غیر عادی که منجر به ترس شدید و وحشت می باشد ضروری است، در این زمینه نظرات وفرضیه های سبب شناختی فراوانی بیان شده است که در زیر به اهم آن ها اشاره می شود: (20-18)

نظریه های زیستی مربوط به PTSD:

دستگاه نورآدرنرژیک، در سربازان مبتلا به PTSD، عصبانیت، افزایش فشار خون و سرعت ضربان قلب، تعریق، گرگرفتگی ولرزش همراه با افزایش غلظت اپی نفرین در ادرار 24 ساعته آنان، ونیز افزایش غلظت کاته کولامین ها در ادرار دختران مورد آزار جنسی گزارش شده است . نیز کاهش تعداد گیرنده های آلفا دو،آدرنرژیک پلاکتی و بتا آدرنرژیک لنفوسیتی در مبتلایان PTSD، مشاهده شده است که احتمالاً در پاسخ به افزایش مزمن غلظت کاته کولامین ها می باشد.

کاتکول آمینها به خصوص سه تای اصلی آنها یعنی دوپامین (DA) اپی نفرین(E) و نوراپی نفرین (NE) که از متابولیزه شدن 3و4 دی هیدروکسی فنیل آلانین DPOA بوجود می آیند اعمال هورمونی وعصبی مهمی درسیستمهای بدن انسان انجام می دهند . اینها بطورعمده بداخل ادرارترشح می شوند بنابراین اندازه گیری دقیق آنها درادرار از نظر آنالیز آزمایشگاهی مهم می باشد . درسالهای اخیراندازه گیری این ترکیبات بوسیله کروماتوگرافی مایع باکارآیی بالا HPLC(High Performance Liquid Chromatography) باحساسیت ودقت زیادی امکان پذیرشده است .

در مطالعه ای که نویسنده وهمکاران برای ارزیابی تغییرات نوروترنسیمیتری جانبازان روانی مطالعه ای داشتیم و ما برآن شدیم که سه کاتکولامین اصلی رادرادرار آن ها با HPLC انجام دهیم. این روش برای مطالعه میزان کاتکول آمینهای ادراری در17نفربیماران مبتلا به (اختلال بعدازسانحه روانی) Post-Traumatic Stress Disorder PTSD ناشی از جنگ تحمیلی عراق علیه ایران که از3تا98ماه درجبهه حضورداشته و16نفرافرادشاهدی که حداقل 6ماه درجبهه جنگ بعنوان رزمنده حضورداشته اند، انجام داده ایم . نتایج نهایی نشان دادکه میزان نوراپی نفرین ادراری نزد بیماران (120/6میکرومول)بیش از میزان آن درگروه

شاهد(99/187میکرومول) بود . گرچه این اختلاف ازنظرآماری معنی دارنبود.همچنین میزان اپی نفرین ادراری دربیماران(27/7میکرومول)بطورمعنی داری بیشترازافرادشاهد (1474/2میکرومول) بوده است . (23)

دستگاه اپیوییدی: پایین بودن غلظت های پلاسمایی بتا آندورفین در مبتلایان به PTSD، از ناهنجار بودن و بلکه افزایش فعالیت این دستگاه در این بیماران، حکایت دارد.

افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس- هیپوفیز-آدرنال، پایین بودن غلظت کورتیزول آزاد در پلاسما و ادرار بیماران مبتلا به PTSD، گزارش شده است. بر اساس مطالعاتی بر روی سربازان جنگی مبتلا به PTSD، کاهش اندازه هیپو کامپ مغز این بیماران وحتی تغییرات ساختاری در آمیگدال برخی از این بیماران گزارش شده است. (18-19و24)

نظریه های روان شناختی:

درمورد اختلالات بامنشاء عامل روان شناختی وفشارروانی اختلاف نظر زیادی بین محققین وجوددارد .

Mc Farlane که یکی از شخصیتهای مهم جهانی درمورد این مسئله محسوب میشود. سه عامل فاجعه، تجربیات پس از فاجعه وشخصیت فرد رادرشکل گیری علائم دخیل ومهم میداند.

عوامل مهم دخیل درسبب شناسی این اختلال عبارتند از :

الف- عامل استرس زا: ازقبیل انفجارو اصابت گلوله تفنگ، آرپی جی،توپ،تانک،خمپاره،موشک، بمب وغیره .

ب- چگونگی درک وتجربه حادثه: به صورت مستقیم ودرفاصله نزدیک ویاغیرمستقیم به صورت خود شاهدبودن ،شنیدن اخبار ازدوستان ورسانه های گروهی ، دیدن تصاویر ازفیلم وتلویزیون وجراید .

ج-زمان حادثه :درشب یاروز ، موقع عملیات آفندی ویا پدافندی حادثه راتجربه کردن، مدت زمان حضوردرجبهه . تنها بودن ویادر جمع وگروه بودن

د- مکان حادثه :درخط مقدم ، شهرهای عقبه ، درخیابان و یادرمنزل ، درکنار دوستالن و خانواده بودن ویانبودن ....

ه- ویژگیهای فرد قربانی: سرباز بودن، داوطلب بودن ، با اکراه و اجبار اعزام شدن ، تحصیلات وشغل وشخصیت قبلی ، دیدگاه های ملی، اعتقادی وانگیزه وآمادگی های قبلی فرد ...

و-آسیب پذیری فرد : ازنظرجسمی (واکنش افراطی اتونومیک درمقابل استرس، ناراحتی همزمان جسمی ونقص عضوداشتن بیماری زمینه ای قبلی) واز نظرروانی (استعداد ابتلاء به حالات نوروتیک یاسایکوتیک درخود ویاخانواده)

ز- محیط اجتماعی از نظر محل و وسیله اعزام : شیوه بدرقه واستقبال ازرزمنده ومجروح ، حمایتهای مادی ومعنوی ازافراد سانحه دیده ، ارزش های فرهنگی اجتماعی حاکم برجامعه درمورد افراد مصدوم ومجروح . (13)

وضعیت روانی فرد می تواند موجب تغییراتی درسیستم ایمنی وی شود. استرس های متفاوتی که نسبتا خفیف هم هستند می توانند عوامل سیستم ایمنی از جمله، اختلالات ایمنی را به شکل قابل اندازه گیری تحت تاثیرخود قرار دهند. شدت یافتن استرس یا مزمن شدن آن می تواند منجربه بیماریهای روان تنی گردد و میزان ابتلا به بیماریهای جسمی راافزایش دهد به ویژه اگر این استرسها، باتوجه به ویژگیهای شخصیتی فرد گریزناپذیر تلقی شوند (17و18)

باتوجه به اینکه سلولهای سیستم ایمنی بخصوص لنفوسیتها برای انواع مختلف هورمونها ، نوروپپتیدهاونوروترانسمیترها دارای گیرنده هستند وخود نیزباترشح مواد مختلف ارتباط متقابلی باسیستم نورواندوکرین بدن دارند به راحتی می توان این سیستم را به عنوان واسطه بین آسیب پذیری افرادواسترس وارده به آنها دربسیاری از بیماریها درنظرگرفت .

قابل ذکراست چنانچه فرد رزمنده جراحت وبیماری را با نگاه معنوی هضم وجذب نماید وآن را به عنوان یک فریضه دینی و انجام یک واجب وطنی پذیرا باشد تاثیر پذیری این استرس ها بر روی او به حداقل تقلیل می یابد که حکایت از تاثیر پذیری بعد معنویت روی آسیب پذیری و شدت بیماری جسمی وروان تنی می باشد.

اما درمجموع شاید بتوان عوامل رابه دو دسته زمینه ای وآشکار ساز تقسیم نمود:

1. عوامل زمینه ای[12]

این عوامل که شرایط آسیب پذیری رابرای فرد فراهم می کنند عبارتنداز :

الف- آسیب پذیری جسمی: جراحت ویا ناراحتی همزمان جسمی ونقص عضوداشتن بیماری زمینه ای قبلی وواکنش افراطی واتونومیک درمقابل استرس از جمله عوامل آسیب پذیرجسمی محسوب میشوند که بروز ویاشدت اختلال راتسریع می نمایند .

ب- آسیب پذیری روانی: شخصیت قبلی ناپایدار، واکنشهای_نامعقول روانی دربرابرمصائب وحوادث ، داشتن اختلال نوروتیک ویاسایکوتیک درخود یاخانواده فرد، شرایط رابرای سوارشدن ومزمن شدن این اختلالات فراهم ترمی نماید.

ج-ویژگیهای اجتماعی واعتقادی فرد: تحصیلات ، شغل ، دیدگاههای اجتماعی ، ملی، اعتقادی وانگیزه وآمادگی های قبلی فرد برای رزم ، سرباز بودن ، ارتشی وسپاهی ویابسیجی بودن، داوطلب بودن ویابااکراه واجبار به جبهه اعزام شدن همگی ازعوامل موثر دربروزاین اختلال محسوب می گردند .

د-شرایط محیط اجتماعی : شیوه بدرقه ازرزمنده عازم به جبهه درمحل، ارزشهای فرهنگی اجتماعی حاکم برجامعه درمورد جنگ ومجروح ، چگونگی مواجهه بامصدومین روانی در هنگام انتقال به عقبه ، شیوه استقبال از مجروحین ، حمایتهای مادی ومعنوی ازافرادسانحه دیده توسط خانواده ویانهادهای اجتماعی هرکدام به نحوی درشکل گیری وزمان اختلال تاثیربسزائی دارند

2. عوامل آشکارساز[13]

اهم این عوامل عبارتنداز:

الف:عامل استرس زا : برحسب اینکه عامل استرس زا اصابت ویاخلاء انفجاری گلوله تفنگ، آرپی جی،خمپاره بمب،راکت وموشک ویاسایرعوامل تخریبی ویامشاهده صحنه های فجیع جنگی باشد ممکن است علائم وشدت اختلال بصورت متفاوت بروز کند.

ب- چگونگی درک وتجربه حادثه : برحسب آنکه فرد قربانی به صورت مستقیم ودرفاصله نزدیک شاهد سانحه باشد و یا به صورت غیرمستقیم ودرفاصله نسبتا" دور از محل حادثه باشد ویاآنکه اخبارفاجعه ازدوستان ویارسانه های گروهی بشنود ویاتصویری وحشتناک راازجرائد وفیلم وتلویزیون مشاهده نماید شدت ونوع اختلال متفاوت خواهد بود .

ج- زمان حادثه: برحسب آنکه فرد قربانی سانحه رادرشب ویاروز، موقع عملیات آفندی(تهاجمی) و یا عملیات پدافندی(تدافعی) ، حالت خوابیده یاایستاده ،دروضعیت آماده باش ویااستراحت تجربه نماید و بالاخره مدت زمان حضوراودرجبهه چه اندازه باشدممکن است اختلال متفاوتی بروز نماید .

د-مکان حادثه: برحسب اینکه سانحه درخط مقدم جبهه، خطوط رزمی ویا پشتیبانی شهرهای عقبه ، درخیابان ویامنزل اتفاق افتاده باشد و درآن حال فرد درحالت تنهائی ویادرکناردوستان ویاافراد خانواده باشد وبالاخره درداخل سنگرباشدویادر بی اطلاعی وبی حفاظتی کامل بوده باشد درجات متفاوتی ازاختلال ممکن است ظاهرشود. (13)

10- تشخیص

برای تشخیص گذاری" عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ"، ضرورت دارد که اولاً درگیری مستقیم ویا غیر مستقیم جدی با پدیده جنگ در مورد مصدوم ویا مجروح وبیمار احراز گردد. ثانیا تمام شاخص های تشخیصی یک یا چند اختلال روانپزشکی را واجد باشد. ثالثاً علائم جدی روانپزشکی و عصبی شناختی حاصله، بدون ارتباط با بیماری دیگر جسمی ویا روانی در مورد فرد احراز گردد.بنابراین تذکر این نکته باردیگر ضروری است که گرچه شیوع اختلال PTSD در بین مواجهه شوندگان با حوادث جنگ، بیشتر از سایر اختلالات روانپزشکی است ولی این به موضوع نفی عامل آشکار ساز جنگ و حوادث جنگی برای تمامی اختلالات روانپزشکی در مورد افراد آسیب پذیر نمی باشد. بدیهی است که نگاه علمی به این عوارض که تا حدی طیف گسترده وزمان نسبتا

[12] Predisposing factors
[13] Revealing factors

طولانی بعد از تجربه حادثه را می تواند در برگیرد ممکن است با ضوابط ومقررات دستگاه های متولی رسیدگی به مجروجین وجانبازان، از قبیل بنیاد شهید وجانبازان انقلاب اسلامی متفاوت باشد.
به نظر اینجانب در مورد اختلال PTSD ، می تواند زمان بسیار طولانی بعد از حادثه بروز کند به شرط آن که تمام علائم اختصاصی وعمومی اختلال را فرد واجد باشد. اما در مورد اختلال سایکوتیک گذرا (Brief Psychotic Disorder)، رعایت زمان کمتر از یک ماه و در مورد اختلال اسکیزوفرنیا، حداکثر شش ماه از در معرض حوادث جنگی بودن ضروری می باشد.

11- تشخیص افتراقی

نظر به عاملیت آشکار سازی جنگ، برای تمامی اختلالات روانپزشکی وبیماری های روان تنی، بنابراین تقریباً تمام تشخیص های اختلالات روانپزشکی، وحتی تمارض واختلال ساختگی، می توانند به عنوان تشخیص افتراقی "عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ"مورد توجه قرار گیرند.بدیهی است مواجهه مسقیم ویا تا حد نزدیکی غیر مستقیم با جنگ وحوادث جنگی ونیز علائم ونشانه ها به ویژه نشانه های روان شناختی PTSD، برای تفکیک وافتراق هرکدام از اختلالات ومنشاء آن ها کمک کننده است.
از طریق اخذ دقیق شرح حال ومعاینه کامل وجامع حسمی و ارزیابی های همه جانبه پاراکلینیکی، و نیز مصاحبه و معاینه دقیق وکامل روانی، درمسیر تشخیص های افتراقی،می توان به تشخیص واحد ویا حتی متعدد تشخیص همراه، ازقبیل: اختلالات مربوط به سانحه وعوامل استرس، اختلالات تشنجی وعضوی و طبی، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلال سازگاری، حمله ویا اختلال پانیک، اختلالات تجزیه ای، اختلالات سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، اختلال ساختگی وتمارض، برای بیماران مورد نظر دست یافت، که البته کاری بس دشوار است و صبر ومتانت و بردباری همراه با مهارت پزشکی و روانپزشکی گروه پزشک معالج را می طلبد.(13و19-18و25-24)

12- سیر وپیش آگهی

بسته به این که نوع تشخیص عوارض روانی چه باشد. آیا PTSD است؟ آیا اختلالات دیگر روانپزشکی، نیز همراه این اختلال وجود دارد یا خیر؟ آیا بیماری جسمی همراه ویا زمینه شخصیتی نا سازگار وجود دارد یا خیر؟ آیا حمایت اجتماعی از این گونه عوارض چگونه است؟ فرد دچار عارضه شده نظامی است یا غیر نظامی؟ کادر نظامی است یا داوطلب؟ نوع اعزام چگونه بوده؟ انگیزه مشارکت او چه بوده؟ در کجا و چه زمانی از شب وروز و به چه نحوی مجروح ومصدوم شده؟ مجروح ساکن در مناطق جنگی و یا شهر های عقبه بوده؟ و....همگی در سیر وپیش آگهی این عوارض نقش اساسی دارند.
برفرض بروز PTSD، غالباً نشانه ها مدتی پس از رخداد سانحه ظاهر می شوند و ممکن است حتی تا 30 سال ویا بیشتر، علائم تداوم یابند که در طول زمان نوسان داشته و تحت استرس و فشار روانی شدت می یابد. غالبا این بیماران بدون درمان، حدود سی درصد از آنان، کاملاً بهبود می یابند. حدود چهل درصد، به صورت پیوسته علائم خفیف را همره دارند ، بیست درصد علائم متوسط را تداوم می بخشند و متاسفانه ده درصد از آنان یا هیچ تغییری در شکایت هاشان پیدا نمی شود و یا بدتر می شوند. پس از یک سال حدود نیمی از بیماران بهبودی می یابند.
درصورت شروع سریع علائم، کوتاه بودن مدت آن ها (کمتر از شش ماه)، خوب بودن کارکرد های قبل از حادثه بیمار، مشارکت داوطلبانه وبا انگیزه ملی و مذهبی، نبود سایر اختلالات روانپزشکی، طبی، یا مرتبط با مصرف مواد وسایر عوامل خطر ساز، پیش آگهی خوبی را می توان پیش بینی کرد.. دسترسی وبر خورداری از حمایت های اجتماعی، ممکن است بر پیدایش، شدت، وسیر وپیش آگهی عارضه تاثیر بگذارد.در مجموع بیمارانی که با اگیزه قوی دفاع وطنی ویا اعتقاد مذهبی وداوطلبانه شرکت در جنگ دارند واز شبکه حمایت اجتماعی خوبی بر خوردار باشند، ممکن است اساساً دچار این اختلال نشوند و یا اشکال شدید آن را پیدا نکنند و درصورت ابتلا به آن، نیز سریع تر بهبود یابند. افراد خیلی خرد سال وخیلی سالخورده، افراد اعزام شده اجباری، بی انگیزه

و ناپایداری شخصیتی قبلی، داشتن اختلال دیگر روانپزشکی همراه ویا بیماری جسمی وجراحت همزمان و یا درگیر در سوء مصرف مواد و نیز محروم از شبکه حمایت اجتماعی مطلوب، پیش آگهی خوبی برای آنان متصور نمی باشد. (13و19-18و25-24)

13- درمان و اداره بیمار:

درمان عوارض عصبی وروانی بیماربسته به اشکال تظاهر بالینی متفاوت است. درمورد اختلالات عضوی باید با بررسی دقیق نورولوژیکی وامتحانات پاراکلینیکی ازفبیل C.T Scan,MRI,PET Scan,EEG وآزمایشات ضروری دیگر، نوع دقیق عارضه عضوی رامشخص و براساس یافته ها وتشخیص حاصله، درمان مناسب صورت داد.

برای کشف سایراختلالات زمینه ای و نیز تمارض واختلال ساختگی، تلاش همه جانبه برای ردکردن هرکدام، با دقت کامل ورعایت تمامی موازین علمی اعم از مصاحبه ومعاینه واقدام های پاراکلینیکی و البته مراعات اصول اخلاقی، به عمل آورد. وحسب مورد بر اساس موازین علمی مربوط به تشخیص، اقدام مقتضی به عمل آورد.

درمورد اختلال PTSD، به سبب شیوع واهمیت بیشتر به شرح کامل تر وجزیی تر می پردازیم.

درمان این اختلال بطورکلی باید معطوف به کاهش علائم ، برقراری روابط اجتماعی ، شغلی مجدد باشد. رویکرد عمده ای که می باید درپیش گرفت، حمایت، تشوییق بیمار برای بحث در باره حادثه، آموختن انواع و اقسام مکانیسم های مقابله نظیر آرامسازی عضلانی، به بیمار است. در تشویق بیمار برای صحبت در مورد حادثه، لازم است به بیمار اجازه دهیم که با سرعت خودش به پیش برود. برخی بیماران نمی خواهند تا زمانی که رویداد را پشت سرنگذاشته و آن را هضم ننموده اند در مورد آن حرف بزنند. وبنابراین باید به این خواسته آنان احترام گذاشت.فشار آوردن به فردی که نمی خواهد در مورد یک سانحه صحبت کند احتمال خطر بروز PTSD، را افزایش می دهد.

درمان این اختلال شامل درمان داروئی ، رفتاردرمانی وروان درمانی می باشد. . که به صورت مختصر در زیر به آن می پردازیم.

الف-درمان داروئی :

امروزه از تاثیر مثبت ومفید داروهای مهار کننده جذب مجدد سروتونین (SSRIs)، برای این بیماران، گزارشات فراوانی وجود داردو غالب محققین، خط اول درمان PTSD را تجویز داروهای مهار کننده جذب مجدد سروتونین (SSRIs) از قبیل سرترالین و پاروکسیتین به دلیل کارآیی، قابل تحمل بودن وبی خطر بودنشان می دانند. به ویژه که این داروها، تاحدی علائم اضطرابی وافسردگی ونیز تاحدی سایر علائم این اختلال را درمان می نمایند.

درحالتی که علائم اضطرابی غالب است بااحتیاط می توان ازداروهای ضداضطراب به ویژه داروی بوسپیرون بمدت کوتاه استفاده نمود، مخصوصا"درنزدبیمارانی که حدس سابقه وابستگی به دارو، داده میشود، درمصرف طولانی مدت بنزودیازپین هابایداحتیاط، بلکه اجتناب نمود.

درحالتی که علائم ترس وافسردگی وجود دارد مصرف داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای بخصوص ایمی پرامین ، آمی تریپتلین،کلومپیرامین ونیز فنلزین توصیه شده است . دربیمارانی که همراه با PTSDصدمات جسمی دارند درمصرف این داروها بخصوص ایمی پرامین باید احتیاط نمود.

مطالعات زیادی ازتاثیرداروی کلونیدین وموارد تاثیردرمانی بااستفاده از پروپرانولول دراین بیماران ارائه شده است .درمواردی که تحریکات رفتاری وجود دارد میتوان از آنتی سایکوتیکها با دزاژ کم و مدت کوتاه و البته با احتیاط استفاده نمود .

داروهای دیگری از قبیل مهارکننده های اختصاصی نوراپی نفرین (SNRIs) مانند ونلافاکسین، مهار کننده های منوآمینو اکسیداز (MAOIs)، ترازودون (برای مشکل خواب)، پرازوسین (برای کابوس های شبانه مزاحم)، دارو های ضد تشنج مانند سدیم والپروات، کاربامازپین، نیز در درمان حالاتی از نشانه ها ورفتار های بیماران با نتیجه مثبت گزارش شده است.

ب- رفتاردرمانی :

درزمانی که علائم اضطراب وترس کاملا" واضح است می توان از تکنیک های آرام سازی وحساسیت زدای تدریجی[۱۴] به صورت مجزاو یا همراه باسایرروشهای درمانی کمک گرفت .شواهدی وجود دارد که روش شناختی رفتاری متمرکز بر حادثه[۱۵] برای این بیماران می تواند موثر باشد.

ازجمله فنون نوظهور در درمان PTSD، حساسیت زدایی وبازپردازش حرکات چشم[۱۶]، می باشد که طی آن ، بیمار درحین تصوری که از تجربه آسیب را درذهن خود نگاه داشته است، بر روی حرکات جانبی انگشت درمانگر تمرکز می کند. باور بسیاری براین است که وقتی بیمار درحالت آرامسازی عمیق قرار دارد، می تواند رویداد آسیب را بینش یابی کرده واز این طریق علائم خود را از بین ببرد..طرفداران این روش درمان اظهار می کنند که روش مذکور به اندازه سایر روش های دیگر در درمان PTSD، و شاید بیش از آن ها کارایی دارد و هم درمانگران و هم بیمارانی که این روش را امتحان کرده اند ، آن را به سایر روش ها ترجیح می دهند. درمان شناختی متمرکز بر سانحه ونیز درمان های فرایند شناختی متمرکز بر حادثه[۱۷]، برای نظامیان مبتلا به PTSD، مفید گزارش شده است .(13و19-18و25-24)

ج- روان درمانی :

روان درمانی حمایتی وشناختی کوتاه مدت به صورت مجزاویاتوام بادرمان داروئی ورفتاردرمانی موثرگزارش شده است. عده ای گروه درمانی به ویژه با همرزمان و همدردان را برای این بیماران به ویژه در موردسربازان جنگ ویتنام مفید و موثر گزارش نموده اند. خانواده درمانی، با این نگاه که مشارکت خانواده ها را در امر تحمل مشکلات و نیز همیاری و درک بیشتر بیماران، می تواند کمک کننده باشد. را نیزدراین گروه مفیدگزارش نموده اند .

طبق پژوهشی که در ارتباط با بررسی رابطه روش های مقابله ای با ویژگیهای فردی درجانبازان شهریزد بعمل آمد ؛ 8 روش متداول مقابله ای براساس مشکل محوربودن یاعاطفه محوربودن بررسی گردید . درروش مشکل محور، هدف کنترل مشکلی است که ایجادفشارکرده، درحالی که درروش هیجان محور، فرد درپی آن است که فشارعاطفی خودراکاهش دهد (26).

این روش ها عبارتند از:

1. **رویارویی[۱۸]**: این روش مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد برای حل مشکل به کار می برند ومتضمن درجاتی از ابراز خصومت وبه کاربردن ریسک درعملکردهااست وجزء روش های مشکل محورمحسوب می شود .
2. **فاصله گیری[۱۹]**: این روش مجموعه رفتارهای شناختی را بازگو می کند که فرد یا گروه برای فاصله گیری ازمنبع ایجاد کننده مشکل یا اجتناب از این منبع به منظور کاهش اهمیت آن، به کار می برد وجزء روش های عاطفه محور است
3. **خویشتن داری[۲۰]**: این روش مجموعه عکس العملهایی است که واکنشهای احساساتی افرادرا به هنگام برخورد با منبع ایجاد کننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس العمل ها توسط افراد را در برمی گیرد و جزء روش های عاطفه محور است
4. **جستجوی حمایتهای اجتماعی[۲۱]** : این روش ، تلاش های فردی برای کسب حمایتهای اطلاعاتی، ملموس وعاطفی را بازگو می کند ویک روش عاطفه محور ونیزمشکل محورشمرده می شود .

---

[14] Systematic Desencitization = S D
[15] Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy=TFCBT
[16] Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy =EMDR
[17] Cognitive Processing Therapy
[18] Confronted
[19] Distancing
[20] Self-control
[21] Seeking Social Support

5. **مسئولیت پذیری**[۲۲]:این روش ، شامل مجموعه واکنش هایی است که پذیرش نقش فرد درایجادمشکل را از طریق تلاش های مداوم او برای اصلاح موقعیت موجود نشان وجزء روش های عاطفه محور است .
6. **فرار-اجتناب**[۲۳] : این روش ، افکار آرزومندانه یا کوشش های رفتاری به منظور فرار یا احتناب از موقعیت مشکل زا را توصیف می کند و حالتی از گریز از واقعیت ها را مطرح و یک روش عاطفه محور به حساب می آید.
7. **مشکل گشایی برنامه ریزی شده**[۲۴]: ین روش مجموعه افکار و کوشش های سنجیده و متمرکز برای مواجهه با مشکل است که توام بابه کارگیری رویکردهای تحلیل گرایانه برای مشکل گشایی است و جزء ر وش های مشکل محور محسوب می شود .
8. **ارزیابی مجدد مثبت**[۲۵]: مجموعه تلاش هایی است که درایجادمفاهیم مثبت ، با توجه به درجه تکامل فردی صورت می گیرد . این روش ممکن است ابعادمذهبی افرادرا دربرگیرد وجزء روش های عاطفه محور دسته بندی می شود .
9. ازبین شیوه های مختلف، استفاده از مکانیسم های برشمرده در بند 3و4و5و 7و8، مذکور بیشتر سازنده و مفید است.(26).

14- توصیه های راهبردی و کاربردی برای آینده:

به منظور به حداقل رساندن بروز وشدت عوارض روانی ناشی از جنگ، موارد زیر پیشنهاد می گردد:

1- افزایش انگیزش ملی و مذهبی افراد شرکت کننده و اعزام شونده به صحنه های رزم، به گونه ای که همگی اعم از کادر و سرباز ورزمنده وپشتیبانی کننده، احساس اکراه برای مشارکت در نبرد نداشته باشند.

2- تا حد امکان، افراد اعزام شونده به میدان نبرد ویا بکارگماشته در مسئولیت های رزمی، قبل از اعزام و تصدی مسئولیت، از نظر شخصیتی و آسیب پذیری های احتمالی مورد ارزیابی روانشناختی قرار گیرند و ترجیحاً افراد آسیب پذیراز نظر روانی در فعالیت های پشت جبهه مورد استفاده قرار گیرند.

3- مناسب است در هریگان رزمی، از تخصص های روانپزشکی و روان شناسی نظامی مورد استفاده جدی قرار گیرد، تا علاوه بر ارزیابی مرتب سلامت روانی آحاد درگیر در رده های مختلف رزمی، غربالگری سلامت روان هم انجام گیرد و چنانچه هرکدام از افراد دچار مشکل عصبی روانی شده اند به سرعت تشخیص و مورد ملاحظات و پیگیری های درمانی قرار گیرند.

4- ضروری است کادر تخصصی آموزش دیده و با تجربه ونیز تشکیلات با ساختاری مناسب برای پیشگیری و مدیریت تشخیص و درمان مجروحین و مصدومین روانی ناشی از جنگ هم در سازماندهی نیرو های نظامی و هم در تشکیلات نظام سلامت کشوروجود داشته باشد و از ساماندهی و هماهنگی لازم بین بخشی لازم برخوردار باشند.

5- حمایت روانی اجتماعی مطلوب و مناسب توسط دستگاه های مربوط، برای آسیب دیدگان روانی ناشی از جنگ، همراه با رعایت حرمت و کرامت انسانی، نه تنها برای خود آنان ، بلکه برای خانواده این گروه از اهم واجبات به منظور جلوگیری از ازمان این عوارض و نیز تشویق و ترغیب برای همراهی و همکاری دیگران در پیمودن مسیر این رزمندگان خواهد بود.

6- اجتناب از هرگونه انگ یا Stigma، چون بکارگیری واژه های روانی، موجی، برای آسیب دیدگانی عصبی روانی و پرهیز از تبعیض ناروا بین مجروحین جسمی و عضوی وروانی که بر سیر و پیش آگهی بیماران تاثیر سوء خواهد گذاشت.

7- ارزیابی متفاوت از مجروحین جسمی برای این بیماران، جهت تشخیص درجه ایثار گری و دادن امتیازهای بعدی و نیز حمایت های اجتماعی در آتی.

---

[22] Accepting Responsibility
[23] Escape Avoidance
[24] Painful Problem Solving
[25] Positive Reappraisal

در خاتمه و در راستای ارتقای روحیه رزمندگان و خانواده آنان و برای حسن ختام این فصل ونیز یاد نمودن از استاد پیشکسوت روانپزشکی حاضر در تمامی عملیات های مهم هشت ساله جنگ تحمیلی عراق، علیه ایران، مناسب دانستیم به بخشی از خاطرات مرحوم دکتر مهدی بیگدلی به شرح زیر اشاره نماییم. استاد فقید دکتر مهدی بیگدلی در شروع جنگ مسئولیت ریاست داشکده پزشکی تهران را بر عهده داشت، قبل از جنگ نسبت به پایه گذاری جهاد سازندگی در قم اهتمام نمود و زمینه ساز حضور گسترده دانشجویان پزشکی در جهاد سازندگی شد و در تمام دوران جنگ با حضور در جبهه ها و خدمت در مراکز مختلف بهداری رزمی، حماسه ساز و الهام بخش جوانان و جامعه پزشکی بود.

15-خاطره ای از استاد فقید دکتر مهدی بیگدلی از خدمت در دفاع مقدس :

"..... حفظ روحیه رزمندگان مسئله مهمی بود که کمتر به آن توجه می شد. روحیه دادن به رزمندگان مجروح و مخصوصاً فرماندهان در فراز و نشیب های جنگ بعضاً از وظایف دیگر، بیشتر اهمیت داشت. در یک کمپ جهاد سازندگی برای خدمت به رزمندگان اعزام شده بودیم. چیزی نداشتیم و دست به ابتکاراتی زدیم تا روحیه رزمندگان تقویت شود . مادر بزرگوار شهیدی در کمپ حضور داشت. وقتی جمعی از رزمندگان مجروح وارد اردوگاه شدند جلوی پای مجروحینی که می‌آمدند، گوسفند کشتیم. من و 13 تا از رزمندگان اصفهان که کم سن و سال بودند و اجازه اعزام به خط مقدم نیافته بودند، آن‌جا را اداره می کردیم، اردو را بسیار نظیف و پاکیزه ساخته بودیم. برای مراقبت از مجروحین با جان و دل خدمت می کردیم. خدا می‌داند چه روحیه‌ای برای مجروحان جنگی می‌گذاشتیم".

سرانجام با توصیف خدمات روانپزشکی در دفاع مقدس توسط زنده یاد استاد فقید دکتر مهدی بیگدلی، مطلب را به پایان می بریم.:

"..... در ابتدای جنگ که هنوز بهداری رزمی بر اوضاع مسلط نشده بود، همه توجهات به سمت کنترل جراحات فیزیکی و آسیب های مشهود معطوف بود. به آسیب های شدید و مخرب روانی بکلی توجه نمی شد. با بروز و نمود صدمات گسترده روانی و تظاهرات Post-Traumatic Stress Disorder در طیفی از رزمندگان و مردم عادی مناطق جنگ زده، ضرورت خدمات روانپزشکی بسرعت عیان شد و مورد توجه مسئولین و روان پزشکان قرار گرفت. روان‌پزشکان در روزهای اولیه جنگ کار روان‌پزشکی انجام نمی‌دادند. و آن شرایط بحرانی و اضطراری به سایر اعضای تیم های امداد و درمان کمک می کردند. همکاران روانپزشکی دانشگاه جندی شاپور در این زمینه شروع کننده بودند. اما بنده در بیمارستان شهید کلانتری اندیمشک، در کنار شهید رهنمون، با نیروهائی که اعزام می شدند برنامه ریزی ارائه خدمات روانپزشکی را انجام دادیم. گروهی از رزمندگان به دلیل مجروحیت نباید به جبهه می‌رفتند، شرایط جنگ طوری بود که بسیاری از آنها تقاضای اعزام مجدد به خطوط مقدم نبرد را داشتند و تحمل استراحت و مداوا در بیمارستان را نداشتند. بعضی حتی فرار می کردند و خود را به یگانهای رزمی می رساندند. با این گروه از رزمندگان صحبت کرده و توضیح می‌دادم شما سرمایهٔ مملکت هستید و نباید نابود شوید، باید بمانید و در فرصت‌های مناسب به صحنه های جنگ بروید. عده‌ای قهر کرده و می‌رفتند، نمی‌ماندند تا با آن‌ها صحبت کنم. اما بر روی آن‌ها روان درمانی انجام می‌دادیم و از روان‌شناسان بالینی هم دعوت می‌کردیم. با شناخت پدیده **موج انفجار**، و گسترش ابعاد آن وظایف روانپزشکان در خطوط مقدم و بهداری های پشت خط بیشتر می شد. بسرعت روانپزشکان در زمره متخصصین مورد نیاز در تمام شرایط، اعم از عملیات نظامی، خدمات پشت جبهه، نقاهتگاه ها و سایر مراکز ارائه خدمات به مصدومین جنگی، قرار گرفتند..... در چنین شرایطی به همکاری روان‌شناسان و روانپزشکان نیاز شدیدی بود. عمدهٔ نقش روان‌پزشکی مربوط به پشت جبهه بود و زمانی بود که پدیده و سندرم مشهور در روان‌پزشکی، به نام «PTSD» در بعضی از مجروحین، ظهور و بروز پیدا می‌کرد و کنترلش به‌طور کامل در تخصص روان‌پزشکی بود. پیامدهایش بسیار جدی و مهم بود و خانواده‌ها نمی‌توانستند از عهدهٔ آن بر بیایند. رفته رفته با ادامهٔ جنگ، این موضوع خودش را نشان داد، به‌طوری که این بخش‌های مجروحین جنگی در بیمارستان‌هایی مانند بیمارستان روزبه نیز

دایر شد. در بیمارستان‌های عمومی نیز این بخش‌ها وجود داشت. در کلینیک‌های مجروحین جنگی، یکی از افراد ثابت، روان‌پزشکان بودند و به این مسائل رسیدگی می‌کردند. بخش بزرگی از معلولیت‌های بعد از جنگ، معلولیت‌های مربوط به آسیب‌های روانی و عاطفی مربوط به سندرم PTSD بود. بعد از جنگ مطالعات مختلفی انجام شد، سمینارهائی برگزار گردید و در موضوعاتی نظیر عوارض روانشناختی و اجتماعی، PTSD، افسردگی و استرس های مرتبط با جنگ مطالعات و انتشاراتی انجام شد.(27). **روانش شاد و راهش پررهرو باد.**

16- منابع

1- یزدی فیض آبادی-وحید، سیف الدینی-رستم، قندی-مرجان، و مهرالحسنی- محمد حسین: تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم . مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، جلد 13، ویژه نامه دوره 13، زمستان 1396، صص 165-155

2- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Rulz, P. : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 9th ed., 2009, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

3- Brigadier General Russ Zajtchuk, Office of The Surgeon General, United States of America: Textbook of Military Medicine. WAR PSYCHIATRY Chapter, Specialty Editors: FRANKLIN D. JONES, LINETTE R. SPARACINO, VICTORIA L. WILCOX, JOSEPH M. ROTHBERG, JAMES W. STOKES, 1995

4- بلهری-جعفر: اقدامات اولیه در مجروحین روانپزشکی جنگ. فصلنامه مطالعات راهبردی بسیج، دوره 1، سال 1372، صفحات 74-63

5- American psychiatric association, Diagnosis and statistical manual of psychological disorders, Translated by Nik kho MR, 4 Edition, Tehran, publications Sokhan, 2002, 60-61

6- R. SRINIVASA MURTHY, RASHMI LAKSHMINARAYANA: Mental health consequences of war: a brief review of research findings. World Psychiatry 5:1 - February 2006,

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

8- هاشمی-بهروز: نِوروز و سایکوز .فرق روان‌رنجوری و روان‌پریشی http://behdashtravan.com

9- نوربالا-احمدعلی: سلامت روانی-اجتماعی و راهکارهای بهبود آن. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال 17، شماره 2، تابستان 1390، صفحات 156-151

10- تاریخچه موج انفجاری: دانشنامه رشد http://danesh.roshd.ir

11- CDC Injury Prevention: Explosions and Blast Injuries, A Primer for Clinicians: https://www.cdc.gov/masstrauma/preparedness/primer.pdf

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

12. نوربالا-احمدعلی: کلیات عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ-مجله نبض. شماره اول . مهر1372. ص 14و15

13. نوربالا-احمدعلی . نریمانی- محمد : کتاب روان شناسی اسارت و عوارض روان پزشکی ناشی از آن ؛ فصل 9؛ بررسی اختلالهای روان پزشکی شایع درگروهی از آزادگان ایرانی ، ص99

14- نوربالا – احمدعلی: بررسی اختلالات شایع گروهی از آزادگان ایرانی . ص30-24 . مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران . شماره 1. بهار1374 .

15. نوربالا-احمدعلی : جنبه های روانی تروما ، ص183. برگرفته از کتاب تروما ، مدیریت پژوهش . مرکز تحقیقات تروما و جراحی . سینا. زمستان 1394

17- Integrating mental health into primary care, A global perspective, WHO, Wonca,2008

18- Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Tenth Edition,2017, Wolters Kluwer

19-Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Eleventh Edition,2015, Wolters Kluwer

20- Davidian H, et al.: Acute war trauma: clinical picture and th problems of classification. International symposium: Stress, psychiatry and war – paris: 1992, 26-30.

21- محمدی محمد رضا، نوربالا احمد علی، بررسی مقدماتی علل ازمان اختلالات روانی مجروحین جنگی تحمیلی، مجله نبض، سال پنجم، شماره ششم، ص 14-17

22- نوربالا احمد علی، ملک افضلی حسین، بررسی ابعاد رروان شناختی اثرات چنگ روی چهار گروه مختلف مردم تهران، خلاصه مقالات سومین کنگره پژوهش های روان پزشکی و روان شناسی در ایران، 1370، ص 1

23- نوربالا-احمدعلی :مقایسه کاتکول آمینهای ادراری درمجروحین جنگی مبتلا به PTSD و گروه کنترل آنان . مجله پژوهشی حکیم.شماره3. پائیز1379.ص198-193.

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

25- نوربالا احمد علی، میرزایی جعفر، کرمی غلامرضا، با همکاری نویسندگان، کتاب" راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه، ناشر:پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، چاپ صادق، 1386

26- بررسی رابطه روشهای مقابله ای با ویژگیهای فردی درجانبازان شهریزد. فصلنامه علمی-پژوهشی دانشور. شماره 200.تابستان 1377. صفحات 1تا8 .

27- مصاحبه تاریخ شفاهی با دکتر مهدی بیگدلی، روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران. http://pr.tums.ac.ir

17- منابع تکمیلی برای اطلاع بیشتر:

1- موسی عنبری ، مشاورین علمی، احمد علی نوربالا، کاظم محمد، طرح پژوهشی " بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد ونجات کشور در مدیریت فاجعه بم، جلد اول: مبانی و ادبیات نظری، موسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران، زمستان 1383

2- موسی عنبری ، مشاورین علمی، احمد علی نوربالا، کاظم محمد، طرح پژوهشی " بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد ونجات کشور در مدیریت فاجعه بم، جلد دوم: پیمایش(ارزیابی مردمی)، موسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران، زمستان 1383

3- موسی عنبری ، مشاورین علمی، احمد علی نوربالا، کاظم محمد، طرح پژوهشی " بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد ونجات کشور در مدیریت فاجعه بم، جلد سوم: مصاحبه های اکتشافی-تخصصی (ارزیابی مسئولین و امدادگران)، موسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران، زمستان1383

4- موسی عنبری ، مشاورین علمی، احمد علی نوربالا، کاظم محمد، طرح پژوهشی " بررسی عملکرد اجتماع سازمانی امداد ونجات کشور در مدیریت فاجعه بم، جلد چهارم: نتیجه گیری و تبیین: فرآیند مدیریت فاجعه، موسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، جمعیت جمهوری اسلامی ایران، زمستان1383

5- احمد علی نوربالا، جعفر میرزایی، غلامرضا کرمی با همکاری نویسندگان، کتاب" راهنمای جامع نظری و عملی در اختلال استرس پس از ضربه، ناشر:پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، چاپ صادق، 1386

6- نوربالا احمد علی، علیپور احمد، روشن رسول، کتاب" نظارت همگانی از دیدگاه روان شناختی" ناشر: مرکز نظارت همگانی شهرداری تهران، چاپ:شهاب عرش، 1389

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

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

9- صلاح نصر، ترجمه محمود حقیقت کاشانی، کتاب جنگ روانی، انتشارات سروش، تهران 1380

10- بیل دانیلی، نیگلاس ردلی، لارس ویست، مترجمین، محمد رضا مهدی زاده، سید عباس باقری یزدی، کتاب اقدامات بین المللی در برابر استرس ناشی از ضربه، موسسه آموزش علمی کاربردی هلال احمر ایران، 1384تهران

11- محمد علی همتی، کتاب مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ، انتشارات گلبان، 1379

12- میرزمانی سید محمود، کتاب روانپزشکی کاربردی در نیروهای نظامی، انتشارات گلبان، 1380تهران

13- میرزمانی سید محمود، کتاب روانشناسی نظامی، انتشارات مرکز برنامه ریزی و تالیف کتاب های درسی معاونت آموزش و نیروی انسانی ستاد مشترک سپاه، 1386

14- دفتری بیژن و همکاران، کتابچه حمایت های روانی در سوانح، مدیریت حمایت های روانی اجتماعی سارمان امداد ونجات جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، 1383

يا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا عَلَيْكُمْ أَنْفُسَكُمْ
لا يَضُرُّكُمْ مَنْ ضَلَّ إِذَا اهْتَدَيْتُمْ
إِلَى اللَّهِ مَرْجِعُكُمْ جَمِيعاً
فَيُنَبِّئُكُمْ بِما كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ

(سوره کریمه مائده آیه شریفه 105)

ترجمه

ای کسانی که ایمان آورده‌اید! بر شما باد (حفظ) خودتان.

چون شما هدایت یافتید، آن که گمراه شد زیانی به شما نمی‌رساند.

بازگشت همه شما به سوی خداست،

و او شما را به آنچه می‌کردید، آگاه می‌سازد

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

پدید آورندگان: دکتر مریم حضرتی، دکتر سادات سیدباقر مداح، دکتر عباس عباس زاده ، دکتر فاطمه نوغانی، نرگس توانا و دکتر سعید لک

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی:

آشنائی با نقش ها، مسئولیت ها و خدمات پرستاری در دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با ساختار و ابعاد خدمات پرستاری قبل و در شروع جنگ تحمیلی
- آشنائی با تحولات نیروی انسانی و ساختار آموزش و خدمات پرستاری در جنگ تحمیلی
- آشنائی با تاریخچه حضور پرستاران در جنگ (صدر اسلام-قبل از جنگ تحمیلی-دوران جنگ)
- آشنائی با مفاهیم پرستاری نظامی
- آشنائی با دستورالعمل های خدمات پرستاری در شرایط جنگی
- آشنائی با مراقبت های پرستاری در جنگ های نوین
- آشنائی با نقش ها و دستورالعمل های خدمات پرستاری در حوادث غیر مترقبه و بلایا
- خاطراتی از حضور و ایثار پرستاران در دفاع مقدس
- توصیه هائی برای آینده

فهرست مطالب فصل شانزدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3- روش تنظیم درسنامه
4- ادبیات علمی موضوع
پرستاری
پرستار
جامعه پرستاری
تاریخچه پرستاری
پرستاری در جنگ
پرستاری نظامی
بحران
مدیریت بحران
5- پرستاری در فرهنگ اسلامی
6- تاریخچه پرستاری در جنگ
اشارات تاریخی از حضور پرستاران در جنگ های صدر اسلام
پرستاری در جنگ های صلیبی و قرون وسطی
پرستاری در جنگ های بزرگ معاصر، قبل از جنگ تحمیلی
7- توصیف شرایط پرستاری در آغاز جنگ تحمیلی
8- تحولات، ابتکارات، نقاط عطف و دستاورده های پرستاران شریف ایران در دوران دفاع مقدس
9-مروری بر اقدامات پرستاری در جنگ
خدمات پرستاری مستقیم فوری برای احیاء اولیه و مراقبت های بعدی مصدومین و مجروحین جنگی
اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن معلولیت های جسمی در مجروحین جنگی
اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن اثرات مخرب روانی در مجروحین جنگی
10- خدمات سرنوشت ساز و بدیع جامعه پرستاری در حوادث شیمیائی و کاربرد سلاح های شیمیائی توسط دشمن علیه رزمندگان و مناطق مسکونی ایران
11- پرستاری در جنگ های مهم بعد از دفاع مقدس تا به امروز
12-پرتکل های استاندارد خدمات پرستاری در جنگ ها و حوادث تروریستی
13-نقش ها و مسئولیت های پرستاری در حوادث غیر مترقبه
14-خاطراتی از حضور و خدمات پرستاری در دفاع مقدس
15-قاب های ماندگار از نگاره های خدمات پرستاری در دفاع مقدس
16- منابع
17- منابع بیشتر برای مطالعه

1-پیش گفتار و بیان مسئله

پرستاری نزد خداوند متعال ارزشمند است و پرستاران محبوب و مقدسند. پیامبر گرامی اسلام "ص" ارج و بهای پرستاری را در ضمن روایتی چنین بیان می فرمایند: "کسی که یک روز و یک شب، پرستاری بیماری را به عهده بگیرد، خداوند او را با ابراهیم خلیل علیه اسلام محشور می کند .پس همچون درخشش برقی از صراط عبور می کند و کسی که در برطرف کردن نیازهای مریض تلاش کند و نیازهای او را برآورد ، همانند روزی که از مادر متولد شده است، از گناهان پاک می شود[1]".

پرستاران، خادمان بی‌منت و فرشتگان سپیدپوش جامعه هستند آنان حمایت و پشتیبانی جامعه را می‌جویند و خواهان ارج نهادن جامعه به جایگاه واقعی خویشند، همچنان که مقام معظم رهبری می‌فرماید: "طرف حساب پرستار فقط خداست". روز ولادت شیر زن واقعه کربلا، حضرت زینب کبری سلام الله علیها، که توانست با پیام‌رسانی، شایستگی زنان را در تاریخ به منصه ظهور رسانده و ضامن بقای اسلام باشد و از بازماندگان حادثه تلخ عاشورا مراقبت و پرستاری کند، روز پرستار نامیده شده است. در کشور ما نیز پرستاران، در طول هشت سال دفاع مقدس، و در زمان‌های بحرانی به رغم کمبودها و مشکلات، خالصانه و بی‌ریا در جهت بهبود وضعیت بیماران تلاش کردند و غالبا به جای این که در آغوش گرم خانواده به سربرند، بر بالین مجروحان جنگی، مصدومان و بیماران حاضر شده و مراقبت از فرزندان رشید ملت را وجه همت خود قرار دادند. پرستاران در تاریخ ملت بزرگ ایران همواره کارنامه درخشانی داشته اند. در همه حوادث انقلاب و دوران پر فراز و نشیب بعد از پیروزی انقلاب، حضور پرشور، داوطلبانه و انسان دوستانه و در عین حال علمی و حرفه ای جامعه پرستاری، زیبنده دفتر تاریخ ملی است و مانند آفتاب می درخشد. علیرغم کاستی ها، کمبودها، مواجهه با نیازهای روزافزون و جدید، حوادث و بلایای پی در پی، این قشر خدوم سلامت، با تدابیر مناسب موفق به والاترین پاسخگوئی به همه نیازها شده، همزمان شالوده های پیشرفت و اعتلا را فراهم نموده است. با شروع جنگ تحمیلی همه مردم و از جمله پرستان شریف، فرزندان خدوم و فداکار ملت با آزمونی تاریخی، تاریخ ساز و سرنوشت ساز مواجه شدند. در تداوم خدمات قبلی از ساعات اولیه جنگ حیاتی ترین مسئولیت ها، در شرایط بسیار خطیر و اضطراری، در مناطق مورد هجوم، بصورت خودجوش و مبتکرانه توسط کادر پرستاری حاضر در صحنه ها مدیریت شد. در ادامه با سازماندهی جدید و مناسب مشارکت عمومی پرستاران در همه مراکز بهداشتی-درمانی کشور، برنامه ریزی، تأمین و عملیاتی شد. بزرگترین خدمات حرفه ای پرستاری، در کیفی ترین شرایط ممکن، به عموم مجروحین و آسیب دیدگان جنگ در گستره 8 سال دفاع مقدس ارائه شد و بعد از آن تداوم یافت و امروز نیز جاری و ساری است. مرور این کارنامه درخشان و ابعاد علمی، حرفه ای، فرهنگی و معنوی، بایسته های زمان حاضر و آینده، با رویکرد توأم تحلیل تاریخی و نیز آینده نگارانه، در این درس بصورت اجمال ارائه شده است. آنچه از تلاش و خدمت و تجربه پرستاری در دفاع مقدس حاصل شده، و بعد از آن ادامه یافته، سرمایه علمی و معنوی و دستمایه حرفه ای جامعه پرستاری ایران و الگوی جامعه پرستاری در آینده خواهد بود.

2-کلمات کلیدی

پرستاری- پرستار- جامعه پرستاری-تاریخچه پرستاری- پرستاری در جنگ- پرستار نظامی- دفاع مقدس -پرستاری در بحران

Key words

Nursing, Nurse, Nursing society, Nursing history- Nursing in war, Military nurse, Holly defence, Disaster nurse

[1] من قام علی مریض یوما و لیله بعثه الله مع ابراهیم الخلیل علیه السلام فجاد علی الصراط کالبرق اللامع و من سعی لمریض فی حاجه فقضاها خرج من ذنوبه کیوم ولدته امه.

3- روش تنظیم درسنامه

برای تدوین این درسنامه، ابتدا طرح درس با مشورت و مذاکره در گروه تدوین درسنامه انجام شد. پس از تعیین اهداف اصلی و اختصاصی کد واژه های موضوع انتخاب و مطالعه کتابخانه ای بر اساس واژه های منتخب انجام شد. مطالب منتخب از مصاحبه تاریخ شفاهی و تجربیات گروه تدوین و نتاتیج مطالعه کتابخانه ای ادغام و در جلسات بحث متمرکز گروهی ارائه شد. پس از دریافت نظرات اصلاحی اعضاء، مطلب نهائی در قالب نوشته حاضر ویراستاری و تنظیم شد.

4- ادبیات علمی موضوع

پرستاری

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

پرستار[۲]

پرستار فردی است با تحصیلات دانشگاهی در مقاطع کاردانی ؛کارشناسی ؛کارشناسی ارشد و دکترا در رشته حرفه ای پرستاری که در هر پست و مقام و محیطی قادر است نقش شش گانه ذیل را در مواجهه با مددجویان ایفا نماید:

1- **نقش مراقبتی**: به بیمار کمک میکند تا آن دسته از کارهائی را که در حال سلامت به تنهائی انجام میداده ولی به علتی قادر به انجام آنها نمیباشد به مرحله عمل درآورد.مثل غذا خوردن.
2- **نقش درمانی**: گر چه درمان به عهده پزشکان است ولی پرستار با مشاهدات دقیق از وضع بیمار و با داشتن مهارتها و گذراندن وقت زیاد بر بالین بیمارو تأثیر معالجات و عکس العمل بیمار به درمان نقش مهمی در کمک به طرح برنامه درمانی یا تغییر و اصلاح آن دارد.
3- **نقش حفاظتی**: کمک به بیمار برای مصونیت وی از عوامل محیطی مثل عفونت ، آتش سوزی ، افتادن و ...
4- **نقش آموزشی**: آموزش و راهنمائی بیمار یکی از مسؤلیتهای مهم پرستار است مثل آموزش در مورد مراقبتهای لازم در منزل یا اقدامات بهداشتی
5- **نقش هماهنگی**: هماهنگی کار تیم پرستاری در رابطه با برنامه ریزی برنامه کار بهیاران و کمک پرستاران و سایر پرسنل خدماتی و هماهنگ کردن کار گروه های دیگر در رابطه با تیم درمان مثل مشاوره با قسمتهای مختلف تغذیه ، مددکاری ، آزمایشگاه ، فیزیو تراپی ، رادیولوژی و ...
6- **نقش حمایتی**: پرستار کسی است که بیش از افراد دیگر با بیمار در ارتباط بوده و خواسته های او را به روشنی میداند و به همین جهت میتواند مدافع و حامی او باشد و واسطه مؤثری برای بیمار با نهاد های مختلف درمانی به حساب می آید، مثل مرکز مبارزه با سل

بطور کلی حیطه خدمات پرستاری سیار وسیع بوده و نه تنها در بیمارستان بلکه در جامعه نقش حیاتی دارند. پرستاران در جایگاه های زیر می توانند خدمت کنند:

بیمارستانها ، کلینیک ها ، مدارس ، سازمان های بهداشتی ، کارخانه ها ، منازل ، مطب ها ، در کشتی و هواپیما و قطار ، خانه سالمندان و مراکز مشاوره در امر مراقبتی.

[2] تعریف ارائه شده توسط انجمن پرستاری ایران. http://inao.blogfa.com

جامعه پرستاری

جامعه پرستاری مجموعه ای حرفه ای، پویا، با هدفی مقدس، سرشار از نوع دوستی و محبت و شیفته خدمت به انسان های دردمند است. نقش پرستاران به عنوان بزرگترین، مهم ترین وموثرترین عضو جامعه سلامت، در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی در همه شرایط و همه مراکز سلامت، راهبردی و سرنوشت ساز است. خدمات ارزشمند ویژه این قشر خدوم در مسیر ارتقای بهداشت و سلامت در نیروهای مسلح شایسته ستایش و تکریم است[3].

منظور از جامعه پرستاری، مجموعه اعضای شریف و بزرگوار حرفه مقدس پرستاری کشور هستند که به اعتبار شخصیت علمی و حرفه ای و پایبندی به موازین معنوی و اخلاق پرستاری، در مسئولیت های محوله در سطوح و شئون مختلف نظام سلامت انجام وظیفه می نمایند.

تاریخچه پرستاری:

آنگاه که رنج و درد بر کالبد انسان حمله‌ور گشت و سلامت وی را پایان داد، پرستاری به وجود آمد؛ یعنی از زمان پیدایش بشر، این حرفه مقدس بر عرصه گیتی نمایان شده است. در مسیر تاریخ، پرستاری همپای پزشکی در خدمت انسان‌ها بوده، به تدریج، این دو در قالب علم پیشرفت و در زمان‌های بحرانی، مانند حوادث طبیعی و جنگ‌ها، خدمات شایان توجهی انجام داده‌اند. اواسط قرن نوزدهم (1858 میلادی) پرستاری به نام "فلورانس نایتینگل" در دنیای پرستاری قد علم و شیوه پرستاری نوین را پایه گذاری و انقلابی عظیم در تربیت و آموزش پرستاران ایجاد کرد. او هدف از انجام خدمات پرستار را قرار دادن بیمار در بهترین شرایط ممکن به نحوی که طبیعت بتواند اثرات خود را اعمال نماید تعریف و در سال 1860 اولین مدرسه پرستاری نایتینگل را در بیمارستان سنت توماس تاسیس نمود. رهبران پرستاری این حرفه را یک علم و هنر تلقی کردند.

پرستاری در جنگ

پرستاری در جنگ دارای ابعاد زیر است[4]:

1- کسب دانش و مهارت لازم و کسب آمادگی برای انجام وظایف حرفه ای بصورت استاندارد و مبتنی بر شواهد علمی،
2- پاسخ گویی و ارائه مراقبت های به هنگام، سریع و اصولی، در حوادث و سوانح جنگی
3- پاسخ گویی و ارائه مراقبت های به هنگام، سریع و اصولی، در حوادث و سوانح تروریستی
4- پاسخ گویی و ارائه مراقبت های به هنگام، سریع و اصولی، در حوادث و سوانح و صدمات حاصله از کاربرد سلاح های غیرمتعارف و حوادث شیمیائی-میکرو بی و هسته ای

پرستاری نظامی

شعبه ای از پرستاری، متشکل از پرستاران آشنا با مهارت های لازم برای انجام وظیفه در شرایط و محیط های نظامی، اعم از وظایف آموزشی-پژوهشی- خدمات و مراقبت های سلامتی و نیز مدیریتی. اغلب ارتش های حرفه ای این پرستاران را بکار می گیرند. فلورانس نایتینگل اولین هسته خدمات پرستاری را برای ارتش بریتانیا در جنگ کریمه در سال 1854بوجود آورد. بعد از جنگ وی برای بکارگیری پرستاران زن در بیمارستانهای نظامی تلاش نمود و در سال 1860 موفق شد یک مدرسه آموزش پرستاری نظامی را در Royal Victoria Military Hospital تأسیس نماید[5](1). در ایران پرستاری نظامی یک برنامه آموزشی کارشناسی ارشد است و هدف آن تربیت نیروی پرستاری تخصصی مورد نیاز بیمارستان ها و مراکز بهداشتی –درمانی وابسته به نیروهای نظامی کشور می باشد. خدمات پرستاری در بیمارستان های نظامی برای تأمین نیازهای بهداشتی-درمانی کادر نظامی و خانواده های آنها، شبیه سایر برنامه ها و سطوح خدمات پرستاری در سایر بیمارستانها و مراکز بهداشتی-درمانی کشور است.

---

[3] برگرفته از پیام سردار سرلشکر سیدحسن فیروز آبادی، رئیس سابق ستاد کل نیروهای مسلح و جانشین سابق فرماندهی کل قوا به مناسبت روز پرستار در سال 1391

[4] تعریف پیشنهادی مطالعه حاضر

[5] In: Netley, Hampshire, England

بحران

حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد. زلزله بم در سال ۱۳۸۲، زلزله کرمانشاه در سال ۱۳۹۶و سیل فراگیر بهار 1398 در 24 استان کشور، نمونه هایی از یک بحران در سطح ملی است.

مدیریت بحران

شاخه ای از مدیریت است و در سلامت علمی کاربردی است که با بررسی و تجزیه و تحلیل سیستماتیک بحران ها و درس آموزی از آنها، موجبات پیشگیری از بروز ، کسب آمادگی های ضروری برای کاهش اثرات، امداد و درمان سریع و بازتوانی، در صورت بروز بحران ها اقدام می نماید.

5- پرستاری در فرهنگ اسلامی

در فرهنگ اسلامی و تعابیر قرآنی، آن هنگام که پرستار برای یاری انسان نیازمندی تلاش می‌کند و نیازهایش را برمی آورد، مثل آن است که او را از مرگ رهایی بخشیده و بدین کار، موجبات خرسندی خداوند را فراهم کرده است. پرستاری که با تلاش خویش جان مجروح یا بیمار ناتوانی را نجات می‌دهد و برای بهبودی وی تلاش می‌کند، به مثابه آن است که حیاتی دو باره به وی بخشیده است و هر کس فردی را زنده کند و به جامعه پر تلاش انسان‌ها باز گرداند، مثل آن است که خدمتی شایان به همه مردمان کرده است. قرآن کریم در آیه 32 سوره مائده در این باره می‌فرماید: "و هر کس انسانی را از مرگ رهایی بخشد، چنان است که گویی همه مردم را زنده کرده است".

پیامبر گرامی اسلام "ص" نیز در این زمینه می‌فرمایند: هر کس برای برآوردن نیاز بیماری بکوشد چه آن را برآورده سازد و چه نسازد، از گناهانش پاک می‌شود مانند روزی که از مادر زاده شده است.

پرستاری از مجروحان و کمک به ناتوانان، در فطرت و نهاد هر انسانی وجود دارد که حاکی از اهمیت آن در زندگی اجتماعی است. سیره رهبران الهی نیز همواره بر این بوده که در میان انجام کارهای پسندیده، گوی سبقت را از همه انسان‌ها بربایند و انسان کامل عصر خویش و الگو برای آیندگان باشند، تا بدین ترتیب، بزرگ‌ترین مشوق انسان‌ها در عمل به نیکی‌ها گردند. یکی از کارهای نیک ،" پرستاری" از بیماران است و رهبران الهی نیز بدان همت می‌گماردند.

امام خمینی "ره" نیر در این باره به این مضمون فرمود: این شغل پرستاری از شغل های بسیار شریفی است که اگر چنانچه انسان با وظایف انسانی و شرعی خودش انجام دهد، این یک عبادتی است که در فراز عبادت های درجه اول است. پرستاری از بیمار امر بسیار مشکلی است، لکن خیلی ارزشمند است. ..... شما با این مریض ها، با این بیمارها، هر چه محبت بکنید و هر چه پرستاری مادرانه و خواهرانه و برادرانه و پدرانه بکنید، این در روحیه بیمار مؤثر است و برای خوب شدن و سرعت خوب شدن بیماران نیز مؤثر است و در بارگاه خدای تبارک و تعالی، خدمت به این جمعیت، خدمت به این بندگان خدا، بسیار ارزشمند است....

6-تاریخچه پرستاری در جنگ

اشارات تاریخی از حضور پرستاران در جنگ های صدر اسلام

در فصل زنان در همین درسنامه، اشاراتی به تاریخچه پرستاری در جنگ های صدر اسلام شده است. بعضی از نکات نیز در این فصل ارائه شده است. آغاز پرستاری در اسلام با شروع جنگ‌های مسلمین و جهاد بوده است. در این جنگ‌ها؛ هم بانوان خاندان پیامبر صلی الله علیه و آله و هم سایر زنان مسلمان در خدمت رسانی به رزمندگان و مداوای مجروحان سهیم بودند . مبداء و پایه گذاری تاریخ پرستاری در اسلام ، خدمات پرستاری حضرت فاطمه زهرا علیهاالسلام است. آن بانوی ارزشمند تاریخ اسلام، در جنگ احد از پدر بزرگوارشان مراقبت فرمود و با چهارده تن از زنان مسلمان مجروحین جنگ را درمان و پرستاری کردند. پرستاری

در جنگ، از میادین جنگ‌های‌اولیه در صدر اسلام آغاز و تاریخی هزار و چهارصد ساله دارد. در تاریخ اسلامی، به روایتی "کعیبه بنت اسد الاسلامیه" که به "رفیده الاسلامیه" (رفیده الأسلمیه) ، مشهور است بعنوان اولین پرستار در عالم اسلام به شمار می‌رود. وی در جنگ بدر از شیوه‌های خاص مراقبتی برای سربازان مجروح استفاده می کرد دادن آگاهی‌های لازم به دیگر زنان مسلمان، مراقبت از زخم ها و پانسمان مجروحان ، و تنظیم و نظارت بر حمل مجروحان . در تاریخ از زنان دیگری نیز به عنوان پرستاران صدر اسلام نام برده شده است. از جمله نسیبه جراحه، ام سلیمه، و ام عطیه. از افتخارات پرستاران مسلمان این است که والاترین شخصیت های بزرگوار تاریخ اسلام، حضرت فاطمه زهرا علیها السلام و حضرت زینب کبری علیها السلام، در حوادث تاریخ ساز صدر اول اسلام، نقش پرستاری از رزمندگان و مجاهدان و اسیران اهل بیت عصمت و طهارت و سایر رزمندگان و مجاهدان و اسرا را بر عهده داشته اند. پرستار بزرگ صحرای کربلا، در عاشورای حسینی "ع" ، وظایف سنگینی به عهده داشت: تقویت روحیه مجروحان و خانواده شهدا، رسیدگی به بازماندگان و کمک به اطفال. هم چنین ایشان به مراقبت از حضرت سجاد علیه السلام نیز که در بیماری شدید به سر می‌برد، مشغول بود

پرستاری در جنگ های صلیبی و قرون وسطی

در قرون وسطی رشته پرستاری به عنوان یک تخصص در اصل با اتکا به مفهوم عشق به هم نوع در دین مسیحیت به ویژه در جوامع مذهبی و همچنین بسیاری از صومعه‌های تازه تأسیس گسترش می‌یافت. مشکلات اساسی و مرکزی پرستاران عبارت بود از طاعون و جذام که هر دو ما بین سده‌های ۱۳ و ۱۴ میلادی اروپا را در گیر خود نمود و در اصل تبعات جنگهای صلیبی در اروپا بود. برای مراقبت از بیماران جذامی و طاعون زدگان درمانگاه‌های تخصصی در اروپا تأسیس شد که در آن‌ها فرقه‌های مذهبی متفاوت مسیحی و غیره به صورت اختصاصی از بیماران مراقبت‌های لازم را به عمل می‌آوردند. به‌طوری‌که چندین فرقه مذهبی از جمله "یوهانی‌ها"، "فرانسیسکان‌ها" و دومنیکی‌ها" و... شدیداً به پرستاری روی آوردند. در حدود اواخر سده ۱۲ میلادی یک انجمن از مسیحیان "لایین" (مسیحیانی که به نوعی از دید کلیسای کاتولیک رومی به عنوان غیر مسیحی شمرده می‌شدند) آغاز به کار کرد. آن‌ها بانوان بیوه یا دختران مجرد را در محافل خانگی گرد هم می‌آوردند و آن‌ها خود را برای وقف در راه مراقبت از بیماران و فقرا آماده می‌ساختند (**2**)

پرستاری در جنگ های بزرگ معاصر، قبل از جنگ تحمیلی

جنگ جهانی دوم:

بسیاری از پرستاران نظامی در بیمارستانهای ژاپن، که هزاران نفر از مجروحین جنگی به آنجا منتقل می شدند، مستقر بودند و خدمات پرستاری مجروحین را عهده دار بودند.

جنگ کره (1953-1950) :

در شروع جنگ کره 22000 نفر از زنان در سرویس های نظامی در سطح دنیا شاغل بودند. 7000 نفر از این جمع در مشاغل بهداشتی و مراقبت های سلامتی فعالیت داشتند. در ارتش آمریکا بعضی از پرستاران نظامی در بیمارستان جراحی سیار نظامی و بعضی در نیروی دریائی در کشتی های مستقر در آبهای اطراف کره، فعالیت داشتند. پرستاران نیروی هوائی در هواپیمای MEDEVAC از مجروحین مراقبت می کردند (3).

جنگ ویتنام:

در آوریل 1956 سه نفر پرستار نظامی وارد سایگون در ویتنام شدند. این افراد به تیم آموزش طب نظامی آمریکا[6] ملحق شدند. مأموریت آنها آموزش پرستاران ویتنام جنوبی و آشنا نمودن آنها با تکنیک های مراقبت پرستاری از مجروحین جنگ بود. در 1959 به علت افزایش نیاز، خدمات پرستاری با خدمات پزشکی و دندانپزشکی تلفیق و بمدت 3 سال ادامه یافت. در طی دوره 11 ساله بعدی، از 1962 تا 1973 (پایان جنگ) ، بیش از 5000 پرستار نظامی در ویتنام مراقبت های پرستاری مجروحین جنگی آمریکائی را عهده دار بودند (4)

[6] Military Assistance Advisory Group (MAAG)

7- توصیف شرایط پرستاری در آغاز جنگ تحمیلی

در شرایط قبل از جنگ و شروع جنگ تحمیلی، کمبود نیروی پرستاری بسیار زیاد بود. اکثریت نزدیک به اتفاق پرستاران را خانم ها تشکیل می دادند و تعداد مردان پرستار اندک بود. کمبود نیروی پرستاری ماهر و تحصیل کرده توسط نیروهای بهیاری جبران می شد. مدرک پرستاران وقت عمدتاً کاردانی، کارشناسی یا معادل کارشناسی بود. محل خدمت اغلب پرستاران در بیمارستانها، اعم از اورژانس ها، درمانگاهها و بخش های بیمارستانی بود و در فیلدهای اجتماعی از این نیرو استفاده نمی شد. جامعه پرستاری وقت که جوابگوی نیازهای روزمره بیمارستان ها نبود، ناگهان با بار عظیم مجروحین جنگی مواجه شد. تجارب حاصله از حوادث منجر به پیروزی انقلاب، پرستاران وقت را تا حدودی نسبت به مداوای مجروحین آشنا ساخته بود.

با تخریب زیرساخت های بهداشت و درمان در مناطق مرزی و سرزمین های تحت هجوم دشمن متجاوز، فعالیت های پرستاری به بیمارستانها و مراکز درمانی شهری در مناطق جنگی منتقل شد. مراکزی مانند بیمارستان طالقانی در شهر آبادان و بیمارستان نظام مافی در شهر شوش، در خط مقدم جبهه و در فاصله چند صد متری دشمن به مقاومت پرداختند و خدمات خود را زیر آتش بی امان دشمن ادامه دادند. نقش آفرینان اصلی این صحنه های پرشکوه خدمت گذاری و انساندوستی و ایثار و شهامت، پرستاران بودند. سایر بیمارستانهای شهرهای جنگ زده نیز با تدابیر ایمن سازی و استتار، خدمات خود را در حساس ترین و دشوارترین روزهای جنگ ادامه دادند. این خدمات بنا به ضرورت و گستردگی حجم آسیب دیگان، به استانهای مجاور و بعداً تمام استانهای کشور تعمیم یافت. قلب تپنده خدمات در تمام مراکز، فرشتگان نجات یعنی پرستاران بودند. جامعه سلامت کشور در این آزمون تاریخی با بکارگیری کلیه امکانات و ابتکارات و مشارکت عموم نیروی انسانی و خاصه پرستاران، پذیرای تعداد بسیار زیادی از مجروحین حوادث جنگی شده، حماسه ای جاودان در تاریخ خدمات و مراقبت های سلامت خلق نمود.

8- تحولات، ابتکارات، نقاط عطف و دستاورده های پرستاران شریف ایران در دوران دفاع مقدس

جنگ تحمیلی موجب تحولات مهم و بزرگی در پرستاری گردید. نیروهای پرستاری توانمندی در جنگ ساخته شدند. پرستاری به سمت حرفه ای شدن سوق داده شد و جایگاه پرستاری توسعه یافت (). ماهیت آسیب های مجروحین جنگی، اقتضا می نمود، از اقدامات و مراقبت های گسترده جراحی، اتاق عمل، بیهوشی عمومی، مراقبت های ویژه، حمایت های روانی و معنوی و اجتماعی و خدمات بازتوانی برخوردار باشند. در عموم این خدمات و مراقبت ها، پرستاران نقش های بزرگ، حیاتی و سرنوشت سازی برعهده داشتند. رئوس تحولات و دستاوردهای حرفه مقدس پرستاری در ایران، تحت تأثیر مستقیم و غیر مستقیم جنگ تحمیلی به شرح زیر خلاصه شده است:

- حضور و مشارکت یکپارچه پرستاران سراسر کشور در درمان مجروحین جنگ، اعم از مراکز پشت جبهه، بیمارستان ها و مراکز درمانی سراسر کشور و کسب تجارب و مهارت های بی نظیر
- تحول در ترکیب جنسیتی جامعه پرستاری و حضور جدی و گسترده مردان برای تحصیل و پذیرفتن مسئولیت
- گسترش دانشکده های پرستاری در همه استان های کشور و افزایش چندین برابری ظرفیت پذیرش
- تحول در برنامه های درسی رشته ها و مقاطع پرستاری متناسب با نیازهای جامعه و توسعه برنامه های آموزش پرستاری در جهت افزایش برنامه های مهارتی و بالینی
- کسب تجارب و مهارت های استثنائی و بی نظیر پرستاران شاغل در زمان جنگ، در فرصت های بی بدیل ارائه خدمات و مراقبت های پرستاری به رزمندگان مجروح جبهه ها، مجروحین شیمیائی و مجروحین غیرنظامی
- ارتقاء مدارک تحصیلی غالب پرستاران از "کاردانی، و معادل کارشناسی"، به "کارشناشی و کارشناسی ارشد" و ایجاد مقطع تحصیلی Ph.D پرستاری برای نخستین بار در دوره جنگ تحمیلی
- توسعه تخصص ها و گرایش های پرستاری (داخلی-جراحی-اطفال- مراقبت های ویژه- پرستاری روانی-پرستاری نظامی)

- افزایش توان مدیریتی پرسنل پرستاری (نظیر آماده کردن، تجهیز و راه اندازی بیمارستان ها و اورژانس های صحرایی و پست های امداد، خلاقیت های بی نظیر در مدیریت انبوه مجروحان شیمیائی .....)
- تداوم رشد حرفه ای و شکوفائی همه ابعاد حرفه پرستاری بعد از پایان جنگ تحمیلی
- ارائه خدمات گسترده پرستاری در عموم حوادث و بلایای طبیعی رخ داده بعد از دوران جنگ تحمیلی و آشنائی و کسب مهارت اعضای جامعه پرستاری با خدمات و مراقبت ها در شرایط بحرانی
- شکوفائی اخلاق و معنویات، نمادها و مناسبت ها و جایگاه اجتماعی و معنوی حرفه پرستاری در جامعه ایران اسلامی. انتخاب میلاد با سعادت فخر بانوان عالم، حضرت زینب کبری سلام الله به عنوان روز پرستار، حکایت از ارزش گرایی و جامعیت حرفه پرستاری در ایران است.
- ارتقای تحقیقات پرستاری بطور عام و تحقیقات پرستاری نظامی بطور خاص

بطور خلاصه ارتباط زیادی بین تجربیات زمان جنگ با فعالیتهای کاری بعد از جنگ پرستاران وجود دارد. این تحولات موجب ایجاد تغییرات زیادی در سیستم پرستاری در ایران شد و به شکل گیری عوامل حرفه ای شدن در پرستاری کمک کرد .تحولات زیادی در بخش های بالینی و آموزش و مدیریت پرستاری ایجاد گردید(۵).

9-مروری بر اقدامات پرستاری در جنگ تحمیلی

1-خدمات پرستاری مستقیم فوری برای احیاء اولیه و مراقبت های بعدی مصدومین و مجروحین جنگی

رئوس این اقدامات عبارتند از: کنترل خونریزی های قابل کنترل و استفاده صحیح از تورنیکه برای مهار خونریزی اندام ها، دسترسی عروقی[۷] برای شروع احیاء و جایگزینی مایعات، تهیه نمونه خون برای کراس ماچ و سایر ملاحظات پرستاری انتقال خون، حمایت ها و اقدامات پرستاری برای رفع انسداد حاد مجاری تنفسی و سایر مراقبت های تنفسی، زمینه سازی مداخله فوری برای رفع پنوموتوراکس فشارنده[۸] و انجام مداخله لازم در زمانی که پزشک حضور ندارد، احتیاطات ضروری در آسیب های نخاعی برای پیشگیری از ضایعات بیشتر در زمان انتقال و در حین عملیات درمانی، اقدامات پرستاری برای مراقبت از آسیب دیدگان مغزی، پیشگیری از هیپوترمی و مدیریت مجروحین در وضعیت هیپوترمی، اقدامات پرستاری برای کنترل عفونت، تسکین درد طبق پروتکل های موجود در مرکز درمانی، ملاحظات اختصاصی پرستاری در زمان انتقال هوائی مجروحین جنگی و ..... (6)

2-اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن معلولیت های جسمی در مجروحین جنگی

رئوس این اقدامات عبارتند از: آتل گذاری صحیح آسیب های منجر به شکستگی در اندام ها، قبل از انتقال به مراکز بعدی، مراقبت های مخصوص بیماران مظنون به آسیب دیدگی ستون فقرات و نخاع شوکی، مراقبت های مخصوص بیماران مبتلا به ضربه های مغزی، تعبیه درست تورنیکه .....

3-اقدامات پرستاری پیشگیرانه با رویکرد به حداقل رساندن اثرات مخرب روانی در مجروحین جنگی

رئوس این اقدامات عبارتند از: اقدامات فوری مراقبتی و حمایت های روانی از مجروحین حوادث تهدید کننده حیات (مهارت برقراری ارتباط و ایجاد امکان بازگوئی احساسات)، مراقبت های روانی و حمایتی در مجروحینی که اعضای خود را از دست داده اند و آشنائی با مراحل و عوارض روانی حاد در این قبیل مجروحین (انکار-خشم-جبران و معاوضه-افسردگی-پذیرش)، کمک به معلولین جنگی طی مراحل بهبودی و ایجاد سازش مجدد، آشنائی با تکنیک های مشاوره به مجروحین و خانواده های آنان با رویکرد حفظ و ادامه روابط اجتماعی سابق، کمک به معلولین برای عبور از مراحل دشوار، مقابله با حالت "وابستگی" و سازش با وضعیت جدید و کاهش وابستگی به دیگران ..... (7)

---

[7] Vascular access
[8] Tension Pneumothorax

10- خدمات سرنوشت ساز و بدیع جامعه پرستاری در حوادث شیمیائی و کاربرد سلاح های شیمیائی توسط دشمن علیه رزمندگان و مناطق مسکونی ایران

دشمن جنایتکار بعثی ، بر خلاف تمام مقررات بین المللی، در طول جنگ تحمیلی، بارها از سلاح های کشتار جمعی شیمیائی علیه رزمندگان و مردم و مناطق غیر نظامی استفاده نمود. جامعه پرستاری وقت کشور، پابه پای سایر اعضای جامعه سلامت، خدمات وسیع و ایثارگرانه ای ارائه نمود. رئوس این خدمات در مناطق و شرایط مختلف به شرح زیر خلاصه شده است (8):

اقدامات پرستاری در پست امداد: خارج کردن لباسهای مجروحین به طور کامل، شامل کفش و لباس های زیر، شستشوی کامل بدن (دوش گرفتن) با آب و صابون خنثی بدون عطر و بو، شیو (تراشیدن) موهای بدن، خاصه در نواحی جراحت، شستشوی پوست با محلول تیوسولفات سدیم 2 درصد به مدت ده دقیقه، شستشوی چشم با مقادیر زیاد (1 تا 2 لیتر) سرم فیزیولوژی یا محلول رینگر، استعمال قطره های چشمی سولفاستامید در همه م.ارد و هماتروپین حسب مورد، استفاده از عینک آفتابی در صورت فوتوفوبی، پونکسیون تاولهای پوستی با رعایت نکات استریل و جلوگیری از تماس محتویات تاول با پوست سالم ، ضدعفونی کردن پوست تاولی با محلول کلرامینتی و برداشتن پوست تاول، پانسمان پوست به وسیله کرم سیلور سولفادیازین با قطر حداقل نیم سانتیمتر، اقدامات برای جلوگیری از تعریق و اعزام مجروحین به بیمارستان با پیش بینی های کافی و ضروری.

مراقبت های چشمی: شستشوی مکرر چشم با سرم فیزیولوژی، و قطره چشمی آتروپین (و تکرار بعد از 3 تا 6 ساعت) و قطره چشمی سولفاستامید (هر 3 ساعت برای پیشگیری از عفونت ثانویه)

مراقبت های پوستی: شستشوی تاول ها، ضدعفونی کردن و مراقبت از تاول

مراقبت های دستگاه تنفس :عوارض تنفسی ناشی از گازهای شیمیائی، در صورت نجات فرد آسیب دیده بسیار مزمن و آزار دهنده است و پس از تا مدت ها و گاهی تا پایان عمر نیاز به مراقبت دارد. مراقبت های زمان حادثه عبارتند از: دهان شویه یا سرم فیزیولوژی، خارج کردن ترشحات حلق و دهان، استفاده از دستگاه های بخور، تجویز اکسیژن برحسب نیاز و استفاده از آنتی هیستامین ودر صورت انقباض مسیرهای هوائی استفاده از کورتون و برونکودیلاتور

مراقبت های پرستاری در بیمارستان: کنترل و چارت علائم حیاتی و پیگیری و مداخلات فوری در اختلالات تهدید کننده علائم حیاتی- تنظیم و مراقبت از نحوه استراحت-باز نگهداشتن راه های تزریق وریدی و تنظیم مایعات تزریقی- کنترل جذب و دفع مایعات- تنظیم و مراقبت از برنامه غذائی مصدومین-مراقبت های اختصاصی پرستاری حسب مورد-تنظیم نور و حرارت و رطوبت محل بستری شدن مصدومین- نمونه گیری و پیگیری و کنترل آزمایشات روزانه-تنظیمات و مراقبت های اختصاصی مصدومین اینتوبه و متصل به ونتی لاتور- کنترل و تنظیم داروهای ضد درد و سایر داروهای تجویز شده-ایزولاسیون و مقررات و مراقبت های پرستاری خاص برای مصدومینی که لازم است ایزوله شوند .....

11- پرستاری در جنگ های مهم بعد از دفاع مقدس تا به امروز

در جنگ هایی که در سالهای اخیر در گوشه و کنار جهان بخصوص در منطقه جنوب غرب آسیا اتفاق افتاد و به ویژه در درگیری با داعش در سوریه و عراق اتفاق افتاد موضوع امداد و درمان مجروحان همچنان موضوع مهمی است که به نجات مجروحان کمک می کند. در این راستا پرستاران ایران با حضور در مناطق جنگی به مدافعان حرم کمک کردند.

در این زمینه محمد رئیس‌زاده رئیس سازمان بسیج جامعه پزشکی کشور معتقد است: طی پنج سال اخیر پزشکان، پرستاران و جراحان ما در جبهه مقاومت مانند دوران هشت سال دفاع مقدس در حوزه‌های امداد و نجات، انتقال و مراقبت از مصدومان تجربیات بسیار خوبی کسب کردند. اکنون پس از گذشت بیش از 30 سال از اتمام جنگ تحمیلی و با توجه به تغییر سبک و روش و حوادث جنگ‌های اخیر، حضور جراحان و پزشکان ما در مناطق جنگی خصوصا در عراق و سوریه باعث به دست آوردن تجربیات بسیار زیادی در حوزه‌های پزشکی، پرستاری و جراحی برای کشور شده است .وی افزود: 230 تیم درمانی متشکل از 600 جراح،

پزشک و پرستار طی پنج سال گذشته در مناطق جنگی عراق و سوریه حضوری پررنگ و مؤثر داشته‌اند. این تیم‌ها که عضوی از جامعه پزشکی کشور به شمار می‌روند، در سخت‌ترین مناطق جنگی دو کشور عراق و سوریه حضوری مؤثر داشته‌اند. در همین راستا و در دفاع از حریم اهل بیت علیهما السلام تعدادی از عزیزان پزشک و پرستار به درجه رفیع شهادت نایل آمده و یک پرستار آزاده به شرح ذیل به یادگار مانده است: شهید دکتر اسماعیل گنجی (پزشک و جاویدالاثر)، شهید حمید رضا اسداللهی (محل دفن: تهران)، شهید محمد حسن قاسمی (محل دفن: شهرکرد)، شهید فریدون احمدی (محل دفن: کرمانشاه)، شهید حمید قنادپور (محل دفن: اهواز) و آزاده سرافراز احمد محمدی.

12- پرتکل های استاندارد خدمات پرستاری در جنگ ها و حوادث تروریستی

به هنگام بروز هر حادثه‌ای به ویژه در بلایای طبیعی و جنگ‌ها، پرستاران می‌توانند نیازهای مددجویان را سریع تر از سایر اعضای تیم سلامت بررسی و پاسخ مناسب به آن‌ها بدهند؛ به بیان دیگر، با توجه به شرایط خاص ایجاد شده در این زمان، کارآمدترین نیروی مدیریتی و خدماتی می‌تواند پرستاران باشند. از وظایف پرستاران ایفای نقش مدیریتی در این بحران است که به معنی کاربرد دانش و فن‌آوری به‌منظور برنامه‌ریزی و مدیریت، جهت مقابله با حوادث غیرمترقبه می‌باشد. پرسنل پرستاری و به طور خاص پرستاران بخش‌های اورژانس باید آمادگی لازم را جهت مواجهه با حوادث تروریستی دارا باشند. در چنین مواقعی لازم است بیماران در معرض حوادث تروریستی سریعاً شناسایی‌شده، سایر بیماران، پرسنل و جامعه نیز از تماس با این بیماران حفظ گردد. لذا با تهدیدات فراوانی که امروزه وجود دارد، شناسایی سریع، اولیه و به موقع مجروحان اعزامی به اورژانس ها توسط پرستاران و پزشکان، با توجه به شواهد موجود و به روز ضرورت دارد.

معمولا در این شرایط، بر روی بدن و لباس این افراد، شواهدی از یک حمله مشاهده می‌گردد. لذا در اولین برخورد با این بیماران باید بررسی و شناخت انجام گرفته و سؤالاتی به منظور تشخیص افتراقی حوادث از اقدامات عمدی پرسیده شود. مدیریت پرستاری اثربخش در شرایط بحران، نیازمند مداخله صحیح و به موقع پرستاران است. در چنین شرایطی وجود پروتکل‌های استاندارد برای مواجهه با چنین موقعیت‌هایی به عنوان یک الزام تلقی می شود.

در ابتدای فرآیند یعنی پروتکل پذیرش و تریاژ مصدومان، پرستار با دانش و مهارت منحصر به فرد در تشخیص علائم اولیه و علائم قرارگیری در معرض مواد شیمیایی، رادیو اکتیو و یا عوامل بیولوژیک و سایر عوامل مشکوک می‌توانند تریاژ مؤثری انجام دهد. در گام بعدی، عوامل زیست محیطی و ایمنی پرسنل باید مورد توجه قرار گیرد لذا وقتی اولین قربانی آلوده به مواد شیمیایی، بیولوژیک و دیگر مواد خطرناک مرتبط با اقدام تروریستی به اورژانس رسید، اقدامات اورژانسی برای حفاظت محیط، دیگر بیماران و پرسنل باید انجام بپذیرد. خود امدادی و دگر امدادی و حفظ اورژانسی و فوری حیات مصدومان به وسیله داوطلبین و افراد غیر از گروه های پزشکی وقتی‌که نیروهای حرفه ای در دسترس نباشند امر مهمی است لذا آموزش اصول کمک های اولیه به سربازان به گونه ای که توانایی به‌کارگیری آن را داشته باشند، یکی از بهترین شیوه‌ها جهت حفظ جان مصدومان و کاهش شدت آسیب آن ها، اقدامات اولیه حیات‌بخش خود امدادی و دگر امدادی است. (**9و10**).

13- نقش ها و مسئولیت های پرستاری در حوادث غیر مترقبه

در حوادث و بلایای طبیعی و انسان ساز مراکز درمانی نیاز مبرم به نیروی انسانی متخصص و آموزش دیده دارند که با اتکا بر دانش و مهارت خود ارائه دهنده خدمات بهداشتی-درمانی باشند. در حوادث غیر مترقبه نیم قرن اخیر در ایران، پرستاران کشور خدمات بسیار ارزنده و حیاتی ارائه داده اند. پرستاران در زمره پیشگامان ارائه دهنده مراقبت در سرتاسر زنجیره سلامت و بیماری هستند و لازم است برای پاسخ گوئی مطلوب به نیازهای مصدومین حوادث و بلایا از آموزش و مهارت های لازم برخوردار باشند (11). بعضی از عناوین آموزشی و مهارتی به شرح زیر است (11):

- نقش ها و مسئولیت های پرستاری در بلایا
- امداد و انتقال و حمل مصدومین در بلایا
- فرماندهی و مدیریت بحران
- تروما و مراقبت های پرستاری از مصدومین تروما
- تریاژ در زمان مواجهه با انبوه مجروحین[9]
- برنامه ریزی و اقدامات پرستاری در بلایا
- بهداشت، مراقبت های سلامتی، پیشگیری از بیماری های عفونی و واگیردار در بلایا (نقش ها و مسئولیت های پرستاران)
- مراقبت های پرستاری از مجروحین جنگ های نوین
- جنبه ها و ملاحظات اخلاق پرستاری در بحران و بلایا
- مراقبت های پرستاری از گروه های خاص و آسیب پذیر
- مراقبت های روحی-روانی-معنوی و اجتماعی پرستاران از مصدومین حوادث و بلایا
- |آشنائی با سازمان های امداد و نجات و مهارت های ارتباطی[10] در حوادث و بلایا
- مراقبت های پرستاری از پناه جویان و اردوگاه ها و پناهگاه های شرایط اضطراری
- نقش ها و مسئولیت های مدیریتی، نظارتی و ارزشیابی پرستاران در حوادث و بلایا
- مهارت های مراقبتی برحسب وظایف حرفه ای و فرایندهای پرستاری
- نقش های بازتوانی و توانبخشی توسط پرستاران
- مطالعات پرستاری در جنگ و بلایا

14- خاطراتی از حضور و خدمات پرستاری در دفاع مقدس

در زمان هر حمله که ممکن بود از نیمه شب و ساعتی از روز یا شب شروع شود، به محض بلند شدن صدای آژیر آماده‌باش، همزمان هلیکوپتر و آمبولانس‌ها و خودروهای شخصی مجروحان را به بیمارستان می‌آوردند. پر ستاران هم در خدمت بیمارستان‌ها و مجروحان بودند و در این زمینه روز را از شب نمی‌شناختند . در کنار آن، وضعیت مجروحان اعزامی که اعزام آن‌ها به عللی در فرودگاه با تاخیر انجام می‌شد را پیگیر بودند پرستاران گاهی اوقات بدلیل کمبود نیروی انسانی، علاوه بر وظایف بهداشتی و درمانی، فعالیت های دیگری نیز انجام از قبیل نظافت بخش ، فراهم اوردن امکانات عبادات برای مجرو حین و.....را انجام می دادند

***

پر ستاران در یکی ازعملیاتها که عراق از بمب شیمیایی استفاده کرده بود، بدون درنظرگرفتن سلامتی خود، اقدام به جابجایی مجروحان کرده و به بهداری بردند بعد از گذشت لحظاتی، احساس کردند نمی توانند نفس بکشند و حتی گاهی به خاطر سنگینی جابجایی و ناگهان بیهوش می شدند

***

یکی از پر ستاران دفاع مقدس با اشاره به اینکه شاید دیدن جانبازان شیمیایی بسیار سخت باشد، تصریح کرد: گاهی فکر کردن به مسائل و مشکلاتی که جانبازان شیمیایی با آن دست و پنجه نرم می کنند، ناراحت کننده است؛ اما امیدواریم همچنان شایستگی و توفیق پرستاری دلیرمردانی را که خود از نزدیک شاهد ایثارگری هایشان بودبیم داشته باشیم

***

[9] Mass casualty
[10] Communication skills

در بخش مجروحین بیمار کردی از کرمانشاه بستری شده بود . او گروهبان ارتش بود و در میدان جنگ پاشنه پای خود را بر اثر اصابت با مین و انفجار آن از دست داده بود. ساق پای وی با یک پوست به کف پایش وصل شده بود .من او را هر روز پانسمان می کردم و پایش را در ظرف بتادین قرار می دادم . یکی از خاطرات فراموش نشدنی من این است که وی هرگز اظهار ناراحتی نمی کرد و به هدفش ایمان داشته و به پای از دست رفته اش فکر نمی کرد

***

که یکی از مجروحان که به شکمش ترکش خورده بود در جبهه لاپاروتومی شده بود . در هنگام پذیرش در بخش پوست شکمش توسط پزشک برداشته شد . شکمش پر از عفونت بود. لایه ای عفونی روی شکمش را گرفته بود این بیمار به سختی پانسمان می شد .پانسمان شکم وی بسیار دشوار بود در آن زمان هم تجهیزات مورد نیاز به وفور در اختیار پرسنل قرار نداشت . اما به تدریج زخم عفونی وی التیام پیدا کرد و بیمار بهبود یافت این بیمار روند دردناک و بسیار دشواری را پشت سر گذاشت اما وقتی که بهبودی یا فته و با کمترین معلولیت از بخش مرخص شد خستگی پرسنل از بین رفت

***

---در بخش سی سی یو مجروحی با تشخیص بلوک قلبی کامل بستری شد .وی باید پیس میکر می گذاشت ولی در این بیمارستان با زحمت فراوان آمپول ایزوپرنالین در سرم بیمار ریخته می شد. اگر مقدار انفوزیون دارو قطره ای تغییر می کرد بیمار دچار تاکیکاردی می شد . در آن زمان پمپ انفوزیون در دسترس نبود و پرستار مجبور بود ساعت ها در کنار بیمار مراقب باشد و با کنترل نبض بیمار به طور دقیق انفوزیون دارو را تحت کنترل داشته باشد تا بیمار دچار کوچکترین مشکلی نشود

***

زایمان در حین موشک باران بیمارستان

در حال جمع کردن وسایلم بودم که دکتر الیاسی پیش من آمد و گفت: «زنی را آورده‌اند برای زایمان چنان درد می‌کشد که می‌گویی همین الان بچه به دنیا می‌آید، ولی هیچ‌کدام از ما نمی‌توانیم این کار را انجام بدهیم بهشان گفتم برود ماما خانگی پیدا کنند ما اینجا کسی را نداریم.»

- من می‌توانم مامایی کنم.

- تو می‌توانی؟! -آره، دوره مامایی را دیده‌ام بلدم، بگو اورا بیاورند. -راست می‌گویی حواسم نبود گفته بودی!

از زنی که همراه زائو بود خواستم بیاید و کمک کند. زائو را به اتاق زایمان بردیم. قبل از هر کاری برایش سرم وصل کردم. بچه اولش بود. زن زائو عرب بود و فارسی متوجه نمی‌شد. به زنی که همراه زائو آمده بود، گفتم: «بگو خودش هم کمک کند بچه به دنیا بیاید.» خیلی طول نکشید درد زن شدید شده بود و بچه داشت به دنیا می‌آمد که یک دفعه موشکی به بیمارستان اصابت کرد زن یباره روی تخت بالا رفت و بچه در شکمش به عقب برگشت یک بار دیگر کار را از نو شروع کردیم دوباره بچه در حال به دنیا آمدن بود که موشک دیگری به بیمارستان زدند و وضع قبل تکرار شد نگران بودم ضربان قلب بچه داشت کند می‌شد ولی بالاخره به هر زحمتی بود بچه به دنیا آمد.

پسر سبزه و قشنگی بود. شروع کرد به گریه کردن . سریع بند ناف را جدا کردم و کارهای بعد از زایمان مادر را انجام دادم. همین‌که بچه را زیر بغل زن دادم از روی تخت بلند شد و شروع به دویدن در بیمارستان کرد. به طرف نگهبانی رفت. شوهرش آنجا بود. بچه را دست او داد. شوهر زن در مدتی که ما در اتاق زایمان بودیم، رفته و یک جعبه شیرینی آورده بود. شیرینی‌ها خشک بودند. گفت: «ببخشید می‌دانید اینجا چیزی نیست این شیرینی را برای شما آورده‌ام.» آنها تشکر کردند و رفتند. جعبه شیرینی را پیش همکارانم بردم. مدت‌ها بود شیرینی نخورده بودیم. همکاران سرش دعوا داشتند. بعد از خوردن شیرینی از ساختمان بیرون رفتیم تا محل اصابت موشک را ببینم. قسمتی از ساختمان بیمارستان کاملاً خراب شده بود. همکاران گفتند: «ترابی ما فکر کردیم حالا چه طوری تو را از زیر آوار در بیاوریم.»

برگرفته ازکتاب خاطرات ایران، خاطرات ایران ترابی(کاردان بیهوشی)

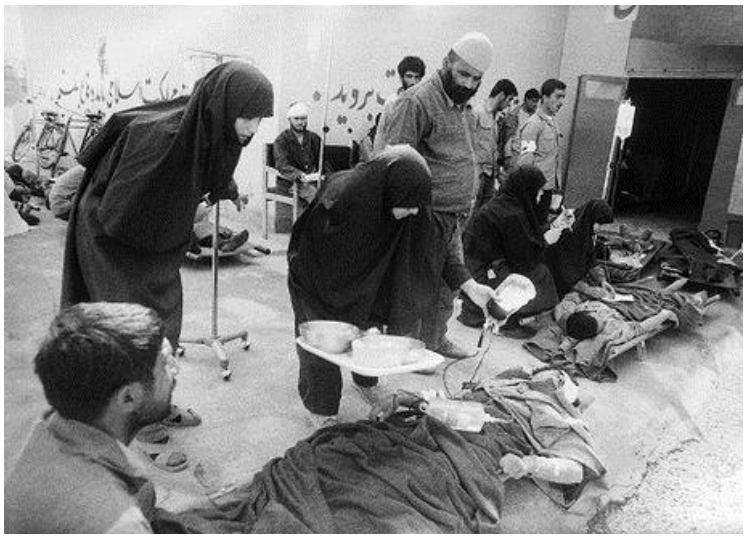
16- قاب های ماندگار از نگاره های خدمات پرستاری در دفاع مقدس

حضور ایثارگرانه پرستاران در کردستان- قبل از شروع جنگ تحمیلی

مردان پرستار در اورژانس های خطوط مقدم

پرستاران بر بالین مجروح-روزهای اول جنگ

مراقبت پرستاری مجروحین در اورژانس



فتح المبین نوروز 1361- بیمارستان شوش

16- منابع

1- Military nurse**:** From Wikipedia, the free encyclopedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Military_nurse

Klaus R. Schroeter: Das soziale Feld der Pflege: Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Juventa, 2005 ,ISBN .4 ,8-1625-7799-3 Die Differenzierung des Pflegefelds, S. 43–44

3- ebling.library : Short History of Military Nursing: Korean War, 1950-1953. https://researchguides.ebling.library

4- Iris J. West, LTC, ANC: The Women of the Army Nurse Corps During the Vietnam War. http://www.vietnamwomensmemorial.org

5- **فیروزکوهی-محمدرضا، ضرغام بروجنی-علی، نورائی-مرتضی، رهنما-مژگان، و بابائی پور-مرتضی: تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران: یک مطالعه تاریخی. مجله طب نظامی، دوره 17، شماره 3، پائیز 1394، صفحات 136-127**

6- Gerhardt R T, et.al, Fundamentals of Combat Casualty care. Capter 3, Borden Inst. U.S. Army Medical Department ans School, 2012, https://www.researchgate.net

7- **الوندیان-لیدا: اقدامات پرستاری در جنگ (ترجمه و تنظیم). فصلنامه پرستاری و مامائی ایران، جلد 1، شماره 1، سال 1366، صص 51-47**

8- فرخ شاهی-جهان بخش، و فرخشاهی-سوسن: مراقبت پرستاری از مجروحین شیمیایی. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، شماره 21 و 22، بهار و تابستان 1392، صص 45-43

9- عامریون, نسب س, هرمز, خلفی ط, زارچی ک. آگاهی و نگرش پایوران یک مرکز نظامی ازآموزش های خودامدادی و دگرامدادی. مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداد. 2;2013(3):167-74.

10-Sullivan MK, Donnelly B. Emergency department response to terrorism. Advanced Emergency Nursing Journal. 2005;27(1):50-77.

11- نژاد شفیعی-مهدیه، سرهنگی-فروغ، رحمانی-علی، و سالاری-محمدمهدی: ضرورت یادگیری دانش و مهارت های لازم برای پرستاران در بلایا. دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. آذر و دی 1395، صص 334-328

فصل هفدهم

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

پدید آورندگان: دکتر زرین تاج کیهانی دوست- دکتر ویدا کاظمی- دکتر فاطمه رنجبر

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

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

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با تاریخچه حضور زنان در مسئولیت های پرستاری و مداوای رزمندگان، الگوها، اسطوره ها
- آشنایی با نقش های بانوان در خدمات بهداشتی درمانی و امدادرسانی: شروع جنگ وتحولات بعدی آن
- شرایط حضور زنان در جهاد تدافعی و مسئولیت پذیری در میادین نبرد و پشت جبهه، بویژه امداد و نجات
- تحولات و اهمیت تربیت نیروی انسانی زن در حوزه بهداشت و درمان کشور، در دوران دفاع مقدس
- آشنائی با نقش های تخصصی پزشکی و پرستاری بانوان در دوران دفاع مقدس، بعد از آن و در آینده
- آشنایی با نقش های اجتماعی- فرهنگی و مدیریتی زنان در حوزه سلامت، طب رزمی و مقاومت
- آشنائی با نقش های آموزشی، تربیتی، و ترویجی زنان در حوزه های دفاعی، پیشگیری، بهداشت و درمان
- آشنائی با نقش زنان در پیشگیری و کنترل تهدیدات جنگی و بلایای طبیعی وحوادث غیر مترقبه
- آشنائی با نقش زنان در تدارکات و پشتیبانی بهداری رزمی و نقش های خطیر تدافعی در دوران جنگ نرم و مقاومت
- آشنائی با نقش های حمایتی زنان از پناهجویان و آسیب دیدگان جنگ تحمیلی و تداوم آن در آینده
- آشنائی با نقش های حیاتی زنان در بحران های آینده نظام سلامت (اعم از جنگ و حوادث غیرمترقبه)
- شرایط حضور زنان در فعالیت های اجتماعی سلامت در بحران های آینده نظام سلامت (جنگ و بلایا)
- تحلیل حضور زنان در میادین علم و فناوری، پشتوانه توسعه پایدار سلامت و امنیت ملی
- آشنائی با نقش آفرینی اخلاقی و معنوی زنان در نظام سلامت مقاومتی

فهرست مطالب فصل هفدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3- روش تنظیم درسنامه
4- ادبیات علمی موضوع
دیدگاه جدید انقلاب اسلامی در مورد زنان:
رسالت اجتماعی زنان
دفاع مقدس
شرکت زنان در جهاد تدافعی
نگرش قرآن به استعدادهای درونی و بیرونی زن و مرد
سلامت زنان در شرایط جنگ
5- الگوی تاریخی و اسلامی حضور بانوان ایرانی در دفاع مقدس(پیشینه تاریخی حضور زنان در امدادرسانی به مجروحان جنگ های صدر اسلام)
6- نقش زنان در جنگ های مهم معاصر دنیا، قبل از جنگ تحمیلی
7- حضور زنان در تشکیلات نظامی و حوزه بهداری قبل از شروع جنگ تحمیلی
8- حضور زنان در خدمات بهداشتی و درمانی جهاد سازندگی، قبل از شروع جنگ تحمیلی
9- حضور زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس
حضور زنان در امداد ودرمان بهداری رزمی آغاز جنگ تحمیلی (**روز و هفته اول و ماههای اول جنگ**)
حضور گسترده و داوطلبانه زنان در عملیات امداد و درمان در سال اول جنگ
نقش زنان در بهداری رزمی جبهه ها و مناطق عملیاتی دفاع مقدس
10- توسعه سریع سرمایه انسانی زنان کشور در طول 8 سال دفاع مقدس و بعد از آن
11- سازماندهی نیروی زنان در تشکیلات بهداری رزمی
12-خاطراتی از نقش آفرینی بانوان در بهداری رزمی دوران دفاع مقدس
خاطره ای از روز اول جنگ در آبادان
روایتی از پرستاران سلحشور ماه های اول جنگ در بیمارستان طالقانی آبادان
معرفی نمادین 5 بانوی شهیده سرافراز شهیدان مظلومه دوران دفاع مقدس
13- نقش زنان در پیشگیری و کنترل تهدیدات جنگی و بلایا طبیعی وحوادث غیر مترقبه
14-زنان درساختار طب رزمی نوین
15- نقش های بی بدیل زنان در عرصه های اجتماعی و فرهنگی سلامت با الهام از الگوها، اسطوره ها و ارزش های دفاع مقدس
16- سیمای زنان در ادبیات بهداری رزمی و مقاومت
17- نگاره های ماندگار از خدمات بی بدیل زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس
18- منابع

9 ماه پــس از شروع جنگ به صورت رسمی, امام خمینی "ره" ارزش مبارزه و تلاش زنان را بالاتر و ارزشمنــدتــر از مردان اعلام و در جمع بانوان عضــو جهاد دانشگاهی فرمــودند: "عواطفی که در بانــوان است, مخصــوص خــودشان است و در مــردها ایــن عواطف نیست. لهذا آن چیزی که در پشت جبهه از روی عواطف از بــانــوان صــادر مــی شـــود, بیشتر و بالاتــر و ارزنــده تــر است از آن چیزی که از مــردها صادر مــی شــود. به مــوجب عواطفــی که بانــوان دارنــد, آنها بــرای جبهه کارهای بسیار مفید انجام داده اند و مــی دهند"

[1]

1-مقدمه و بیان مسئله

تجربه ارزشمند دفاع مقدس ثابت نموده است که "زنان در قالب تشکیلات نظامی و غیر نظامی، در اجرای مراقبت‌های امدادی و پزشکی، عملیاتی و غیرعملیاتی و نیز در مواقع بحران ها و حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی از توانایی بالایی برخوردار هستند" . در این گفتار، تحلیلی و اجمالی، نقش ها و نقش آفرینی های بانوان کشور در دوران دفاع مقدس، ارائه خواهد شد. نجات جان نیروی های انسانی و نظامی و حفظ روحیه رزمندگان، تا حد زیادی به نحوه امداد و درمان و بازگشت سریع نیروهای درگیر در نبرد بستگی دارد. برای این امر باید نیروهای امدادرسانی وخدمات پزشکی هماهنگ و در نزدیک ترین فاصله زمانی و مکانی با واحدهای عملیاتی رزمی، ضمن رعایت الزامات امنیتی و سایر ملاحظات نظامی، بهترین و سریع ترین خدمات تخصصی پزشکی را ارائه دهند. امکان تحرک و جابجایی سریع، ارائه خدمات درخطوط مقدم نبرد با کمترین امکانات و بیشترین بازدهی عملیاتی، از الزامات این امدادرسانی است. **حضور و مسئولیت پذیری زنان در میدان های خطیر نبرد، اقتضائات متفاوتی نسبت به مردان دارد**. در جنگ های کلاسیک این وظایف برعهده مردان است و از ظرفیت ها و مهارت های بانوان برای خدمات پشت جبهه، از جمله آموزش نیروهای بهداری، تداوم خدمات امداد و درمان، و حفظ روحیهٔ سربازان و وظایف پشتیبانی و نگهداری استفاده می شود. آموزش و کسب مهارت های مورد نیاز برای نیروهائی که وظیفه اصلی امداد و درمان و سایر مراقبت‌های بهداشتی نیروهای نظامی درگیر در عملیات جنگی را بر عهده دارند، بسیار ضروری و حیاتی است و موجب کاهش تلفات جنگی خواهد بود. در مقاطع و شرایطی از جنگ تحمیلی، زنان در مواضع خطیر امداد و درمان خطوط مقدم نبرد حضوری پر صلابت و زینب گونه داشته اند. بیمارستان طالقانی آبادان (از شروع جنگ تا شکست حصر آبادان) و بیمارستان نظام مافی شوش (از شروع جنگ تا فتح المبین) در نزدیک ترین فاصله نسبت به خط مقدم نبرد قرار داشتند و بانوان پزشک و پرستار و امدادگر بدون وقفه به خدمات خود ادامه دادند و شهدای مظلومی نیز به انقلاب و اسلام تقدیم نمودند و بسیاری نیز مجروح شدند.

[1] از بیـانـات امـام خمینـی در جمع بـانـوان جهاد دانشگـاهـی, 60/3/2, صحیفه نور, ج14, ص230.

در دوران دفاع مقدس، بعد از احیاء و اقدامات حیاتی در مراکز اورژانس و بیمارستانهای صحرایی، حجم عمده خدمات و مراقبت های پزشکی، پرستاری و بازتوانی در مراکز بهداشتی-درمانی شهرها و مراکز استان مناطق جنگی، مراکز استانهای بزرگ کشور خاصه تهران، مراکز استان های مجاور به مناطق جنگی و سایر استانها و شهرهای کشور انجام می شده است. تقریباً تمام بیمارستانهای کشور در این وظیفه خطیر و مقدس ملی مشارکت داشته اند. **در همه این مراکز عمده ترین نقش ها بر عهده پرستاران، بهیاران ، امدادگران و سایر کارکنان زن، بوده است** . بانوان پزشک و متخص نیز مشارکت بسیار فعالی داشته اند. چه بسیار سربازان ومجروحانی که علیرغم شدت جراحات به دلیل مراقبت های پزشکی توسط زنان فعال در عرصه بهداری رزمی به زندگی بازگشته اند. زنان در خدمات توانبخشی و سایر خدمات پزشکی مانند فیزیوتراپی و کاردرمانی، مشاوره های روانشناسی به سربازان و معلولان جنگی نقش مهمی داشته اند و این خدمات همچنان ادامه دارد و در حوادث و بلایا، از ارکان خدمت رسانی بشمار می رود.

2- کلمات کلیدی

زن - دفاع مقدس- سلامت زنان-پرستاری جنگ-زنان در جنگ

Key Words

Woman, Holey Defense, Women's Health, Combat Nursing, Women in Combat,

3- روش تدوین درسنامه

برای تدوین این فصل از درسنامه، ابتدا در گروه تدوین و به روش بحث متمرکز گروهی موضوع شناسی انجام شد. با انتخاب کد واژه های مطالعه، در مرحله مطالعه کتابخانه ای، مطالب منتخب شناسائی شد. با انجام مصاحبه تاریخ شفاهی، با منتخبی از بانوان فعال و حاضر در دوران دفاع مقدس، در حوزه بهداری رزم، بخش مهم دیگری از مطالب تهیه و در مرحله نهائی تدوین اولیه انجام شد. در جلسات نهائی کارگروه تدوین، نتایج اولیه ارائه و با دریافت نظرات نهائی اساتید کارگروه، متن نهائی به شرح درسنامه حاضر ارائه شد. این متن با دریافت نظرات و نقد و پیشنهاد توسط صاحبنظران، در آینده ارتقاء خواهد یافت.

4- ادبیات علمی موضوع

دیدگاه جدید انقلاب اسلامی در مورد زنان:

با بروز انقلاب اسلامی و بازگشت به اسلام ناب محمدی "ص " از سوی امام خمینی"ره" ، احیای شخصیت زن مسلمان چه در نظر و چه در عمل جلوه ای دیگر یافت و دیدگاه جدیدی در باب زن و ارزش های او در جامعه پدید آمد. در صحنه عمل، زنان در صحنه های سیاسی، فرهنگی و اجتماعی، پا به پای مردان و گاهی مقدم بر آنان، در صحنه جامعه نقش آفرین شدند (1).

رسالت اجتماعی زنان:

رسالت زنان با مفهوم پیام‌آوری، احساس تعهّد و نوعی از نمایندگی از همه جامعه است. این تعهد ریشه در دریافت های ارزشی و معنوی عالی تری دارد که حتّی موجودیت عادی رنان نیز نیازمند آن دریافت‌ها است. مفهوم رسالت ابلاغ و اجرای حقیقت‌های عالی‌تر از وضع عینی موجود، یا کوشش برای ادامهٔ حقایق عالی‌تر از وضع تثبیت شده موجود، از یک منبع والاتر به همه انسان هایی که نیازمند آن حقایق می‌باشند[2].

[2] علامه جعفری: کتاب ترجمه و تفسیر نهج البلاغه ، تعریف رسالت

دفاع مقدس

مجموعه مجاهدت ها، حماسه ها، پایمردی ها و فعالیت های متنوعی که ملت شریف و مسلمان ایران و نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در طول هشت سال (2895 روز) در برابر تهاجم رژیم بعث عراق به خاک ایران اسلامی انجام دادند و از این امتحان الهی سربلند و پیروز بیرون آمدند (2) (مراجعه به کلیات در جلد اول).

شرکت زنان در جهاد تدافعی

در فقه اسلامی جهاد ابتدائی، از زنان برداشته شده است. نوعی از جهاد تدافعی است، مانند زمانی که مرکز اسلام در خطر حمله و هجوم دشمن باشد، که آنجا مرد و زن، پیر و جوان ، سالم و بیمار، تفاوتی نمی کنند و همه برای دفاع وارد می شوند (1). در مقاطعی از دفاع مقدس حضور بانوان در فعالیت های دفاعی، از جمله غافلگیری خانواده های مرزی، امدادرسانی و بهداشت و درمان و مراقبت از مجروحان جنگی، از مصادیق عینی جهاد تدافعی بوده است. نقش زنان در جنگ و دفاع به امور پشتیبانی، تدارکات، حفظ سنگرهای پشت جبهه و مداوای مجروحان ختم نمی شود بلکه در مواردی زنان همانند مردان با حضور در میادین نبرد از خود اسطوره های مقاومت و شجاعت ساخته اند

نگرش قرآن به استعدادهای درونی و بیرونی زن و مرد

نگرش قرآن در برخورداری زن و مرد از استعدادهای درونی مانند دارا بودن روح الهی (حجر /28ـ29) وجدان اخلاقی (شمس / 7ـ8) حمل امانت (احزاب / 72) و در امکانات بیرونی چون دانش (بقره / 239) (علق / 4ـ5) نگرش واحدی است[۳].

سلامت زنان در شرایط جنگ

سلامت زنان عبارت است از حالت "رفاه کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در زنان". سلامت زنان از مباحث عمده بهداشت عمومی بوده، سلامت زنان از منظر تفاوت های فیزیولوژیک، جنبه های فرهنگی و اجتماعی، جنبه های سلامتی (بعنوان ارائه کنندگان و دریافت کنندگان خدمات و مراقبت های سلامت)، و سایر جهات حائز اهمیت مضاعف است. در شرایط جنگی، سلامت زنان، مانند مردان و یا بیش از آن به مخاطره می افتد و لازمه مراقبت از سلامت زنان عطف توجه در برنامه ریزی های راهبردی و عملیاتی سلامت در زمان جنگ است.

پرستاری جنگ

حرفه پویا و مفید پرستاری در جنگ ها خدمات انساندوستانه بی بدیلی ارائه نموده، رشد و تعالی و شکل گیری فلسفه حرفه ای آن تا حدود زیادی مرهون جنگ ها بوده است. ایثار، شهامت و خدمات پرستاران در جنگ تحمیلی، پرستاری را به سمت حرفه ای شدن پیش برد، جایگاه آن را ارتقاء بخشید و نیروهای انسانی توانمندی به جامعه ارزانی داشت (3).

5- الگوی تاریخی و اسلامی حضور بانوان ایرانی در دفاع مقدس:

(پیشینه تاریخی حضور زنان در امدادرسانی به مجروحان جنگ های صدر اسلام)

در صدر اسلام زنان متعهد و شجاع، نقش های مستقیم و مؤثری در جبهه ها و نیز مسئولیت های امداد،پشتیبانی، تدارک جبهه و جنگ و مداوای مجاهدان مجروح اسلام را عهده دار بوده اند. پیامبر گرامی اسلام "ص" برای زنان ارزش و اهمیتی والا و متناسب با شخصیت و خلقت آنان قائل و به نقش سازنده و مشارکت سرنوشت ساز آنها در مسیر دعوت و نشر شریعت مبین اسلام و حضور فعال آنان در عرصه ها و صحنه های مختلف تأکید و عمل فرموده است. حضور زنان در **امدادرسانی به مجروحان جنگ های صدر اسلام** بطور اجمال بشرح زیر ارائه و برای مطالعه بیشتر به منابع مرتبط مراجعه شود (4):

---

[3] وکیلی-الهه: اسلام و نقش زنان در عرصه دفاع: پرتال امام خمینی، http://www.imam-khomeini.ir

درجنگ احد نسیبه جراحه بنت کعب معروف به ام عماره، سمیرا بنت قیس، ام عطیه انصاری، ام ایمن، هند بنت عمروبن حزام (همسر عمروبن جموح)، حسنه بنت جحش و تعدادی دیگر از زنان مسئولیت های مختلف آبرسانی – درمان و مداوای زخم های مجروحین، پختن و توزیع غذا، رسانیدن مهمات (تیر و نیزه و شمشیر) به رزمندگان، تعمیر وسایل جنگی، نگهبانی از اموال و اردوگاه، ترغیب و تشجیع مجاهدان به ادامه نبرد را بر عهده داشته اند. سرپرستی این بانوان رشیده را **حضرت فاطمه زهرا** سلام الله علیها بر عهده داشته اند. در یک فراز عجیب از این جنگ بسیار دشوار، نسیبه جراحه به همراه فرزندان و قلیل مدافعان که جمعاً بیست نفر بودند و حضرت علی "ع" در پیشاپیش آنان، با جنگ و فداکاری بی مانندی خویشتن را سپر حضرت رسول خداوند حضرت محمد "ص" قرار داده و حفاظت از جان حضرت را برعهده داشتند. افتخار دفاع مستقیم از پیامبر رحمت در طول تاریخ اسلام نصیب هیچ زن یا مرد مسلمان دیگری نشده است. نسیبه که قلب با ایمانش مشحون از مهر رسول خدا "ص" بود، در صحنه ای پیامبر اکرم"ص" را تنها در برابر خیل دشمن مشاهده نمود. همین که وضع را به این نحو دید، مشک آب را به زمین گذاشت و شمشیری به دست گرفت. گاهی از شمشیر استفاده می کرد و گاهی از تیر و کمان. سپر مردی را که فرار کرد برداشت و مورد استفاده قرار داد. پرستار رزمندگان در خط مقدم دفاع از پیامبر قرار گرفت .... (5).

در جنگ خیبر بیش از بیست و سه نفر از زنان متعهد که خود را به اردوی مسلمانان رسانده و عهده دار در انجام وظایف مشخص شدند (در رأس این وظایف سقایت تشنگان و مداوای مجروحان جنگ بوده است) . بعضی از این بانوان پر افتخار صدر اسلام عبارتند از : صفیه بنت عبدالمطلب[۴] ، ام ایمن[۵] ، ام عطیه انصاری[۶]. ام ابیه ، ام عماره (نسیبه جراحه)، هند بنت عمروبن حزام ، سلمی[۷] ، امیه بنت قیس[۸] به اتفاق تنی چند از دیگر زنان بنی غفار، ام سنان اسلمیه، و دیگر بانوان از محبان اهل بیت عصمت و طهارت و شیرزنی با همت و شجاعت که به همراه زوجه شریف و بزرگوار رسول الله (ص) ام سلمه و دیگر زنان پارسا و متعهد در جنگ خیبر مسئولیت امور درمان و مراقبت از مجروحین و جمع آوری و رساندن مهمات به مجاهدان، نگهبانی و حراست از اردوگاه و اموال مسلمین و دادن روحیه و ترغیب و تشویق رزمندگان به ادامه نبرد بر دوش آن زنان فداکار و نام آور بوده است.

در جنگ خندق (احزاب) و محاصره شهر مدینه، مسئولیت خیمه درمان و جراحی مجروحین جنگ به بانوی شجاع و مومنه بنام رفیده توسط توسط رسول خدا(ص) محول شد. در مسجدالنبی چادری دایر و به مداوا و مراقبت و همچنین جراحی مجروحین جنگی به کمک زنان جراحه چون نسیبه جراحه می پرداختند. در همین چادر و خیمه رزمی، سعدبن معاذ صحابی بزرگ به مدت 20 روز تحت نظر و درمان و مداوا قرار گرفت تا سرانجام به فوز شهادت نایل آمد.

در فتح مکه به ویژه جنگ سرنوشت ساز حنین نیز زنان غیرتمندی همچون نسیبه بنت کعب انصاری، ام عطیه انصاری، ام حادث انصاری که در شجاعت و اسب سواری و دلاوری معروف و با مردان و پهلوانان بنام برابری می کرد، ام سلیم بنت ملحان به همراه شوهرش در حالیکه باردار بود شمشیر بر کمر جهت دفاع از خود و زدن فراریان از جبهه حضور داشتند. زنان مذکور در تنگنای نبرد و فرار مسلمین وظایف محوله را رها و خود را برای محافظت از وجود پیامبراکرم (ص) به وی رسانیدند و نسیبه و ام حارث در پیشا روی حضرت، خویش را سپر بلا قرار داده و به دفع شر دشمنان پرداخته و خود نیز زخمی شدند.

در جنگ صفین شرکت زنان با صلابت و فداکاری چون بکاره هلالیه، زرقاء دختر عدی، سوده دختر عماره، عکرشه بنت اطرش و ام الخیر با تقبل وظایف و مسئولیتهای داوطلبانه، خاصه مداوای مجروحین جنگ

در حادثه حماسی کربلا همراهی و همدلی ام عمروبن جناده که به سرپرستی حضرت زینب کبری سلام الله علیها در مداوای مجروحان و مراقبت از کودکان و زنان اسیر، حماسه های جاوید خلق نمودند

---

[4] خواهر شریف حمزه سیدالشهداء(ع)

[5] از زنان بسیار شجاع که نامش زینت بخش تاریخ جنگ های زمان رسو ل الله(ص) است

[6] این شخصیت علاقه شدیدی به شرکت در جنگ ها داشته و حداقل در هفت غزوه بزرگ شرکت نموده است

[7] کنیز پیامبر (ص)

[8] از زنان مهاجر و مومنه

6- نقش زنان در جنگ های مهم معاصر دنیا، قبل از جنگ تحمیلی

تا شروع جنگ جهانی اول (1914) شرکت زنان در جنگ مورد اختلاف بود. در طول این جنگ بیش از 21000 پرستار زن در بیمارستانهای نظامی آمریکا و ماوراء بحار خدمت می کردند. این تعداد در جنگ جهانی دوم به بیش از 60000 افزایش یافت . این در حالی بود که همزمان (در 1943) حدود 150000 زن در رسته های نظامی بکار گرفته شدند(6). از شروع دهه 1970 بسیاری از ارتش های غربی، شروع به پذیرش زنان و سپردن مسئولیت های فعال به آنها نمودند. بسیاری از نقش ها، هم چنان بهداشتی-درمانی و امدادی بوده است. در جنگ کره (1953-1950) بیش از 600 پرستار نظامی زن در مراکز امدادی جبهه ها و تعداد بسیار بیشتری در بیمارستانهای بزرگ ژاپن بکار گرفته شدند (6). یک پرستار زن نیز کشته شد.

در جنگ ویتنام ارتش آمریکا شاخه پرستاری نظامی را از سال 1956 در سایگون دایر نمود. مأموریت اولیه این رسته، آموزش به پرستاران ویتنام جنوبی بود. تا سال 1973، بیش از 5000 پرستار به ویتنام اعزام شدند (7). توسعه پرستاری بطور عمده مرهون مشارکت پرستاران در جنگ بوده است. در جنگ کره پرستاران نظامی مسئولیت های بیشتری بر عهده گرفتند که بنوبه خود موجب افزایش مهارت ها و ارتقای عملکرد آنها بعد از جنگ شد. توسعه در بخش های مراقبت ویژه، اورژانس، اتاق عمل و جراحی کاملاً وابسته به جنگ می باشد (8). حضور پزشکان زن در مسئولیت های پزشکی در جنگ ها، با مخالفت های اجتماعی توأم بوده است، اما پزشکان داوطلبی، ضمن مقابله با این مخالفت ها با حضور و عملکرد درخشان راه را برای دیگران هموار نموده اند. در این زمینه کتابی توسط *Judith Bellafaire and Mercedes Herrera Graf* منتشر شده است (9)

7- حضور زنان در تشکیلات نظامی و حوزه بهداری قبل از شروع جنگ تحمیلی

جمعی از کارکنان زن در ارتش جمهوری اسلامی ایران در سازمان های اداری، بیمارستانها و مؤسسات بهداشتی-درمانی نظامی شاغل بودند. اکثریت این کارکنان پس از آموزش های حرفه ای، جذب مراکز درمانی ارتش برای خدمت رسانی به خانواده نیروهای مسلح می شدند. این مراکز در تهران عبارت بودند از : اداره بهداری ارتش، اداره بهداری نیروی زمینی، اداره بهداری نیروی هوائی، اداره بهداری نیروی دریائی، بیمارستان تخصصی 501، بیمارستان تخصصی 502، بیمارستان 503 جراحی و زنان و زایمان[9]، بیمارستان 504 چشم و گوش و حلق و بینی، بیمارستان 505 بیماری های ریوی، بیمارستان 506 اعصاب و روان، بیمارستان خانواده ارتش، آمادگاه 501 بهداری (شامل داروخانه سپه)، بیمارستان مرکزی نیروی هوائی[10] (بعثت)، بیمارستان مرکزی نیروی دریائی (بیمارستان گلستان)، و بیمارستانهای تابع نیروهای سه گانه مسلح در مناطق مختلف کشور (10). در بسیاری از این مراکز کارکنان زن شاغل بودند و خدمات پرستاری عمدتاً توسط بانوان ارائه می شد.

8- حضور زنان در خدمات بهداشتی و درمانی جهاد سازندگی، قبل از شروع جنگ تحمیلی

پس از گذشت حدود چهار ماه از پیروزی انقلاب اسلامی، امام خمینی در پیامی به تاریخ ۲۶ خرداد ۱۳۵۸ ضرورت تشکیل جهاد سازندگی را به منظور آبادانی روستاها اعلام کرد. در پی این پیام، جهاد سازندگی در ۲۷ خرداد همان سال با دو هدف اصلی تشکیل شد: رفع محرومیت از روستاها و تأمین درآمد کافی و ایجاد اشتغال در روستاها و رشد و شکوفایی کشاورزی[11]. همه اقشار مردم در این نهضت بزرگ سازندگی بطور گسترده شرکت نمودند. بسیاری از دانش آموختگان و دانشجویان گروه های پزشکی، پرستاری، دندانپزشکی، و سایر رشته های علوم پزشکی و سایر رشته های دانشگاهی، به فرمان امام خمینی (قدس سره) در قالب گروه های داوطلب مردمی برای محرومیت زدایی به روستاهای دور افتاده رهسپار شدند. روستاهای مناطق مرزی از نقاط برگزیده هدف در

---

[9] - در سال 1325 تأسیس شد، در سال 1350 امکانات بخش جراحی آن به بیمارستان 501 و امکانات بخش زنان و زایمان آن به بیمارستان خانواده ارتش منتقل و فعالیت بیمارستانی آن متوقف شد

[10] -در سال 1320 تأسیس شد، در سال 1364 به خیابان بسیج منتقل و تعداد تخت های آن به 150 افزایش یافت و به نام بیمارستان بعثت نامیده شد

[11] - ایروانی، ۱۸۴؛ صحیفه‌ی امام، ج۸، ۱۷۹ ـ ۱۸۰

این حرکت پرصلابت مردمی بود. حضور زنان و دختران دانشجو یا فارغ التحصیلان دانشگاهی بسیار چشم گیر و از اسناد پر افتخار حضور و نقش آفرینی بانوان در عرصه های اجتماعی است. تجربه قبل از جنگ جهادسازندگی در مناطق محروم، اگرچه بسیار کوتاه بود، اما دستاوردهای عظیمی بدنبال داشت و با آغاز جنگ تحمیلی، برای امداد رسانی در خدمت نیازهای جنگ قرار گرفت.

9- حضور زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس در سنگرهای امداد ودرمان در آغاز جنگ تحمیلی

روزهای اول جنگ:

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

هفته ها و ماههای اول جنگ:

با دستمایه های حاصله از جهاد سازندگی، اولین داوطلبین بسیجی، در آغاز جنگ، همزمان با تداوم ارایه خدمات عمرانی و بهداشتی به مناطق محروم، به مقابله با دشمن متجاوز شتافتند و از خود جلوه های به یاد ماندنی از ایثار و رشادت به نمایش گذاشتند. **بسیاری از این جهادگران از بانوان خیراندیش و شجاع این مرز و بوم بودند**. این حضور اولیه کاملاً داوطلبانه، خود جوش و مردمی بوده است. در هفته ها و ماههای اولیه شروع جنگ تحمیلی، بیمارستانها و مناطق بهداشتی-درمانی واقع در شهرها و در نزدیک ترین فاصله به خطوط مقدم درگیری ، زیر آتش مستقیم و بی امان دشمن به فعالیت خود ادامه دادند. بارزترین مؤلفه مقاومت بی نظیر این مراکز، حضور گسترده داوطلبانه زنان در همه شئون پزشکی-تخصصی، پرستاری، امدادگری، مدیریت و خدمات بوده است. شاخص ترین این مراکز مجاور خطوط مقدم عبارتند از:

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

تمام بیمارستانهای غرب و جنوب، با حضور پرشور و گسترده نیروهای بهداشت و درمان، و حضور چشمگیر زنان در تمام دوران دفاع مقدس فعال بوده و خدمات گسترده ای انجام داده اند (11).

حضور گسترده و داوطلبانه زنان در عملیات امداد و درمان در سال اول جنگ:

با تغییر ناگهانی شرایط کشور و وقوع جنگ تحمیلی و تخریب زیر ساخت های نظام مراقبت‌های پزشکی غیرنظامی در مناطق شهری و مرزی، نظام سلامت کشور با نیازهای عظیمی به خدمات و مراقبت های فوری سلامتی مواجه شد. علاوه بر نیازهای عادی مردم مناطق جنگی، بحران های ناشی از آوارگی صدها هزار پناهجوی جنگی، و نیازهای رو به افزایش مستقیم ناشی از جنگ،

طغیان بیماریهای واگیردار بومی (نظیر مالاریا، آنفلوآنزا، التور و تب پشه خاکی) بشدت تهدیدکننده بود. بسیج نیروهای داوطلب مردمی و بکارگیری تجارب و مدل جهاد سازندگی، در آن روزهای خون و آتش، بسیار راهگشا و دشمن شکن بود. در این حضور حیاتی و سرنوشت ساز، بانوان در قلب مواضع و سنگرهای مقدم خدمتگذاری ایثارگرانه قرار داشتند. حضور اکثریت زنان در عرصه دفاع مقدس داوطلبانه بوده است.

این نیروی عظیم وفداکار از خود خدمات و افتخارات عظیم، توام با مظلومیت و نجابت بر جای گذاشته است، به ویژه زنان شیردلی که در یک سو همسران ، فرزندان و برادران خود را که عازم جبهه بودند ، تشویق و تهییج و بدرقه می کردند و از سوی دیگر خود به امداد و درمان فرزندان رزمنده غیور و مردم مقاوم استانهای جنگ زده کشور می شتافتند. چه بسا بانوان بزرگواری مه بدون تکیه بر ساختار منسجم، و با کمترین امکانات، به سرعت حجم انبوهی از افراد آسیب‌دیده را امداد و تا حد توان درمان می کردند.

در روزها و ماههای آغازین جنگ شاهد حضور حماسی زنان در تشکیلات غیرنظامی بهداری و شهادت ،جانبازی واسارت مظلومانه آنان در خطوط مقدم نبرد بوده ایم. هرگز نمی‌توان از یاد برد خیل زنان و دخترانی را که با گذراندن دوره‌های‌کوتاه مدت امدادرسانی‌فوج فوج به جبهه‌ها هجوم برده و در خطوط مقدم و پشتیبانی، پروانه‌وار گرد مجروحان و مصدومان جنگ تحمیلی می چرخیدند و جراحات‌آنان را با تفقد و صبوری مادرانه التیام می‌بخشیدند. آمار بالای زنان شاغل در بخش‌خدمات پزشکی‌گویای آن است که به‌طور طبیعی حجم زیادی از مسئولیت مداوای مجروحان و آسیب‌دیدگان از جنگ در مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان ها متوجه زنان بوده است. سنگین‌ترین وظیفه در بیمارستان های شهرهای جنگی و نیز شهرهای مجاور بر عهده زنان فداکار، اعم از کمک بهیاران، بهیاران، پرستاران، پزشکان و متخصصان بوده است. پرستاری از مجروحین جنگ، انتقال مجروحین، نظافت بیمارستان‌ها، شناسایی شهدا، حفر زمین برای تدفین شهدا، و حتی نگهبانی از اجساد مطهر شهدا و بسیاری خدمات دیگر، همه نشانگر شور انقلابی و انسان دوستی زنان فداکاری بود که در تداوم و تدارک دفاع مقدس فعالیت و ایثارگری بی‌شائبه‌ای داشتند. ایثار و مظلومیت این قشر از زنان به نوعی است که نیاز به ایجاد سریع تشکیلات مراقبت‌های پزشکی نظامی را ملموس و تحت‌الشعاع قرار می‌دهد تا زنان بتوانند در وضعیت مستقر و امن تری مشارکت وخدمت رسانی کنند. بعدها با تشکیل بهداری رزمی امکان حضورثابت زنان، در تیم های پزشکی و در بیمارستان ها و نقاهت گاه های مداوای مجروحان، تأمین و امنیت و شرایط منطقی حضور پر صلابت فرشتگان رحمت و امید فراهم شد . امروزه رشادت ها و تجربیات گران سنگ و پرافتخار بانوان این مرز و بوم مخصوصاً در عرصه پزشکی و سلامتی و بویژه در حوادث و بلایا بسیار محسوس و سرنوشت ساز است.

نقش زنان در بهداری رزمی جبهه ها و مناطق عملیاتی دفاع مقدس، سال های بعد تا آخر جنگ و بعد از آن: (12-13)

- زنان ایرانی، دوشادوش مردان، حماسه جنگ را سرودند،
- نقش های امدادی و درمانی، از بارزترین جلوه های حضور بانوان در دفاع مقدس بوده است، سایر نقش های مستقیم و غیر مستقیم حضور بانوان در دفاع مقدس دارای ماهیت "فرهنگی-ترویجی-تبلیغی" و " رزمی-دفاعی" بوده است.
- زنان قهرمان ایران 6427 شهیده، تقدیم اسلام و انقلاب و ایران اسلامی نمودند، 500 نفر از این شهدای مظلومه، رزمنده و جمعی از آنان از بهداری رزمی بودند.
- تعداد جانبازان زن در دفاع مقدس 5735 نفر است (3075 نفر بالای 25٪ جانبازی)
- تعداد امدادگران زن که در دفاع مقدس حضور مستقیم داشته اند 22808 نفر برآورد شده است
- تعداد پزشکان و متخصصان زن که در دفاع مقدس حضور مستقیم داشته اند 2286 نفر برآورد شده است

حضور گسترده و داوطلبانه زنان در دفاع مقدس به شهادت آمار:

بر اساس آمار تهیه شده از فهرست شهدای جنگ تحمیلی زنان قهرمان ایران ۶ هزار و۴۲۸ نفر شهیده در طول سال‌های دفاع مقدس تقدیم اسلام کردند که بیشتر آنها در بمباران و موشک باران شهرها به شهادت رسیده‌اند. طبق آماری به نقل از نشریه داخلی بنیاد شهید و امور ایثارگران، 500 نفر از این افراد، رزمنده بودند، بیشتر این زنان مجرد و 2500 نفر از آنان در سن 10 تا 30 سال بودند. براساس آمار بنیاد جانبازان و امور ایثارگران که در شهریور ۱۳۸۱ به تفکیک جنسیت و گروه‌های جانبازی منتشر شد، تعداد کل جانبازان زن ۵ هزار و ۷۳۵ نفر است که از این تعداد ۳ هزار و 75 نفر بالای ۲۵درصد جانبازی دارند.

در طول۸ سال دفاع مقدس، ۲۲ هزار 808 امدادگر و۲ هزار و 276 پزشک زن به جبهه‌ها اعزام شدند (14). آمار بالای زنان شاغل در بخش‌خدمات پزشکی‌گویای آن است که به‌طور طبیعی حجم زیادی از مسوولیت مداوای مجروحان و آسیب‌دیدگان از جنگ در مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان ها متوجه زنان بوده است. سنگین‌ترین وظایف در بیمارستان های مناطق جنگی و سایر شهرها بر عهده زنان فداکار، اعم از بهیار، پرستار، و پزشک بوده است.

10- توسعه سریع سرمایه انسانی زنان کشور در طول 8 سال دفاع مقدس و بعد از آن

طی سال های 59-1355 تعداد 13690 نفر زن در آموزش عالی پذیرفته شدند. این تعداد در سال (66-1365) 51776 نفر سال (76-1375) 132229 نفر و در سال (86-1385) به 381826 نفر رسیدند. داده های مذکور بیانگر استقبال و گرایش زنان به آموزش عالی، همزمان با سالهای جنگ و رشد سریع آن بعد از جنگ تحمیلی است. در شرایط جاری اکثریت پذیرفته شدگان آموزش عالی زنان می باشند. تحلیل آماری مبین اولویت رشته های پزشکی و تخصص های آن، در بین تمام رشته های دانشگاهی برای بانوان است. در خصوص پذیرفته شدگان زن در آموزش عالی می توان گفت که بعد از انقلاب، تقریبا یک سوم پذیرفته شدگان در آموزش عالی را زنان تشکیل داده اند و این زقم در سال 86-1385 از رشد مناسبی برخوردار است. به طوری که جمعیت زنان 51درصد از پذیرفته شدگان را شامل می شود. تعداد دانشجویان زن در تمام مقاطع تحصیلی در سال 86-1385 نیز به بیش از نیمی از جمعیت در حال تحصیل می رسد. نسبت زنان عضو هیات علمی و دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی در سال تحصیلی 59-1355، 14درصد در سال 66-1365، 15درصد در سال 76-1375 16 درصد و در سال 86-85، 20 درصد بوده است. داده های مذکور نشانگر رشد نسبی تعداد زنان عضو هیات علمی دانشگاه ها می باشد (15). جنگ تحمیلی در ابعاد مختلف موجب توسعه سرمایه انسانی سلامت شد. مطالعه فیروزکوهی و همکاران، تأثیر جنگ بر توسعه رشته پرستاری در ایران، چنین توصیف شده است: " ... جنگ تحمیلی موجب تحولات زیادی در پرستاری گردید .نیروهای پرستاری توانمندی در جنگ ساخته شدند که پرستاری را به سمت حرفه ای شدن پیش بردند و جایگاه پرستاری را توسعه دادند" (16). همچنین به فصل پرستاری در همین درسنامه مراجعه فرمایید.

11- سازماندهی نیروی زنان در تشکیلات بهداری رزمی

تشکیلات بهداری رزمی ابتدا با ساختارهای شبه نظامی سازمان دهی و توانست از ظرفیت بسیاری از کادرهای درمانی اعم از پزشکان ،پرستاران و بهیاران مراکز بهداری ها و پزشکی موجود در کشور استفاده نماید. واحدهای پزشکی به خصوص در زمان عملیات نظامی با پشتیبانی بهداری ها ومراکز دانشگاهی از خود کارنامه عملکردی خوبی بر جای گذاشته اند. حضور زنان بدلیل فراهم شدن امکان خدمت رسانی در مراکز درمانی شهرها و نیز مشارکت درفعالیت های آموزشی و پژوهشی مربوط به طب رزمی، در مواردی مانند جنگ شیمیایی پررنگ تر و بیشتر ملموس بود. پرستاری و امداد رسانی به مجروحین و حضور زنان در نقش پرستار و پزشک در بیمارستان های پشت جبهه بسیار پررنگ بود. به مرور زمان و با پشت سر گذاشتن سالهای اولیه جنگ شهرهای دورتر و امن تر با انتقال بیماران و مجروحین در نقطه کانونی خدمات به رزمندگان مجروح و آسیب دیدگان جنگی قرار گرفتند. در این مراکز اکثر خدمات پرستاری و مراقبتی توسط بانوان انجام می شد.

تجارب واندوخته های دفاع مقدس باعث تحول و ارتقا طب رزمی گردید. در شاخص بکارگیری پزشکان و متخصصان و پرستاران زن و سایر پرسنل مراقبت های پزشکی، در مراکز نظامی و غیر نظامی ارتقاء بسیار چشمگیری در طول جنگ و بعد از آن حاصل شد. از نظر شاخص های با تشکیلات پزشکی نظامی، ساختارهای مناسب ونظام مند، امکانات آموزشی و درمانی نظیر بیمارستان‌ها، مراکز آموزشی، درمانگاه‌ها ،مراکز تولید و انبارش دارو وتجهیزات پزشکی و واحدهای ترابری وتخلیه، تدارکات طب نظامی کشور ما در تراز طب رزمی نیروهای مسلح برتر جهان قرار دارد. طبق این شاخص ها الگوی سازمانی پشتیبانی پزشکی ایجاب می کند در تمام واحد های نظامی نیروهای زمینی، هوایی ودریایی یک تیم پزشکی برای ارائه خدمات لازم مستقر باشد. زنان در این تیم ها توانسته ا ند تقش مهمی از نظر تخصصی ایفا کنند.

12- خاطراتی از نقش آفرینی زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس

خاطره ای از روز اول جنگ در آبادان

..... اطراف بیمارستان طالقانی هم بارها خمپاره خورده بود. گاهی مرتب آژیر می‌زدند و برق قطع می‌شد؛ البته اتاق عمل برق اضطراری داشت. مجروحین هم از رزمندگان جبهه‌ها بودند و هم از مردم عادی که هنوز در آبادان مانده بودند. در یک حمله به مناطق مسکونی، مجروحین را که از مردم آبادان بودند،به بیمارستان منتقل کردند. یک شیرخوار مظلوم شش‌ماهه که شهید شده بود، به سردخانه منتقل شد. تعدادی زن و مرد پیر و جوان را با هم به اورژانس منتقل کردند. بین مجروحان، زنی بود که شاید بالای صد سال سن داشت. همراه این مجروحان زن جوانی را آوردند که موقع وضع حملش بود و در همان حال و هوای بحرانی و دشوار در بیمارستان وضع حمل نمود. این گفتار با بیان روایتی از روز اول جنگ در آبادان از خانم فاطمه جوشی در کتاب « نقش زنان در مقاومت آبادان»

گروه بزرگی از راویان جنگ پرستاران و بهیاران هستند که شاهد لحظه‌های شهادت و مجروحیت رزمندگان بودند، این راویان روزهای خون و آتش ناگفته‌های بسیاری دارند.

روایتی از پرستاران سلحشور ماه های اول جنگ در بیمارستان طالقانی آبادان:

..... شرایط کار و زندگی بسیار سخت بود اما روحیه ها بسیار عالی بود. کار 24 ساعته بود و هیچ فرصتی برای خواب و خوراک نداشتیم هنگامی که روی صندلی می‌افتادیم از شدت خستگی بیهوش می‌شدیم ..... هر لحظه امکان داشت آبادان سقوط کند برادران هر کار می‌کردند ما شهر را ترک کنیم، نپذیرفتیم. ..... پرستاران دیگر هم از رشادت‌ها و لحظه عروج رزمندگان گفته‌اند، از سهراب 14 سال یا از جانبازی که موشک در پهلوی او گیر کرده بود. از لحظه شهادت رزمندگانی که تشنه لب به معراج رفتند

معرفی نمادین 5 بانوی شهیده بهداری رزمی دوران دفاع مقدس

شهیده مریم فرهانیان- متولد سال۱۳۴۲آبادان:

در ۱۴ سالگی با برادر رشید خود «شهید مهدی فرهانیان» مبارزات خود را علیه ظلم های رژیم پهلوی آغاز وتا پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی ادامه داد. با آغاز جنگ تحمیلی شهر آبادان را ترک نکرد و دوشادوش برادران رزمنده به دفاع ازخاک کشورش پرداخت . شهیده مریم فرهانیان در ۱۷ سالگی مشغول امدادگری شد و سه سال به کار امدادگری و پرستاری از مجروحین جنگ در بیمارستان های مختلف آبادان مشغول بود و در این مدت یک بار به شدت زخمی شد. وی یکی از ۱۸ نفر داوطلب امدادگر زن بود که در زمان جنگ در بیمارستان طالقانی آبادان در قسمتهای مختلف، خالصانه خدمت کرد و به هنگام شکست محاصره آبادان و آزادی خرمشهر و بسیاری از عملیات دیگر فعالیت چشمگیری داشت.او در تمام مدت عمر گرانبهایش با بیداری و هوشیاری سیاسی، دینی زندگی کرد و رفتار و منش او الگوی تقوا وایثار بود مریم فرهانیان در مرداد ماه ۱۳۶۳ براثر اصابت ترکش های کین و زهرآگین خمپاره دشمن دون به شهادت رسید.

شهیده فوزیه شیردل متولد 1338 کرمانشاه

با مدرک سوم راهنمایی قبل از انقلاب وارد بهداری شد و پس از سه سال خدمت در بهداری شهر کرمانشاه به عنوان بهیار به بیمارستان پاوه منتقل شد. در جریان حمله گروهک ضد انقلاب به بهداری پاوه و محاصره بهداری، در حالی که مشغول کمک کردن به یاران شهید دکتر مصطفی چمران در جبهه غرب بود، مورد اصابت گلوله قرار گرفت و پس از گذشت 16 ساعت خونریزی به شهادت رسید. شهید چمران در رثای شهادت مظلومانه وی دلنوشته سوزناکی نگاشته است:

..... دختر پرستاری که پهلویش هدف گلوله دشمن قرار گرفته بود، خون لباس سفیدش را گلگون کرده بود، 16 ساعت مانده بود و خون از بدنش می رفت و پاسداران هم که کاری از دستشان بر نمی‌آمد، گریه می‌کردند.... این فرشته بی‌گناه ساعاتی بعد، در میان شیون و ضجه زدن‌ها جان به جان آفرین تسلیم کرد.....

شهیده زرین‌تاج گودینی

وی از جمع محفل شهیدان زن ارتش جمهوری اسلامی ایران است. او را به‌عنوان یکی از زنان شهیده شاخص جامعه پزشکی می‌شناسند. روستای گودین در استان کرمانشاه واقع شده و 72 شهید را تقدیم انقلاب کرده که یکی از آن‌ها شهیده زرین‌تاج گودینی است. وی که یکی از اعضای ارتش بود، در بیمارستان 520 کرمانشاه به ارتشیان و مجروحان دفاع مقدس خدمت می کرد. او نیز با وجود بمباران شدید استان‌های غربی توسط هواپیماهای دشمن، حاضر به ترک شهر نشد و به امدادرسانی به مجروحان

پرداخت. آن بانوی سرفراز و آزاده در 7 آبان 1365 براثر بمباران هوایی بیمارستان 520 کرمانشاه در همان بیمارستان محل خدمتش به شهادت رسید.....

شهیده سلطنت علی‌خانی

وی نیز از شهیدان سرفراز زن ارتش جمهوری اسلامی (نیروی زمینی) است. در اوج بمباران شهرهای مرزی، کرمانشاه را ترک نکرد و به خدمات صادقانه و خالصانه خود ادامه داد. همسرش مسئول خدمات بیمارستان معتضدی بود و خود او نیز کارمند بیمارستان 520 بود. در بیمارستان زخمی‌ها و مجروحان را مداوا می‌کرد. روز 26 اسفندماه سال 1366 ، هواپیماهای دشمن شروع به بمباران شهر کردند. او و دو فرزندش حسام‌الدین و مریم السادات در بمباران‌های هوایی به همراه مادر همسرش به شهادت رسیدند.

شهیده شهنازحاجی شاه متولد 1336 در خرمشهر

در خرمشهر تحصیلاتش را تا دیپلم ادامه داد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و زمانی که هنوز نهضت سوادآموزی تشکیل نشده بود، همراه چند نفر دیگر گروهی را تشکیل دادند و به روستاها می‌رفتند و به بچه‌های روستایی درس می‌دادند. با شروع جنگ همراه دیگر زنان و مردان با تمام توان سعی داشتند از شهر دفاع کنند. بهترین نقش آن شهیده سرفراز در روزهای خون و آتش و بحبوحه هجوم ناجوانمردانه دشمن به خرمشهر، امداد رسانی به مجروحین بود، مجروحین بی پناه در میادین بی دفاع محاصره شده خرمشهر، شهر خون و شرف، در هشتم مهرماه 1359، در حین امدادرسانی به مجروحان با اصابت ترکش خمپاره به قلبش در 21 سالگی به شهادت رسید.

معرفی نمادین الگوها و اسوه هایی از بانوان ایثارگر گمنام و فداکار عرصه بهداری رزمی

زهرا حسینی

با آغاز جنگ، و در 17 سالگی با شهامت و مقاومت روحی کم‌نظیر، امدادگری آموخت و در امدادگری، پانسمان جراحت ها ، حمل مجروحان و انتقال شهدا، تعمیر و آماده‌سازی اسلحه، پخت و پز و توزیع امکانات فعالیت داشت. پدر و برادرش در جبهه جنگ خرمشهر شهید شدند. او به عنوان امدادگر نیز در جریان دفاع از خرمشهر مجروح و ترکشی در نخاع او جای گرفت. گزارش حسینی از جنگ بی‌نظیر است، و به هیچ یک از کتاب‌های متعددی که درباره جنگ نوشته‌اند، شباهتی ندارد، **وی راوی کتاب دا است**.این گزارش حقیقی و در آن، چنان صحنه‌هایی از ایثار و مظلومیت است که هرانسانی را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد.

دکتراورارا باتارا

بانوی بزرگوار اورارا باتارا، پزشک فیلیپینی، شیر زنی که در هشت سال دفاع مقدس در کنار مردم و رزمندگان دزفول بود. این پزشک فیلیپینی دلسوز که همواره ایران را وطن خود می‌دانست، با شروع جنگ تحمیلی از معدود پزشکانی بود که زیر بمباران هوایی و موشکی در دزفول باقی ماند و به طبابت پرداخت. وی در زمان جنگ تحمیلی در خانه های سازمانی بیمارستان یازهرا دزفول سکونت داشت و در تمام ساعات شبانه روز در خدمت مصدومان حملات موشکی و نیز رزمندگان مصدوم بود. دکتر باتارا به عنوان اولین پزشک بخش دیالیز در ۲ نوبت صبح و عصر سال ها در بیمارستان افشار دزفول به بیماران دیالیزی خدمت کرد.

زهرا فارسی و سمیه آزرمی در مقاله ای با عنوان " مروری بر تجارب به ثبت رسیده کارکنان حرفه ای مراقبت بهداشتی در طول جنگ های مختلف با تمرکز بر جنگ عراق علیه ایران" پژوهش های انجام شده در این خصوص را جمع بندی و ارائه نموده اند. مراجعه به این مقاله درس آموز خواهد بود (17).

13- نقش زنان در پیشگیری و کنترل تهدیدات جنگی و بلایا طبیعی وحوادث غیر مترقبه

زنان در جنگ و حوادث غیرمترقبه و بلایا، از گروه های آسیب پذیر بشمار می روند. تفاوتهای فیزیکی به عنوان یکی از مهم ترین عوامل درآسیب پذیری زنان در بحران های طبیعی بشمار می رود (18).آسیب پذیری زنان به دلیل نقش اجتماعی آنان به عنوان مراقب (نگهداری از فرزندان و دیگر اعضاء خانواده) بیشتر می باشد (19). توجه به فرهنگ و ظرفیت های زنان و نیز استفاده از مشاوران زن در برنامه ریزی های مدیریت بحران از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در این برنامه ریزی ها که باید از پشتوانه آموزش عمومی برخوردار باشند، سیمائی توانمند و نقش آفرین از زنان در همه مراحل پیشگیری تا اقدام و با تأکید بر روحیه امیدوار و پر تلاش باید ترسیم و تبیین گردد. در امداد رسانی و درمان در بلایا نیز پیش بینی نیروهای امدادی و پزشکی مورد نیاز با توجه به متغیر جنسیت باید صورت گیرد.

تجارب حضور ارزشی زنان در دفاع مقدس، می تواند مدل مناسبی برای کاهش مخاطرات و آسیب پذیری از حوادث و بلایا باشد. در برنامه ریزی های کشوری پیشگیری و مدیریت بحران، حضور زنان باید پر رنگ و تأثیرگذار باشد. مقررات موجود باید با رویکرد تضمین نقش آفرینی بانوان در مطالعات، نیازسنجی، سیاست گذاری، برنامه ریزی، و مدیریت بحران بازنگری و متحول شود. آموزش های پیشگیری، آمادگی و اقدام در بلایا برای زنان در سطوح و مراتب مختلف تحصیلی و فرصت های مغتنم اجتماعی و فرهنگی باید الزام آور و تضمین کننده باشد. در تیم های امداد و نجات، اعم از نیروهای داوطلب مردمی (نظیر سازمان داوطلبین هلال و احمر جمهوری اسلامی ایران و سازمان بسیج مردمی) و نیروهای اعزامی سازمان های مسئول در حوادث و بلایا، حضور زنان پیش بینی و تضمین شود.

14- زنان درساختار طب رزمی نوین و آینده

طب رزمی در شرایط جاری و آینده با دو دسته سلاح متعارف و غیرمتعارف مواجه است. تولید، انباشت و استفاده از عوامل و سلاح های غیرمتعارف کشتار جمعی (جنگ های نوین) روز به روز بیشتر و تهدیدات مهمی را متوجه انسانها و محیط زیست می کند. با رویکرد حفظ و ارتقای سلامت نظامیان و سایر شهروندان در شرایط صلح و جنگ ، اقدامات پیشگیرانه، آموزشی، پدافندی، مانورهای آمادگی و همه فعالیت ها باید در برگیرنده جمعیت زنان کشور نیز باشد. در پدافند غیر عامل بسیاری از وظایف مستقیماً متوجه زنان است. اهداف اصلی از مشارکت زنان در طب رزمی نوین و آینده شامل موارد زیر است (20):

- پذیرفتن مسئولیت های حرفه ای برای اقدامات پیشگیری، آموزشی و درمانی در راستای حفظ و ارتقای قدرت عملیاتی نیروهای نظامی و دفاعی
- پشتیبانی از خدمات سلامتی عمومی و تخصصی در سطوح بعدی، در زنجیره امداد و درمان. بعد از خطوط مقدم و بیمارستان های صحرائی ، نقش زنان، خاصه پرستاران و بهیاران، پر رنگ تر و محوری تر می شود. در بعض سطوح تمام مسئولیت متوجه بانوان خواهد بود
- حفاظت از خود، همکاران، بیماران و همراهان و سایر مردم در برابر صدمات حاصله از سلاح های غیر متعارف،
- اتخاذ تدابیر حرفه ای و مراعات دستورالعمل های موجود برای کاهش تلفات و عوارض سلاح های غیر متعارف به حداقل ممکن
- رعایت اصول ایمنی ، اصول بهداشتی عمومی ، محیط و حرفه ای برای پیشگیری از آسیب های شغلی
- آماده سازی مراکز درمانی ثابت یا سیار در شرایط اضطراری، بحران، بلایا و جنگ، و کسب توانمندی های لازم برای اداره و انجام وظیفه در مراکز درمانی سیار (کسب مهارت های ضروری برای شروع اقدامات فوری درمانی به مصدومین موجود از طریق تریاژ، اقدامات اولیه امدادی و درمانی، انتقال، قرنطینه .....
- کسب توانمندی مدیریت یا مشارکت در امور بهداشت آب، غذا، دفع پسماند، و سایر امور بهداشتی، از طریق همکاری با نیروهای بهداشتی حاضر در صحنه

15- نقش های بی بدیل زنان در عرصه های اجتماعی، فرهنگی و سلامت با الهام از الگوها، اسطوره ها و ارزش های دفاع مقدس: جایگاه زنان در تعریف وتبیین مؤلفه های نظام تربیتی وآموزشی

- حضور در عرصه های فرهنگی، تبلیغ، تجلیل و تکریم شهیدان، عیادت از مجروحان و سرکشی به خانواده شهدا و اسرا، مقابله با شایعات، مقابله با منافقان و ضد انقلاب، تشییع پیکر شهیدان و بزرگداشت آنان ، گزارشگری،
- داستان نویسی، سرودن شعر و انواع تولیدات فرهنگی هنری زنان با موضوع جنگ و دفاع مقدس
- زمینه سازی برای حضور بیشتر مردان (همسران، پدران، برادران و فرزندانشان)در جنگ و تقویت روحیه آنان.
- اشاعه فرهنگ صبر در برابر شهادت، مجروحیت و اسارت عزیزان و تحمل دوری آنان برای خانواده رزمندگان
- محدود نگاه داشتن سطح توقعات و قبول مسئولیت های پرورشی و اقتصادی خانواده
- تحمل مشکلات ناشی از جنگ با آگاهی از شرایط، ساده زیستی، قناعت و ترویج آموزه های صبر وایمان

به رغم فضای تبلیغاتی مسموم رسانه های وابسته به استکبار و نفاق، زنان بزرگوار ایرانی به جهانیان نشان دادند که ملت ایران قوی و دارای عزمی والا است. مردان از دامان زنان با ایمان به مقام والای انسانی می رسند. اندیشه و ایمان مادران شهید در تکلیف گرایی و آرمان خواهی، آنان را به سویی می برد که حاضر به از خود گذشتگی شدند و در مقابل مهر مادری و خواسته های درونی خود ایستادند و برای نجات کشور، اصلی ترین سرمایه زندگی خود را هدیه کردند. زندگی سرداران و فرماندهان شهید و رزمندگان غیور هم سرشار از ایثار و از خود گذشتگی همسران جوانی است که آسایش و امنیت ملی را بر خانه و خانواده خود ترجیح دادند. آنان از آغاز زندگی مشترک همواره در حسرت دیدار همسران خود روزشماری می کردند. زنان عامل استحکام خانواده در هشت سال دفاع مقدس بودند. تبعات حاصل از هر جنگی به مراتب از خود جنگ و صحنه کارزار مسلحانه وسیع تر و گسترده‌تر است و نحوه مقابله و مواجهه افراد با این تبعات همیشه و برای مسئولین همهٔ کشورهای درگیر جنگ از مسایل بسیار مهم تلقی می شود.

نقش های بی بدیل زنان در پشت جبهه های نبرد:

آنچه که در صحنه های دفاع مقدس اهمیت بسیار والا دارد، نقش ها، نقش آفرینی ها و موقعیت حساس زنان در مسایل پشت جبهه است. به دلیل اعزام گروه های کثیری از مردان به جبهه ها، و شهادت، مجروحیت، جانبازی و اسارت شماری از آنها فشارهای روحی و روانی و اجتماعی و معنوی فراوانی متوجه زنان می شود، و از طرفی مسئولیت اداره شئون گوناگون خانه را تماماً بر دوش آنان می‌گذارد. باید زنان را به عنوان مهم ترین گروه حاضر در پشت جبهه قلمداد کرد. بر این اساس نحوهٔ مواجهه آنان با تبعات جنگ و میزان همراهی آنان با مسئولان و نیروهای رزمنده را باید به عنوان یکی از اساسی‌ترین شاخص های میزان موفقیت یک جنگ ارزیابی کرد. اقدامات ویژه‌ای توسط جامعه پزشکی زنان نیز در دفاع مقدس انجام شده است که باید آن را مستندسازی و منتقل کرد تا در حوزه‌های علمی و دانشگاهی مورد توجه قرار بگیرد و از این اقدامات سازنده دانشگاهیان نیز بهره ببرند.

حفظ و ترویج ارزش ها وآموزه های مقاومت و فرهنگ ایثار ، شجاعت وشهادت

رهبر معظم انقلاب حضرت آیت الله خامنه ای درباره نقش زنان در دفاع مقدس می فرمایند:

«اگر زنان حماسهٔ جنگ را نمی سرودند و در خانه ها جنگ را به عنوان یک ارزش تلقی نمی کردند، مردان اراده و انگیزهٔ رفتن به جنگ را پیدا نمی کردند و خیل عظیم بسیجی ها به سمت جبهه روانه نمی شدند».

با حفظ و ترویج ارزش های دفاع مقدس، «روحیه، رویه و فرهنگ فداکاری برای حفظ ارزش ها»، «عزت نفس آحاد جامعه»، «ایجاد و دفاع از هویت واحد و هدف مشترک در جامعه» و «همبستگی ملی و وحدت کلمه» ایجاد و تقویت می شود و در پرتو این ارزش های، آرمان های بزرگ « ظلم ستیزی» و « عدالت خواهی» در جامعه به واقعیت تبدیل می شوند (21). ترویج ارزش ها و تحکیم فرهنگ مقاومت با شیوه های مستقیم نظیر سخنرانی، همایش، مراسم مذهبی و ملی، از کاربرد وسیع تری برخوردار است.

در این شیوه ها مروجین و مخاطبین، بدون واسطه با یکدیگر به تبادل اندیشه می پردازند. آموزه های ترویجی مستقیم و حضوری، از کارآمدی و نفوذ بیشتر برخوردار است و بازتاب آن قابل مشاهده است. شیوه های ترویجی غیر مستقیم، پیام ها، اندیشه ها و مفاهیم مورد نظر مروجین با واسطه رسانه ها به سمع و نظر مخاطبین می رسد (کتاب-نمایشنامه-فیلم-رادیو-تلویزیون-سینما-فضای مجازی...). بانوان کشور برای ترویج فرهنگ و ارزش های دفاع مقدس از همه شیوه ها استفاده نموده اند.

16- سیمای زنان در ادبیات بهداری رزمی و مقاومت

زنان به وا سطه حضور و نقش آفرینی که در دفاع مقدس دا شتند راویان خوبی از آن دوران نیز هستند و در ادبیات پایداری و ادبیات دفاع مقدس نقش آفرینی مؤثری داشته اند .زندگی نامه های داستانی و خاطرات زنده زنان به عنوان اسیر ، جانباز و همسر و فرزند شهید و نیز خاطرات زنان امدادگر و پزشک از آن دوران، دفتر تاریخ مقاومت و ایثار را در کشورمان مزین کرده است (14). گذشته از این، زنان در عرصه هنر و ادبیات نیز نقش آفرین بوده اند.

اشعاری از مرحومه سپیده کاشانی در سرودن حماسه رزم آوران:

ای شهر خرمشهر ای خاک گُهر خیز — ای سینه پر آذرت از غصه لبریز
سوی تو مرغان مهاجر باز آیند — بر آشیان سبز در پرواز آیند
با من بخوان شعر ظفر ای بندر سبز — شب سر شد و آمد سحر ای بندر سبز

دیگران نیز همچون طاهره صفار زاده، سیمین دخت وحیدی، مهری حسینی و... در سرودن حماسه ها نقش به سزا داشته اند. مثنوی «کربلا در کربلا» از خانم مهری حسینی یکی از این نمونه ها است که داستان زندگی سرلشگر شهید مهدی زین الدین را به تصویر می کشد:

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

در زمینه ادبیات داستانی نیز بانوانی چون خانم راضیه تجّار، سمیرا اصلان پور، زهرا زواریان، مریم صباغ زاده، ایرانی، طاهره ایبد، مهری ماهوتی، بلقیس سلیمانی، حبیبه جعفریان و حتی زنان جوانی که در هشت سال دفاع مقدس یا به دنیا نیامده بودند و یا کودکی بیش نبوده اند، اکنون سراینده و نویسنده آن روزهایند، که خود، اثری در فرهنگ مردم می گذارد که هیچ چیزی نمی تواند جای آن را بگیرد. مؤسسه روایت فتح، یکی از مؤسساتی است که با قلم نوقلمانی چون فرزانه مردی (کتاب شهید حسن باقری)، مریم برادران (کتاب شهید همت)، فاطمه غفاری، نفیسه ثبات و دیگر نویسندگان و شاعران جوان، دری را گشوده است که هرگز بسته نخواهد شد. و این فرهنگ آرمان شهری است که تا کَسی با عشق وارد آن نشود، درکی از آن نخواهد داشت.

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

شهید پروین حاجی شاه که بعد در رمان «نخل های بی سر» اثر قاسمعلی فراست، به شهادت او پرداخته شد، از آن جمله است.اسارت برخی خواهران در آغاز جنگ، گواه روشن دیگر بر این ادعاست. در خاطرات دکتر محمدرضا سنگری در مورد آخرین ساعات سقوط خرمشهر شرح قسمتی از این دوران است.

جلوه های حماسی حضور و نقش آفزینی بانوان در دفاع مقدس

از عوامل زمینه ساز مشارکت بانوان در دفاع مقدس، پیروزی انقلاب اسلامی، تأکید موازین شرعی به دفاع بانوان از ارزش های الهی، تأثیرپذیری از اسوه های ایثار صدر اسلام و تربیت در مکتب عاشورا می باشد.

- **شهامت بانوان در خرمشهر:**

از جلوه های حماسی تاریخ ساز و الهام بخش، مقاومات شیرزنان خرمشهری و سایر شهرهای جنگی است که در عین حماسی بودن از مظلومانه ترین جلوه های جنگ است. مادران جوانی که فرزند در آغوش، پذیرای بمب و موشک شدند و در ملکوتی ترین حالات به سوی پروردگار خویش شتافتند، در حالی که مردانشان در دفاع از حریم میهن اسلامی در جبهه ها حضور داشتند.

- **تداوم حضور و رشادت بانوان در آبادان:**

با شروع تهاجم به شهر مقاوم آبادان به منظور مقابله و دفاع از این دیار و دفع تجاوز دشمن، از همان ابتدا بانوان متعهد و شجاع داوطلبانه به یاری سپاهیان و نیروهای مردمی و نظامی و انتظامی شتافته و در اموری چون احداث سنگر و تهیه مواد آتش زا و تدارک وسایل و مایحتاج رزمندگان و امداد و درمان و معالجه مجروحین مستقیماً حضوری فعال و مؤثر داشته اند. حضور حماسی و شجاعانه بانوان آبادانی پس از محاصره شهر و در تنگنا قرار دادن مردم باقیمانده در شهر، در اوج نمود و ظهور در گنج اسرار و حقایق دفاع مقدس ثبت شده است. اکثریت قریب به اتفاق همسران و خواهران، مادران و دختران سپاهیان و نیروهای مردمی و رزمنده، حاضر به ترک خانه و کاشانه خود و تنها گذاشتن همسران، برادران و مبارزان شهر نشده و با تقبل رنج و مشقات زندگی طاقت فرسا در شهری جنگ زده، و محاصره شده، تحمل همه نوع مصایب را نموده و تا پای مجروح شدن و به شهادت رسیدن، دلاورانه مقاومت کردند. مردم آبادان در آن ایام خونین و آتشین، هر روز شاهد به خون خفتن عزیزان خود بودند. زنان قهرمان آبادان زینب گونه شهیدان را تشییع و تدفینن می نمودند و شبانه روز به درمان و معالجه مجروحان در بیمارستان ها همت گمارده و همزمان، در امر تدارک، تهیه خوراک و غذای رزمندگان نیز فعال بودند. در کنار همه امور و پشتیبانی محورها و خطوط دفاعی با حضور شکوه مند خویش، روحیه سلحشوران را تقویت می کردند. آمار بالای جانبازان و شهدای زن آبادان خود مؤیدی روشن بر این ادعاست. این حضور و مشارکت تا پایان جنگ بطور مستمر ادامه داشت، مگر در مواردی که به صلاحدید فرماندهان نظامی دستور تخلیه شهر داده می شد. اسارت تعدادی از زنان حکایتی گویا و روشن از حضور زنان متعهد در سنگرهای پشتیبانی، دفاعی و امداد و درمان است .

17- نگاره های ماندگار از خدمات بی بدیل زنان در بهداری رزمی دفاع مقدس

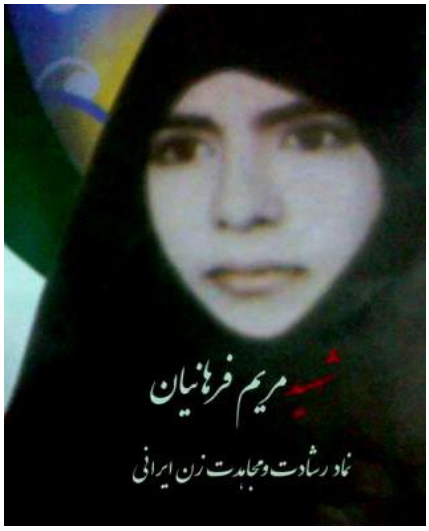
اهدای خون توسط بانوان در زمان دفاع مقدس در پایگاههای انتقال خون در طول 8 سال دفاع مقدس

کمک های اولیه به مجروحین در روزهای اول جنگ

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

حضور پرستاران و امدادگران در بیمارستانهای شهرهای جنگ زده در سراسر دفاع مقدس

حضور گسترده بانوان پزشک و پرستار و امدادگر در فتح المبین: بیمارستان نظام مافی شوش، بهار 1361



18- توصیه های راهبردی و کاربردی برای اعتلای جایگاه زنان در نظام سلامت مقاومتی

- وضع قوانین ضروری در حوزه مدیریت بحران در بلایا و جنگ، با تأکید بر حضور و حمایت و حفظ حقوق بانوان
- تقویت آموزش همگانی بانوان در رابطه با حوادث و بلایا (تبیین، پیشگیری، آمادگی، مهارت آموزی، امداد، درمان بهداشت ...) و ایجاد ساختار مسئول در مجموعه های مسئول نظیر هلال احمر، بسیج مردمی، بهداری رزمی، پدافند غیر عامل ....
- تقویت شبکه های ارتباطی و اطلاع رسانی بانوان در حوزه حوادث و سوانح و بلایا
- تقویت مهارت های عملی بانوان برای پیشگیری از، و مقابله با، حوادث و بلایا
- ایجاد و تقویت سازمان های غیر دولتی بانوان با هدف پیشگیری از، و مقابله با، حوادث و بلایا
- در سازمان های مرتبط با کنترل بحران، مسئولیت های مدیریتی مرتبط با پیشگیری از حوادث و سوانح و بلایا، در کودکان و بانوان و اقشار آسیب پذیر دیگر، و کنترل بحران های احتمالی، به مدیران لایق و توانمند زن سپرده شود
- حمایت از پژوهش های ضروری در حوزه بحران های نظامی و اجتماعی و حوادث طبیعی ، در حوزه زنان، کودکان و اقشار آسیب پذیر و برنامه های مقابله با بحران ، ترجیحاً توسط پژوهشگران زن
- برگزاری یادواره هایی از خدمات پزشکی وتجربیات جامعه زنان دردوران دفاع مقدس

19- منابع

1- بانکی پور- امیرحسین: مؤسسه پژوهشی-فرهنگی انقلاب اسلامی، دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت الله خامنه ای: نقش و رسالت زن، عرصه های حضور اجتماعی زن. Info@Book-khamenei.ir

2- نوروزی، محمدتقی : فرهنگ دفاعی-امنیتی، نشر سنا، چاپ اول، تهران، 1385

3- بهبهانی-یاسمن: بررسی حضور زنان در جنگ های صدر اسلام و مشارکت و نقش زنان در هشت سال دفاع مقدس. http://morvariddar

4-فیروزکوهی-محمدرضا، ضرغام بروجنی-علی، نورائی-مرتضی، رهنما-مژگان، و بابائی پور-محمد: تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران. مجله طب نظامی، دوره 17، شماره 3، پائیز 1394، صص 136-127

5-نسیبه جراحه در میدان احد، فصلنامه فرهنگی-ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، پیش شماره، زمستان 1396

6-America Memorial Foundation, Inc: Highlights in the History of Military Women. https://www.womensmemorial.org

7- Iris J. West: The Women of the Army Nurse Corps During the Vietnam War. LTC, ANC, Army Nurse Corps Historian, U.S. Army Center of Military History, http://www.vietnamwomensmemorial.org

8- Hallquist DL. Developments in the RN first assistant role during the Korean War. AORN J.2005;82(4):644-7.

9- Judith Bellafaire and Mercedes Herrera Graf: Women Doctors in War, Texas A&M University Press, 2009, https://muse.jhu.edu/book/2816

10- نامجوی نیک –خسرو: تاریخچه طب نظامی. انتشارات ایران سبز، چاپ اول، 1389

11-وزیریان-پرویز، ضیائی-----، شاه حسینی -----، نوروززاده-ناصر، محققی-محمدعلی: معرفی مراکز بهداشتی‌درمانی نقش‌آفرین در دوران دفاع مقدس: بیمارستان طالقانی آبادان. فصلنامه فرهنگی-ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، شماره 1، بهار 1397

12- وکیلی-الهه: اسلام و نقش زنان در عرصه دفاع: پرتال امام خمینی، http://www.imam-khomeini.ir

13- هدایتی: نگاهی به نقش های متفاوت زنان در دفاع مقدس: صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، معاونت سیاسی، اداره پژوهش های سیاسی، 1397، http://www.iribnews.ir

14- صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، معاونت سیاسی، اداره پژوهش های سیاسی: نگاهی به نقش های متفاوت زنان در دفاع مقدس. http://www.iribnews.ir

15- نقش و جایگاه زن در جمهوری اسلامی ایران. http://hajij.com/fa/women-in-iran

16- فیروزکوهی-محمدرضا، ضرغام بروجنی-علی، نورائی-مرتضی، رهنما-مژگان، و بابائی پور-مرتضی: تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران :یک مطالعه تاریخی. مجله طب نظامی، دوره 17، شماره 3، پائیز 1394، صفحات 126-117

17- فارسی-زهرا، و آذرمی-سمیه: مروری بر تجارب به ثبت رسیده کارکنان حرفه ای مراقبت بهداشتی در طول جنگ های مختلف با تمرکز بر جنگ عراق علیه ایران. مجله علوم مراقبتی نظامی، سال 2، شماره 4، زمستان 1394، صص 253-246
18-پارسی زاده –فرخ، و اسکندری-ملیحه: بررسی توانمندی ها و نیازهای زنان در شرایط بحران، با رویکرد زلزله "مطالعه موردی زلزله 5 دی 1382 بم. پژوهشنامه زلزله شناسی و مهندسی زلزله، سال 16، شماره 1، بهار 1392، صص 72-59
19- فلاحی، و یدا : مجموعه مقالات اولین همایش شناخت ابعاد مختلف نقش کلیدی زنان در کاهش خطرات زلزله، مؤسسه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله.
20- غنجال-علی، متقی-منیره، و فروتن-قاسم: مدیریت بهداری رزمی در پدافند جنگ های نوین. مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. دوره 3، شماره 1، بهار 1384، صص 523-517
21- مسعودی-حمید، اسکافی-مریم، و صدیق اورعی-غلامرضا: سیاست پژوهیِ ترویج فرهنگ ایثار و شهادت در سازمان های دولتی استان خراسان رضوی. فصلنامه مطالعات ملی، سال 17، شماره 2، پیاپی 66، سال 1395 ، صص 107-89

20- منابع بیشتر برای مطالعه

جهانگیری-کتایون، و صدیقی-ژیلا: تحلیل علل آسیب پذیری زنان در بلایا و ارائه راهبردهایی برای کاهش آن. فصلنامه علمی امداد و نجات، سال 3، شماره 1 و 2، 1390، صص 68-60
- خرمشهر در جنگ طولانی، مرکز مطالعات و تحقیقات جنگ، ص 396.

فصل هجدهم

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

همگرائی ترومای جنگی-ترومای شهری، مدیریت بحران در بلایا و پدافند غیر عامل

پدید آورندگان: دکتر سیاوش صحت- دکتر کاظم عباسیون

دکتر انوشیروان هدایت- دکتر ایرج فاضل

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی: ارائه مدل علمی مبتنی بر شواهد برای کنترل تروما در شرایط جنگی و دارای کاربرد در شرایط غیر جنگی و بلایا، بمنظور کاهش خطر مرگ و جلوگیری از صدمات بیشتر

اهداف اختصاصی:

- **آشنائی** با علل مرگ قابل پیشگیری در صحنه ترومای جنگی (تهدید راه هوائی[1]-پنوموتوراکس فشارنده[2] و خونریزی شدید و وسیع[3])
- آشنائی با تفاوتهای اصلی در کنترل ترومای جنگی با کنترل تروما در شرایط غیر جنگی
- آشنائی با ویژگی های تروما و اصول کنترل تروما در بلایای طبیعی و بشر ساخت
- آشنائی با اصول فاز اول کنترل ترومای جنگی (در میدان رزم-تحت آتشباری[4])
- آشنائی با اصول فاز دوم کنترل ترومای جنگی، پس از انتقال به اولّین اورژانس پشت خطوط مقدم
- آشنائی با اصول فاز سوم کنترل ترومای جنگی، پس از تخلیه به مراکز مجهز پشت خط (بیمارستانهای صحرائی یا مراکز مجهز به امکانات پیشرفته تشخیص و درمان و اعمال جراحی)
- ارائه مدل جامع و ادغام یافته کنترل تروما در همه شرایط

---

[1] Airway compromise
[2] Tension pneumothorax
[3] Massive hemorrhage
[4] Care Under Fire

فهرست مطالب فصل هجدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3- روش تنظیم درسنامه
4- ادبیات علمی موضوع
تروما - مرکز تروما- آسیب
ترومای جنگی
صحنه نبرد
نظام تروما
مجروح جنگی
مرگ قابل پیشگیری بعد از جراحت
مراقبت از مجروح جنگی
ثبت تروما
5- اجزای ضروری سیستم (نظام) ترومای استاندارد
6- تفاوت بین ترومای جنگی و غیر جنگی (شهری)
7- تجارب دفاع مقدس در یکپارچگی و تعامل "نظام طب رزمی و نظامی" ، "نظام سلامت کشوری" ، "ساختارهای مردمی حیطه سلامت"، و نهادهای انقلابی حوزه سلامت":
8- طراحی سیستم تروما با رویکرد بهداشت عمومی: مدل ایرانی
9- نقش ها و ظرفیت های نظامی و دفاعی کشور در کنترل بحران های غیرنظامی و حوادث و بلایای طبیعی
10- بازخوانی تجارب غیر مترقبه اخیر: صحنه های درخشان همگرایی "طب نظامی"، ترومای شهری" و " مدیریت بحران"
11-پیشنهاد مدل مناسب برای نظام ترومای کشور: " تلفیق همه جانبه ترومای نظامی با ترومای شهری"
12- ارکان نظام جامع ترومای ادغام یافته کشور:
- فرماندهی - سازمان های دارای مسئولیت تحت فرماندهی واحد
- نقشه یا طرح جامع کنترل ترومای کشور
- نیروی انسانی
- پیشگیری از تروما
- مراقبت های پیش بیمارستانی
- **سطح بندی ترومای بیمارستانی**
- مراکز هماهنگ کننده ارجاع بیماران بین بیمارستانهای سطوح مختلف
- خدمات بازتوانی و نوتوانی
- زیر نظام های پشتیبان
- تحقیقات تروما
- پایش و رصد
13- نتیجه گیری و توصیه های راهبردی و کاربردی برای آینده
14- منابع- 15 - منابع بیشتر برای مطالعه

1- مقدمه و بیان مسئله

امید می رود در دنیای بهتر و در آینده جنگ وجود نداشته باشد. در شرایط صلح ظرفیت های طب رزمی وجود داشته و مرتباً توسعه می یابد. استفاده بهینه از این ظرفیت های بالقوه و تجارب مفید، در شرایط عادی بسیار مهم و ضروری است. از طرفی، بار عظیمی از تروما و حوادث عادی را پوشش می دهد و از طرفی، سرمایه ها و ساختارها و نیروی انسانی طب رزمی، به هدر نمی رود و هزینه اثر بخش به روند پیشرفت خود ادامه می دهد. ادغام طب نظامی و طب شهری، در شرایط جاری از یک ایده به یک ضرورت اجتناب ناپذیر تبدیل شده است. روند تکامل طب نظامی در کشور ما نیز، بعد از جنگ تحمیلی، تبعیت از همین رویکرد بوده است. در این درس ابعاد مختلف همگرائی و ادغام نظام های طب نظامی و طب شهری و نیز طب در بلایا مرور خواهد شد. بسیاری از مجروحین جنگی، بصورت بالقوه قابلیت نجات یافتن و برخورداری از کیفیت منطقی زندگی بعد از حادثه را دارا می باشند. لازمه این مهم برخورداری از یک سیستم جامع و روزآمد کنترل تروما و بکارگیری آن در شرایط پیچیده جنگی است. چنین سیستمی از طرفیت های بسیار بالائی برخوردار است و لازم است در شرایط غیر جنگی نیز وجود داشته باشد، فعال و رو به رشد باشد، روزآمد و کارآمد باقی بماند، در بحران ها و بلایا و حتی شرایط عادی نیز مورد استفاده قرار گیرد. **ابعاد و مشخصات مناسب ترین مدل جامع کنترل کننده تروما در شرایط جنگی و غیر جنگی در این مبحث ارائه شده است**. پیشرفت "نظام کنترل ترومای جنگی" در دو قرن گذشته مرهون همکاری تنگاتنگ بین محیط های سلامت نظامی و غیر نظامی بدست آمده است (1). ویژگی های سیستم کنترل ترومای جنگی، که در جنگ های مهم دو قرن گذشته و خاصه دو دهه اخیر حاصل شده و مشخصات مبتنی بر شواهد آن در این گفتار ارائه می شود. پیشرفت در کنترل ترومای جنگی تحت تأثیر ارتقاء در دو سیستم جامع تر: "کنترل ترومای شهری[5]" و " سیستم سلامت نظامیان[6]" قرار داشته است (2). در تجارب کشور ما، از دستاوردهای علمی و حرفه ای دوران دفاع مقدس، در دوره های بعدی استفاده بهینه و رو به کمال شده است. در همه بلایای طبیعی بعد از دفاع مقدس، مجموعه طب رزمی کشور پا به پای مجموعه نظام سلامت، مدیریت بحران و ساختارهای مردم نهاد، در کنترل حوادث و بلایا نقش های تعاملی، همگرا و هم افزا داشته اند. این تعامل در شرایط عادی و غیر اضطراری کمتر وجود داشته و ارکان کنترل ترومای کشوری بندرت همکاری سیستماتیک بر اساس تقسیم کار ملی داشته اند. "تعمیم و تلفیق نظام مند و ارتقای این تجارب مهم و همگرای ملی و علمی در حوزه تروما و حوادث، در زمان جاری و آینده، مناسب ترین مدل کنترل تروما و حوادث در همه شرایط است[7]". "هدف از پایه گذاری نظام جامع کنترل ترومای کشوری، به صفر رساندن تمام مرگ های قابل پیشگیری[8] در جنگ ها، حوادث، سوانح و بلایا است".

2- کلمات کلیدی

تروما-مرکز تروما- آسیب- ترومای جنگی- صحنه نبرد- نظام تروما- کنترل تروما-کنترل ترومای جنگی- مراقبت از مجروح جنگی - ترومای شهری- کنترل ترومای شهری- ادغام نظام های ترومای جنگی و شهری

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

[5] Civilian Trauma Care System
[6] Military Health System (MHS)
[7] Integrating Military and Civilian Trauma Systems
[8] ZERO Preventable DEATHS

3- روش تنظیم این فصل از درسنامه:

تنظیم این درس با تلفیق روشهای "مطالعه کتابخانه ای"، "بحث متمرکز گروهی در کارگروه تدوین" انجام شده است. با جمع بندی نتایج بررسی در کلمات کلیدی بالا، از انتشارات قبلی داخلی و انتشارات علمی اخیر، محتوای مطالعه کتابخانه ای تنظیم و با افزودن تجارب شخصی نویسندگان و ثبت و انتخاب تجارب سایر صاحبنظران در مصاحبه شفاهی، متن نهایی بازآرائی و تنظیم شده است.

4- ادبیات موضوع

تروما

تروما انتقال انرژی از محیط به بدن انسان می باشد و مهمترین علت از دست رفتن عمر مؤثر در جمعیت های انسانی است و بر حسب مکانیسم و شدت سیستم های مختلف بدن را تحت تأثیر قرار می دهد (3). در کشور ما طبق گزارشات در سال 2005 میلادی، تروما دومین علت مرگ و میر در هر دو جنس در کل جامعه و اولین علت مرگ و میر در جوانان بوده است (4). طبق تعریف سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی هرگونه آسیب یا صدمه ای که به دنبال برخورد عوامل فیزیکی یا شیمیائی با بافت های بدن بوجود می آید تروما نامیده می شود، که شامل دو گروه عمده نافذ[9] و غیر نافذ[10] است (5). بیمار ترومائی فرد مصدومی است که به تشخیص بهنگام و درمان صدمات فعلی و بالقوه توسط تیم چند عاملی مراقبین سلامت[11] و منابع حمایتی مناسب نیاز دارد تا خطر مرگ یا ناتوانی دائمی[12]، حذف یا کاهش یابد. صدمات طیف وسیعی داشته و یک نظام تروما سطوح مناسب مراقبت برای هر نوع آسیب را مشخص می نماید[13]. همچنین به فصل کلیات و سایر قسمت های درسنامه، که در باره تروما بحث شده است، مراجعه شود.

مرکز تروما[14]

یک بیمارستان یا تسهیلات تخصصی با دسترسی فوری به پرسنل آموزش دیده مراقبت های سلامتی که خدمات و مراقبت های اورژانس را بصورت 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته به مردم آسیب دیده ارائه می نمایند[15] (2). همچنین به سایر قسمت های درسنامه، که در باره مرکز تروما بحث شده است، مراجعه شود.

آسیب[16]

نتیجه فعلی که ایجاد صدمات، مضرات، آزردگی های غیر عمدی یا عمدی به بدن می شود و در اثر مواجهه با انرژی حرارتی، مکانیکی، الکتریکی، یا شیمیائی و یا فقدان عوامل حیاتی نظیر اکسیژن و گرما بوجود می آید (2).

ترومای جنگی[17]

ترومای در شرایط جنگی محدود به میادین نبرد نیست و ممکن است در شرایط و محیط های متنوعی بروز کند. در جنگ تحمیلی، علاوه بر رزمندگان میدانی نبرد، طیف وسیعی از مردم غیرنظامی ساکن در استان های مناطق جنگی، مناطق مجاور و حتی شهرهای دوردست، به علت تهاجمات دشمن مورد آسیب قرار گرفتند. حتی در مقاطعی از جنگ (جنگ شهر ها) جمعی از مردم، بیماران و کارمندان بیمارستانهای شهر تهران و سایر شهرها شهید و مجروح شدند. بعضی از این حوادث غیر انسانی توسط

---

[9] SHARP TRAUMA
[10] BLUNT TRAUMA
[11] Multidisciplinary team of health care professionals
[12] Risk of death or permanent disability
[13] Trauma System Agenda for the Future , https://one.nhtsa.gov/people/injury/ems/emstraumasystem
[14] Trauma Center
[15] ACS, 2008
[16] Injury
[17] Combat/war related trauma

دشمن خبیث بعثی عراق عبارتند از : حمله ناجوانمردانه موشکی به بیمارستان عیوض زاده (اولین حمله موشکی به تهران)- مجتمع بیمارستانی امام خمینی (سنگین ترین حمله موشکی به تهران) و بیمارستان کودکان بهرامی و حمله موشکی به میدان راه آهن تهران، مجاور بیمارستان بهارلو (آخرین حمله موشکی به تهران) ، حملات گسترده موشکی به شهرهای دزفول و اندیمشک و حملات جنایتکارانه شیمیائی به شهرهای سردشت در ایران و حلبچه در عراق که توسط هواپیماهای عراقی مورد حملات غافلگیرانه قرار گرفت و به قتل عام و مجروحیت شیمیایی جمع بزرگی از مردم مظلوم آن شهرها منجر شد(6) . ترومای شدید جنگی همچنین ممکن است در جریان مانورهای نظامی، آموزش نظامی، خنثی سازی مهمات انفجاری بازمانده از جنگ و شرایط مشابه بوجود آید. همچنین به سایر قسمت های درسنامه، که در باره ترومای جنگی بحث شده است، مراجعه شود.

صحنه نبرد[18]

مکانی که جنگ در آنجا درگیر است یا در سابق درگیر شده است[19] یا به موقعیت جدال و کشمکش نظامی، صحنه نبرد[20]. در فرهنگ معین "صحنه" به زمین هموار و منظره ای واقعی یا خیالی که رویدادی را نشان می دهد، و در فرهنگ دهخدا نبرد به معنی کوشش و جنگ و جدال و رزم و کارزار و صحنه نبرد آوردگاه نبرد گاه و جنگ گاه را گویند. معنی شده است.

نظام تروما[21]

یک سیستم یا نظام جامع تروما از اجزای مختلفی تشکیل می شود که بصورت هماهنگ و درهم ادغام یافته، خدمات هزینه اثربخش پیشگیری از صدمات و مراقبت از بیماران آسیب دیده[22] را انجام میدهد. تداوم مراقبت در مرکز این سیستم قرار دارد و مشتمل است بر پیشگیری از آسیب، مراقبت های پیش بیمارستانی[23]، و مراقبت های بعد از بیمارستان[24]، خدمات بهداشت عمومی، خدمات فوریت های پزشکی[25] ، درمان ها و مداخلات در صحنه حوادث[26]، مراقبت در بخش اورژانس، مداخلات و اعمال جراحی، مراقبت های ویژه، ادامه مراقبت در بخش های عادی، خدمات بازتوانی، همراه با خدمات اجتماعی، خدمات حمایتی تا بازگشت مصدومین به اجتماع با حداکثر کارائی و سودمندی ممکن(7). در عمل یک رویکرد فراگیر و نظام مند برای تسهیل و هماهنگی "پاسخ چند تخصصی[27]" برای درمان بیماران شدیداً آسیب دیده در حوادث و سوانح است. همچنین به سایر قسمت های درسنامه، که در باره نظام تروما بحث شده است، مراجعه شود.

مجروح جنگی[28]

بیمار ترومائی فرد مصدومی است که به تشخیص بهنگام و درمان صدمات فعلی و بالقوه توسط تیم چند عاملی مراقبین سلامت[29] و منابع حمایتی مناسب نیاز دارد تا خطر مرگ یا ناتوانی دائمی[30]، حذف یا کاهش یابد. صدمات طیف وسیعی داشته و یک نظام تروما سطوح مناسب مراقبت برای هر نوع آسیب را مشخص می نماید.

مرگ قابل پیشگیری بعد از جراحت[31]

آن دسته از مجروحینی که زندگی شان با مراقبت های بهتگام و مناسب، بدون ملاحظاتی تاکتیکی، لحیستیکی و محیطی،

---

[18] Battlefield
[19] https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/battlefield
[20] https://en.oxforddictionaries.com/definition/battlefield
[21] Trauma system
[22] injury prevention and patient care
[23] pre-hospital care
[24] post-hospital care
[25] emergency medical services (EMS)
[26] Field intervention
[27] A multidisciplinary system response
[28] Combat trauma patient
[29] Multidisciplinary team of health care professionals
[30] Risk of death or permanent disability
[31] Preventable deaths after injury

مراقبت از مجروح جنگی[۳۲]

شبکه، بسته مراقبتی و دستورالعمل های روزآمد بهم پیوسته مدیریت تروما، در مجروحین جنگی، با تمرکز بر آسیب های تهدید کننده حیاتی، در شرایط پیش بیمارستانی، با در نظر داشتن ملاحظات و شرایط جنگی (2)

ثبت تروما[۳۳]

نظام ثبت و جمع آوری و مطالعات اپیدمیولوژیک با رویکرد جمع آوری دقیق و مستمر داده های توصیفی (میزان های تروما، انواع و علل تروما، دموگرافیک بیماران، عوارض تحمیلی، پراکندگی جغرافیایی حوادث و سوانح، و مانند آنها) و گزارشات تحلیلی (جمعیت های دارای خطر بالا، کیفیت مراقبت از بیماران، ارزیابی های و اثربخشی، برنامه های پیشگیری و آموزشی و مانند آنها)، نظام ثبت تروما نامیده می شود (مراجعه به منبع 8)

5-اجزای ضروری سیستم (نظام) ترومای استاندارد

یک نظام ترومای استاندارد، طبق شواهد معتبر دارای ارکان مشروحه زیر است (9):

الف) ارکان مدیریتی

1- رهبری

2-ایجاد سیستم

3-قانونگذاری

4-بودجه

ب) ارکان عملیاتی و بالینی

5-اطلاع رسانی عمومی / آموزش عمومی و پیشگیری

6- منابع انسانی

7-مراقبت های پیش بیمارستانی

- ارتباطات[۳۴]
- EMS medical direction
- تریاژ
- حمل و نقل

8-تسهیلات مراقبت قطعی

- تسهیلات مراقبت تروما
- ارجاع بین تسهیلات
- بازتوانی طبی

9- ارزشیابی (رصد)

- جمع آوری داده
- ارزیابی نظام تروما
- ارزیابی مرکز تروما
- تحقیقات

[32] Tactical combat casualty care (TCCC)
[33] Trauma registry
[34] Communication

6- تفاوت بین ترومای جنگی و غیر جنگی (شهری)

مراقبین سلامت در ترومای جنگی با انفجار مین، نارنجک، خمپاره، بمب، اصابت گلوله تفنگ و مسلسل و سایر عوامل مخرب جنگی سر و کار دارند. این عوامل می‌توانند اندام‌ها، شکم، قفسه‌صدری و جمجمه را بشدت آزرده کنند. کنترل آسیب های وارده، احتیاج به مقررات، نوع بررسی و درمان های متفاوتی دارد. در زخم‌های جنگی شدت ضایعات نسوج متفاوت است و نسبت به ترومای شهری وخامت و شدت آلودگی بسیار بالاتری دارند. اورژانس و اتاق عمل مناطق رزمی، دارای خصوصیات مشابه مراکز درمانی شهری نیست، و کادر درمانی و جراحی گاهی مجبورند با کمبودهای موجود به اقدامات درمانی مهم تر و جامع تری بپردازند (2 و 10)

رئوس مشخصات متفاوت در ترومای جنگی:

1- تابع مقررات خاص و تحت حمایت قانون بشردوستانه بین المللی[۳۵] قرار دارد (حفاظت بیماران و مجروحین و حقوق و الزامات پرسنل پزشکی)

2-زخم های جنگی اپیدمیولوژی خاص دارند

3-جراحی اورژانس در ترومای جنگی نسبت به سایر مراقبت ها تفوق دارد

4-جراحی در محیط تکنیکی محدود باید انجام شود

5-جراحی در فضای مخاصمه، دشوار و تحت محدودیت های شرایط جنگی باید انجام شود

6-در مواجهه با انبوه مجروحان ، اعمال اصول تریاژ الزامی است

7- نتایج مراقبت های بیمارستانی بعدی به عملکرد مؤثر زنجیره امداد و انتقال و اقدامات پیش بیمارستانی بستگی دارد

8-پاتولوژی متفاوت سلاح ها و مهمات مورد استفاده در جنگ (گلوله ها، بمب ها، موج انفجار، سلاح های غیر متعارف[۳۶]، ...)

9-الزام بکارگیری تکنیک های ویژه، متناسب با شرایط جنگی و پاتولوژی

10- شیوع بیماریهای آندمیک در شرایط جنگی

رئوس محدودیت ها و مشکلات مراقبتی در ترومای جنگی:

1-بی ثبانی در طول زمان: تجارب خوب حاصله در دوره جنگ، در شرایط بعد از جنگ و بین دو جنگ فراموش می شود و مهارت های پرسنل، به علت رکود، کاهش می یابد

2- **محدودیت فضا و میدان پیشرفت**: بسیاری از نوآوری های کلیدی، دستاوردهای سیستم های مراقبتی و حمایتی، در محدوده یگان های نظامی باقی انده و به نرم های واحد و فراگیر تبدیل نمی شوند.

3- **عدم پیوستگی مراقبت** و مدیریت مجروحین در حدفاصل بین مراقبت های "پیش بیمارستانی" و "مبتنی بر بیمارستان[۳۷]" و بین "مراقبت های حاد تروما[۳۸]" با "فازهای بعدی مراقبت" نظیر "بازتوانی و پیگیری های طولانی مدت[۳۹]". اوج این مشکل وقتی خودنمائی می کند که مبادله مجروحین بین سیستم های ترومای جنگی یا نظامی با ترومای شهری[۴۰] انجام می شود.

4-**ضعف در آرایش صحیح متخصصین تروما**، معمولاً پرسنل پزشکی بر اساس مهارت های عمومی توزیع می شوند نه بر اساس نیازهای واقعی

5- **ابهام و عدم شفافیت در ساختارهای رهبری**[۴۱] ، هسته مشخصی دارای مسئولیت و اختیارات توأم برای حفظ آمادگی و تضمین کارآمدی عملیاتی تیم های تروما و کل سیستم وجود ندارد.

---

[35] International humanitarian law (IHL)
[36] non-conventional weapons
[37] Hospital-based care
[38] Acute trauma care
[39] Rehabilitation and long-term follow-up
[40] Civilian trauma care

نتیجه:

بین سیستم های ترومای جنگی و شهری ارتباط و هماهنگی و هم افزائی لازم برای ارتقای مراقبت در سطح ملی موجود نیست و این عدم هماهنگی و بهره برداری نشدن از همه ظرفیت ها، بناچار زندگی بسیاری از مصدومین حوادث و سوانح (اعم از جنگی-شهری و بلایا) را به مخاطره می اندازد. تلاش متحدالشکلی برای پر کردن این خلاء ضروری است.

7-تجارب دفاع مقدس در یکپارچگی و تعامل "نظام طب رزمی و نظامی" ، "نظام سلامت کشوری" ، "ساختارهای مردمی حیطه سلامت"، و نهادهای انقلابی حوزه سلامت":

جنگ تحمیلی در فاصله کوتاهی بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و بصورت فراگیر از هوا، زمین و دریا ، کاملاً غافلگیرانه، و با هدفگیری مناطق مسکونی آغاز و شعله های آن سراسر کشور را فرا گرفت. دفاع مقدس نیز با آرایشی فراگیر، همه جانبه، دشمن شکن و سیری منسجم کمال آفرین، استوار بر پایه های وحدت و همبستگی ملی، ایمان و ایثار، رهبری داهیانه، سلحشوری و عزت مندی، اقتدار و شکوه و عزم راسخ ملت بزرگ ایمان شکل گرفت و به قله های کمال راه یافت. یکی از ابعاد شکوهمند این حماسه بزرگ ملی، حضور و نقش آفرینی جامعه سلامت و پاسخگوئی بهنگام و تمام عیار به همه بحرانها و عموم نیازهای ناشی از جنگ و شرایط جنگی بوده است. شکل گیری و ارتقای طب رزمی و کنترل تروما در این دوران پرحادثه از مؤلفه های مهمی برخوردار است که بطور خلاصه و به شرح زیر ارائه شده است:

- **طب نظامی در ارتش**: در شروع جنگ طب نظامی در ارتش جمهوری اسلامی ایران از ساختاری نظام مند برخوردار بوده و در طول جنگ بطور مستمر ارتقاء و در حوادث نظامی سراسر جنگ حضوری گسترده و سرنوشت ساز داشته است (11)
- **ساختار بهداشت و درمان کشوری**: در شروع جنگ ساختار سازمان منطقه ای بهداشت و درمان مسئولیت ارائه خدمات و مراقبت های سلامتی را بر عهده داشت. با برگیری از ساختار بومی و تجارب قبلی (در زمان صلح)، و از جمله تجارب ارزنده در حوادث غیر مترقبه قبلی، بزرگ ترین مسئولیت و زیباترین نقش آفرینی مسئولانه را برای امدادرسانی، درمان و مدیریت خدمات سلامتی همزمان به مردم، مجروحان جنگ و رزمندگان و جمعیت میلیونی پناهجویان را بر عهده گرفت (12-11). نقش ها و مسئولیت های نظام سلامت کشوری در وزارت بهداری وقت و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بعد از تشکیل، به موازات تداوم جنگ و بصورت چشمگیر افزایش یافت[۴۲].
- **ساختار مردمی و انقلابی جهاد سازندگی:** تجربهٔ پزشکی جهادسازندگی، تجربهٔ بسیار درخشانی است؛ مخصوصاً پیش از جنگ، در سال 1358 و 1359. این تجربه بنا به ضرورت جنگ به امداد درمان جبهه‌ها منتقل شد و به نوعی بدلیل ضرورت، در آنجا متمرکز شد (مراجعه به فصل تاریخچه در همین درسنامه)
- **مراکز بهداشتی-درمانی مناطق درگیر در جنگ:** بعضی از مراکز بهداشتی درمانی در نزدیک ترین فاصله نسبت به خطوط درگیری قرار داشته اند(مثل بیمارستان های طالقانی آبادان و نظام مافی شوش). این مراکز و مجموعه نیروی انسانی فداکار و خدوم آنها، با تغییر آرایش به بیمارستان صحرائی، نقش های بی نظیری در جنگ تحمیلی برعهده داشته اند (13). سایر بیمارستان های استانهای جنگی و ساختارهای قابل بهره برداری بهداری این مناطق نیز خدمات تمام عیاری ارائه نموده اند.
- شکل گیری ساختار و سازمان بهداری رزمی سپاه پاسداران در سالهای اول اولیه جنگ و برعهده گرفتن نقش محوری در طب رزمی در طول سالهای بعدی
- برگیری از همه ظرفیت های حوزه سلامت کشور (نظامی-انتظامی-بسیجی-دولتی-مردمی-نهادی) در عملیات فتح المبین-بیت المقدس و رمضان (14)

---

[41]Leadership structure

[42] مراجعه به فصل تاریخچه در همین درسنامه

- تیم های اضطراری دفاع مقدس: شکل گیری تیم های اضطراری جبهه ها و ارائه خدمات همه جانبه تخصصی در نزدیک ترین فاصله به خطوط درگیری و ثبت یکی از درخشان ترین تجربیات دفاع مقدس در حوزه بهداری رزمی. (مراجعه به فصل مربوطه در همین درسنامه)
- بیمارستانهای صحرائی: (مراجعه به فصل مربوطه در همین درسنامه)
- مشارکت فراگیر تقریباً تمام بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی دایر و فعال در دوران دفاع مقس در درمان مجروحین و آسیب دیدگان جنگ تحمیلی
- **ساختارهای ستادی و هماهنگ کننده بین بخشی: رئوس تحولات در دفاع مقدس به شرح زیر بوده است:**
  - تشکیل "ستاد امداد و درمان مناطق جنگی" یک ستاد هماهنگی بین ارتش، جهاد، شبکه بهداشت و درمان استان و هلال احمر و "ستادهای پشتیبانی امداد و درمان در مراکز استانها" و "ستاد مرکزی امداد و درمان در تهران" با مسئولیت معاون دفاعی نخست وزیر وقت.
  - تشکیل فرماندهی بهداری (ف.ب.) جنوب، غرب، و شمال غرب، بعد از عملیات طریق القدس.
  - تشکیل بهداری قرارگاه خاتم الانبیاء در تابستان 1361 (با 4 مأموریت "امداد"، "تخلیه مجروحین"، "درمان" و "بهداشت") و تشکیل معاونت های عملیاتی بهداری رزمی ("بیمارستان صحرائی"، " امداد و انتقال" و "بهداشت رزمی"). (مراجعه به فصل تاریخچه از همین درسنامه)

نتیجه:

مدل ارائه خدمات فراگیر بهداشت و درمان و از جمله کنترل ترومای مستقیم جنگی در دوران دفاع مقدس "مدلی چند وجهی و جامع و ادغام یافته" بوده است. در این مدل از همه ظرفیت های طب نظامی، طب غیرنظامی (شهری)، طب مردم نهاد ، و همه ساختارهای نظام سلامت، بصورت هماهنگ، منسجم، نظام مند و هدایت شده برای پاسخگوئی به بزرگترین نیاز سلامت در تاریخ ملت بزرگ و سلحشور ایران استفاده بهینه، هم افزا، متعالی، ارزش آفرین، تاریخ ساز و فرهنگ ساز شده است. شایسته است این تجربه سترگ تاریخی در شیوه ای نهادینه و تکامل یافته برای زمان حال و آینده مورد استفاده قرار گیرد.

8-طراحی سیستم تروما با رویکرد بهداشت عمومی: مدل ایرانی:

در ایران تروما اولین علت مرگ و میر در گروه های سنی زیر 50 سال است. ایجاد نظام تروما روشی سیستماتیک و جامع برای پیشگیری از آسیب و درمان آسیب دیدگان حوادث و سوانح است و کارائی آن به اثبات رسیده است. پیام طریقی، سید جمال الدین طبیبی و همکارانشان در مطالعه ای با شناخت از نظام شبکه خدمات بهداشت و درمان کشور مدلی از نظام تروما با رویکرد بهداشت عمومی پیشنهاد نموده اند که اجزای آن به شرح زیر است:

- خدمات پزشکی اورژانس
- منابع حمل و نقل
- تریاژ
- ارتباطات
- طراحی و ایجاد مراکز تروما[۴۳]
- طراحی و ایجاد مراکز تخصصی مراقبت (سوختگی –کودکان-آسیب های نخاعی)
- نظام اطلاعات تروما[۴۴]
- ادغام یافته با نظام جامع مدیریت بلایا[۴۵]

[43] Trauma Center Designation
[44] Trauma Information System

- دارای منابع بیشتر (اختصاصی) به ازای هر حادثه غیر مترقبه
- واجد طرح پیشگیری و کنترل آسیب
- واحد نظامات و مقررات قانونمند
- دارای اختیارات قانونی برای برنامه ریزی، اجرا، مدیریت و ارزیابی نظام تروما
- دارای برنامه تربیت نیروی انسانی حرفه ای
- واجد خدمات بازتوانی
- دارای رویکرد طبی
- دارای برنامه آموزش عمومی

9-نقش ها و ظرفیت های نظامی و دفاعی کشور در کنترل بحران های غیرنظامی، حوادث غیرمترقبه و بلایای طبیعی (15)

نظامیان در همه کشورها با هدف دفاع از کشور هنگام تهدید دشمنان شکل گرفته‌اند.نظامیان رابیشتربانظم و سازماندهی خوبی که دارند،می‌شناسند،این توانمندی ودیگر ویژگی‌های مناسبی که نیروهای نظامی دارند،سبب شده است در بحران وسوانح طبیعی وانسان‌ساخت نیز از ظرفیت آنان بهره گرفته شود(16).

درکشورهائی که ساختارمناسب کنترل بحران موجود نیست، نظیرپاکستان، نیروهای نظامی میدان‌دار اصلی و ایفاگرنقش‌های اصلی درمدیریت حوادث و سوانح می باشند. بعضی از ویژگی های ممتاز نیروهای نظامی بر مشارکت و مسئولیت پذیری در کنترل بحران های طبیعی یا اجتماعی و نیز حوادث بیوتروریستی به شرح زیر است:

- برخورداری ازآمادگی های ضروری که ازطریق فرآیندهای برنامه‌ریزی، آموزش، سازماندهی، تجهیز و تمرین و مانور مستمر بدست می آید
- داشتن سامانه‌های مناسب و پیشرفته مدیریت و فرماندهی با کارکردهای اصلی هماهنگی، هدایت و فرماندهی عملیات
- برخورداری از سامانه‌ها و زیرساخت‌های لجستیکی، اطلاعاتی و ارتباطی، برای پشتیبانی مناسب از عملیات امداد و نجات
- در اختیار داشتن تعداد قابل‌توجهی از نیروهای سازمان‌دهی‌شده ، با ساختاری منسجم
- در اختیار داشتن سامانه هائی نظیر واحدهای سیاری چون درمانگاه ها و بیمارستان‌های صحرایی و متخصصان خبره و کارآمد در این حوزه‌های کنترل بحران
- درحیطه گسترده پدافند غیرعامل، نظامیان مسئولیت‌های ویژه‌ای یافته و از توانمندی‌های بیشتری برخوردارند، تهدید دشمنان و مخاطرات عامدانه‌ای که آنان رقم می‌زنند جز با نقش‌آفرینی نیروهای نظامی قابل‌کنترل و مقابله نیست.
- دارا بودن تجهیزات پزشکی کوچک و کم حجم و قابل حمل و بسته بندی آسان ویژه ارائه خدمات امدادی، بهداشتی و درمانی در شرایط بحران و رزم
- دارا بودن سامانه‌های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی از راه دور (تله مدیسین)
- دارا بودن ناوگان امدادی و انتقال متناسب با انواع انتقال(آمبولانس دریایی، هوایی، زمینی، اعم از زمینی جاده ای و غیر جاده ای (offroad)،و زمین عارضه دار، (شامل آمبولانس‌های زرهی)

[45] Comprehensive Disaster Management Plan

نقش ها و توانمندیهای نیروهای نظامی درکنترل بحران (17)

نظامیان در همه کشورها با هدف دفاع از کشور هنگام تهدید دشمنان شکل گرفته‌اند. نظامیان رابیشتر بانظم و سازماندهی خوبی که دارند، می‌شناسند،این توانمندی و دیگر ویژگی‌های مناسبی که نیروهای نظامی دارند، سبب شده است در بحران وسوانح طبیعی وانسان ساخت نیز از ظرفیت آنان بهره گرفته شود(16).

درکشورهائی که ساختارمناسب کنترل بحران موجود نیست، نظیرپاکستان، نیروهای نظامی میدان‌دار اصلی و ایفاگرنقش‌های اصلی درمدیریت حوادث و سوانح می باشند. بعضی از ویژگی های ممتاز نیروهای نظامی بر مشارکت و مسئولیت پذیری در کنترل بحران های طبیعی یا اجتماعی و نیز حوادث بیوتروریستی به شرح زیر است:

- برخورداری ازآمادگی های ضروری که ازطریق فرآیندهای برنامه‌ریزی، آموزش، سازماندهی، تجهیز و تمرین و مانور مستمر بدست می آید
- داشتن سامانه‌های مناسب و پیشرفته مدیریت و فرماندهی با کارکردهای اصلی هماهنگی، هدایت و فرماندهی عملیات
- برخورداری از سامانه‌ها و زیرساخت‌های لجستیکی، اطلاعاتی و ارتباطی، برای پشتیبانی مناسب از عملیات امداد و نجات
- در اختیار داشتن تعداد قابل‌توجهی از نیروهای سازمان‌دهی‌شده ، با ساختاری منسجم
- در اختیار داشتن سامانه هائی نظیر واحدهای سیاری چون درمانگاه ها و بیمارستان‌های صحرایی و متخصصان خبره و کارآمد در این حوزه‌های کنترل بحران
- درحیطه گسترده پدافند غیرعامل، نظامیان مسئولیت‌های ویژه‌ای یافته و از توانمندی‌های بیشتری برخوردارند، تهدید دشمنان و مخاطرات عامدانه‌ای که آنان رقم می‌زنند جز با نقش‌آفرینی نیروهای نظامی قابل‌کنترل و مقابله نیست.
- دارا بودن تجهیزات پزشکی کوچک و کم حجم و قابل حمل و بسته بندی آسان ویژه ارائه خدمات امدادی، بهداشتی و درمانی در شرایط بحران و رزم
- دارا بودن سامانه‌های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی از راه دور (تله مدیسین)
- دارا بودن ناوگان امدادی و انتقال متناسب با انواع انتقال(آمبولانس دریایی، هوایی، زمینی، اعم از زمینی جاده ای و غیر جاده ای (offroad)،و زمین عارضه دار، (شامل آمبولانس‌های زرهی)

در بازخوانی تجارب اخیر تمام قابلیت ها و ویژگی های بالا در نیروهای مسلح کشور به احسن وجه در خدمت مردم و مناطق آسیب دیده از بلایای بزرگ طبیعی بکار گرفته شده است.

طب نظامی و بلایا[۴۶]

امدادرسانی سریع و مؤثر و نیز ملاحظات انساندوستانه اقتضاء می نمایددرتمام مخاطرات ناشی ازبلایاهمکاری های همه جانبه بین نظام عمومی ارائه خدمات سلامت و سیستم طب نظامی تحقق پذیرد. برای تضمین کیفیت خدمات و مراقبتها، ارتقای ظرفیتهای رهبری،همکاری و تصمیم گیری[۴۷]درمسئولین وسیستم های کنترل حوادث و بلاياالزامی است. انجام مانورهای آموزشی و آمادگی مشترک با استفاده از امکانات و ظرفیت های طب نظامی بسیارمهم است. تیم های تخصصی باید به تیم های خبره و زبردست[۴۸] تبدیل شوند[۴۹] برای تحقق بهینه همکاری باید زبان و ادبیات مشترکی برای کنترل بحران ایجاد شود. از دستورالعمل ها، واژه ها، و مانورهای مشترک باید استفاده گردد. برای اطلاع رسانی باید از رسانه های عمومی اجتماعی[۵۰] استفاده شود(بم).

---

[46] Military medicine and disaster
[47] Leadership/coordination and decision making capacities
[48] expert teams
[49]Teams of experts
[50] Social media

10- بازخوانی تجارب غیر مترقبه اخیر : صحنه های درخشان همگرایی "طب نظامی"، ترومای شهری" و " نظام مدیریت بحران"

امدادرسانی سریع و مؤثر و نیز ملاحظات انساندوستانه اقتضاء می نماید درتمام مخاطرات ناشی ازبلایا همکاری های همه جانبه بین "نظام عمومی مدیریت بحران و ارائه خدمات سلامت" از سوئی و "سیستم امداد و نجات دفاعی کشور و طب نظامی" تحقق پذیرد. برای تضمین کیفیت خدمات و مراقبت ها، ارتقای ظرفیت ها ، "وحدت رهبری، همکاری و تصمیم گیری[51]، درمسئولین و سیستم های کنترل حوادث و بلایاالزامی است. انجام مانورهای آموزشی و آمادگی مشترک با استفاده از امکانات و ظرفیت های موجود و مشترک غیرنظامی، طب نظامی و بسیج مردمی و سازمان های امدادی بسیارمهم است. تیم های تخصصی باید به تیم های خبره و زبردست[52] تبدیل شوند[53] برای تحقق بهینه همکاری باید زبان و ادبیات مشترکی برای کنترل بحران ایجاد شود. از دستورالعمل ها، واژه ها، و مانورهای مشترک باید استفاده گردد. برای اطلاع رسانی باید از رسانه های عمومی اجتماعی[54] استفاده شود (18). در زیر به حضور همه جانبه و همگرای ساختارهای نظامی، غیر نظامی و مردمی در سه حادثه واقعی اخیر اشاره می شود:

1-حادثه زلزله بم:

در ساعت 5 و 26 دقیقه و 52 ثانیه روز جمعه 5 دی ماه 1382 زلزله ای به قدرت 6/5 در مقیاس ریشتر در این شهر بوقوع پیوست. بر اساس گزارش دانشگاه علوم پزشکی کرمان 42500 نفر در این حادثه دلخراش جان خود را از دست دادند[55]. این زلزله از بزرگترین بلایای طبیعی ایران و جهان در قرن اخیر بشمار می رود (هفتمین زلزله پر مخاطره ئ هیجدهمین بلای طبیعی با آثار ویرانگر). مؤلفه های امداد رسانی در پاسخ به این زلزله، بطور خلاصه به شرح زیر بوده است:

- امدادرسانی آنی اولیه توسط مردم و اندک نیروهای موجود و آسیب ندیده محلی انجام شده است
- نبود برنامه مدیریت بحران از قبل برنامه ریزی شده، در این حادثه بسیار محسوس، خسارت بار و غیر قابل جبران بوده
- نیروهای بهداشتی-درمانی سالم مانده از حادثه منطقه آسیب دیده با توجه به تخریب تمام مراکز و نیز شرایط تعطیلی، با تأخیر وارد عمل شدند
- نیروهای امدادی درمانی شهرهای اطراف در ساعات بعدی و با تأخیر ناشی از آسیب دیدگی شدید راه های ارتباطی وارد عمل شدند.
- با استفاده وسیع از ناوگان هوایی کشور، و پس از آماده سازی فرودگاه منطقه، امدادرسانی هوائی در سطح بسیار گسترده انجام شد و بخش اعظم مصدومین در مدت کوتاهی به شهرهای دیگر منتقل شدند
- ارتش و سپاه با همه امکانات موجود در منطقه و نیز ناوگان هوائی و زمینی وارد عمل شده، خدمات بزرگی انجام دادند
- مدیریت نیروهای امدادگر و درمانگر عزامی ضعیف و غیر هماهنگ بوده است و در مجموع حجم نیروهای اعزام شده بیش از نیاز منطقه آسیب دیده بوده است
- امداد رسانی بین المللی وسیع بوده و در روزهای اول ناهماهنگ و پراکنده انجام شده است

بازخوانی این حادثه موجب تحولات ساختاری، فرایندی و محتوایی در مدیریت بحران در تمام سطوح کشوری و نیز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شد(همان).. اثربخشی اقدامات، مانورها، برنامه ریزیها و تدابیر اتخاذ شده به صورت کاملاً معنی دار در حوادث بعدی به اثبات رسید .

---

[51] *Leadership/coordination and decision* making capacities
[52] expert teams
[53] Teams of experts
[54] Social media
[55] http://www.cnn.com

2-حضور گسترده و همگرای نیرهای امداد و درمان کشوری، نظامی و بسیج مردمی در امدادرسانی حادثه 21 آبان ماه 1396 کرمانشاه

شامگاه ۲۱ آبان سال ۱۳۹۶، زلزله‌ای به بزرگی ۷٫۳ ریشتر مناطق غربی استان کرمانشاه از جمله شهرستان‌های سرپل ذهاب، ثلاث باباجانی و قصر شیرین را به لرزه درآورد. در این حادثه دلخراش طبیعی، بیش از ۵۰۰ نفر از شهروندان عزیز منطقه جان خود را از دست دادند و هزاران تن مجروح و مصدوم شدند. امدادرسانی با مداخله فوری نیروهای محلی و مردمی آغاز و با پیوستن نیروهای امدادی مناطق همجوار ادامه یافت. نقش آفرینی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در کنترل این حادثه بزرگ طبیعی بسیار بارز و سرمشقی برای حوادث آتی است ().

در شب حادثه امداد رسانی با مداخله فوری نیروهای محلی و مردمی آغاز و با پیوستن نیروهای امدادی مناطق همجوار ادامه یافت. نقش آفرینی نیروهای مسلح، دوشادوش مردم و سازمان مدیریت بحران در کنترل این حادثه بزرگ طبیعی، بسیار بارز و سرمشقی برای حوادث آتی است.

3- سیل فراگیر فروردین 1398:

در هفته اول فروردین ۱۳۹۸، سامانه بارشی متراکم در جنوب و غرب ایران موجب ایجاد سیلاب و خسارت‌های جانی و مالی در ۲۵ استان کشور شد. در برخی مناطق میزان بارش به حدود ۴۰۰ میلی‌متر رسید[۵۶]. موج دوم بارش‌ها در ۱۱ فروردین ۱۳۹۸ آغاز شد و شهرهای غربی و جنوبی کشور را دربرگرفت. سیلاب 6 استان خوزستان، ایلام، کهکیلویه و بویراحمد، چهارمحال بختیاری، گلستان و مازندران شدیدتر بود و شرایط بحرانی بوجود آورد[۵۷]. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در یک ابلاغیه فوری از همه دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی وابسته به آن خواست که در حالت آماده‌باش باشند و همه مرخصی‌های غیرضروری لغو شود. کنترل این حادثه عظیم طبیعی، مستلزم مدیریت داهیانه و بکارگیری همه امکانات کشور بود. مدیریت مدبرانه و مسئولانه در کنار انسجام و همبستگی بی نظیر ملی ، موجبات کنترل بزرگترین حادثه طبیعی معاصر در کشور را با حداقل تلفات انسانی فراهم ساخت. علاوه بر دولت و سازمان های مسئول مدیریت بحران و نیروهای مردمی، که با تمام ظرفیت وارد میدان شدند، نیروهای مسلح به دستور مستقیم فرمانده کل قوا، مقام معظم رهبری و هماهنگی ستاد کل نیروهای مسلح با همه امکانات، نیروی انسانی و تجهیزات به کمک مردم و مناطق سیل زده شتافتند.

11- پیشنهاد مدل مناسب برای نظام ترومای کشور:

" تلفیق همه جانبه ترومای نظامی با ترومای شهری"

از آنجا که تجارب قبلی در حوزه تروما و حوادث و در رأس آنها دفاع مقدس، حاکی از تعامل و مشارکت هم افزا و همه جانبه طب نظامی با طب رایج (شهری) و حضور داوطلبانه نهادهای انقلابی، بسیج مردمی و سایر ساختارهای نهادی و مردمی بوده ، شایسته است این تجارب نهادینه و رسماً به ساختاری ملی تبدیل شود. بعبارتی سیستم ادغام یافته ترومای نظامی و شهری با فرماندهی واحد، مسئولیت ملی کنترل تروما در همه شرایط (عادی و روزمره، فوریت ها، بلایا و حوادث غیرمترقبه، وضعیت های جنگی، تروریستی و بیوتروریستی) را عهده دار باشد. تصویر 1 وجوه مشترک سیستم های ترومای شهری و نظامی را بطور شماتیک نشان می دهد. ارکان نظام ترومای ادغام یافته کشوری (مدل پیشنهادی این مطالعه) به شرح زیر است.

---

[56] *www.tabnak.ir* https://www.tabnak.ir/fa/news/887653

[57] سازمان مدیریت بحران کشور: https://ndmo.ir

ارکان نظام ترومای ادغام یافته کشوری

1-فرماندهی: فرماندهی رکن اساسی نظام تروما و جایگاه هدایت، رهبری و تصمیم گیری های راهبردی است. در مدل ادغام یافته، هر سیستم ضمن حفظ استقلال فرماندهی در محدوده داخلی، در سطح عالی فرماندهی ملی نیز حضور خواهد داشت. در ساختار جاری ، جایگاه ستادی این فرماندهی ، در زمان صلح برای شرایط عادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در شرایط بحران و بلایا شورایعالی سلامت (ستاد بحران کشور) و در زمان جنگ ستاد کل نیروهای مسلح خواهد بود.سطح آمادگی فرماندهی تروما و حوادث ، 24 ساعت در شبانه روز، هفت روز در هفته، سی روز یا سی و یک روز (حسب مورد) در ماه و دوازده ماه در سال خواهد بود. تحت هیچ شرایطی سطح آمادگی کاهش نخواهد یافت.

2-سازمان های دارای مسئولیت در نظام ترومای ادغام یافته کشوری تحت فرماندهی واحد و هماهنگ :

- مجلس شورای اسلامی (کمیسیون های بهداشت و درمان، آموزش و تحقیقات، اجتماعی ....)
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (نظام شبکه بهداشت و درمان کشور-اداره پیشگیری از مصدومیت ها، اورژانس کشور، متخصصین جراحی عمومی، تروما، بیهوشی، طب اورژانس، ارتوپدی، جراحی اعصاب، مراقبت ویژه، و سایر رشته های تخصصی مربوطه، کلیه بیمارستانهای تابعه در سراسر کشور)
- نیروهای مسلح (طب رزمی ارتش و سپاه، کلیه بیمارستانهای تابعه در سراسز کشور و یگان های بهداری نیروهای مسلح)
- وزارت کشور (شورایعالی سلامت-نیروی انتظامی-جهاد سازندگی)
- هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
- قوه قضائیه (سازمان پزشکی قانونی کشور و سایر ارکان ذیربط)
- بخش خصوصی فعال در حوزه بهداشت و درمان
- کلیه نهادها، سازمان های مردم نهاد فعال در حوزه بهداشت و درمان نظیر سازمان بسیج مردمی،
- شهرداری ها، صدا و سیمای جمهوری اسلامی، سایر رسانه ها و خبرنگاران
- سایر ارکان و ابعادی که به هر دلیل در کنترل ترومای کشوری دارای نقش یا مسئولیت خواهند بود

3-نقشه یا طرح جامع کنترل ترومای کشور

تدوین این نقشه به سفارش و با نظارت فرماندهی به یک تیم چند تخصصی[۵۸] ، بر اساس نیازسنجی و اولویت بندی، و مبتنی بر شواهد معتبر علمی داخلی کشور و بین المللی ، انجام و پس از تصویب در سطح فرماندهی ابلاغ و لازم الاجراء خواهد بود

4- نیروی انسانی

تربیت، جذب و بکارگیری، رشد و مهارت افزائی و نظارت بر عملکرد و مدیریت نیروی انسانی در فضاهای خدمت و مراقبت، از مهمترین ارکان اجرایی و عملیاتی در هر نظام تروما است.

5-پیشگیری از تروما

از ارکان قطعی و ضروری نظام ادغام یافته تروما، اقدامات و تلاش های هماهنگ و مستمر پیشگیری است

6-مراقبت های پیش بیمارستانی

طیفی از فرایندها در شرایط پیش بیمارستانی طبق دستورالعمل های استاندارد باید انجام شود. این موارد عبارتند از سیستم های ارتباطی، تریاژ بهنگام و تناسب با شرایط مختلف، امداد و مراقبت در صحنه حوادث، انتقال مصدومین به سطح مناسب تسهیلات بیمارستانی، تداوم مراقبت در حین انتقال

[58] A multidisciplinary group

7-سطح بندی ترومای بیمارستانی به شرح زیر:

- **سطح اول: همه بیمارستان های عمومی کشور (دولتی-خصوصی-نظامی-نهادی-خیریه و امثال آن)**

این بیمارستان ها طبق دستورالعمل های موجود موظف به پذیرش کلیه بیماران حوادث و فوریت ها و ارائه خدمات و مراقبت های اولیه و بعدی، انجام تریاژ اولیه، انجام درمان های فوری تخصصی در حد امکانات و ارجاع بیمارانی که امکانات درمانی تخصصی بیشتر برایشان فراهم نیست، به سایر مراکز، می باشند

- **سطح دوم: بیمارستانهای آموزشی و بیمارستان های بزرگ مراکز استان**

ضمن ایفای تمام نقش های بیمارستانهای سطح اول، ملزم به پذیرش کلیه بیماران ارجاعی از سطح اول ، با یا بدون هماهنگی قبلی، ترجیحاً با هماهنگی درون شبکه تروما و فوریت ها، خواهند بود. این مراکز با برخورداری از نیروی انسانی تخصصی، امکانات و تجهیزات پیشرفته، همه خدمات و مراقبت های ممکن و موجود ، اعم از خدمات و مراقبت های فوری و بعدی را ارائه خواهند داد.

- **سطح سوم: مراکز تروما**

این مراکز بصورت محدود و در مراکز استان های بزرگ دایر می شوند و شامل بیمارستان های تخصصی پیشرفته ای[۵۹] هستند که از امکانات لازم و نیروی انسانی تخصصی ورزیده برای مراقبت های تروما برخوردارند. این مراکز در یک موقعیت مرکزی با قابلیت دسترسی و پوشش دهی وسیع، درون شبکه ادغام یافته ترومای کشوری قرار دارند. این مراکز ضمن انجام کلیه وظایف سطوح قبلی، دارای وظایف اختصاصی نظیر تربیت نیروی انسانی تخصصی برای سایر مراکز، خدمات مشاوره ای به سایر مراکز، تحقیقات تروما، ثبت تروما، پذیرش موارد دشوار از سایر مراکز و نظیر آن خواهند بود

8-مراکز هماهنگ کننده ارجاع بیماران بین بیمارستانهای سطوح مختلف

این مراکز در سطوح استانی و دانشگاهی دایر و با جمع آوری همه اطلاعات ضروری، نقش های هماهنگی ارجاع بیماران بین سطوح مختلف را عهده دار خواهند بود. در آرایش جاری نظام سلامت کشوری، حداقل یک مرکز هماهنگی ارجاع در هر دانشگاه علوم پزشکی باید دایر شود و در صورت موجود بودن تقویت گردد.

9- خدمات بازتوانی و نوتوانی[۶۰]

خدمات و مراقبت های بازتوانی و نوتوانی، از ارکان مهم و لایتجزای نظام ترومای کشوری است. ابعاد این بازتوانی هم شامل جنبه های فیزیکی و نیازهای جسمانی است و هم شامل جنبه های روانی، اجتماعی و معنوی و نیازهای مرتبط خواهد بود

10- زیر نظام های پشتیبان

سیستم های معتبر و فراگیر ثبت تروما[۶۱]، اطلاعارسانی و ارتباطات[۶۲]، بودجه و امور مالی، پشتیبانی و تجهیزات، و سایر زیر نظام ها حسب مورد، از لوازم قطعی و ضروری نظام ترومای ادغام یافته کشوری خواهند بود

11-تحقیقات تروما

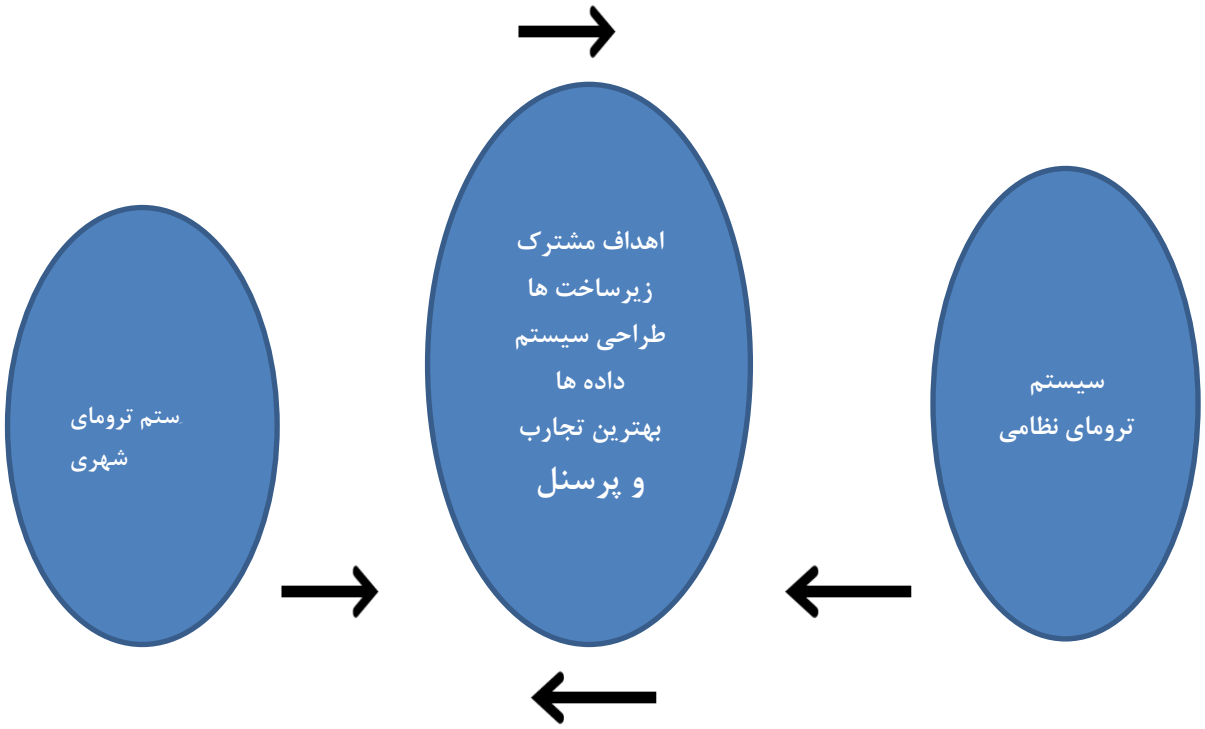
بازوی تحقیقاتی، از ارکان استوار و پایای هر نظام ترومای پویا و بالنده بشمار می رود. طراحی پیشرفت، مطالعات در نظام های سلامت و مراقبت، مطالعات اپیدمیولوژی تروما و حوادث، مطالعات بالینی و رصد علمی نتایج و روندهای درمان و مراقبت، تهیه دستورالعمل ها، مدیریت نظام ثبت تروما، از موارد کلان تحقیقاتی در نظام های تروما می باشند

---

[59] Multi-specialty hospital
[60] Rehabilitation services
[61] Trauma registries
[62] Information systems

12- پایش و رصد

رصد فعالیت های نظام تروما در سطوح کلان، منطقه ای، مؤسسه ای و در موضوعات و مصادیق اختصاصی، از ارکان ضروری و از پیش نیازهای توسعه و ارتقاء بشمار می رود. بازخوردهای هر فعالیت ارزشیابی و رصد باید به همان سطح ارائه شود و رصد کلان به فرماندهی تروما منعکس شود و در سطوح سیاست گذاری و برنامه ریزی راهبردی استفاده شود



تصویر 1: نظام ملی مراقبت تروما- وجوه مشترک سیستم های ترومای شهری و نظامی

12- نتیجه گیری و توصیه های راهبردی و کاربردی برای آینده

الف) حوزه مدیریت بحران:

روند مدیریت بحران در بلایای طبیعی، از حادثه زلزله بم تا رخداد سیل مهیب و فراگیر بهار 1398، بطور محسوس رو به پیشرفت بوده است. مؤلفه های مهم، راهبردی و کاربردی برای ارتقای "ساختار مدیریت بحران کشوری" به عالی ترین سطح مطلوب به شرح زیر است:

- ایران ششمین کشور جهان از نظر بروز بلایای طبیعی است که در آینده همه مناطق کشور را همچون گذشته، تهدید خواهند کرد.
- ارتقاء آمادگی ها و توانمندی های پیشگیری و کنترل بحران، بیش از هر زمان ضروری و هرنوع تعلل و تأخیر جایز نیست
- آمادگی برای مقابله با بلایا باید دائمی باشد و تابع زمان، مکان، شرایط سیاسی و اجتماعی و سایر عوامل نیست
- انگیزه، توانمندی و ظرفیت ملت ایران برای برای کمک به بحران زدگان بسیار بالا و در دنیا بی نظیر است
- ظرفیت نیروهای مسلح در تمام مناطق کشور برای مشارکت در فعالیت های کنترل بحران، بیش از سایر سازمان های مسئول است. استفاده بهینه، نظام مند و ساختار مند از آین ظرفیت بزرگ ملی، کشور را در برابر تهدیدات حوادث طبیعی، اجتماعی، و تهدیدات تروریستی و نظامی بیمه خواهد ساخت

- تجارب ملت ایران از مشارکت در دفاع مقدس و همه بلایای طبیعی بسیار عظیم و بزرگترین دستمایه ملی برای کنترل بحران ها و بلایا است
- علاوه بر مدیریت متمرکز در سطح ملی، توسعه و تقویت مدیریت بحران در سطوح استانی و منطقه ای بسیار ضروری است.
- اقدامات پیشگیرانه و توسعه غرهنگ پیشگیری از بلایا از واجب ترین راهبردها و اقدامات حوزه مدیریت بحران است
- جمع بندی تجارب قبلی و مطالعات و نوشتجات تحلیلی و تحقیقی موجود و تبدیل آنها به دستورالعمل های الزام آور ملی، منطقه ای و بومی، بسیار لازم است. مسئولیت علمی این مهم بعهده دانشگاهها و انجمن های علمی کشور و مسئولیت اجرائی بعهده سازمان مدیریت بحران کشوری و دستگاههای ذیربط است.
- بازنگری دستورالعمل های موجود در هلال احمر جمهوری اسلامی و وزارت بهداشت و سایر سازمان های امداد و درمان از جمله حوزه طب نظامی، بر اساس درس های واقعی برگرفته از حوادث اخیر، بصورت اساسی در اولین فرصت و بصورت ادواری (حداقل در هر برنامه توسعه 5 ساله) ، ضروری و سرنوشت ساز است
- نظام جدید مدیریت بحران پس از مطالعات علمی همه جانبه بین بخشی و طراحی توسط صاحبنظران ذیصلاح باید به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده و از پشتوانه قانونی قوی و لازم الاجرا و نظام حمایتی مالی و اجرائی متناسب برخوردار باشد
- بهترین مدل کنترل بلایای طبیعی مدل جامع مشارکتی ملی (بسیج همه جانبه همه امکانات و ظرفیت ها در اقدام هماهنگ و هم افزای ملی با فرماندهی واحد)

ب) حوزه تروما

- هدف غائی نظام مراقبت تروما در جمهوری اسلامی کاهش دادن مرگ های اجتناب پذیر در اثر تروما به صفر و ناتوانی ها و معلولیت های ناشی از تروما به حداقل می باشد
- سیاست گذاران سلامت کشور باید با ادغام سیستم های ترومای شهری و نظامی، نسبت به ایجاد "نظام ملی مراقبت تروما" و فراهم سازی تحقق سریع آن اهتمام نمایند
- مسئولین طب نظامی و نظام سلامت کشور باید نسبت به ارتقای دائمی توانمندی ها و مهارت ها و آمادگی های نیروی انسانی و نیز بهینه سازی زیرساخت ها، و ارتقاء و روزآمدسازی آموزش ها، مانورهای آمادگی، و سایر اقتضائات نظام ترومای معتبر و سرآمد، مسئولیت پذیرفته، پاسخگو باشند
- " رهبری و فرماندهی واحد نظام ملی مراقبت تروما" به تدبیر " شورایعالی سلامت" ایجاد و همه ارکان کشوری (اعم از بخش خصوصی و دولتی و نهادهای انقلابی و سازمان های مردم نهاد) و لشکری (اعم از ارتش و سپاه و بسیج و نیروی انتظامی) ، ملزم به تبعیت از اوامر فرماندهی باشند
- رهبری و فرماندهی واحد نظام ملی مراقبت تروما دارای مسئولیت های هماهنگی، برنامه ریزی کلان، رصد کلان و تهیه گزارشات ادواری برای سیاست گذاران کشوری و لشکری را بر عهده و نسبت به امور زیر نیز مسئولیت خواهد داشت:
  - پایه گذاری و مدیریت نظام ملی ثبت تروما
  - شناسائی دانش و تجارب روزآمد و معتبر و باکیفیت در زمینه تروما و فراهم آوری انتقال آنها به تیم های تروما
  - سفارش تحقیقات ملی در زمینه نظام ملی مراقبت ترومای کشوری به مراکز معتبر تروما
  - سفارش تهیه راهنماهای بالینی در حوزه تروما یا بازنگری راهنماهای موجود، ابلاغ راهنماهای بالینی مصوب به کاربران و رصد کلان استفاده از آنها در نظام ملی مراقبت ترومای کشوری
- برگزاری همایش های علمی در سطوح بین المللی، ملی، منطقه ای و محلی بنا به ضرورت و با رویکرد شبکه سازی تجارب و تحقیقات تروما

13- منابع

1-Brian J. Eastridge, Donald Jenkins, Stephen Flaherty, Henry Schiller and John B. Holcomb : Trauma System Development in a Theater of War: J Trauma.2006;61:1366 –1373.

2-Donald Berwick, Autumn Downey, and Elizabeth Cornett: A National Trauma Care System: Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve Zero Preventable Deaths After Injury. National Academy of Sciences, https://www.ncbi.nlm.nih.

3-مبلغی-جعفر، یعقوبی نوتاش-آیدین، یعقوبی نوتاش-علی، احمدی آملی-هادی، برنا-لیلا، و یعقوبی نوتاش-آنارام: بررسی الگوی تروما و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان بعثت سنندج در سال 1390. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره 19، بهار 1393، صص 99-107

4- World Health Organization Injury: Leading cause of the global of disease WHO: Geneva, 2010

5-جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، سازمان امداد و نجات: تروما، کد انتشارات: 0010-001-27-01-86

6- خاجی-علی: درس هایی از امدادرسانی و درمان مجروحان موشک باران تهران. تلفا انسانی غیرنظامیان ایرانی بر اثر حملات موشکی (بالیستیک) عراق به شهرهای ایران در طول جنگ تحمیلی عراق علیه ایران (1988-1980). نشریه علمی-پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، سال 2، شماره 1، زمستان 1397 ، صص 16-12

7- ACS (American College of Surgeons). 2008. Regional trauma systems: Optimal elements, integration, and assessment, American College of Surgeons Committee on Trauma: Systems consultation guide. Chicago, IL: ACS.

8-ظهور-علیرضا، و اسدی-فرخنده: پیشنهاد یک نظام ملی ثبت تروما برای ایران . مجله علوم پزشکی رازی، جلد 12، شماره 46، سال 1384، صص 356-349

9- Model Trauma Care System Plan. U.S. Department of Health and Human Services. [2011-01-09]. http://www.sdemsc.org/model

10.Woolley T, Round J. A., and Ingram M. : Global lessons: developing military trauma care and lessons for civilian practice. British Journal of Anaesthesia, 119 (S1): i135–i142 (2017)

11- نامجوی نیک-خسرو: تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان 9 سال دفاع مقدس. انتشارات ایران سبز، چاپ اول 1389

12- وزیریان پرویز: خدمات بهداشتی در دفاع مقدس . تجلیلی از سربازان گمنام جبهه دفاع از سلامت رزمندگان اسلام. فصلنامه فرهنگی-ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. پیش شماره، پائیز 1396

13- پرویز وزیریان-دکتر ضیائی-دکتر شاه حسینی- ناصر نوروز زاده: معرفی مراکز بهداشتی-درمانی نقش آفرین در دوران دفاع مقدس: بیمارستان طالقانی آبادان. فصلنامه فرهنگی-ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. شماره 2، سال 1397

14- نصرالله فتحیان- حمیدرضا جمشیدی: بهداری رزمی در نگاه فرماندهان ارشد: ویژگی های مدیریت در بهداری رزمی دفاع مقدس. فصلنامه فرهنگی-ترویجی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. پیش شماره، پائیز 1396

15- عراقی زاده-حسن، و حسینی-سید هاشم: تحلیل نقش نیروهای نظامی در امداد رسانی و خدمات بهداشتی- درمانی در حادثه زلزله آبان ماه 1396 کرمانشاه. درس هائی برای آینده. سال 2، شماره 1، زمستان 1397، صص 21-17

16- شریفی سده-مهراب: نقش نیروهای نظامی در مدیریت بحران. سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران. 1395/1/25، http://tdmmo.tehran.ir

17- عراقی زاده-حسن، و حسینی-سیدهاشم: تحلیل نقش نیروهای نظامی در امداد رسانی و خدمات بهداشتی- درمانی در حادثه زلزله آبان ماه 1396 کرمانشاه. درس هائی برای آینده. نشریه علمی-پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت. سال 2، شماره 1، طمستان 1397، صص 21-17

18- بم: عراقی زاده-حسن، ثقفی نیا-مسعود، و انتظاری-وحید: بررسی مدیریت درمان در حوادث غیرمترقبه: مروری بر تجربه زلزله بم. مجله طب نظامی، دوره 5، شماره 4، زمستان 1382، صفحات 268-259

معرفی منابع دیگر برای مطالعه

1. **Suggested Citation:**" Overview of Contemporary Civilian and Military Trauma Systems." National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2016. *A National Trauma Care System: Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve Zero Preventable Deaths After Injury*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/23511.
2. WHO: Prehospital trauma care systems, https://www.who.int/violence_injury_prevention
3. WHO:Trauma care system planning and management. https://www.who.int/violence_injury_prevention
4. WHO: Guidelines for essential trauma care. https://www.who.int/violence_injury_prevention
5. WHO: Model trauma system policy. https://www.who.int/violence_injury_prevention
6. WHO: Emergency and trauma care. Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. 72th WORLD HEALTH ASSEMBLY, 8 April 2019
7. Global Alliance for Care of the Injured (https://www.who.int/emergencycare, accessed 13 March 2019).
8. 2 Global Emergency and Trauma Care Initiative (https://www.who.int/emergencycare/global-initiative/en/, accessed 13 March 2019).
9. Jeffry L. Kashuk, Kobi Peleg, Elon Glassberg, Adi Givon, Irina Radomislensky and Yoram Kluger: Potential benefits of an integrated military/ civilian trauma system: experiences from two major regional conflicts . Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2017) 25:17
10. Blackbourne LH, Baer D, Eastridge B, et al. Military Medical Revolution: Military Trauma System. J Trauma and Acute Care Surgery Dec. 2012; 73(6):S388–94.
11. T. Woolley, J. A. Round and M. Ingram: Global lessons: developing military trauma care and lessons for civilian practice. British Journal of Anaesthesia, 119 (S1): i135–i142 (2017
12. Report NCAG. Regional Networks for Major Trauma. 2010; 1–137

فصل نونزدهم

شکوفائی اخلاق پزشکی و معنویات، دستاورد متعالی حضور و خدمات جامعه پزشکی در دفاع مقدس

پدید آورندگان: دکتر منوچهر دوائی-دکتر فرخ سعیدی- دکتر حسن امامی رضوی و دکتر علی خاجی

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی: آشنائی با حضور معنوی و اخلاقی جامعه پزشکی در دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

- آشنائی با جنبه های عمومی اخلاقی در شرایط جنگی
- آشنائی با اخلاقیات جنگ از منظر اسلام (قرآن، حدیث و سیره پیامبر گرامی اسلام ص)
- آشنائی با جنبه های ویژه اخلاقی و حرفه ای که امدادگران و درمانگران در شرایط جنگی باید رعایت نمایند
- اشارات تاریخی از رعایت یا نقض موازین اخلاق پزشکی
- آشنائی با الگوها و مصادیق اخلاق پزشکی در دفاع مقدس
- آشنائی با مبانی اخلاق پزشکی در بحران و بلایا
- خاطراتی از حضور اخلاق محور و معنوی جامعه پزشکی در دفاع مقدس

فهرست مطالب فصل هجدهم

1- مقدمه و بیان مسئله
2-کلمات کلیدی
3- روش تنظیم درسنامه
4- ادبیات علمی موضوع
تعریف مفهومی اخلاق
تعریف عملیاتی اخلاق
تعریف مفهومی اخلاق پزشکی
تعریف عملیاتی اخلاق پزشکی
تعریف مفهومی اخلاق حرفه ای
تعریف عملیاتی اخلاق حرفه ای
اخلاق در جنگ
اخلاق پزشکی در جنگ
اخلاق پزشکی در بحران و بلایا
5- اشاره ای به حضور معنوی و اخلاق محور جامعه پزشکی در دفاع مقدس
6-درس ها و خاطراتی از حاضران و شاهدان میادین جنگ تحمیلی
7-منتخبی از اشارات اخلاقی امام خمینی "ره"
8-توصیه های اخلاقی در شورای اخلاق دانشگاه جندی شاپور
9- بعضی ویژگی ها و شایستگی های اخلاقی استادان و متخصصان فرهنگ ساز دفاع مقدس
10- بعضی ویژگی ها و مزایای اخلاقی و معنوی جامعه سلامت در دفاع مقدس
11-بعضی ویژگی ها و تجلیات معنوی و اخلاقی نظام بهداری رزمی (سیستم سلامت) در دفاع مقدس
12- الزامات اخلاق پزشکی در بلایا
13-اخلاق سازمانی و حرفه ای بودن مدیران بلایا
14-تریاژ و ملاحظات اخلاقی
15- نتیجه گیری و توصیه هایی برای آینده
16- منابع

1-مقدمه و بیان مسئله

اخلاق پزشکی و معنویات در سلامت، در دوره 40 ساله انقلاب اسلامی روند شکوفائی و رشد و اعتلا را با آهنگی پرشتاب طی نموده است. کارگزاران و خادمان نظام سلامت، علاوه بر تأسی به ریشه های قدیم و بنیادهای راسخ اخلاقی و معنوی در طب و سلامت، با برگیری از فضای معنوی و میادین خدمت گزاری انقلاب ، خالق اسطوره های مقدس و اسوه های نورانی و الگوهای الهام بخش بوده اند.

اخلاق و آداب اسلامی، دستور زندگی سالم و خداپسندانه و انساندوستانه در همه شرایط زندگی است. "در ایام صلح و آشتی، انسانِ اخلاقی بودن، آسان است اما مهم آن است که در زما ن درگیری و نزاع، انسان، اخلاق محور باشد. هنگامی که ملتی گرفتار ظلم و ستم می شود، نوحه سرایی برای اخلاق، طبیعی است، اما مهم آن است که هنگام فتح و نیرومندی، اخلاقیات فراموش نگردد " (1). در شرایط جنگی سه گروه مسائل اخلاقی دارای موضوعیت و حائز اهمیت هستند: اولین و مهمترین موضوع، نقش آفرینی الگوها و اسوه هائی است که الهام بخش و تکیه گاه دیگران هستند. دومین موضوع مهم مسؤولیت‌های اخلاقی مراقبان سلامت در شرایط جنگی است که باید در نظام سلامت شناخته شده، تدوین و ترویج گردد. و محور مهم دیگر حل اثر بخش مسائل اخلاقی ناشی از شرایط جنگی است. آنچه دفاع و جهاد اسلامی را از سایر جنگ ها متمایز می سازد، سیطره تضمین شده قوانین حقوقی و اخلاقی اسلام در همه شرایط است. شرکت جامعه پزشکی کشورمان در درمان مجروحان جنگی بسیار صمیمانه و ایثارگرانه بود و این در واقع به صورت صفحه زرینی در تاریخ پزشکی ملت ایران ماندگارخواهد ماند.

حضور تاریخ ساز و اخلاق محور و معنویت گرای جامعه پزشکی در دفاع مقدس زمینه ساز تحولات مبارکی در شئون اخلاق و معنویت در حرفه مقدس طب و سلامت شد. در نتیجه همه عوامل معتبر اخلاق و معنویت، اعم از مطالعات و دستاوردهای نظری، بنیادهای علمی و پژوهشی، نقش آفرینی در میادین اجرا و عمل، تجلیات نیروی انسانی، بازتاب های فرهنگی و اجتماعی، بنیادهای خدمت گذاری در جامعه ایران اسلامی رشد و شکوفائی داشته است

2-کلمات کلیدی

اخلاق-اخلاق پزشکی- اخلاق حرفه ای- اخلاق در جنگ-اخلاق پزشکی در جنگ- اخلاق پزشکی در بحران

Key words:
Morality, Medical Ethics, Professionalism, Ethics of War and Conflict, Medical ethics of war, Disaster ethics

3- روش تنظیم درسنامه

در تنظیم این فصل از درسنامه بطور عمده از مصاحبه تاریخ شفاهی استفاده شد. با مراجعه به منابع منتشر شده بومی در موضوع اخلاق پزشکی در دوران جنگ تحمیلی و بعد از آن، مطالب منتخب و مرتبط شناسائی و در تنظیم متن نهایی مورد استفاده قرار گرفت. از منابع مرتبط و معتبر دیگر در کدواژه های مطالعه نیز استفاده لازم بعمل آمد. مطالب تنظیم شده در گروه تدوین به بحث و تبادل نظر گذاشته شد و پیشنهادات اصلاحی طی بحث متمرکز گروهی اعمال شد.

4- ادبیات علمی موضوع:

تعریف مفهومی اخلاق:

راغب معتقد است خُلق (به ضم اول) به قوا و سجایایی که با بصیرت درک می شوند اختصاص دارد ولی خَلق (به فتح اول) به هیئت و اشکال و صوری که با چشم قابل رؤیت و درک هستند اختصاص دارد[1]. غزالی معتقد است که خَلق (به فتح اول) قابل تغییر نیست ولی خُلق (به ضم اول قابل تغییر است و انبیا آمدند تا خُلق را عوض کنند[2]. علامه طباطبایی در معنای خُلُق (به ضم اول و دوم) به تبعیت از مجمع البحرین، آورده است که خُلق یک صفت روحی است که با وجود آن آدمی کارها را به مقتضای آن به آسانی انجام می دهد[3]. حس اخلاقی نزد شعید مطهری جدا از حس خداشناسی نیست " فعلی که جای ستایش و سپاس و آفرین دارد و عقلا برای این کار ارزش قائل اند، برخلاف کارهای عادی. فعل اخلاقی، عبادت خداوند است اگرچه بشر نسبت به آن خودآگاهی نداشته باشد[4]. در کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی در تعریف اخلاق چنین آمده است: خوی ها و ویژگی های درونی انسان، که منشاء و واجد عمیق ترین نفوذ در حوزه رفتار آدمی هستند و بعبارتی آنچه ساختار وجودی انسان است. این واژه گاه به معنای عام بکار می رود و مراد همه ویژگی های درونی انسان، اعم از خوب و یا بد می باشد. در اکثر موارد اخلاق به معنای خاص "رفتار و خصوصیات روحی و معنوی مثبت" استعمال می شود (2).

تعریف عملیاتی اخلاق:

با برگیری از آراء و رهنمودهای مقام معظم رهبری، اخلاق در صحنه عمل و زندگی انسان را می توان چنین توصیف نمود:
" انسان صبور ، متین ، باانصاف ، خوش ذات ، ، خدوم، مبتکر، پیشرو و خیرخواه نسبت به مردم، دارای استحکام و عدم سایش اعتقادی، ایمانی و عملی در مسیر زندگی و در مواجهه با وسوسه ها . با این معانی اخلاق روح دینداری انسان است. الزامات اخلاقی، یعنی پرورش و تقویت اخلاقیّات نیکوی اسلامی در درون خود؛ از جمله صبر، حلم ، ظرفیّت و جنبه داشتن، و تواضع؛ الزامات رفتاری هم بکار بردن همین خلقیّات نیکو در عمل با مردم، محیط، جامعه و انسانها است....."[5]. تعریفی دیگر از اخلاق عملی حاکی است که " افعال انسان به سه گروه عادی، طبیعی، و اخلاقی تقسیم می شوند. اعمال اخلاقی قابل ستایش و تحسین هستند، برخلاف اعمال عادی و طبیعی بشری. انسانها برای اعمال و افعال اخلاقی، مثل احسان به مستمندان ارزش قائل هستند. ارزش کار اخلاقی فوق ارزشهای مادی بوده، با پول و کالای مادی قابل مقایسه نمی باشد بلکه ارزش معنوی دارد" (3).

تعریف مفهومی اخلاق پزشکی: اخلاق پزشکی مجموعه آداب و رفتار پسندیده و ناپسندی است که صاحبان حرف پزشکی باید رعایت نمایند (4). اخلاق پزشکی[6] سیستمی از اصول و قواعد اخلاقی است که ارزش ها و قضاوتها را در حوزه پزشکی بکار می گیرد. بعنوان یک رشته علمی، اخلاق پزشکی کاربردهای عملی خودش را در موقعیت های بالینی همزمان با کار روی تاریخ، فلسفه، الهیات و جامعه شناسی در برمیگیرد

تعریف عملیاتی اخلاق پزشکی:

در منابع مختلف ابعاد مشروحه زیر در تعریف اخلاق پزشکی مطرح شده که منتخبی از آنها به شرح زیر است: (5):

- رفتار و اصول اخلاقی حاکم بر اعضای حرفه پزشکی
- بکارگیری ارزش ها و مسئولیت های اخلاقی در حوزه اعمال و تحقیقات پزشکی

---

[1] راغب اصفهانی، حسین بن محمد، المفردات فی غریب القرآن، 297
[2] غزالی، ابوحامد، احیاء علوم الدین،55/3
[3] طباطبایی، سید محمد حسین، المیزان فی تفسیر القرآن، 369/19
[4] تجلی پیام (استاد مطهری)، ص: 78
[5] برگرفته از بیانات مقام معظم رهبری حضرت آیت الله خامنه ای
[6] به انگلیسی: Medical ethics

- مجموعه هنجارها، ارزش ها و اصولی است که سبب حاکمیت رفتار اخلاقی می شود (تنها اجتناب از ضرر و صدمه نیست)
- مجموعه منظمی[7] از ارزیابی اعمال از نظر شایستگی ها، خطر زائی و مسئولیت اجتماعی در حوزه پزشکی است[8]
- شاخه ای از اخلاق کاربردی که به مطالعه ارزش ها و قضاوت های اخلاقی مرتبط با اقدامات درمانی می پردازد[9]

تعریف پیشنهادی مطالعه حاضر در باب اخلاق پزشکی:

دانش میان رشته ای ناظر بر شناسائی فضائل (کمالات، بایسته ها، شایسته ها، هنجارها، خوبی ها، صفات حسنه) و رذائل (پستی ها، نبایدها، ناشایست ها، ناهنجاریها، بدی ها، صفات سیّئه) ، آداب حرفه ای و و تبیین و تحلیل تحقق آنها در رفتارهای کنشگران حرفه پزشکی است. اخلاق معتبر در حوزه سلامت، همانند سایر حوزه ها، مترادف با عبودیت و ضامن اجرائی آن خداشناسی و خداوند را ناظر بر اعمال و کردار دانستن است.

تعریف مفهومی اخلاق حرفه ای:

اخلاق حرفه ای، مجموعه ای از اصول و استانداردهای سلوک بشری است که رفتار افراد و گروهها را تعیین می کند در حقیقت، اخلاق حرفه ای، یک فرایند تفکر عقلانی است که هدف آن محقق کردن این امر است که در سازمان چه ارزش هایی را چه موقع باید حفظ و اشاعه نمود. مجموعه ای از کنش ها و واکنش های اخلاقی پذیرفته شده که از سوی سازمانها و مجامع حرفه ای مقرر می شود تا مطلوب ترین روابط اجتماعی ممکن را برای اعضای خود در اجرای وظایف حرفه ای فراهم آورد (7-6).

تعریف عملیاتی اخلاق حرفه ای:

رفتار منطقی و رفتار غیر منطقی در یک حرفه، مزایای حاصل از رعایت اصول اخلاقی در زمان انجام وظایف شغلی، مناسبات حرفه ای، رعایت حقوق مردم و احترام به آنها در عملیات حرفه ای

اخلاق در جنگ

یعنی حلم و بردباری، صبر و مقاومت، صدق و صفا، شجاعت و فداکاری، طهارت و پاک‌دامنی، دلسوزی و احساس مسئولیت. دارنده این صفات مثل بنای رفیع مستحکم، و دژِ پایدار و استواری درمقابل دشمنان قرار می گیرد. نشان دادن بردباری، صبر، اخلاق، طهارت، دروری از تکبّر و تَفَرعُن، با در نظر آوردن الگوهای بزرگ صدر اسلام چونان مالک اشتر[10].

اخلاق پزشکی در جنگ[11]

اخلاق پزشکی در جنگ شامل اصول، مبانی، دستورالعمل ها و الگوهای شایسته ناظر بر عملکرد بهینه و چگونگی تنظیم و کنترل رفتار و مسئولیت های حرفه ای در شرایط بحرانی جنگ است. پاسخگوئی بهداشتی-درمانی به نیازهای ضروری در جهت کنترل بحران، در محدوده رسالت و وظایف ذاتی صاحبان حرفه های سلامتی است و اصول اخلاقی ناظر بر آن مشتمل بر سه گروه است:

1-بیان نظام واره، مصوب و مدون کدها و مسئولیت های اخلاقی در حرفه، در شرایط جنگ

2-تشخیص دقیق، راهیابی و حل اثر بخش، مسائل و مشکلات و بحران های اخلاقی حرفه ای در شرایط جنگ

3- پیشگیری از تهدیدها و آفت های اخلاقی محتمل الوقوع در شرایط جنگی

اخلاق در بحران و بلایا

در شرایط بحرانی دو موضوع، یکی مسئولیت های اخلاقی مراقبان سلامت و دیگری حل اثربخش مسائل اخلاقی مربوطه موضوعیت خواهند داشت. در شرایط بحرانی، علاوه بر همه وظایف حرفه ای و اخلاقی در شرایط عادی، وظایف و مسئولیت های حیاتی متفاوت دیگری نیز متوجه اعضای حرفه ای است. این مسئولیت ها ناظر بر ضروری ترین و پر اهمیت ترین نیاز بشر، یعنی حفظ و

---

[7] Discipline

[8] http://www.wordiq.com/definition/Medical_ethics. (accessed in 2013)

[9] Ask.com.http://www.ask.com/question/whatdoes-ethics-mean-in-a-medical-procedure

[10] برگرفته از بیانات مقام معظم رهبری حضرت آیت الله خامنه ای

[11] تعریف پیشنهادی نویسندگان

تداوم حیات است. پایبندی به اصول اخلاق پزشکی در شرایط بحران، مفهوم متفاوتی نسبت به شرایط عادی دارد. مثلاً عادلانه ترین مبنای اولویت بندی رسیدگی به انبوه مصدومین در شرایط بحرانی، تریاژ است که با استانداردهای عدالت در شرایط عادی تفاوت صوری چشمگیری دارد (8).

اخلاق پزشکی در بحران و بلایا

در شرایط بحران از صاحبان حرف پزشکی انتظار می رود تا با برگیری از تمام توان و تجربه خود، بیشترین خدمات سلامت را در کمترین زمان ممکن به مصدومان و بیماران ارائه نمایند و ملتزم باشند حقوق و کرامت مردم بلا دیده، خاصه آسیب دیدگان را مورد احترام قرار داده، رعایت نمایند. ارکان اخلاق پزشکی در بحران و بلایا عبارتند از :

1. رعایت جمیع ارزش های اخلاقی در همه شرایط،
2. اتخاد تصمیم گیری های اخلاقی فوری در شرایط بحرانی،
3. استفاده عادلانه و منطبق با دستورالعمل های معتبر، در شرایط بحران و خاصه مواردی که محدودیت منابع وجود دارد
4. منطبق بودن و التزام به رعایت دستورالعمل های علمی در فرایندهای امداد و درمان با اصول و موازین اخلاقی (مانند اصول تریاژ در اولویت بندی انتخاب مصدومین، در مواردی که تعداد مصدومین و کیفیت جراحات، از ظرفیت کمی و کیفی مرکز درمانی بیشتر است) (9)

5- اشاره ای به حضور معنوی و اخلاق محور جامعه پزشکی در دفاع مقدس

هر انسانی در نظام هستی مظهر صفات خداوندی است به اندازه ای که آن صفت را در خود پرورش داده باشد. دفاع مقدس، فرصت مغتنمی بود تا صفات خداوندی در پزشکان و پرستاران و سایر خدمتگزاران عرصه های سلامت بروز و ظهور نماید و متجلی گردد. شرکت جامعه پزشکی کشورمان در درمان مجروحان جنگی بسیار صمیمانه و ایثارگرانه بود و این در واقع به صورت صفحه زرینی در تاریخ پزشکی ما ماندگارخواهد ماند. اعضای این جامعه هماهنگ با همه اقشار ملت، حضوری پرشکوه، همه جانبه و تاریخ ساز در دفاع مقدس داشتند. مدافعان حریم سلامت و سعادت ملت، با عزمی راسخ، آهنگی جامع، و حضوری مسئولانه و علاج جویانه درخشان ترین برگ های زرین تاریخ طب این مرز و بوم را رقم زده، مهر عزت، عظمت و مقاومت را بر تارک تاریخ پر فراز و نشیب طب و سلامت حک نمودند، نشان درخشانی که تا ابد پرتوفشانی خواهد کرد. **"مهربانی توأم با آرامش"، تواضع همراه با تدبیر"** ، ترجیع بند **"صفات جمال و جلال پروردگاری"** است، که رشحاتی از آن بصورت **"ایمان همراه با عمل"** در صحنه گردانان خدمات پزشکی دفاع مقدس متجلی گشت.

6- درس ها و خاطراتی از حاضران و شاهدان میادین جنگ تحمیلی:

توصیف روزهای اول جنگ و حضور ارزشمندان جامعه پزشکی در صحنه ها:

در بین مؤسسات علمی و پزشکی وقت دانشگاه جندی شاپور بیش از دانشگاه های دیگر متحمل صدمات مستقیم و غیر مستقیم واقع شد. با توجه به این که آتش دشمن تا کناره های بیمارستان دانشگاهی(گلستان) رسیده بود، عملاً فعالیت های متعارف دانشگاه متوقف و اکثر نقاط شهر اهواز نیز تخلیه شده بود، با این وجود متخصصان رشته های مختلف جراحی و هوشبری، همگام با پرستاران و سایر پرسنل، با نهایت تعهد، با قبول خطرات، خدمات فراموش نشدنی خود را بیدریغ عرضه می داشتند. سه بیمارستان اصلی اهواز به سه هتل شهر که قابل سنگربندی و حفاظت بودند، منتقل و به بیمارستا نهای جنگی تبدیل گردیدند . در یک روز تعداد بسیار زیادی گلوله توپ به شهر اهوازشلیک شد، تعدادی از آنها به بیمارستان گلستان اصابت کرد. در روزهای اول جنگ انبوه مجروحان که مورد حمله ددمنشانه ارتش بعثی قرار گرفته بودند به بیمارستان آورده می شدند. عدم تناسب امکانات درمانی با خیل مجروحان لاجرم وجود داشت، لیکن با از خود گذشتگی پزشکان و پرستاران حاضر درصحنه حداکثر رسیدگی انجام

می شد. این وضعیت غیرمنتظره بویژه در یکی دو روز اول جنگ برای همه و خاصه گروه پزشکی وظیفه سنگینی را ایجاد می کرد. در دوران جنگ عده ای از پزشکان و پرستاران و پرسنل دیگر به طورمستمر جمعی بزرگتر بصورت اضطراری و داوطلبانه در صحنه حضور داشتند. گاهی برای اعمال جراحی خاص در واحدهای پزشکی خیلی نزدیک به جبهه با امکانات مورد نیاز به آنجا می شتافتند. خاطرات به یاد ماندنی از دوران جنگ تحمیلی ومجروحان جان بر کف و شجاع برای همه اعضاء گروه پزشکی همچنان به یادگار مانده است (10).

7- اشاره به بعضی از مبانی نظری و بنیان های ارزشی در جامعه اسلامی در اندیشه امام خمینی "ره"

بسط عدالت اجتماعی:

عدالت از شعائر اصلی انقلاب اسلامی بود تجلی ظلم ستیزی در شعائر اسلامی بعد از انقلاب، موج بیداری اسلامی را در مردم پدیدار ساخت و آن راجهانگیر کرد. امام راحل در وصیت نامه سیاسی الهی خود چنین فرموده است " ..... حکومت حق برای نفع مستضعفان و جلوگیری از ظلم و جور و اقامه عدالت اجتماعی همان است که مثل سلیمان بن داود و پیامبر عظیم الشأن اسلام - صلی الله علیه و آل - و اوصیاء بزرگوارش برای آن کوشش می کردند از بزرگترین واجبات و اقامه آن از والاترین عبادات است: چنانچه سیاست سالم که در این حکومت ها بوده از امور لازمه است.....

سعادت بشر، هدف غائی حکومت اسلامی:

حکومت اسلامی پدیده الهی است که با به کار بستن آن سعادت فرزندان خود را در دنیا و آخرت به بالاترین وجه تأمین می کند و قدرت آن دارد که قلم سرخ بر ستمگری ها و چپاولگری ها و فسادها و تجاوزها بکشد و انسان ها را به کمال مطلوب خود برساند

تضمین پیشرفت مادی و معنوی بشر در مکتب توحیدی اسلام

اسلام مکتبی است که بر خلاف مکتب های غیرتوحیدی در تمام شؤون فردی و اجتماعی و مادی و معنوی و فرهنگی و سیاسی و نظامی و اقتصادی دخالت و نظارت دارد و از هیچ نکته ولو بسیار ناچیز که در تربیت انسان و جامعه و پیشرفت مادی و معنوی نقش دارد فروگذار ننموده است و موانع و مشکلات سر راه تکامل را در اجتماع و فرد گوشزد نموده و به رفع آنها کوشیده است.

طبیب جامعه باید با حسن نیتی که دارد جامعه را اصلاح کند

انبیاء الهی به مثابه طبیبان جوامع انسانی هستند. پیامبر عظیم الشأن اسلام طبیب عالم است و طبیب جامعه است و رسالت دارد جامعه را باید با حسن نیتی که دارد اصلاح کند. اگر با قلم ما، با قدم ما، گفتار ما، از انبیاء الهی و نبی مکرم اسلام تبعیت نماید جامعه اصلاح می شود

8- توصیه های اخلاقی در شورای اخلاق دانشگاه جندی شاپور

" ... علم اخلاق در حرفه پزشکی، اهمیت و نقش اساسی دارد، این علم که بایدها و نبایدهای اخاق پزشک را به او گوشزد می کند و شیوه رفتار با بیماران و همکاران را به او می آموزد، از مهم ترین بخش های علم و تعهد پزشکی به شمار می رود. زندگی بدون اخلاق حسنه، شبه زندگی است، حقیقت آن است که در گذشته، طبیبان افزون بر داشتن درجات بالای علمی، از مقام و منزلتی روحانی و اخلاقی نیز بهره مند بودند، آنها در حفظ مبانی و ارزش های اخلاقی بسیار می کوشیدند، همچنین آنان هم از جهت علمی و هم از نظر عملی، الگویی شایسته برای مردم به شمار می رفتند و مانند پیشوایان دینی همواره مردم را به نیکی، راستی، پاکی و نجابت، راهنمایی می کردند. علم پزشکی، با هدف خدمت رسانی به بشر تدوین شده است و حتی گاه، مرگ و زندگی آدمی بدان وابسته می شود و می تواند انسانی را از مرگ حتمی برهاند و یا موجب مرگ انسانی بشود. اینکه موضوع علم پزشکی، انسان و اشرف کائنات و هدف آن، رساندن سلامتی به بدن است، جایگاه ویژه آن را روشن تر می سازد. به دلیل همین جایگاه ویژه، طبیبان، به عنوان رأس و رهبر تلقی می شوند که علاوه بر طبیب بودن معلم نیز هستند، چرا که باید با نمود ارزش های اخلاقی نه

تنها در سخن بلکه در رفتار خود، الگو و راهنما برای قشری باشند که به آنها مراجعه می کنند .اینگونه است که جامعه به حرکت به سمت اهداف والای معنوی که همانا سلامت معنوی است، گرایش پیدا می کند، و جزو غیر قابل انکار و لاینفک سامت معنوی، اخلاق است. علت تأکید بر اهمیت اخلاق پزشکی به این خاطر است که مسائل آن فراتر از اخلاق عمومی است، در عرصه پزشکی این حکم صادق است که اساساً حرکت طب بر محور اخلاق بوده و پایه های آن بر مبانی اخلاقی استوار است" (11)

9- بعضی ویژگی ها و شایستگی های اخلاقی استادان و متخصصان فرهنگ ساز دفاع مقدس

آداب اخلاقی پیش کسوتان جامعه سلامت کشور در دفاع مقدس، سیره زندگی خداجویانه، طبیبانه، کریمانه، بلندنظرانه، انسان دوستانه، و نیک اندیشانه بوده است. تجلی و ترجمان بعضی از ویژگی ها به شرح زیر است:

- دارای شخصیتی با ایمان، مقید به عمل صالح، رفتاری نمونه و بی ریا و به تمام معنی نیکوکار
- همه رفتار و جمیع صفاتشان الگو و الهام بخش است.
- معنای مهربانی، تجلی دلسوزی و مصداق تام و تمام والاترین رفتار طبیبانه هستند. دلسوزی و غمخوار دیگران بودن از بارزترین صفات انساندوستانه آنها است
- بسیار متواضع و فروتن هستند، هرگز غرور و تکبر نداشته اند
- ترجیح مصلحت بیماران و مجروحین نسبت به مصلحت خود و هر منفعت دیگر تا سرحد ایثار
- در سختی ها بسیار صبور، مقاوم، متین و با صلابت و خستگی ناپذیر هستند
- التزام به صلاحیت علمی، مهارت حرفه ای،روزآمدی و تا حد توان سرآمدی در محدوده تخصصی خود
- پایبند و معتقد به کار تیمی هستند و الگوی فرهنگی اصل تعاون و الهام بخش اصل مشارکت برای دیگران هستند
- پشتکاری بی نظیر و مسئولانه بویژه در فوریت ها و شرایط اضطراری
- از نظر اجتماعی بسیار دلسوز و مسئولیت پذیر (استقبال از خطرات بالقوه و ارائه خدمات والا و طولانی در جنگ تحمیلی الگوی بی بدیل و نماد مسئولیت پذیری اجتماعی ایشان است)
- دارای شخصیتی مردمی وقف مردم و متعلق به مردم بوده و هستند و باقی خواهند ماند
- منشأ خدمات و پایه گذاری های بسیار بزرگ و کم نظیری هستند
- دارای شخصیتی مثبت، تشویق کننده و برانگیزاننده همه خوبی ها هستند
- نسبت به انتقال تجارب خود به دیگران، اعم از همکاران و نسل جوان بعدی، پایبند و بسیار سخاوتمند هستند
- انتقاد پذیر، اصلاح پذیر، انتقاد کننده و مصلح هستند
- درس پذیر، درس دهنده و آموزنده مادام العمر هستند و هرگز از آموزش نسل جوان غفلت نمی نمایند

10- بعضی ویژگی ها و مزایای اخلاقی و معنوی جامعه سلامت در دفاع مقدس

- حضور در دفاع مقدس را مسئولیتی اجتماعی، تکلیفی حرفه ای نسبت به مردم و جامعه و رسالتی تاریخی دانسته، آگاهانه، داوطلبانه و ایثارگرانه به آن پاسخ داده اند
- فرصت گرانبار حضور در میادین ایثار و خدمت را با رفتاری معنوی، اخلاقی، عرفانی و عاشقانه، به تجلی شهود در میقات عشق تبدیل نمودند . ارائه خالصانه ترین خدمات به مدافعان عزت و شرافت و پاسداران مرزها و حریم استقلال ملت، را وسیله تقرب به خداوند تبارک و تعالی قرار دادند.

- صبر و پایمردی در ارائه پیچیده ترین خدمات تخصصی، در سخت ترین شرایط تهدید کننده و تلاش بی امان با التزام به ارائه عالی ترین سطح خدمات و مراقبت های مورد نیاز مجروحین جنگی، از بارزترین صفات کادر پزشکی و امداد و درمان جبهه های نبرد بوده است
- شهامت و فداکاری اعجاب برانگیز ، روحیه غالب در امدادگران و درمانگرانی بوده است که برای حضور در خطرناک ترین اماکن بهداری رزمی بر یکدیگر سبقت می گرفتند
- صحنه گردانی در میادین بسیار خطیر خدمت رسانی جبهه های نبرد و استمرار آن تا همه مراکز درمانی کشور، حضوری ارزشی، اخلاق محور، ارزش آفرین و الهام بخش بوده است

11-بعضی ویژگی ها و تجلیات معنوی و اخلاقی نظام بهداری رزمی (سیستم سلامت) در دفاع مقدس:

- التزام به رعایت مبانی علمی و بین المللی شناخته شده و استاندارد در آن زمان، و دستورالعمل های مهم و حیاتی نظیر تریاژ (دسته بندی و اولویت بخشی)، توأم با ابتکارات و اقتضائات در شرایط گوناگون، و مدیریت علمی و ارزشی، در تمام دوران جنگ تحمیلی مرسوم و دائماً ارتقاء می یافته. تبدیل گفتمان علمی ترومای جنگی به گفتمان غالب در اغلب مراکز علمی و دانشگاهی وقت از ابتکارات ترویجی و آموزشی مشترک بهداری رزمی و مراکز دانشگاهی بوده است
- ابتکار عمل، خلاقیت و مدیریت قاطع در حل مشکلات غامض و نیازهای بزرگ و کنترل حوادث بسیار سنگین در جنگ تحمیل شده، در شرایطی که امکانات موجود از احتیاجات مبرم اغلب کمتر بوده، و نیل به عالی ترین نتایج، از تجلیات شگرف حضور همه جانبه جان برکفان عرصه های عشق و ایثار بوده است
- رعایت رفتار انسانی و مفاد کنوانسیون های بین المللی در مورد اسرای جنگی مجروح و بیمار دشمن، از مهمترین تجلیات اخلاقی بهداری رزمی دفاع مقدس بوده است[12]
- انتقال تجارب به سایر همکاران و پرسنل جوان داوطلب حضور در خدمات بهداری رزمی، ترویج علمی معارف بهداری رزم در هر فرصت ممکن، مدیریت زمان برای استفاده حداکثری از امکانات و خدمات نیروهای انسانی داوطلب، ارتقای دائم سطح حفاظتی بیمارستانهای صحرائی و اورژانس های خط با برگیری از تجارب و حوادث قبلی،

12- الزامات اخلاق پزشکی در بلایا :

دانش اخلاقی نیروهای امدادی و مدیران بلایا نقش مهمی در پایبندی و عمل به اصول اخلاقی در زمان امدادرسانی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به آسیب دیدگان و متاثرین از بلایا دارد. لذا آنچه که از مدیران و نیروهای امدادی به خصوص در روزهای اولیه پس از بلایا سر میزند ریشه در تفکرات و دانش اخلاق ایشان دارد. اولین قدم در این زمینه دست یافتن به تعریف واحدی از اخلاق در بلایا داریم. بدون وجود این مسئله انتظار رفتار اخلاقی از افراد و سازمانها در بلایا چندان محقق نخواهد شد.مطالعات انجام شده نشان می دهد که نیروهای امدادی ما تعاریف متعدد و متفاوتی از اخلاق در بلایا دارند (12). بنابر این اولین قدم در آموزش اخلاق در بلایا ارائه یک الگو و رویه اخلاقی ثابت و مشترک برای تامی نیروهای امدادی و درمانی می باشد. تفکری که مبانی آن از سوی تمامی نیروها و سازمانها پذیرفته شده و خود را ملزم به توجه و پایبندی به آن می دانند. عموما عقیده بر این است که پزشکان و کادر درمانی همچون شرایط عادی باید اصول چهار گانه اخلاق پزشکی را مبناء تصمیمات اخلاقی خود قرار داده و بر اساس آن به حل و فصل دو راهه هایاخلاقی پیش آمده بپردازند. اما به نظر می رسد با شرایط غیر معمول بلایا پاسخگوئی به مباحث اخلاقی تنها با اتکاء به چهار اصل اخلاق پزشکی مقدور نباشد. به همین جهت تلاشهایی صورت گرفته است تا با بکار گیری اصول اخلاقی که ریشه در دیگر دیدگاه های اخلاقی دارد بتوانند به این مشکلات پاسخ دهند. بنابراین آنچه که به عنوان اخلاق در بلایا (شرایط بحرانی) نام برده می شود از منابع متعددی ارتزاق می نماید همچون:

[12] از جمله موازینی که رعایت می شده ممنوعیت استفاده از پزسنلی که بستگانشان در جنگ شهید یا اسیر شده بودند، برای درمان مجروحین و اسیران دشمن بوده است

- کدهای اخلاقی (ملی و بین‌المللی همانند صلیب سرخ)
- چهاراصل اخلاق پزشکی
- اخلاق فضیلت گرا و اخلاق سودگرا
- اخلاق بهداشت عمومی
- سندهای بالادستی همچون قانون اساسی و غیره.

پیشرف دانش بشری این امکان را به او داده است که با تمهیداتی از بروز برخی بیماریها پیشگیری نموده و یا شدت و حدت آنها را کاهش دهد. در عین حال این اصل همه جا پذیرفته است که پیشگیری مقدم بر درمان می باشد (13-15). ما پس از وقوع بلایا هزینه های فراوانی صرف درمان مصدومین و بازسازی اماکن و تاسیسات تخریب شده می کنیم. البته جانهای از دست رفته دیگر قابل برگشت نبوده و برخی آسیب ها نیز هیچگاه ترمیم نخواهد شد. بنابراین عاقلانه است که این هزینه ها را برای پیشگیری بکار بگیریم تا ضمن حفظ منابع موجود، از تحمیل خسارات جانی و روانی فراوان به مردم کشورمان جلوگیری کرده باشیم. این امر به اندازه ای اهمیت دارد که به عنوان یکی از اصول اخلاقی در بلایا پذیرفته شده است. نظامت سلامت کشور از آنجایی که متولی سلامت مردم است در این زمینه باید به مسئولیتهای خود عمل نماید. از سوی دیگر، با ساخت سازه های ایمن در مقابل بلایا ضمن حفظ جان و سلامت پرسنل درمانی شرایط را برای ارائه خدمات لازم به آسیب دیدگان در بلایا تهیه می نماید. (در بسیاری از زلزله های شدید دهه های گذشته مراکز درمانی کاملا تخریب شده و یا به دلیل خسارات زیاد قابل استفاده نبودند.). بر اساس مبانی فقه اسلامی پیشگیری بر اساس دو اصل (دفع خطر محتمل / وظیفه به کمک به دیگران) از وظایف اخلاقی حرفه مندان پزشکی و حتی مسئولین سیاسی کشور به شمار می رود.

بر اساس دیدگاه فقهی تمامی افراد جامعه اسلامی وظیفه دارند که در حد توانایی خود برای برطرف نمودن ضرر و مخاطرات از مردم تلاش نمایند. این وظیفه یک واجب عقلی به شمار می رود (16-18) . بدون شک این وظیفه در خصوص پزشکان و کادر درمانی با تو.جه به تخصص و مهارتهایی که دارند و از سوی دیگر نیاز هایی که تنها این گروه می توانند پاسخ دهند به طریق اولی برجسته تر می باشد. بر مبنای اصل "دفع ضرر محتمل" نه تنها در زمانیکه وقع خسارت و ضرر و زیان حتمی است بلکه در مواقعی که احتمال و گمان وقوع ضرر و و خسارت وجود دارد، انجام اقدامات و فعالیتهای پیشگیرانه واجب می باشد.

از میان چهار اصل اخلاق پزشکی در شرایط اورژانس و بحرانی "عدم ضرر " رساندن در اولویت قرار می گیرد. شاید سوال شود در بلایا که افراد همگی برای کمک رساندن و بسیاری نیز دواطلبانه در منطقه حاضر می شوند چگونه است که آسیب رسان می شویم. از مصادیق آسیب رساندن می شود به موارد زیر اشاره کرد:

1- دیر رسیدن: در بسیاری از بلایا حضور سریع و به موقع نیروهای امدادی و درمانی در محل وقوع بلایا برای نجان آسیب دیدگان ضروری می باشد. هر گونه تاخیر در این موضوع باعث به خطر افتادن جان افراد می شود. دیر رسیدن برابر با مرگ و آسیب های جبران ناپذیر فراوانی خواهد شد. همانند آنچه که در زلزله بم اتفاق افتاد.

2- نداشتن آموزش و(تخصص و مهارت مورد نیاز): بررسی ها نشان می دهد که بخش قابل توجه ای از کادر درمانی که برای کمکهای بشردوستانه به مناطق متاثر از بلایا وارد می شوند آموزشهای لازم در خصوص بلایا و همچنین اخلاق پزشکی مربوط به بلایا را ندیده اند. برخی برای کسب تجربه و عده ای برای امتحان نمودن تکنیکها و روشهای ابدائی که در کشورهای خود اجازه استفاده از آنها را ندارند به این ماموریتها می روند. عدهای نیز به قصد کمک می ؤآیند اما نداشتن دانش لازم و مهارت مورد نیاز باعث خواهد شد که در عمل کمکی به آسیب دیده ها نکرده و با اقدامات غیر علمی و نابجا صدمات اضافی نیز به این افراد وارد شود.

عدم آموزش و یا نداشتن مهارت یکی از مصادیق ضرر رساندن است.

3- نداشته تجهیزات و ابزار لازم: همراه نداشته ابزار و تجهیزات لازم برای انجام وظایف محوله مانع سود رسانی به آسیب دیدگان و متاثرین از بلایا می گردد. بسیاری در کشور ما بر این تصور هستند که تنها وظیفه دارند خود را به منطقه آسیب دیده برسانند و دیگران وسایل مورد نیاز آنها را تهیه خواهند کرد. در صورتی که ما هیچ سازمان و یا گروهی برای این کار نداریم و تمامی افراد بنا بر تخصص و وظیفه ای که قرار است در منطقه بر عهده داشته باشند باید وسایل مورد نیاز خود را همراه داشته باشند. به فرض مثال پزشکان حداقل باید گوشی پزشکی خود را همراه ببرند. برخی از این وسایل توسط خود افراد ولی عمده باید توسط سازمانهای امدادرسان که این افراد را اعزام می کنند تهیه و در اختیار آنها قرار داده شود.

4- عدم توانایی جسمی و روحی: ورود افرادی که از نظر جسمی و روحی توانایی حضور و ارائه خدمات در منطقه را ندارند خود سرباری برای جامعه آسیب دیده خواهد بود. وقتی افرادی که خود نیاز به مراقبتهای پزشکی دارند چگونه می توانند در وضعیت اضطراری به مصدومین و نیازمندان کمک کنند. در زلزله هائیتی افرادی در منطقه حاضر شدند که برای خواب نیاز به سیپپ داشتند. ممکن است برخی افراد از نظر روحی روانی تحمل مشاهده شرایط ناگوار و دشوار منطقه آسیب دیده نداشته باشند. این افراد نباید به منطقه آسیب دیده بروند و در صورتی تحمل حضور در محل را ندارند بلافاصله منطقه را ترک کنند.

5- همراه نداشتن ما یحتاج اولیه: ضروری است نیروهای امدادی مایحتاج اولیه زندگی خود را برای چندین روز به همراه داشته باشند. در بسیاری از مواقع تامین غذا، آب و نیازهای این چنینی مشکلی برای نیروهای امدادرسان به شمار می رود. زیرا عموما معتقد هستند که گروهی باید این کار را برایشان انجام دهد. این موضوع پیامدهای ناخوشایندی به دنبال دارد. ساده ترین راه برای تامین این مایحتاج استفاده از امکاناتی است که برای آسیب دیدگان بلایا فرستاده می شود. لذا در اکثر مواقع مردم آسیب دیده و متاثر از بلایا نیروهایی را در مقابل خود می بینند که برای تامین مایحتاج اولیسه خود با آنها رقابت می کنند. بنابراین این نیروهای امدادی هستند که به دلیل روابط و تواناییهایی که دارند از بهترین امکانات استفاده می کنند. این مسئله معمولا باعث ناخورسندی و عصبانیت آسیب دیدگان از بلایا می گردد.

برای محقق نمودن شرایط بالا و عدم آسیب رساندن آمادگی لازم صورت پذیرد. پاسخ به بلایا بدون آمادگی غیر ممکن خواهد بو.د.و در صورت اقدام آسیبهاب متعددی را به دنبال خواهد داشت. آمادگی به عنوان یک اصل اخلاقی و یکی از مراحل چهار گانه بلایا باید مورد توجه مدیران قرار بگیرد. افراد باید آموزشهای لازم را ببینند و دانش لازم را کسب نمایند. خود را بروز نگاهداشته و تجهیزات لازم برای پاسخ به بلایا را بنا بر وظایفی که بر عهده خواهخند گرفت تهیه نمایند. بدون توجه به اصل آماده سازی پاسخ مناسب به بلایا غیر ممکن خواهد بود و رفتارهای غیر اخلاقی بسیاری صورت خواهد گرفت.

نکته بسیار مهم و حیاتی در این زمینه آموزش عمومی بلایا می باشد. عموم مردم باید یاد بگیرند که چگونه خود را از تبعات بلایا مراقبت نمایند. هر چه این آموزشها کارآمد تر باشد میزان خسارات در بلایا کاهش خواهد یافت.

علاوه بر اینها باید به مقوله هایی همچون آماده سازی، تجهیز نیروهای امدادی، تدوین برنامه (پاسخ)، هماهنگی بین نیروهای ارائه دهنده خدمات و تهیه پروتکل ها ی لازم اشاره شود.

از جمله مباحثی که باید در آموزش پرسنل درمانی مد نظر قرار گیرد آموزش اخلاق و اصول مربوط به اخلاق در بلایا می باشد. در بالا ذکر گردیدکه به دلیل شرایط متفاوت و تا اندازه ای غیر قابل پیش بینی بلایا تمامی شاغلین و حرفه مندان گروه های پزشکی و پیراپزشکی باید آموزشهای لازم در حیطه اخلاق در بلایا را دریافت نمایند. در ادامه یکی از مباحث که مبتلا به ما بوده و در تماکی بلایای رخ داده در دهه های اخیر مشاهده شده است را با توضیح بیشتری به بحث می گذاریم و آن وجود تیم های اضطراری یا Disaster medical assistance team می باشد.

یکی از ضروریات اخلاقی در کاهش درد و رنج آسیب دیدگان استفاده از تیم های اضطراری می باشد. نبود این تیمها می تواند ضمن تحمیل خسارات انسانی منجر به صرف هزینه های فراوان و تحمیل سختی های زیادی به سیستم سلامت و آسیب دیدگان گردد. نمونه ای از این پیامدهای را میتوان در زلزله بم مشاهده نمود. در این زلزله حدد 12000 نفر از مصدومین به شهرهای دیگر

برای مداوا اعزام شدند(**19**). برخی این عمل را ناشی از نبود تیم های اضطراری می دانند. در بررسیهای به عمل آمده به چند نکته اخلاقی مهم برخورد می کنیم:

1- به دلیل عدم انجام تریاژ بسیاری از افرادی که به شهرهای دیگر اعزام شدند. افرادی که نیاز به مراقبتهای بسیار ساده داشتند و به هیچ وجه نیاز به انتقال ایشان به شهرهای دیگر نبود. بسیاری از این افراد نهایتا دو سه روز بعد از بستری در بیمارستانهاس مقصد از نظر تخصصی مرخص شده بودند. بخش کمی از این بیماران دچار آسیب های شدید بودند و اینکه آیا این گروه نیز در صورت حضور تیم های اضطراری نیاز به انتقال پیدا می کردند یا خیر محل بحث است.

2- دور افتادن اعضاء خانواده هایی که برای درمان اعزام می شدند از یکدیگر، موضوع دیگری بود که موجبات نگرانی افراد را ایجاد می کرد.

3- با این عمل بحرانی که در منطقه زلزله شده ایجاد شده بود به مراکز درمانی مقصد منتقل گردید. بسیاری از این مراکز آمادگی پذیرش و درمان این افراد را نداشتندو این موضوع مراکز هدف را با یک بحران روبرو کرده بود.

مشکلات عدیده دیگری در این زمینه ایجاد شده بود همچون نگاهداری از افراد بعد از ترخیص، عدم اطلاع اعضاء خانواده از سرنوشت اعضاء تامین هزینه های بیماران انتقال دادهشده، چگونگی بازگشت این افراد به محل زندگی و غیره.این پدیده خود نمونه ای از عدم آمادگی به شمار می رود که می تواند پیامدهای اخلاقی فراوانی به دنبال داشته باشد.

یکی دیگر از اصول اخلاقی مهم در بلایا برقراری هماهنگی مابین نیروهای عملیاتی در تمامی مراحل چهار گانه بلایا و به خصوص مرحله پاسخ می باشد.

در آموزه های دینی ما تاکید فراوانی بر نظم وهماهنگی افراد جامعه صورت گرفته است اما متاسفانه آنچنانکه باید و شاید این دستورات و توصیه های ائمه معصومین را بکار نمیگیریم. وجود عدم هماهنگی ما بین نیروها و سازمانهای امدادرسان از مهمترین و بارزترین مباحث اخلاقی در بلایا می باشد. حضرت امیر (ع) در نامه شماره 47 و در وصیت خود به فرزندان بزرگوارشان امام حسن (ع) و امام حسین (ع) می‌فرمایند: أُوصِيكُمَا وَ جَمِيعَ وَلَدِي وَ أَهْلِي وَ مَنْ بَلَغَهُ كِتَابِي بِتَقْوَى اللَّهِ وَ نَظْمِ أَمْرِكُم.

13- اخلاق سازمانی و حرفه ای بودن مدیران بلایا:

در متون دینی به کرات دیده می شود که ائمه معصومین سپردن مسئولیت به افراد دارای شایستگی و تخصص لازم برای رسیدگی به امور مردم را توصیه نموده اند. پذیرفتن مسئولیت کارهایی که فرد توانائی و یا دانش آن را ندارد باعث خواهد شد که امور مردم رها شود و کارها آنچنان که باید انجام نپذیرد. روایات متعددی در این خصوص وجود دارد که به برخی از آنها اشاره می کنیم:

1- حضرت امام صادق(ع):کسیکه بانداشتن شایستگی رئیس شود، ملعون است (20).

وعنهم ، عن أحمد ، عن محمّد بن إسماعيل بن بزيع وغيره رفعوه قال : قال أبو عبدالله (عليه السلام) : ملعون من ترأس ، ملعون من همّ بها ، معلون من حدّث نفسه بها.

کسی که بدون شایستگی ادعای ریاست کند و کسی که قصدش چنین باشد و (حتی) کسی که آنرا حدیث نفس کند ملعون (و مطرود از رحمت خدا) است (21).

متاسفانه اکثر غریب به اتفاق مدیران بلایا درارای چندین شغل ئو سمت بوده و مدیریت بلایا را در کنار بقیه کارهای خود انجام می دهند. و تصورشان این است که اینکار شدنی خواهد بود. منفک شدن از مسئولیتهای دیگر و پرداختن به بلایا در مواقع دلزوم اولین مشکلی لسا که این افراد با آن روبرو می شوند. بعلاوه در طول سالها و مواقعی که شرایط آرام است به کارهای دیگر اشتغال داشته و از آموزش و کسب مهارت برذای پاسخ به بلایا دور می باشند لذا تنها در مرحله پاسخ وارد عمل می شوند و آنهم به دلیل بی بهره بودن از دانش و مهارت لازم چندان موفق نخواهند بود. این مسئله از یک تفرکر در میان سیاستگذاران و مدیران ارشد کشور ناشی می شود و آن اینکه بلایا هر از چند گکاهی در کشور رخ می دهد. به فرض مثال چند سال یکبار زلزله می آید و یا سیلی رخ می دهد لذا نیازی نیست که افرادی را تمام وقت به این کار بگماریم. افراد می توانند کارهای خودشان را انمجام دهند و در زمان بلایا

نیز به این امر بپردازند و به قولی کار را جمع کنند. اما تجربه نشان داده است که این شیوه پاسخگو نبوده و بسیار آسبیب رسان خواهد بود.

14- تریاژ و ملاحظات اخلاقی

تریاژ به مفهوم اولویت بندی بیماران برای دریافت خدمات درمانی می باشد. در طول دههای گذشته فاکتورهایی برای تصمیم گیری در این خصوص ارائه شده است که به دو دسته پزشکی و غیر پزشکی تقسیم می شوند.

1- فاکتورهای پزشکی: شرایط و وضعیت بیماری افراد مهمترین و اولین فاکتوری است که باید برای اولویت بندی بیماران مورد استفاده قرار گیرد. نیازپزشکی بیمار و اثربخشی درمان مورد نظر دو عامل اصلی برای اولویت بندی به شمار می رود. لذا باید شرایط قبلی و بیماری های همراه بیمار توامان مد نظر قرار گیرد.. عامل تاثیرگذار بعدی میزان بقای بیمار می باشد. با توجه به محدودیتهایی که برای محاسبه میزان بقای دراز مدت وجود دارد توصیه بر این است که میزان بقای کوتاه مدت ملاک تصمیم گیری باشد (22).

2- فاکتورهای غیر پزشکی: زمانی که شرایط پزشکی مصدومین و بیماران برابر بوده و بر اساس آنها نتوان یکی را در اولویت دریافت منابع درمانی قرار داد می توان از فاکتورهای غیر پزشکی استفاده کرد. برخی از این فاکتورها عبارتند از : سن، ارزش اجتماعی، کیفیت زندگی، رابطه خویشاوندی و غیره، داشتن توانائی های متعدد، امید به زندگی، توانائی مراقبت از دیگران (23-25).

تئوریهای متعددی در خصوص استفاده از سن برای اولویت بندی بیماران مطرح می باشد اما آنچه که بیشتر مقبولیت دارد این است که سن را به عنوان یک فاکتور مستقل برای اولویت بندی بیماران و مصدومین نمی توان پذیرفت. اما به عنوان یک فاکتور وابسته و در غالب الگوریتم های تارائه شده برای تریاژ پذیرفته می باشد.

فاکتورهایی همچون ارزش اجتماعی و کیفیت زندگی چندان قابل اعتناء نیستند زیرا ارزیابی آنها و همچنین تضمین محقق شدن آنها در آینده به این سادگی مقدور نمی باشد. لذا چندان مورد توجه کارشناسان حوزه اخلاق پزشکی قرار نمیگیرند.

در خصوص روابط خویشاوندی، تمامی گارشناسان اعتقاد دارند که نباید مورد استفاده قرار گیرد.

در خصوص افرادی که توانایی های متعددی داشته (همانند پرسنل آتش نشانی و غیره) و یا توانایی مراقبت از دیگران را دارند (همانند مادران و یا پرستاران) باید گفت که در برخی مواقع می توان از این فاکتور استفاده کرد اما لازم است به این موضوع توجه داشته باشیم که توجه بیش از حد به این گروه های می تواند باعث بروز تبعیض در ارائه خدمات شده و مردم عادی را در معرض آسیب بیشتر قرار دهد. علی رغم تمامی این مطالب باید متذکر شد که انجام تریاژ بدون آمادگی و آموزش لازم میسر نخواهد بود.

15- نتیجه گیری و توصیه هایی برای آینده

در این مقطع از تاریخ طب کشور، دستاوردهای معنوی، اخلاقی و علمی فراوانی حاصل شده که قابل تشبیه به یک گنج بیکران و لایتناهی است. از این سرمایه بی بدیل ملی به اندازه شایسته استفاده نشده است و ظرفیت های والای آن به منصه ظهور و بروز نرسیده. حتی با انحراف از آن سیره خداجوی و مردم محور، چالش ها و بحران های غم انگیزی دامن گیر نظام سلامت شده که شایسته میراث داران دفاع مقدس نیست.

16- منابع

1- واحد جوان-وحیده (نویسنده): رضا زاده عسکری-زهرا (استاد راهنما): تبیین آموزه های اخلاقی اسلام پیرامون جنگ و صلح. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته مدرسی الهیات و معارف اسلامی/اخلاق اسلامی، دانشگاه تهران، دانشکده ادبیات و معارف اسلامی، دی ماه 1388

2- لاریجانی-باقر: پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد اول : مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. نشر برای فردا، چاپ دوم، 1383

3- حقانی زنجانی – حسین، فلسفه اخلاق / اخلاق نظری و اخلاقی عملی. فصلنامه مکتب اسلام، شماره 6، 1388

4-صدر-سید شهاب الدین: اخلاق و حقوق پزشکی. مجله علمی سازمان نظام پزشکی ایران، دوره 29، شماره 1، بهار 1390

5-نظری توکلی-سعید، و نژادسروری-نسرین: چیستی اخلاق پزشکی، بایدها و نبایدها. مجله ایرانی اخلاق پزشکی، دوره 6، شماره 5، آذر 1392

6-قراملکی-فرامرز: اخلاق حرفه ای (کتاب). 1382

7-فاضلی-زینب، فاضلی باوندپور – فاطمه سادات، رضایی طاویرانی-مصطفی، حیدری مقدم-رشید. اخلاق حرفه ای و نقش آن در حرفه پزشکی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیستم-شماره چهارم-زمستان 1391

8- شجاعی-امیراحمد، و ابوالحسنی نیارکی-فرشته: اخلاق پزشکی و بحران. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره 4، شماره 6، آذر 1396، صفحات 38-27

9- عباس زاده-عباس: اخلاق پزشکی در فوریت ها و بحران ها. فصلنامه اخلاق پزشکی ، سال 1، شماره 1، پائیز 1386

10- تحریریه: تجلی اخلاق و معنویت در دفاع مقدس: پیش شماره فصلنامه فرهنگی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، پائیز 1396

11- طباطبائی -سیدمحمود و کلانتر هرمزی-عبدالجلیل: بنیادهای اخاق پزشکی از دیدگاه متون اسامی و مفاخر پزشکی ایران .پژوهش در پزشکی(مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی .دوره 35- شماره 1 -بهار - 1391 صفحات 1 تا 6

12- Khaji A, Examining the ethical challenges in disaster management and providing a model of ethics appropriate according to our country conditions. 2017, Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Medicine. p. 373.

13- Barraco R.D, Trauma Prevention Activities for the Elderly,. Curr Trauma Rep,, 2017. **3**(2): p. 164-169.

14- Aghamohamadi S, H.K., Jahangiri K, Asl IM, Dehnavieh R,, Population and mortality profile in the Islamic Republic of Iran, 2006-2035,. East Mediterr Health J,, 2018. **24**(5): p. 469-476.

15- Landrigan PJ, F.R., Hu H, Caravanos J, Cropper ML, Hanrahan D, Sandilya K, Chiles TC, Kumar P, Suk WA,, Pollution and Global Health - An Agenda for Prevention,. Environ Health Perspect,, 2018. **126**(8): p. 084501.

16- Mohaghegh Sabzevari M, Kefayat Al-Ahkam.

17- Sharif Al-Morteza, Al-Entesar. Qom: Al-nashr Al-eslami.

18- Tousi M, Al-Vasile .Qom: Maktabat Al-Marashi.

19- Tahmasebi MN, K.K., Mazlouman SJ, Taheri A, Kamrani RS, Panjavi B, Harandi BA., Musculoskeletal injuries associated with earthquake. A report of injuries of Iran's December 26, 2003 Bam earthquake casualties managed in tertiary referral centers. Injury, 2005. **36**(1): p. 6.

20- Al-Hur al-Aamili M, Wasā'il al-Shīʿa,. Lebanon :Al-Alibat Institute.

21- Al-Hur al-Aamili M, Wasā'il al-Shīʿa, The Book of Jihad Al-Nafs,. Lebanon: Al-Alibat Institute.

22- Kuschner WG, P.J., Ezeji-Okoye SC. , Ethical triage and scarce resource allocation during public health emergencies: tenets and procedures. . Hosp Top, 2007. **85**(3 :(p. 16.

23- Clarke CM, Rationing scarce life-sustaining resources on the basis of age. J Adv Nurs, 2001. **35**(5): p. 799.

24- Moskop JC, I.K., Triage in medicine, part II: Underlying values and principles. Ann Emerg Med. , 2007. **49**(3): p. 282.

25- Daniel M, Bedside resource stewardship in disasters: a provider's dilemma practicing in an ethical gap. J Clin Ethics. , 2012. **23**(4): p. 331.

فصل بیستم

ادبیات مقاومت در نظام سلامت

درس هائی برگرفته از دفاع مقدس: تعالی، مرجعیت و مقاومت

پدید آورندگان: دکتر محمدعلی محققی- دکتر فاطمه رنجبر- دکتر محمد اسماعیل مطلق

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

اولین ویراست: سال تحصیلی 1398-1397- بهار 1398

اهداف آموزشی:

هدف اصلی:

آشنائی با آرمان های متعالی مرجعیت و مقاومت در افق آینده نظام سلامت، با الهام از دفاع مقدس

اهداف اختصاصی:

1. توصیف دفاع مقدس از منظر پیشرفت، بن بست شکنی و قطع وابستگی در نظام سلامت
2. شکوفائی اخلاق پزشکی و معنویات در دوران جنگ تحمیلی، پایه های مستحکم مقاومت و آشنائی با الگوها، فرصت ها و تهدیدات اخلاقی و معنوی در حوزه سلامت
3. آشنائی با آرمان گرائی و آرمان ها در نظام سلامت و نسبت آرمان ها با واقعیت ها
4. مفهوم شناسی تعالی و پیشرفت و مصادیق آن در نظام سلامت
5. آشنائی با انگیزه ها، مصادیق و تحلیل مقاومت در دفاع مقدس، تأملی بر حضور مقاوم و راسخ جامعه پزشکی و درس های آن برای آینده
6. آشنائی با پیامدهای فرهنگی و معنوی مقاومت و حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس
7. مفهوم شناسی مرجعیت علمی و آشنائی با الزامات آن در حوزه سلامت
8. مصادیق مرجعیت علمی جامعه پزشکی ایران در دوران صلح و شرایط جاری و عادی جامعه

ارائه الگوی آینده نظام سلامت در کشور، با ویژگی های آرمانگرائی و تعالی، الهام بخش بودن و مرجعیت، نیاز محوری و پاسخگوئی، انعطاف پذیری و مقاومت برگرفته از تجارب جامعه پزشکی در دوران دفاع مقدس

9. خاطراتی از جنس اخلاق، معنویت، و مقاومت از حضور ارزشی جامعه پزشکی در دفاع مقدس

فهرست مطالب فصل بیستم

1- مقدمه و بیان موضوع

2-کلمات کلیدی

3- روش تنظیم درسنامه

4- ادبیات علمی موضوع

تعالی و متعالی

پاسخ و پاسخگوئی

نیاز محوری و نیازسنجی

جامعه محوری و جامعه نگری

ارزش محوری (در سلامت)

نمونه ای از ارزش های محوری در حوزه سلامت

اخلاق محوری

استقلال و آزادی علمی

جهادعلمی

خودکفائی و خوداتکائی

نفی وابستگی و دست نشاندگی (استقلال از بیگانگان)

نظام سلطه و ابعاد آن:

نفی سلطه در پرتو اقتدار علمی و فناوری

مقاومت

اقتصاد مقاومتی

نظام سلامت مقاومتی

5- منتخبی از اصول و ارزش های محوری مقاومت آفرین در نظام سلامت

بعضی از اصول

بعضی از ارزش های محوری

ارزش محوری صبر

6- نماد مقاومت در نظام سلامت: (تحلیل حضور همه جانبه، مستقل، عزت مند، علاج جویانه و قدرتمند جامعه پزشکی در جنگ تحمیلی و دوران دفاع مقدس)

7- اقتدار علمی، خودکفائی و نفی وابستگی پیام نورانی صحنه گردانان سلامت در دفاع مقدس به همه نسل های آتی

8-تحلیل ارزشی، اخلاقی، حرفه ای، فرهنگی و معنوی حضور در دفاع مقدس

9-تحلیل ارزشی، اخلاقی، حرفه ای، فرهنگی و معنوی حضور در دفاع مقدس
10-ویژگی برجسته ارزشی، علمی، اخلاقی و معنوی حاکم بر نظام سلامت، با الهام از آرمان های انقلاب و اسناد راهبردی
11-نظام سلامت مقاومتی: ارائه الگوئی عملیاتی شایسته برای نظام سلامت آینده ملت ایران
12- مؤلفه های مدل شایسته مقاوم برای نظام سلامت آینده، با الهام از الگوی دوران دفاع مقدس:
13- منابع
14 - منابع بیشتر برای مطالعه

1- مقدمه و بیان موضوع

از زیباترین عناصر متشکله مجموعه عظیم "**دفاع مقدس**" حضور عزتمند، فراگیر، توانمند، خودکفا، و همه جانبه جامعه سلامت وقت در این فراز درخشان تاریخ ملی کشور مقتدر ایران اسلامی است. درس ها و پیام های این حضور متعالی برای آینده، موضوع این درس است. آینده نگری و آینده نگاری سرنوشت سلامت ملت بزرگ ایران و نسل های بعدی، رسالتی است تاریخی که شایسته ترین پاسخ به آن، ابتنای راهبردها و سیاست ها و برنامه بر شالوده فرهنگ و ارزش های گرانبار حاصله در دفاع مقدس خواهد بود. سیاست گذاری علم، فناوری و نوآوری در همه عرصه ها، از جمله سلامت باید از الزامات پایداری، تاب آوری و مقاومت در همه شرایط برخوردار باشد. فرایندهای پیاده سازی، و اجرای سیاست های سلامت نیز باید از جوهره و روح مقاومت برخوردار باشند. در پایش نتایج و پی‌امدها و ارزیابی سیاستهای مذکور نیز جوهره و نشانه های مقاومت باید به عیان متجلی باشد. سلامت ودیعه ای الهی است که مراتب آن در نظام آفرینش بی انتها است. سلامت در سطح فردی، قرین موفقیت و در سطح اجتماعی لازمه تعالی و پیشرفت است. این نعمت مجهول الهی، نیاز دائمی همه انسانها در همه ادوار زندگی است، نیازی شگرف که قبل از تکوین آغاز، در سراسر حیات تسری و تا لحظه پرواز به ملکوت تداوم دارد. در جامع ترین تعابیر اسلامی عافیت نعمتی گرامی، فراگیر، نگاهدارنده، عزت آفرین، شفا بخش، مولّد، روزافزون، از ناحیه خداوند تبارک و تعالی و دارای ابعاد جسمانی، روانی، فردی، اجتماعی، معنوی، و در یک کلام دنیوی و اخروی است.

بر پایه نظام ارزشی و عدالت اسلامی و موازین انسانی، برخورداری از این نعمت،حق عمومی همه انسانها و وفق قانون اساسی نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران، تأمین و دسترسی عادلانه به خدمات سلامتی از وظایف دولت بر شمرده شده است. نگاه به ژرفای مقوله حیاتی سلامت از منظر عدالت اجتماعی در جوامع انسانی و از جمله در کشور ما، حکایت از واقعیت های ناگوار و تکان دهنده ای می نماید. بی عدالتی در سلامت مردم معاصر دنیا بیداد می کند. آسیب پذیرترین انسانهای مظلوم، از ناچیزترین سطح خدمات سلامت بهره می برند و توانمندترین قدرتهای استثمارگر، منابع محدود سلامت ملت ها را به یغما می برند. دورافتاده ترین انسانهای بینوا از نازل ترین سطح دسترسی به خدمات سلامت برخوردارند و توانگران عالم از فرط رفاه و اسراف به عوارض و بیماریهای نوظهور تمدن معاصر دچار شده اند.

نیازهای سلامت در همه جوامع اعم از ثروتمند و فقیر، توسعه یافته و درحال توسعه و عقب مانده، روز افزون است. تأمین هزینه های سرسام آور سلامت هم، بحران مشترک همه کشورها است.

نظام مقدس جمهوری اسلامی منادی عدالت اجتماعی و نماد صریح آن، یعنی سلامت برای ملت شریف ایران است. در چهلمین بهار آزادی، مرور کارنامه بخش سلامت بسیار درس آموز است. سلامت بعنوان یکی از ارکان اصلی نظام جمهوری اسلامی، در چهل سال متوالی بعد از پیروزی انقلاب ، فراز و فرودهای بسیاری داشته است. درخشان ترین کارنامه بلا شک متعلق به دوران دفاع مقدس است. حضور ارزشی و فراگیر جامعه سلامت در آن دوران ناب تاریخی ملت ایران اسلامی، ثبت کارنامه ای است که تا ابد بر تارک نظام سلامت این ملت بزرگ و مقاوم خواهد درخشید. همه ارزش های توصیف شده برای سلامت در طول تاریخ بشر، در آن

دوران خدائی متجلی شد. همه دستاوردهای نظام سلامت ریشه در آن دوران طلائی دارد. توسعه در این حوزه، در آن دوران ممتاز تاریخی، بسیار عظیم و تغییر سیمای سلامت مردم و ارتقای شاخص های سلامت جمعیت چشمگیر بوده است. توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی حوزه سلامت افتخار آمیز و دستاوردهای علمی شگرف بوده و به دوران سازندگی تسری یافته است. بموازات پیشرفت ها، رشد مشکلات، تهدید نابسامانی ها، چالش مدیریت ها، و بحران اخلاق و معنویت، خاصه در دوران بعد از دفاع مقدس، به صورت قابل ملاحظه ای خودنمائی می کند. حوزه سلامت شاید بیش از هر حوزه دیگر، محل اجتماع اضداد و تضادها و تناقضات است. صحنه ای فراگیر که والاترین ارزش های الهی و انسانی رویاروی ضد ارزش ترین جلوه های نفسانی و رذائل اخلاقی ، به مقاومت ایستاده اند.

باری، اگر بخواهیم حضور ارزشمند جامعه پزشکی و سلامت کشور در دفاع مقدس و حضور و نقش آفرینی گسترده بعدی ارزش آفرینان سربلند این جامعه خدوم در جدال با کاستی ها و در پاسخ به نیازهای روز افزون را، در یک کلمه خلاصه کنیم، نام آن کلمه مقدس ″**مقاومت** ″ است. اکسیر اعظم حیات بخشی که تضمین کننده سلامت و ارتقای مستمر آن برای مردم معاصر و نسل های آینده خواهد بود.

2-کلمات کلیدی

تعالی- توسعه- توسعه پایدار- مرجعیت- مقاومت-دفاع مقدس

Key words

Excellence, Development, Sustainable development, Scientific Reference, Resistance , Holley Defense

3- روش

این مطالعه با روش تلفیقی آینده نگاری، کتابخانه ای و بحث متمرکز گروهی تهیه و در قالب درسنامه تنظیم شده است.

4- ادبیات موضوع (مقاومت در نظام سلامت)

مقاومت عصاره دستاوردهای دفاع مقدس برای ملتی است که با عزم و اراده راسخ از مرزهای عشق و ایمان دفاع نمودند و دشمنان غدار را از نیات شوم و نقشه های شیطانی، پشیمان و به خاک مذلت نشاندند. گزاره های زیر، توصیف منتخبی از مفاهیم ارزشی مصطلح در این ادبیات پیروز و زیبای انسانی ملت شریف ایران اسلامی است.

عزت و عزت نفس:

«عزّت» در اصل لغت به معنای شدّت و قهر و غلبه است و لازمه‌ی آن شکست‌ناپذیری و عدم چیره شدن در مقابل قوای دیگر است. عزّت نفس، فضیلتی است که بین دو اخلاق رذیله قرار گرفته است و انسان در صورت انحراف از این صراط مستقیم، به دو مسیر انحرافی، یکی تکبّر و دیگر تذلّل گرفتار می‌شود (1). قرآن کریم در سوره‌ی فاطر می فرماید: "من کان یرید العزّة فللّه العزّة جمیعا[1]" در منطق قرآن، عزت واقعی و کامل متعلق به خداوند و متعلق به هر کسی است که در جبهه خدائی قرار می گیرد. در مصاف بین حق و باطل، بین جبهه‌ی خدا و جبهه شیطان، عزت متعلق به کسانی است که در جبهه خدائی قرار می گیرند: "وَلِلَّهِ العِزَّةُ وَلِرَسولِهِ وَلِلمُؤمِنینَ[2]" : عزت مخصوص خدا و رسول او و مؤمنان است.

تعالی و متعالی:

در فرهنگ فارسی معین تعالی "بلند پایه گردیدن ، بلندی ، و برتری تعریف شده است. طبق فرهنگ دهخدا تعالی چنین توصیف شده است: "صیغه ماضی معلوم است از باب تفاعل که اکثر اسم الهی را حال واقع می شود چنانکه خدای تعالی و حق تعالی ؛ یعنی برتر است خدا" . مؤلفه های مفهومی تعالی در مآخذ اسلامی بطور خلاصه به شرح زیر است (برگرفته از منبع 2):

---

[1] سوره مبارکه فاطر، آیه کریمه 10

[2] سوره مبارکه المنافقون آیه کریمه ۸

- **در بعد اعتقادی:** باور به کمال مطلق و ابدی بودن خداوند، تبلور روح الهی و خداجوئی در انسان، افاضه الهی در اعمال و رفتارهای ارزشمند
- **دربعد اخلاقی:** باور به انسان ایده آل یا انسان کامل اخلاقی، باور به اعتدال در همه وجوه انسانی، تلاش مداوم برای ارتقاء درستی، صحت تناسب و عقل انسانی، تحکیم ارزش های خوب و زیبا در درون خود
- **دربعد شخصی:** تأکید بر تجربه شخصی در مواجهه با ایده آل ها، عمل کردن در هماهنگی با جهان هستی، درک ارزش انسان فرهیخته به عنوان انسان مطلوب در تمام ابعاد
- **در بعد اجتماعی:** تمایل به نوع دوستی فراگیر، ارزش نهادن به یگانگی عمومی مردم، پایداری بر آداب و رسوم بالنده احتماعی
- **در بعد سیاسی:** صلح ورزی، ظلم ستیزی، تلاش برای برقراری اخلاق مردم سالار بجای اخلاق اشرافی گرا، حرکت در راستای عدالت در روابط دولت و ملت، باور به ضرورت عدالت اجتماعی و اجتناب از سیاسی کاری مزورانه

پاسخ و پاسخگوئی[3]

در فرهنگ لغات فارسی (دهخدا-معین و عمید) پاسخ به معانی جواب، پذیرفتگی، اطاعت، عوض و پاداش، اجابت، استجابت، لبیک، و در دیکشنری فارسی به انگلیسی به کلمات answer, replication, reply, response ترجمه شده است. فاعل آن پاسخگو و اسم مصدری آن پاسخگوئی است. در نظام سلامت، مفهوم پاسخگوئی، عملکرد متناسب با نیازهای سلامت جامعه است (مراجعه به منبع 3). در اجماع فدراسیون بین المللی آموزش پزشکی (WFME) ، پاسخگوئی اجتماعی دانشکده های طب دارای مؤلفه های مشروحه ذیل است (4):

1. پاسخ به نیازهای سلامت جاری و آینده و چالش های آن در جامعه
2. انطباق آموزش، پژوهش و اولویت های ارائه خدمات وفق بند 1
3. تقویت نظارت و مشارکت با سایر ذینفعان
4. استفاده از "ارزشیای" و "اعتباربخشی" برای پایش "کارائی" و "اثربخشی"[4]

نیاز محوری و نیازسنجی[5]:

نیاز در فرهنگ فارسی معین به حاجت ، احتیاج، خواهش، میل ، اقتضا، تلنگ، تمنا، حاجت، دربایست، درخواست، ضرورت، لزوم، نذر، تعبیر شده است،

نیازسنجی واژه مصوب فرهنگستان: فرایندی سازمان‌یافته برای تعیین ماهیت و دامنه مشکلات یک جمعیت مشخص که ممکن است مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت آنان اثر بگذارد.

جامعه محوری و جامعه نگری[6]

مبتنی بر نیازهای جامعه ، آشنائی با تغییرات اجتماعی، اقتصادی، جمعیت شناسی، توانمندی ارزیابی نیازهای جامعه و انتظارات مردم، و ارتقای عملکرد برای پاسخگوئی به آنها.

- **تعریف مفهومی نیاز محوری**

درک نیازهای بهداشتی جامعه ، آشنائی با ارتقای بهداشت و پیشگیری از بیماریها، آگاهی از عوامل محیطی و اجتماعی مرتبط با سلامت و بیماری، ارزیابی نیازهای بهداشتی جامعه، هدف گذاری و برنامه ریزی در راستای برطرف کردن نیازها .(5)

---

[3] Accountability
[4] Use evaluation and accreditation to assess performance and impact
[5] Needs Assessment
[6] Community-based, Community Orientation

- **تعریف عملیاتی نیاز محوری**

ارائه "آموزش"، "پژوهش"، و "خدمات و مراقبت های سلامت" منطبق بر نیازها و اولویت های جامعه. این رویکرد تمام شئون، از مطالعه و بررسی وضعیت سلامت در جامعه و یا گروه های خاص، تعیین و اولویت بندی مشکلات و نیازها، برنامه ریزی، پشتیبانی و اختصاص منابع برای اجرای بهینه برنامه ها، ارزیابی اثربخشی و احراز ارائه عادلانه خدمات و مراقبت های سلامت به اقشار ملت را شامل می شود. ابعاد این رویکرد به شرح زیر است:

- حفظ و ارتقای مستمر سلامت آحاد جامعه توسط نظام سلامت تضمین می شود
- به عوامل اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت در تمام شئون به اندازه کافی توجه می گردد
- به تمام ابعاد تأثیر گذار بر سلامت در سطوح فردی، اجتماعی، روانی، معنوی، اقتصادی، و زیست محیطی، توجه می گردد[۷]

ارزش محوری (در سلامت):

ابتنای عموم انگیزه ها، فعالیت ها، اعم از سیاست ها، راهبردها، اقدامات، فرایندها، بروندادها، دروندادها، پیشرفت ها، ارزیابی ها، بازنگری ها و سایر خدمات در نظام سلامت، شامل آموزش، پژوهش، خدمات و مراقبت ها، بر پایه اصول و ارزش های اسلامی، علمی، فرهنگی، اجتماعی و اخلاقی. به عبارتی حاکمیت جهان بینی توحیدی اسلامی بر همه ابعاد سلامت.

اخلاق محوری[۸]

حاکمیت اخلاق عمومی اسلامی و اخلاق اختصاصی حرفه ای (علمی-پزشکی-پرستاری-داروسازی....) در عموم فرایندها و تمام کنشگران حرفه ای با رویکرد حتمی و لازم الاجراء، که لازمه قطعی رشد، تعالی و بالندگی نظام سلامت است و با ترویج و تسری در همه شئون و مدیریت و هدایت خردمندانه پایه های دوام و تعالی و مقاومت را تحکیم می نماید(6).

استقلال و آزادی علمی[۹]

اصالت و پویائی فعالیت های علمی در جوی آزاد، منطقی و برخوردار از خلاقیت و نوآوری، و عاری از عوامل بازدارنده غیر منطقی، با التزام به نظام مندی، مسئولیت پذیری و پاسخگوئی (7).

جهادعلمی

تلاش بی وقفه همراه با خطر پذیری معقول و امید به آینده در جهت پیشرفت و جزء مبانی اصول گرائی و بزرگترین فرائض است. این سیره نیکوی علمی از دیدگاه مقام معظم رهبری دارای ویژگی های زیر است:

- برخوردار از ظرفیت والای اندیشه و علم ، بعبارتی جهاد فکری و علمی توسط جامعه دانشگاهی و علمی
- دارای دستمایه های خودباوری، امید به موفقیت، روحیه و فرهنگ جهادی، حرکت جهادگونه، هدفمند و متوجه به آرمان ها، هوشمندانه، عاقلانه، و دشمن شکن، (8).

خودکفائی و خوداتکائی

نگاه به درون و توانمندی های داخلی کشوربرای استقلال علمی، فناوری، نظامی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی کشور. خودکفائی نوعی خودمختاری شخصی یا جمعی و به معنای استغناء، بی نیازی، خود بسندگی، و مخالف نیازمندی است. در دیدگاه اما خمینی "ره" و مقام معظم رهبری عناصر خودکفائی عبارتند از (9):

- باور به توانستن (نقطه شروع راه خودکفائی)
- تحول فکری و عوض کردن مغز از روحیه وابستگی به ذهنیت خود باور

---

[7] Holistic APPROACH

[8] تعریف پیشنهادی نویسندگان

[9] Scientific Independence

- اراده مردم بویژه نخبگان
- استعانت از خداوند تبارک و تعالی
- احراز هویت ایرانی اسلامی
- تلاش و کوشش
- لزوم داشتن ابتکار و خلاقیت
- اکتفا نکردن به موفقیت های فعلی و توجه به پیشرفت های بیشتر
- اهمیت تشویق و ترویج توسط فعالان فرهنگی و رهنمو توسط رهبران و سیاست گذاران
- امیدوار بودن و نا امید نشدن
- الگو گرفتن از نمونه های موفق و معتبر خودکفائی و در عین حال الهام بخشی برای دیگران
- خنثی کردن تبلیغات گمراه کننده دشمنان
- آینده نگر بودن و در عین حال نگاه به گذشته افتخار آمیز

نفی وابستگی و دست نشاندگی (استقلال از بیگانگان)

در منطق امام خمینی "ره" نفی وابستگی و قبح دست نشاندگی مفاهیم مشروحه زیر را دارا است:

"با اعتماد به خداوند تبارک و تعالی و اتکال به قدرت اسلام و ایمان دست رد به سینه ستمکاران شرق و غرب زدن، شهادت را بر ذلت و شرف اسلام و انسانی را بر رفاه و عیش چند روزه توأم با خواری و شرمساری ترجیح دادن، در نبرد سیاسی و نظامی بر جهانخواران و قدرت های ستمگر چیره شدن و دست جنایتکاران را از کشور خود کوتاه کردن و از هیاهوی تبلیغاتی آنان باک نداشتن". مراد از نفی وابستگی و دست نشاندگی "استقلال از بیگانگان " بویژه نظام سلطه است، نظامی که هدفش وابسته نگهداشتن و استثمار کردن است. مراد از استقلال نیز همه جنبه های استقلال اعم از علمی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و در رأس همه آنها استقلال فکری است. انسان وابسته فکری، قطعاً در زمینه های دیگر نیز وابسته خواهد بود. بیداری با مفهوم تحول در زمینه های فردی، فکری و اجتماعی، راه نفی وابستگی و دست نشاندگی است (10)

نظام سلطه و ابعاد آن:

تقسیم بندی کشورها و ملت های دنیا به دو گروه سلطه گر و سلطه پذیر. سلطه گری از ویژگی های دولت های استکباری است که رفتار آنها به گونه ای است که همه چیز دنیا را برای خود و در اختیار خود می خواهند و در امور اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، تربیتی، سبک زندگی ملت ها با مشی استکباری سلطه طلبی دخالت می نمایند. در این دیدگاه سلطه دارای ابعاد علمی، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی است. نظام سلطه دو وجهی است، یک وجه آن سلطه گرها هستند که همان ابر قدرت ها می باشند و طرف دیگر دولت های سلطه پذیر و دست نشانده می باشند که دخالت های وقیحانه و گستاخانه ابر قدرت ها را می پذیرند و شریک جرم این پدیده شوم هستند[10]. تناقضات نظام سلطه در نظریه و عمل در موضوعات "حقوق‌بشر" ،"تروریسم" ، "سالحهای‌کشتارجمعی" و "دموکراسی" است. این‌تناقضات،آسیب پذیری‌نظام‌سلطه را آشکارساخته است و روند سقوط آن را تسهیل خواهد کرد (11).

نفی سلطه در پرتو اقتدار علمی و فناوری

نفی و طرد و مبارزه با سلطه گری و سلطه پذیری و همه مظاهر نظام سلطه از قبیل زورگوئی، تکبر، خودخواهی و انحصار طلبی، نفاق و ریاکاری، ظلم، تبعیض. اقتدار علمی و فناوری ابزار کارآمد و نافذ نفی سلطه نظام های استکباری است. در پرتو این اقتدار است که ملت ها آگاه، فرهنگ آنها مستحکم، منابع ملی ارتقاء و فقر و فساد و تبعیض ریشه کن می شود (12).

---

[10] بر گرفته از سخنان مقام معظم رهبری در مراسم بیعت اقشار مختلف 1368/4/25، اجتماع بزرگ مردم اراک 1379/7/24 و دانشگاه افسری و تربیت پاسداری امام حسین علیه السلام 1393/2/3

ادبیات مقاومت (پایداری)

مؤلّفهٔ اصلی ادبیات پایداری یک مقولهٔ ماهیتاً مضمونی توجّه به عنصر «ستیز با» یـا «تـاب آوری در برابـرِ» هـر نـوع اعمال قدرت نامشروع؛ لوازم و عوارض آن است (13). پایداری و تاب آوری از مضامین اصلی انقلاب اسلامی است که در دوران دفاع مقدس با مقاومت و پایمردی جانانه ملت بزرگ ایران تحکیم و به ویژگی لایزال این ملت دلاور تندیل گردید. ادبیات پایداری ملت ایران از پشتوانه های ریشه دار تاریخی و فرهنگی چند هزار ساله، اعم از اساطیری و تاریخی پر از جنگ و استبداد و پشتوانه های پر صلابت دینی و مذهبی برخوردار است. در دوران باشکوه دفاع مقدس ادبیات پایداری، با گفتمان رایج انقلاب و سیاست های کلان نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران و نقش آفرینی و سلحشوری مردم در صحنه های دشوار جنگ تحمیل شده و حمایت های بی دریغ نهادهای حاکمیتی، به اوج شکوفایی خود نائل شد.

تاب آوری اجتماعی

تاب آوری اجتماعی به عنوان توانایی جوامع انسانی برای تحمل حوادث غیرمترقبه خارجی یا نابسامانی های موجود در زیرساخت های آن، نظیر تغییرات محیطی، یا دگرگونی های شدید اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و همچنین توانایی این جوامع برای بازیابی و بازتوانی از چنین نابسامانی هایی تعریف می شود (14)

اقتصاد مقاومتی

الگوی متعالی مدیریت منابع مالی و پشتیبانی در سلامت، اقتصاد مقاومتی است. اقتصاد مقاومتی، الگوی اقتصادی بومی و علمی برآمده از فرهنگ انقلابی و اسلامی و با اتکال به استعدادهای سرشار معنوی، و مادی و ذخائر و منابع غنی و متنوع و زیرساخت های گسترده و برخورداری از نیروی انسانی متعهد و کارآمد و دارای عزم راسخ برای پیشرفت است. اتخاذ این الگو برای غلبه بر دشمنان خبیث که با تحمیل جنگ اقتصادی تمام عیار در برابر ملت بزرگ ایران صف آرایی کرده، از هر جنایتی از جمله تحریم دارو و کالاهای ضروری سلامت دریغ نمی کنند، رویکردی حیاتی و راهگشا خواهد بود. در این رویکرد با تأکید بر دستاوردهای داخلی در زمینه های مختلف سلامت، ضمن تداوم پیشرفت و تحقق آرمان ها و اصول قانون اساسی و سند چشم انداز بیست ساله، و سایر اسناد بالادست توسعه کشور، اقتصاد متکی به دانش و فناوری، عدالت بنیان، درون زا و برون گرا، پویا و پیشرو، الهام بخش برای همه ملل تحت ستم و مستقل و پویا سالم را عینیت می بخشد[11]. مهمترین شاخصه های اقتصاد مقاومتی از دید مقام معظم رهبری عبارتند از: دانش محوری، اصلاح الگوی مصرف، امنیت اقلام راهبردی و اساسی، کاهش وابستگی به نفت، تبلیغات، تکیه بر تولید ملی، ریشه کنی فقر، ایجاد تراز اقتصادی مثبت، حاکمیت قانون، مبارزه با رکود اقتصادی، خصوصی سازی، خودکفایی در محصولات کشاورزی، استحصال از معادن به دور از خام فروشی، فعال شدن شرکت های دانش بنیان، تنقیح قوانین اقتصادی، اعتمادبه نفس ملی، مدیریت مصرف، کاهش فاصله طبقاتی، مصرف زدگی، اسراف، نکوهش تجمل گرایی، قناعت، ارج دهی فرهنگ کار، ایجاد زنجیره تولید علم، علم گرایی، ایجاد فضای آرامش برای نخبگان، و حمایت از نخبگان (15).

نظام سلامت مقاومتی (مقاوم):

الگوی بومی و علمی، برآمده از "فرهنگ انقلابی و اسلامی" و پایبند به "اصول و ارزش های انسانی و اسلامی" برای پاسخگوئی به "نیازهای پایه سلامت در همه شرایط " و "نیازهای اضطراری در فوریت ها و بلایا" به عموم مردم. این الگو با اتکال به استعدادهای سرشار معنوی، و مادی و ذخائر و منابع غنی و متنوع و زیرساخت های گسترده و برخورداری از نیروی انسانی متعهد و کارآمد و دارای عزم راسخ برای پیشرفت، واجد تاب آوری و دوام در همه شرایط، اعم از جنگ و صلح و بلایا و تحریم و مانند آن می باشد[12].

---

[11] برگرفته از سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی، ابلاغی مقام معظم رهبری، https://www.saipacorp.com

[12] تعریف پیشنهادی مطالعه حاضر

5-منتخبی از اصول و ارزش های محوری مقاومت آفرین در نظام سلامت[13]:

نظام مدیریت جامعه براساس آموزه های اسلامی مکلف به فراهم کردن شرایط لازم برای آموزش و تربیت نیروهای کارآمد (به منظور پاسخگویی به نیاز پزشکی آحاد افراد جامعه در قالب دسترسی به دانش پیشرو، قابل اطمینان، غیروابستگی آور و در فضای تربیتی مبتنی بر خدا محوری، اخلاقیات) می باشد[14]. با مراجعه به اسناد راهبردی سلامت و مراجع معتبر اسلامی، لیستی از ارزش ها و اصول محوری مطرح در نظام سلامت کشور جمهوری اسلامی ایران به شرح زیر انتخاب شده است. تفسیر و تبیین این ارزش ها و اصول، در مجال این نوشته نمی گنجد، اما یادآوری واژه های مربوطه برای تحلیل اهداف و مفاهیم این فصل از درسنامه ضروری است:

الف) بعضی از اصول:

"اصل کرامت انسان"-" اصل عدالت"- "اصل ضمانت"-"اصل برائت"- "اصل سودمندی و مفید بودن"- "اصل اعتقادبه شفا و وجود راهکار قطعی برای درمان همه آلام بشری" – " اصل وجوب طلب العلم"- اصل خیرخواهی (ارائه خدمات و آموزش خیرخواهانه به بیمار، خانواده و جامعه)"-" اصل رقابت سالم" – " اصل لاضرر و لا ضرار"- "اصل وجوب کفائی حرفه طب"- "اصل تقدم منافع عمومی بر مصالح فردی و گروهی"- "اصل رازداری"

ب) ارزش های محوری:

"توحید محوری و تربیت توحیدی"-"تعبد و پایبندی به مکارم و محاسن اخلاقی و احکام اسلامی"-" امید به امداد خداوند"- "عقلانیت" –" قائل بودن و اعتقاد به ارزشمندی ذاتی علم"- " حقیقت جوئی"- "بصیرت" –"حکمت" –"خلوص نیت"- - "هدفمندی"-"خلاقیت و نوآوری" –"احترام حقوقی و اخلاقی به آفرینش های فکری و علمی و دستاوردهای بشری و استفاده از آنها در خدمت جامعه"- "آزاد اندیشی"، "تبادل و تضارب آزاد آراء (جدال احسن)"- "عبرت آموزی"-"کمال جوئی"-"تعاون، کار گروهی، مشارکت و همگرائی"-"مسئولیت پذیری"-"عفت و پاکدامنی"-"**صبر، پایمردی و مقاومت**"- "تقوای الهی"-"جهاد (نهایت تلاش برای ارائه صحیح ترین، مطمئن ترین و منطقی ترین خدمات به تناسب نیاز گیرنده خدمات که به نوبه خود مستلزم نوآموزی، فراگیری مداوم و پژوهش است)" – "نظم و انضباط"-"کسب مهارت و داشتن حذاقت"-"ادای امانت و امانتداری"- "جلب اعتماد و مورد وثوق بودن"- "رفق و مدارا"- "توکل (در مفاهیم مثبت و سازنده)"-"سخاوت علمی"-"تواضع و اجتناب از غرور"-"جهت گیری منطقی در وظایف حرفه ای[15]" –"پایبندی و التزام به انتقال تجربیات سودمند"-" متانت"- "گذشت و بزرگواری"-" انفاق" –"خشوع و تواضع"-" شب زنده داری"- "راست گوئی".....

ج) ارزش محوری صبر

<u>یکی از ارزش های محوری در نظام سلامت، صبر و پایمردی و مقاومت در سختی ها و بلایا و سایر امور حرفه ای است</u>.

در فرهنگ دینی صبر از ارزش هائی است که استعانت از آن در سختی ها و بلایا توصیه شده است. بعضی از زمینه های ایجاد صبر و افزایش تاب آوری به شرح زیر است (16):

- اعتقاد به خداوند، بینش توحیدی، **توجّه به حقانیّت وعده الهی**، و باور به معاد از امهات عوامل و موجبات صبوری و پایمردی در همه شرایط، بویژه در بلایا است (سوره مبارکه بقره، آیات 155و156). فرهنگ و معارف دین و قرآن مشحون از این معارف و توصیه ها است.
- شناخت از فلسفه حوادث زمینه ساز شکیبایی است (سوره مبارکه کهف-آیه 68)

---

[13] با الهام از اسناد نقشه جامع علمی کشور-نقشه جامع سلامت-قانون اساسی-سیاست های کلی سلامت-سیاست های کلی علم و فناوری

[14] نقشه جامع علمی سلامت

[15] ابتدا پیشگیری و بعد از آن درمانهای طبیعی (تغذیه ای-جسمی-روانی-عاطفی و معنوی) و پس از آن درمانهای داروئی با همه ملاحظات علمی و اخلاقی و در صورت ضرورت درمان های جراحی یا اشکال دیگر درمانی

- اراده قوی و همت عالی، از موجبات صبر و بردباری است (آیات 186 سوره آل عمران، 17 سوره لقمان، 43 سوره شوری و 35 سوره احقاف)
- استغفار از گناهان و جبران اشتباهات، زمینه ساز صبر و شکیبایی است (سوره مبارکه توبه، آیه 55)
- باور به رستاخیز و اعتقاد به معاد و روز جزا از موجبات پایمردی در برابر سختی ها است.(سوره مبارکه بقره، آیات 45 و 46 و 249)
- امانت داری و اهتمام به آن، از عوامل صبوری و تاب آوری است (سوره مبارکه معارج، آیات 19 تا 32)
- امتحانات الهی در اشکال گوناگون آن، موجب توانمندسازی و تاب آوری مردم می شود و صبر ایشان را ایجاد یا افزایش می دهد . (سور مبارکه بقره، آیه 155؛ آل عمران، آیه 186؛ هود، آیات 7 تا 11؛ فرقان، آیه 20)
- انفاق، از اسباب صبوری در مشکلات است. اختصاص معین از مال خود به نیازمندان از اسباب صبر در برابر مشکلات و مصیبت ها و تکالیف سخت الهی است (سوره مبارکه معارج، آیات 19 تا 25)
- بصیرت و دوراندیشی، عامل شکیبایی است (آیات 65 و 66 سوره مبارکه انفال و 19و 20 سوره مبارکه رعد)
- تدبّر در سرگذشت پیامبران و دیگر صبوران عالم، بردباری و صبر پیشگی به ارمغان می آورد. تامل در زندگی و سیره پیامبرانی چون حضرت ایوب "ع" ، حضرت موسی"ع" ، حضرت یعقوب"ع" ، حضرت یوسف"ع" و سایر پیامبران الهی، می تواند در ایجاد و افزایش صبر، مفید و سازنده باشد.(سور مبارکه ص، آیات 41 تا 44؛ غافر، آیه 55 .....)
- همچنین خشوع (سوره مبارکه بقره، آیه 45)، خردمندی و تعقل (سوره مبارکه رعد، آیات 19 و 22) داشتن خصلت های نیک (سورمبارکه فصّلت، آیات 34 و 35، سجده، انسان، آیات 24 و 26) ،شب زنده داری(سوره مبارکه طه، آیه 130)، نماز و مداومت بر آن(سوره مبارکه معارج، آیات 19 تا 23)، وفای به عهد(سوره مبارکه معارج، آیات 19 تا 32) یاد خدا (انسان، آیات 24 و 25) ، یقین به آیات الهی (سجده، آیه 24) و مانند آنها از موجبات ایجاد یا تقویت صبر، حلم، بردباری و شکیبایی است .

صبر در فرهنگ قرآنی مراتب مختلف دارد. یکی از عالی ترین مراتب و زیباترین نمودهای صبر در بلایا و حوادث روزگار، "صبر جمیل " است. گاهی صبر آگاهانه و داوطلبانه و تسلیم رضای خداوند است. چهره این صبر در هر جایی با یک عنوان مطرح است؛ "صبر در میدان جهاد، شجاعت است"، "صبر در دنیا، زهد است"، " صبر در برابر گناه، تقوی است"، " صبر در برابر شهوت، عفّت است" و "صبر در برابر مال حرام، ورع است[16]" ..... باور وتوجّه به عالمانه وحکیمانه بودن افعال الهی، آدمی را به صبر وشکیبایی در حوادث دشوار وادار می‌کند. «فَصَبْرٌ جَمِيلٌ، إِنّهُ هُوَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ» ... (تفسیر نور)

6- بعضی از مؤلفه های ادبیات پایداری

پایداری و مقاومت در تاریخ پرفراز و نشیب چند هزار ساله ملت ایران، ریشه دار و همواره زنده و پویا بوده است. در سال های پس از انقلاب اسلامی، انبوهی از آثار ادبی در قالب شعر، ترانه، داستان، نمایشنامه، خاطره، فیلم نامه، سفرنامه و سایرگونه ها و قالب های ترکیبی و ابداعی، در سطوح متفاوتی از کیفیت و ارزش هنری با مضامین مقاومت تولید شده است. حتی در آموزش عالی گرایش ادبیات پایداری در مقطع کارشناسی ارشد ، ذیل رشتهٔ زبان و ادبیات فارسی ایجاد شده است (13). با مرور اجمالی بر مضامین و مؤلفه های مهم ادبیات مقاومت، 12 گزاره ارزشی به شرح زیر انتخاب و توصیف شده است (برداشت از مضامین منبع 13).

1- در توصیف شکلی، ادبیات انقلاب اسلامی و به ویژه ادبیات دفاع مقدس ، چه در عرصهٔ شعر و چه در زمینهٔ نثر، جریان فراگیر و غالب ادبیات در ایران بوده است.
2- در تحلیل اجمالی، ادبیات پایداری، نفوذ عمیق و تأثیرگذاری بی مانندی بر بن مایه های گوناگون اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی ملت ایران داشته است

[16] برگرفته از تفسیر نور: محسن قرائتی.

3- در نگاه نقادانه، از فرصتها، ظرفیتها و قابلیت های موجود در کشور به منظور رشد، توسعه و ارتقاء سطح ادبیات پایداری و به تبع آن ادبیات فارسی در داخل و خارج به خوبی استفاده نشده است

4- لایهٔ نخست از مفهوم ادب و هنر پایداری، «نه» به واقعیت موجود گفته می شود. مقصود از واقعیت موجود، طبیعت و دنیایی است که هنرمند را احاطه کرده و به دلایل متعدد مطلوب او نیست و نسبت به آن اعتراض دارد.

5- در لایهٔ دیگر از این مفهوم، متعلّق نفی، هر نوع انحراف، بی عدالتی و آلودگی – اعم از اجتماعی، سیاسی، اخلاقی، مذهبی و ... است که هنرمند در پیرامون خویش مشاهده میکند و آن را برنمی تابد

6- در سطح سوم از مفهوم ادبیات مقاومت (حیطهٔ اصلی) نفی و اعتراض نسبت به استبداد داخلی و عوارض آن، یا هجمه و تجاوز خارجی و تبعات آن صورت می گیرد[17].

7- در باب توسعه و شمول، ادبیات مقاومت از نوع ادبیات متعهد و سیاسی است «شاعر و ادیب سیاسی بر مبنای تعهد و بر اساس درک رسالت و مسئولیت به تولید ادبی می پردازد و هیچ نظری به پاداش و تشویق های دنیوی ندارد[18]

8- در توصیف انقلابی، ادبیات پایداری، ادبیات ستیهندگی و عشق است. ادبیات توفنده و پر تلاطمی که آلودگی به یأس و سکون را نمی پذیرد و بسان روح، پیوسته در کالبد خمود ادبیات هر عصر دمیده می شود. در واقع این گونهٔ ادبی، در طول تاریخ و در کشاکش تهاجم قدرت ها و تدافع جوامع سلطه ناپذیر، همواره به مثابه ابزار و سلاحی باز دارنده رخ نموده و موجبات احیاء ، تداوم و بقای فرهنگی جوامع مورد هجوم یا تحت سلطه را فراهم آورده است (17)

9- در مفهوم عام، ادبیات پایداری، متعلّق «نفی» و «اعتراض» انحرافاتی است که شاعر در جامعه و محیط خود مشاهده می کند. این انحرافات می توانند زمینه های مختلفی داشته باشند که در یک چشم انداز نسبتاً وسیع انحرافات اخلاقی، تربیتی، سیاسی، اجتماعی، دینی، فکری و... را شامل میشود (18)

10-مؤلّفه های اصلی ادبیات پایداری در شاهنامه و اشعار ناصرخسرو، خردگرایی و بیگانه ستیزی با تکیه بر عنصر زبان و عناصر هویت ملی و اندیشه های شیعی است. آرایه های مقاومت توسط فردوسی در قالب نقد خودکامگی (منی)، فزونخواهی (آز) و بی عدالتی(بیداد) سروده شده است. در شعر ناصرخسرو مؤلّفهٔ مذهب در توصیف مقاومت، نقش پررنگ تری دارد

11-در ادبیات انقلاب اسلامی، مقاومت از بن مایه های مفهومی و ارزشی ذیل برخوردار است (13):

- "ستایش آزادی و نفرت از طاغوت"؛ "ستایش پیشوا، امام و رهبر نهضت"؛ "ستایش مبارزان انقلابی و ظلم ستیز"؛ "دعوت به وحدت و پرهیز از تفرقه"؛ "محکوم کردن نظام استبدادی، عمّال و کارگزاران آن"؛ "نکوهش ملاء و مترف و خوی اشرافیت"؛ "استکبار و استعمارستیزی"، "ستایش جهاد و شهادت و مجاهدان و شهیدان و ایثارگران".
- بهره گیری از پشتوانه های فرهنگی، اساطیری، حماسی، تاریخی، دینی و میهنی (خاصه تاریخ تشیع و شخصیت های صدر اسلام نظیر ابوذر، سلمان خصوصاً واقعهٔ عاشورا و شخصیت های عاشورایی، تاریخ ایران و شخصیت های انقلابی مانند میرزا کوچک خان جنگلی، سیدجمال الدین اسدآبادی و ... به عنوان الگوهای مبارزه)
- توجه به شخصیت رهبر انقلاب، امام خمینی"ره" به عنوان نماد و قهرمان استقامت در برابر ظلم، طاغوت و استکبار و بهره گیری از اندیشه های متفکران صدر انقلاب بویژه شهید مرتضی مطهری، آیت الله طالقانی "ره" و دکترعلی شریعتی "ره"...
- بازگشت تدریجی شعر مقاومت به قالب های سنّتی که به نوعی تجلّی شعار بنیادین انقلاب؛ یعنی «بازگشت به خویشتن» در ساحت ادبیات تلقی می شود. احیاء قالب غزل و ظهور حماسه در آن از نتایج این بازگشت به سنّت است

[17] چهرقانی برچلویی، : نقد و بررسی ادبیات پایداری در شعر پارسی گویان افغان، پایان نامه کارشناسی رشتهٔ زبان و ادبیات فارسی، دانشگاه تربیت مدرس، 1381

[18] آئینه وند، صادق : ادبیات مقاومت، کیهان فرهنگی، سال 8 ،شمارهٔ 7. سال 1370

12-مؤلفه های ادبیات مقاومت در دفاع مقدس از بن مایه های ارزشی و مفهومی نظیر موارد ذیل برخوردار است:

- در سال های نخستین جنگ ، تحقیر و نکوهش دشمن متجاوز، تحریض مردم به حضور در جبهه ها، استقامت در برابر مصائب و ویرانی های جنگ، تلاش برای بیرون راندن دشمن، ذکر سلحشوری ها وستایش رزمندگان و از همه مهمترارزش شهید و شهادت طلبی- که وجه تمایز ادبیات دفاع مقدس با ادبیات جنگ در جهان تلقی میشود
- در طول جنگ، بعد از گذار از دوران سخت اولیه و شروع فتوحات رزمندگان در جبهه ها، توصیف فتوحات به دست آمده، شرح مشکلات جنگ زدگانِ مهاجر، نکوهش بی دردی و عافیت طلبی، نکوهش زراندوزی و سوءاستفاده از شرایط تحریم اقتصادی، توصیف مسائل و مشکلات خانواده های شهدا و ایثارگران، تأمل در وجوه اخلاقی-عرفانی جنگ و رزمندگان در کنار شجاعت و دلاوری های ایشان، وجه غالب آرایه های ادبیات مقاومت است
- بعد از پایان جنگ ، رحلت رهبر انقلاب و پیر و مراد رزمندگان، امام خمینی (ره) ، تأکید بر آرمان های این پیشوای الهی، فصلی از موضوعات جدید را وارد ادبیات دفاع مقدس نمود. بازگشت آزادگان به کشور با کوله باری از خاطرات تلخ و شیرین ، پایداریِ اسیران آزاده ای که در چنگال دژخیمان دشمن تمامی شکنجه ها و فشارها و رنجها را با تکیه بر ایمان انقلابی خویش تاب آورده بودند ، سازندگی و ترمیم ویرانی های فراوان جنگ در تمامی عرصه های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی ، دغدغهٔ فراموش شدن ارزش های دفاع مقدس و آرمان شهیدان ، نوستالژی جبهه و حسرت بازماندن از قافلهٔ شهیدان، نگرانی از فراموش شدن آرمان های شهدا ودفاع مقدس، مشکلات و رنج های جانبازان و خانواده های ایشان، اشرافیت، تجمل گرایی و سوء استفاده از نام شهدا، هزینه کردن سرمایهٔ معنوی جهاد برای رسیدن به منافع مادی و دنیوی، بازگشت پیکر شهیدان و مسائل پیرامونی مفقودین و شهدای گمنام و بازتاب آن در جامعه .... از مهمترین درون مایه های ادبیات دفاع مقدس پس از پایان جنگ تحمیلی به حساب میآید.

7- نماد مقاومت در نظام سلامت: (تحلیل حضور همه جانبه، مستقل، عزت مند، علاج جویانه و قدرتمند جامعه پزشکی در جنگ تحمیلی و دوران دفاع مقدس)

در دوران 8 ساله دفاع مقدس، سیاست گذاران، برنامه ریزان، مدیران، و سرمایه انسانی بخش سلامت کشور کارنامه ای درخشان و بی نظیر از خود برجای گذاشتند. آن کارنامه درخشان الگوی آینده و چراغ راه آینده خواهد بود. از مهمترین مؤلفه های آن تداوم خدمات و مراقبت های سلامت به آحاد وهمه اقشار ملت، خاصه محرومان ومستضعفان بود.در الگوی مقاومت، ضرورت های غیر مترقبه و یا تحمیل شده و پیش بینی نشده، نظام سلامت را از رسالت اصلی و اساسی خود باز نخواهد داشت. این رسالت که همانا تداوم خدمات اساسی مفید و بایسته و شایسته به مردم و کل جامعه است، همه مؤلفه های ذاتی خود را در بحران ها و بلایا باید حفظ نماید.

تلاش برای اجرای عدالت و رفع نابرابریها در برخورداری از خدمات اساسی سلامت، ارزشی ترین و محوری ترین مؤلفه حاکم بر این نظام مفید و ضروری در آن ایام دشوار و پرحادثه بوده است. عدالت محوری در هیچ شرایطی نباید فراموش گردد و نظام سلامت در سخت ترین بحران ها و بلایا نیز نباید از ظاهراه عدالت خارج شود.

تلاش همه جانبه برای ارتقای سلامت و بهبود همه شاخص های سلامت، نشان پایمردی و مقاومت صحنه گردانان ایام دفاع مقدس بوده است. این تلاش از مؤلفه های بنیادین مقاومت و نماد موفقیت و پیروزی است و آهنگ رشد آن هرگز و در هیچ شرایطی نباید متوقف یا کند شود.

سلامت محوری و اولویت دادن به فعالیت ها و برنامه های پیشگیری از بیماریها از عناصر راهبردی و کلیدی بوده که تلاش ها و برنامه ها را با موفقیت قرین ساخته. اهتمام به آموزش عمومی و ارتقای دانش سلامت مردم و جامعه نیز از راهبردهای موفق و درخشان آن ایام محسوب می شود. همه این امور در شرایطی بدست آمده که بار عظیم نیازهای سلامت و درمان جنگ و جبهه ها

نیز بر دوش نظام سلامت سنگینی می کرده. شرایط آتی هرچند دشوار و سنگین باشند، با الهام از الگوی دوران جنگ تحمیلی باید افتخار آفرین و دشمن شکن و تضمین کننده سلامت همه جانبه شایسته ملت بزرگ ایران باشد.

در بحبوحه حوادث بزرگ، مصائب عظیم، نیازهای روزافزون، حضور مسئولانه و ارزش محور در همه صحنه ها راهگشا بوده است، حضوری که تا همیشه الهام بخش نسل های بعد و سرمایه های انسانی و تخصصی آتی سلامت کشور خواهند بود و روز به روز افزایش خواهد یافت. به تعبیر مقام معظم رهبری خدمات کارکنان بهداشت و درمان در دوران دفاع مقدس، درحقیقت یک مجاهدت و جهاد در راه خدا و مبارزه با دشمنان خدا بود (19). بعضی از شاخص ها و مؤلفه های مقاومت و دستاوردهای این دوران تاریخ ساز و فرهنگ ساز 8 ساله دفاع مقدس به شرح زیر است:

- ارتقای تمام شاخص های سلامت ملت ایران با روندی بسیار سریع، که به تأیید مراجع بین المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی رسیده است. بطور معمول انتظار می رفت که به دلیل تحمیل جنگ و آفات و تبعات آن این شاخص ها با افت وحشتناکی روبرو می شد.
- تلفات و تهدیدات سلامتی مردم غیر نظامی، خاصه میلیونها پناهجوی آواره جنگی، در جنگ تحمیلی مشاهده و گزارش نشد. اپیدمی های مرگباری که در همه جنگ های بزرگ قبلی تلفات غیر نظامی چندین برابری نسبت به تلفات نظامی، به مردم وارد ساخته بود، در دفاع مقدس بکلی اتفاق نیفتاد. این معجزه بهداشتی در پرتو فعالیت های خالصانه و ایثارگرانه و داوطلبانه نیروهای بهداشتی در طول جنگ بدست آمد.
- شبکه بهداشت و درمان کشور در دوران دفاع مقدس پایه گذاری شد و با رویکرد محرومیت زدائی و برقراری عدالت در سلامت، خدمات اولیه بهداشتی را برای عموم مردم ایران اعم از روستائی و شهری فراهم ساخت. سطح واکسیناسیون عمومی در دوران جنگ تحمیلی به نزدیک صد در صد بالغ گردید.
- خدمات نظام سلامت به عموم مردم بویژه در اورژانس ها و فوریتها، تحت تأثیر شرایط جنگی هرگز متوقف نشد و دائماً از نظر کمی و کیفی افزایش یافت
- تمام شاخص های نیروی انسانی سلامت با سرعت ارتقاء یافت. برای تحقق این مهم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد و دانشگاه های علوم پزشکی در همه استان ها تأسیس شد.
- در تمام لحظات جنگ تحمیلی طولانی، خدمات سلامت به رزمندگان و آسیب دیدگان جنگی ارائه شد و دائماً رو به افزایش بود. گوشه ای از این خدمات در این درسنامه در فصول مختلف ترسیم شده است
- قانون مترقی آموزش مداوم جامعه پزشکی، از مصوبات پر افتخار قوه مقننه در دوران دفاع مقدس است که با اهتمام عمومی دست اندرکاران نظام آموزشی کشور در همان زمان اجرائی و عملیاتی شد و به عموم سرمایه سلامت تسری یافت و دستاوردهای عظیم خود را در دوران سازندگی بدست آورد
- سخت ترین محاصره اقتصادی و سنگین ترین فشارهای ناشی از تحریم های ضد انسانی و جنایتکارانه استکبار جهانی علیه ملت دلاور ایران در دوران جنگ تحمیلی واقع شد. فشار این تحریم ها به نظام سلامت بیش از سایر عرصه ها بود. همه این توطئه های ضد انسانی دشمنان دون، در پرتو مقاومت جانانه و سلحشورانه اصحاب سلامت ملت ایران درهم شکسته شد و کارنامه درخشانی از عزت و افتخار و خدمت و سربلندی حاصل شد.
- اخلاق و معنویات سلامت در دفاع مقدس، طوری شکوفا شد که برای همیشه الهام بخش نسل های بعدی خواهد بود

در مجموع، شیوه مدیریت و دستاوردهای نظام سلامت در دوران دفاع مقدس مدل بسیار خوب و الگوی بی نهایت معتبری برای مقاومت در نظام سلامت (20).

8- اقتدار علمی، خودکفائی و نفی وابستگی: پیام نورانی صحنه گردانان سلامت در دفاع مقدس به همه نسل های آتی

حضور جامعه سلامت، خاصه دانشگاهیان، اعم از اساتید، دانشجویان و کارکنان، در جنگ تحمیلی، همه جانبه، داوطلبانه، نظام مند، آگاهانه، مدبرانه، مستمر، دارای آهنگ رشد و بالندگی و در یک کلام مقتدرانه بوده است. حرکت اقتدار آفرین علمی و نگاه مجاهدت‌آمیز به کار و تلاش علمی در حوزه سلامت، ریشه در حضور همه جانبه دانشگاهیان در جنگ تحمیلی دارد. جهاد یعنی حضور در میدان با مجاهدت، با تلاش، با هدف و با ایمان.این حرکت سرنوشت ساز در شرایط بعد از جنگ همواره رو به افزایش بوده است و در شرایط آینده از راهبردهای اصلی مقاومت و سرآمدی و سربلندی خواهد بود.

علیرغم کمبودها و وابستگی های قبلی، با ابتکار عمل، درک صحیح از شرایط حساس، حضور در صحنه ها، اعتماد به نفس ملی، ابتکار و خلاقیت و کشف توانمندی های عظیم نیروی انسانی، نیازهای گسترده ناشی از جنگ تحمیل شده، با مناسب ترین شیوه علمی و مقتدرانه مدیریت و کارنامه ای بی نظیر و بی بدیل ثبت شده است. همه ارکان علمی و تخصصی و همه شاخص های نیروی انسانی در 8 سال دفاع مقدس رشد و شکوفائی افتخار آمیز داشته است. بعضی مؤلفه های علمی این حضور به شرح زیر است:

- علم درون زا عزت و اقتدار می آفریند و زیربنای اقتدار آینده ملت ایران مرهون اقتدار علمی است
- التزام به مبانی علمی شناخته شده زمان با راهبری اساتید برجسته دانشگاهی
- انتخاب الگوی جهادی، و رویکرد جهاد علمی توسط نقش آفرینان علمی دفاع مقدس
- جهت گیری حرکت مقتدرانه علمی پاسخگوئی به نیازهای مبرم ناشی از شرایط جنگی و نیازهای مهم آینده در کوتاه مدت و میان مدت بوده است. آینده نگری و آینده نگاری وجه مسلم و قطعی حرکت بلند مدت علمی نظام سلامت خواهد بود
- تدوین دستورالعمل های سطح بندی شده مبتنی بر شواهد، آموزش، ترویج و نظارت بر حسن اجرای آنها در تمام سطوح زنجیره امداد و درمان، از خطوط مقدم تا بیمارستانهای تخصصی
- التزام و مراقبت نسبت به رعایت موازین اخلاق پزشکی و آداب حرفه ای در تمام حالات و همه وظایف
- تحلیل عملکرد و نقد تجارب پس از هر مرحله از جنگ و بعد از هر عملیات مهم. با شناسائی قوت ها، ضعف ها، کمبودها، نارسائی ها، فرصت های اصلاح امکان پیش بینی نیازها و احتمالات آتی و بازنگری سریع برای حفظ و ارتقای آمادگی برای شرایط قابل پیش بینی یا غیر مترقبه بعدی فراهم می شد
- نقد علمی عملکرد در کنفرانس ها و نشست های علمی و اتخاذ تدابیر کارامد برای حفظ و تقویت آمادگی های حرفه ای
- تدبیر آماده باش دائمی در قالب تیم های اضطراری سازمان دهی شده جبهه ها در قطب های بزرگ دانشگاهی کشور
- شناسائی اولویت ها، ظرفیت های بالقوه، روندها، تحولات و رخدادهای پیشران علم و فناوری زمان و اتخاذ تدابیر هوشمندانه برای استفاده از بالاترین سطح علم و فناوری در خدمت بهداشت و درمان جنگ
- تصویب قوانین ضروری برای حمایت از فعالیت های علم و فناوری و بهداشت و درمان در خدمت دفاع مقدس
- با درک عمیق از شرایط تحریم و محدودیت های نظام اقتصاد جنگی، تدبیر مقاومتی تامین منابع مالی (دولتی و خصوصی) برای تداوم خدمات و در عین حال توسعه علمی اقتدار بخش
- فرموده مولای متقیان امیر مؤمنان علی علیه السلام :« اَلعِلمُ سُلطان» ، که در جنگ تحمیلی در حوزه سلامت جلوه گری تام و تمام داشته است، الگو، شعار و آرمان نظام سلامت مقاومتی خواهد بود

رشد و توسعه اکثر دانش های موصوف در ایران، امنیت و قدرت جمهوری اسلامی ایران را در منطقه افزایش داده است[19]. تداوم پیشرفت در همه زمینه ها، بویژه مقوله حیاتی سلامت، نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران و مردم شریف و دلاورش را به مقاوم ترین و سربلندترین ملل عالم تبدیل خواهد ساخت

---

[19] محمود بابویی، امید و بیژن محمود بابویی، ۱۳۹۲، تحریم علمی غرب و تاثیر آن بر اقتدار ملی و علوم راهبردی ایران، *کنفرانس بین المللی اقتصاد در شرایط تحریم*، بابلسر، شرکت پژوهشی طرود شمال،https://www.civilica.com/Paper-IECEUS01-IECEUS01_088.html

9- تحلیل ارزشی، اخلاقی، حرفه ای، فرهنگی و معنوی حضور در دفاع مقدس

دفاع مقدس یک گنجینه گرانبها و خزانه معنوی عظیمی است که از آن به اندازه کافی استفاده نکرده ایم. دریغ است که فراموش گردد و حیف است که این میراث گرانبها به نسل های تعد منتقل نگردد. آثار و ویژگی های دفاع مقدس در هیچ جنگ دیگر، قبل و بعد ار جنگ تحمیلی مشاهده و یافت نشده است. آنچه کیمیا است، الگوها و اسوه های درس آموز و وقایع عبرت آموز دوران جنگ است. بعد از مشتعل شدن نائره جنگ افراد داوطلب اعم از پزشکان، متخصصین، پرستاران و دیگر رده ها به یاری آسیب دیدگان شتافتند و در میدان هائی حاضر شدند که سرشار از خطر و مضان شهادت و جراحت بود. فضای معنوی آن روزهای کشور ، چنان چتری از معنویت مشحون از شرافت و انساندوستی و ایثار گسترانده بود که خیل عظیم نیروهای سلامت با دست شستن از سلامت و مصلحت و جان خود در صحنه های خطرناک امدادرسانی و نجات حاضر می شدند. آنجا میقات عاشقان بود. همانطور که حج میقات خداجویان و بندگان فانی در بقای حق است و بجز خداوند تبارک و تعالی و عبد بودن در پیشگاه حضرتش و تجلی عشق ازلی به محبوب ازل و ابد، چیزی در میان نیست، در میقات جبهه ها نیز حال و هوا آنچنان بود. تجلی عشق الهی حاضران و شاهدانی که نه تنها از بار سنگین ترین مسئولیت ها در خطیر ترین میدان ها شانه خالی نمی کردند، بلکه سر از پا نمی شناختند و از جان و دل و همه هستی و توان و تخصصشان مایه می گذاشتند.

امام راحل می فرمایند: .... " کسی که فقط برای رضای خدا به جهاد رفته است و سر در طبق اخلاص و بندگی نهاده است حوادث زمان به جاودانگی و بقا و جایگاه رفیع آن لطمه ای وارد نمی سازد. و ما برای درک کامل ارزش و راه شهیدانمان فاصله طولانی را باید بپیماییم و در گذر زمان و تاریخ انقلاب و آیندگان آن را جستجو نماییم. مسلم خون شهیدان، انقلاب و اسلام را بیمه کرده است. خون شهیدان برای ابد درس مقاومت به جهانیان داده است. و خدا می داند که راه و رسم شهادت کور شدنی نیست، و این ملت ها و آیندگان هستند که به راه شهیدان اقتدا خواهند نمود. و همین تربت پاک شهیدان است که تا قیامت مزار عاشقان و عارفان و دلسوختگان و دارالشفای آزادگان خواهد بود. خوشا به حال آنان که با شهادت رفتند! خوشا به حال آنان که در این قافله نور جان و سر باختند! خوشا به حال آنهایی که این گوهرها را در دامن خود پروراندند! خداوندا، این دفتر و کتاب شهادت را همچنان به روی مشتاقان باز، و ما را هم از وصول به آن محروم مکن. خداوندا، کشور ما و ملت ما هنوز در آغاز راه مبارزه اند و نیازمند به مشعل شهادت، تو خود این چراغ پر فروغ را حافظ و نگهبان باش. خوشا به حال شما ملت! خوشا به حال شما زنان و مردان! خوشا به حال جانبازان و اسرا و مفقودین و خانواده های معظم شهدا! ..... بدا به حال آنانی که در این قافله نبودند! بدا به حال آنهایی که از کنار این معرکه بزرگ جنگ و شهادت و امتحان عظیم الهی تا به حال ساکت و بی تفاوت و یا انتقاد کننده و پرخاشگر گذشتند.. ! آری، دیروز روز امتحان الهی بود که گذشت. و فردا امتحان دیگری است که پیش می آید. و همه ما نیز روز محاسبه بزرگتری را در پیش رو داریم" . بعضی از پیام های ارزشی، معنوی، فرهنگی و اخلاقی امام راحل "ره":

- دستیابی به اهداف و آرمان های نظام جمهوری اسلامی مستلزم یک مبارزه علمی و عملی بزرگ است که لازمه آن ارتقای اخلاقی و اعتقادی و علمی و هنری جوانان تا مرز رسیدن به بهترین ارزش ها و نوآوری ها است
- زنده نگه داشتن روح استقلال و خودکفایی و اجتناب از رشد روحیه پیروی و تقلید و وابستگی در ضمیر جوانان
- توجه و تأکید بر هویت انسانی خود و زنده نگه داشتن روح توانایی و راه ورسم استقلال
- در مسیر ارزش ها و معنویات از وجود روحانیت و علمای متعهد اسلام استفاده و هیچ گاه و تحت هیچ شرایطی خود را بی نیاز از هدایت و همکاری آنان ندانید.
- مسئولیت پذیری در کشوری که با محاصره ها و مشکلات اقتصادی و سیاسی و نظامی مواجه است کار مشکلی است
- نگذارید انقلاب به دست نااهلان و نامحرمان بیفتد. نگذارید پیش کسوتان شهادت و خون در پیچ و خم زندگی روزمره خود به فراموشی سپرده شوند
- اگر بندبند استخوان هایمان را جدا سازند، اگر سرمان را بالای دار برند، اگر زنده زنده در شعله های آتشمان بسوزانند، اگر زن و فرزندان و هستی مان را در جلوی دیدگانمان به اسارت و غارت برند هرگز امان نامه کفر و شرک را امضا نمی کنیم.

- هنوز دشمن از شرارت ها دست برنداشته است، و چه بسا با بهانه جویی ها به همان شیوه های تجاوزگرانه خود ادامه دهد. ما باید برای دفع تجاوز احتمالی دشمن آماده و مهیا باشیم. و ملت ما هم نباید فعلا مسئله را تمام شده بداند
- فرهنگ دانشگاه ها و مراکز غیرحوزه ای به صورتی است که با تجربه و لمس واقعیت ها بیشتر عادت کرده است، تا فرهنگ نظری و فلسفی. باید با تلفیق این دو فرهنگ و کم کردن فاصله ها، حوزه و دانشگاه درهم ذوب شوند، تا میدان برای گسترش و بسط معارف اسلام وسیع تر گردد.
- حمایت از محرومین و پا برهنه ها اصلی است، که هر کسی از آن عدول کند، از عدالت اجتماعی اسلام عدول کرده است. ما باید تحت هر شرایطی خود را عهده دار این مسئولیت بزرگ بدانیم. و در تحقق آن اگر کوتاهی بنماییم، در غیر این صورت خیانت به اسلام و مسلمین کرده ایم

10: ویژگی برجسته ارزشی، علمی، اخلاقی و معنوی حاکم بر نظام سلامت، با الهام از آرمان های انقلاب و اسناد راهبردی

- **تربیت توحیدی**، باور به فطرت الهی انسان، حکیمانه و هدفمند دانستن خلقت انسان، و موضع معرفت شناختی واقع بینانه و توجه به همه ساحات وجودی انسان ("اعتقادی-اخلاقی"، "زیستی-بدنی"، "اجتماعی-سیاسی"، "زیبائی شناختی-هنری"، "اقتصادی-حرفه ای"، "علمی-فناوری") و همه ابعاد سلامت ("جسمی"-"روانی"-"اجتماعی" و "معنوی") و تجلی انگیزه های خدائی در محور انگیرشی و در همه سطوح سرمایه انسانی
- **مستقل، خودکفا**، نفی هر نوع وابستگی، و سرآمد و مرجع (واجد موقعیت مرجعیت علمی در سلامت)
- **تقدم مصالح عمومی** سلامت جامعه بر منافع فردی و گروهی
- **رعایت کرامت انسان**، ضوابط اخلاقی، حقوقی و فقهی اسلام در مواجهات انسانی و تعاملات حرفه ای
- **رعایت عدالت** در تمام شئون و همه مقدرات نظام سلامت
- **تقویت خلاقیت، نوآوری**، آفرینش های فکری و علمی، آزاد اندیشی و خطر پذیری در برنامه های توسعه و پیشرفت
- التزام همیشگی به **حمایت از مسلمانان آزاده جهان و محرومان و مستضعفان**،
- برخوردار از **مسئولانی متعهد، دلسوز، صادق** که عزت و اعتبار خود را در مسیر مصلحت جامعه اسلامی و مسلمین فدا می کنند و برای مصالح جامعه از مصلحت خود می گذرند و با خدا معامله می کنند. راحتی و آسایش خود را مقدم بر رضایت خدا و راحتی مردم نمی دارند
- برخوردار از **ساختار جامع و سرآمد تحقیقاتی**، پشتیبان همه ابعاد (پژوهش در نظام های ارائه خدمات و مراقبت ها، سیاست گذاری و برنامه ریزی، علوم پایه، اپیدمیولوژی، بالینی .....)
- واجد **نظام اقتصاد مقاومتی سلامت**، اعم از مطالعات، بودجه ریزی برنامه ای، رصد نحوه هزینه کرد و عملکرد بودجه، یارانه ها، درآمدها، سرمایه گذاری ها، نظام های بیمه ای فراگیر ....
- برخورداری از **شبکه جامع ارتباطی**، بانک اطلاعات علمی فراگیر، روزآمد، امن، و سطح بندی شده
- دارای بازوی قوی، فراگیر و بالنده و متعالی **حمایت مردمی و ساز و کار مردم نهاد**
- واجد فرهنگ هم افزای **مشورت و مشاوره**، اعم از برخورداری از مشاوره درون و برون بخشی و ارائه مشاوره سلامتی
- واجد رکن اصلی و راهبردی **فرهنگ سازی سلامت** با رویکرد ترویج سبک زندگی سالم و الگوی اسلامی – ایرانی پیشرفت در حوزه سلامت، اصلاح رفتارها و باورها و مهار رفتارهای ناسالم
- دارای رکن اصلی و بنیادین **آموزش عمومی سلامت** برای خدمات ارتقاء دهنده سواد سلامت به مردم هوشیار، صبور و مقاوم
- برخوردار از نظام معتبر **رصد کلان سلامت** در سطوح ملی و منطقه ای (آمایشی)

11- نظام سلامت مقاومتی: ارائه الگوئی عملیاتی شایسته برای نظام سلامت آینده ملت ایران:

سلامت رکن توسعه پایدار ملی و عنصر مورد نیاز دائمی همه آحاد ملت، در همه عمر، در همه شرایط، و در همه ساحات وجودی است. نظام متولی سلامت باید از ویژگی هائی برخوردار باشد، که تحت هیچ شرایطی متزلزل نگردد و به خدمات خود ادامه دهد. همه نیازهای اضافی ناشی از حوادث روزگار، اعم از بحران ها و حوادث غیرمترقبه طبیعی، جنگ و تهدیدات تروریستی، و سایر حوادث معلول دست بشر، باید پیش بینی و با پاسخ مناسب و بهنگام تحت کنترل قرار گیرد و در زمان کنترل این حوادث خدمات پایه ادامه یافته و از روند معمول و مورد انتظار رشد و تعالی نیز برخوردار باشد. این شرایط یک بار بطور تاریخی در دفاع مقدس و دهها بار در حوادث و بلایا تجربه شده است.

12- مؤلفه های مدل شایسته مقاوم برای نظام سلامت آینده، با الهام از الگوی دوران دفاع مقدس:

1. نظام وارگی (برخورداری از زیرنظام های علمی، قانونمند و مبتنی بر مطالعات دقیق)
2. دارای ساختار سازمانی ادغام یافته در جمیع ابعاد و زیرنظام ها (نظام شبکه خدمات سلامت و ارجاع)
3. دارای نظام ارزشی و اخلاقی مبتنی بر آموزه های دین مبین اسلام و برگرفته از پیشینه درخشان تاریخی و تمدنی
4. دارای نظام فرهنگی پویا، پاسخگو، متعالی و مقاوم، (با رعایت مفاد بند 3)
5. دارای نظام اقتصاد سلامت مقاومتی (دانش بنیان، خالق ثروت و قدرت)
6. دارای نظام سیاست گزاری راهبردی مبتنی بر دانش و خرد
7. دارای نظام مدیریتی علمی، شایسته سالار و مقاومتی
8. دارای نظام آموزشی پاسخگو (به نیازهای جامعه)، سرآمد در منطقه و جهان اسلام و الگو و الهام بخش (در سطح بین المللی)
9. برخوردار از نظام پژوهش و نوآوری پویا، مبتنی بر استعداد و تلاش، و در خدمت نیازهای نظام سلامت و مردم،
10. برخوردار از سرمایه انسانی شایسته، مجرب، مبتکر، مسئول، پاسخگو و دائماً در حال بالندگی و تعالی
11. برخوردار از نظام داروئی سرآمد ژنریک، خودکفا، تأمین کننده همه نیازهای پایه و اختصاصی کشور، و نظام تجهیزات و فناوری سلامت استاندارد، خودکفا، کیفی و برتر، خالق ثروت و اعتبار (با رویکرد تبدیل منابع پایه به محصولات دانش بنیان)
12. برخوردار از نظام دیپلماسی مستقل، مقتدر، مدافع منافع ملی، مبتکر و پویا و برحسب اولویت های ملی نظام جمهوری اسلامی ایران
13. برخوردار از نظام مدیریت بحران (روزآمد، سرآمد، همیشه آماده، مجهز، چابک و مبتنی بر شواهد)
14. واجد طب نظامی و نظام بهداری رزمی مقتدر، سرآمد، همیشه آماده و سرآمد سایر ابعاد طب و سلامت
15. دارای نظام آموزش مداوم کلیه کارکنان اعم از مدیران، درمانگران، کارمندان و پرسنل پشتیبانی
16. دارای نظام آموزش عمومی پویا، آسان، روان، و فراگیر و متناسب با نیاز مخاطبین در گروههای مختلف جامعه
17. برخوردار از نظام رصد کلان جامع، پیشنهاد دهنده، علاج جو، به روز رسان و رشد آفرین
18. واجد راهبرد همگرائی و رویکرد میان بخشی در مراتب درون بخشی (نظیر علوم پایه پزشکی و علوم بالینی) و برون بخشی (نظیر علوم انسانی وعلوم پزشکی)
19. تولید کننده دانش مفید و فناوری ضروری سلامت در طراز رقابت پذیر با عالی ترین مراتب جهانی، توسعه، انتشار و به اشتراک گذاری دانش و فناوری تولید شده
20. ارتقای هم افزای فرهنگ سلامت و هنجارها و فرهنگ عمومی و ایفای نقش در مرتبه رکن اصلی فرهنگی جامعه

این فصل و این کتاب را با 5 حدیث نورانی از معصومین علیهم السلام به پایان می بریم، امید که توشه راه راهیان صبور و مقاوم و با ایمان سلامت ملت سلحشور ایران در همه زمان ها باشد:

1

قالَ رَسُولُ اللّهِ صلی اللّه علیه و آله :نِعْمَ سِلاحُ الْمُؤْمِنِ الصَّبْرُ وَ الدُّعآءُ .

رسول خدا صلی الله علیه و آله فرمود :چه نیکو سلاحی است صبر و دُعا برای مؤمن.

2

عَنْ عَلِیٍّ علیه السلام

اَلصَّبْرُ کَفِیلٌ بِالظَّفَرِ

حَلاوَةُ الظَّفَرِ تَمْحُو مِرارَةَ الصَّبْرِ

امام علی علیه السلام فرمود :صبر ضامن پیروزی است.... شیرینی پیروزی، تلخی صبر را محو می کند.

3

عَنْ عَلِیّ بْنِ الْحُسَیْنِ علیه السلام قالَ :یا بُنَیَّ اِصْبِرْ عَلی الْحَقِّ وَ اِنْ کانَ مُرّاً .

از امام زین العابدین علیه السلام نقل شده که در وصیّت به فرزندش امام باقر علیه السلامفرمود :در راه حق، صبر و بردباری داشته باش اگر چه تلخ باشد.

4

عن الصّادِقُ علیه السلام :اَلصَّبْرُ یُعَقِّبُ خَیْراً، فَاصْبِرُوا تَظْفَرُوا .

امام صادق علیه السلام فرمود :عاقبت صبر وشکیبائی خیراست، بنابراین صبرکنید، تا پیروز شوید.

5

عن اَبی بَصیرٍ قالَ سَمِعْتُ اَبا عَبْدِ اللّهِ علیه السلام یَقُولُ :اِنَّ الْحُرَّ حُرٌّ عَلی جَمیعِ اَحْوالِهِ اِنْ نابَتْهُ نائِبَةٌ صَبَرَ لَها، وَ اِنْ تَدارَکَتْ عَلَیْهِ الْمَصائِبُ لَمْ تَکْسِرْهُ وَ اِنْ اُسِرَ وَ قُهِرَ وَ اسْتُبْدِلَ بِالْیُسْرِ عُسْراً .

ابوبصیر از امام صادق علیه السلامنقل کرده که فرمود :انسان آزاده همیشه آزاده است، اگر حادثه ای برای او پیش آید، صبر و شکیبایی دارد، و اگر مصیبتها بر او فرو ریزد، او را نمی شکند اگر چه اسیر و مغلوب شود و آسایش او به سختی تبدیل شود.

13- منابع

1-سادات امینی-بتول: مفهوم‌شناسی واژه‌ی «عزّت» و راه‌های کسب آن. http://intjz.net/maqalat/ak-ezzat.htm

2-سبحانی نژاد-مهدی، نجفی-حسن، و نورآبادی-سولماز: مفهوم تعالی و نقد وضعیت موجود آن در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش ایران. فصلنامه مطالعات ملی، سال 18، شماره 2، سال 1396، صفحات 44-25

3- دهقانی - محمودرضا ، عزیزی – فریدون، حقدوست- علی اکبر، نخعی-نوذر، خزائلی -پیام،و روانگرد- زینب: تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو و دیدگاه های نوآورانه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی کرمان در ارتقای وضعیت موجود بر اساس نقاط قوت و ضعف، فرصت ها و تهدیدها. گام های توسعه در آموزش پزشکی، دوره ۱۰، شماره ۴، سال ۱۳۹۲، صفحات ۴۱۲-۴۰۳

4- (WFME): Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (2010), http://wfme.org

5- ابنا: عوامل ایجاد و تقویت صبر از دیدگاه قرآن. http://fa.abna24.com

6- موسوی-فرانک، وشنی-امیر،حیدری-فرهاد،محمدی-نوشین،سلیمانی-فرشاد، و قیصرزاده-محمد: اخلاق حرفه ای مدیران آموزشی. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، دوره 11، شماره 4،

7-کریمیان-زهرا، کجوری-جواد، لطفی-فرهاد، و امینی-میترا: مدیریت دانشگاهی و پاسخگوئی، ضرورت استقلال و آزادی علمی از دیدگاه اعضای هیأت علمی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره 11 ، شماره 8، اسفند 1390، ص ص: 863-855

8-شورایعالی انقلاب فرهنگی: اندیشه های راهبردی علم و فناوری: http://modares.ac.ir

9-تفرشی-امیرعلی، و شفقت-ابوطالب: تحلیل گفتمان خودکفائی در بیانات امام خمینی "ره" با تأکید بر بعد نظامی و دفاعی. نشریه علمی-پژوهشی بهبود مدیریت، سال 11، شماره 2، تابستان 1396، صص 83-51

10-زرگر-علیرضا: واکاوی تأثیر گفتمان سیاست اسلامی امام خمینی "ره" بر روشنفکری امت اسلامی . پژوهشنامه متین، سال 20، شماره 78، بهار 1397، صص 52-33

11-عباسی-مجید: نظام سلطه و تعارضات آن در روابط بین الملل در گفتمان مقام معظم رهبری. فصلنامه پژوهشهای راهبردی سیاست، سال 7، شماره 25، تابستان 1397، صص 39-9

12-محمدزاده –علی: چیستی نظام سلطه و چگونگی مقابله با آن (از دیدگاه مقام معظم رهبری). سیاست پژوهی، دوره 5، شماره 9، بهار 1397، صص 251-213

13-چهرقانی-رضا: دبیات پایداری در ایران. ادبیات پارسی معاصر، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. سال 7، شماره 2، تابستان 1396، صص 1 تا 33

14- فرزادبهتاش- محمدرضا: نقش و جایگاه تاب آوری اجتماعی در کلیت مفهوم تاب آوری. هشتمین کنفرانس بین المللی مدیریت جامع بحران (سال:1395) . www.cilivilica.com

15- اسفندیاری صفا-خسرو، و دهقان- حبیب اله: مولفه های اقتصاد مقاومتی از دیدگاه مقام معظم رهبری. مدیریت نظامی، دوره 16، شماره 61، بهار 1395، صص 84-60

16-کمالی-علیرضا: عوامل ایجاد صبر و بردباری . روزنامه کیهان، 19 تیر 1396، ص 6، Maaref@Kaihan.ir

17- بصیری-محمد صادق: طرح و توضیح چند سؤال دربارهٔ مبانی ادبیات پایداری. نامهٔ پایداری (مجموعه مقالات اولین کنگره ادبیات پایداری دانشگاه کرمان)، تهران: بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش های دفاع مقدس، 1387

18- چهرقانی برچلویی، ر : تأملی در نسبت پایداری و ادبیات. مجلّه شعر، سال 12 ،شمارهٔ 35

19- علیاری- شهلا، زارعیان- آرمین، حاتمی- زهرا، و علیاری شوره دلی - محبوبه: تبیین تجربه ها و خاطرات موردی کارکنان بهداشت و درمان در دفاع مقدس، به روش تحلیل محتوای کیفی تجمیعی. طب نظامی، دوره 17 ،شماره 3 ،پائیز 1394 ،صص 179-171

20- حسن ابوالقاسمی، بتول احمدی، بهادر اعلمی هرندی، سیدحسن امامی رضوی، خلیل انصارین، کامران باقری لنکرانی، مسلم بهادری، مسعود پزشکیان و همکاران: ادبیات و راهبردهای مقاومت در نظام سلامت: برداشتی از رهنمودهای مجمع عمومی و شورای علمی فرهنگستان علوم پزشکی در موضوعات کلان نظام خدمات و مراقبت های سلامت کشور در شرایط تحریم. نشریه علمی پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی. سال 2، شماره 1، خرداد 1397، صص 23-9

14- منابع بیشتر برای مطالعه

- انتظاری-عباس، جلیلی -زهرا، محققی-محمدعلی، و ممتازمنش-نادر :چالش های آموزش پزشکی جامعه نگر در ایران .طب و تزکیه، شماره 77، تابستان 1389، صفحات 52تا 64

همایش ملی بررسی و تبیین اقتصاد مقاومتی، رشت، دانشگاه گیلان ممبینی, یعقوب، ۱۳۹۱، مؤلفه ها و شاخص های اقتصاد مقاومتی، https://www.civilica.com/Paper-ISCCONFERENCE01-ISCCONFERENCE01_004.html

فهرست اعلام جلد۲

ا

اختلال اپی لپسی, ۸۲
اختلال استرسی پس از حادثه, ۷۶, ۷۸
اختلال اسکیزوفرنیا, ۸۲, ۸۶
اختلال خلقی, ۸۲
اختلال رفتاری-روانی, ۷۹
اختلالات اضطرابی, ۷۸, ۸۶
اختلالات تشنجی وعضوی و طبی, ۸۶
اختلالات رفتاری روانی, ۷۶
اختلالات نوروتیک, ۷۶, ۷۸, ۸۲
اختلالات وابسته به جنگ, ۷۶, ۷۸
اخلاق, ٤, ٥, ۷, ۸, ۹, ۱۰, ۱٦, ۱۷, ۲۱, ۲۲, ٤۷, ٤۸, ۹٦, ۱۰۰, ۱۰۳, ۱٤٤, ۱٤٥, ۱٤٦, ۱٤۷, ۱٤۸, ۱٤۹, ۱٥۰, ۱٥۲, ۱٥۳, ۱٥٤, ۱٥٥, ۱٥٦, ۱٥۷, ۱٥۸, ۱٦۰, ۱٦۱, ۱٦۲, ۱۷۷, ۱۸۱
اخلاق پزشکی, ٤, ٥, ۸, ۹, ۱۷, ٤۸, ۱٤٤, ۱٤٥, ۱٤٦, ۱٤۷, ۱٤۸, ۱٤۹, ۱٥۱, ۱٥۲, ۱٥۳, ۱٥٦, ۱٥۸, ۱۷۷
اخلاق پزشکی در بحران, ۱٤۷, ۱٤۹
اخلاق حرفه ای, ۲۱, ۱٤٥, ۱٤٦, ۱٤۷, ۱٤۸, ۱٤۹, ۱٥٦, ۱۸۱
اخلاق در جنگ, ۱٤٦, ۱٤۷, ۱٤۹
اخلاق سازمانی, ۱٤٦, ۱٥٥
ادغام نظام های ترومای جنگی و شهری, ۱۲۹
ادوارد تلر, ۷۳
ارزش محوری (در سلامت), ۱٥۸, ۱٦۲
ارزش محوری صبر, ۱٥۹, ۱۷۳
ارزشیابی (رصد), ۱۳۲
ارزیابی مجدد مثبت, ۸۹
ارکان عملیاتی و بالینی, ۱۳۱
ارکان مدیریتی, ۱۳۱
ارکان نظام ترومای ادغام یافته کشوری, ۱۳۹
ارگانوفسفات, ٥۸, ٦۱, ٦۹
استرس, ۷۷, ۷۸, ۸۰, ۸۱, ۸٤, ۸٥, ۸٦, ۹۰, ۹۱, ۹۲
استقلال و آزادی علمی, ۱٥۸, ۱٦۲, ۱۸۱
اقتصاد مقاومتی, ۲۲, ٤۳, ٤٤, ٥۰, ٥۱, ۱٥۹, ۱۷۲, ۱۷۹, ۱۸۲
الزامات اخلاق پزشکی در بلایا, ۱٤٦, ۱٥۲
ام ابیه, ۱۱۲
ام ایمن, ۱۱۲
ام عطیه انصاری, ۱۱۲, ۱۱۳
امام خمینی "ره", ۱۱, ۱۲, ۱۹, ٤۷, ۹۸, ۱٦۳, ۱۸۱
انرژی هسته‌ای, ۷۳
اورانیوم, ۷۳
اورژانسهای شیمیایی, ۲٤, ۳۹, ٤۰
ایزوتوپ‌های دوتریوم و تریتیوم, ۷٤
ایزولاسیون, ۲۹, ۱۰۲

آ

آرامسازی عمیق, ۸۸
آسیب, ۱۰, ۱۲, ۱۷, ۱۹, ۲۰, ۲۱, ۲۸, ۳۲, ۳۳, ۳۷, ٤٥, ٤۸, ٤۹, ٥۸, ٥۹, ٦۸, ۷۰, ۷۲, ۷۹, ۸۱, ۸٥, ۸٦, ۸۸, ۸۹, ۹۰, ۹٥, ۹۹, ۱۰۰, ۱۰۱, ۱۰۳, ۱۰۸, ۱۱۷, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲٥, ۱۲٦, ۱۲۷, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳٤, ۱۳٥, ۱۳٦, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱٤۹, ۱٥۲, ۱٥۳, ۱٥٤, ۱٥٦, ۱۷٦, ۱۷۸
آلبرت انیشتین, ۷۳
آموزش عمومی و پیشگیری, ۱۳۱
آنتی سپتیک, ۲۹
آئین ملی, ٥

ب

بازتوانی و نوتوانی, ٤٥, ٤۸, ۱۲۸, ۱٤۰
بحران, ٤, ۸, ۹, ۱۰, ۱۱, ۱۲, ۱٥, ۱٦, ۱۸, ۱۹, ۲۱, ۲۲, ۲۷, ٤۱, ٤۲, ٤۳, ٥٥, ٥۷, ۹٤, ۹٥, ۹۷, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۸, ۱۱۰, ۱۱٥, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲٥, ۱۲٦, ۱۲۸, ۱۳٥, ۱۳٦, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱٤۱, ۱٤۲, ۱٤۳, ۱٤٥, ۱٤٦, ۱٤۹, ۱٥٥, ۱٥٦, ۱٦۰, ۱۷٦, ۱۸۰, ۱۸۱
بسیج جامعه پزشکی, ۸, ۱۲, ۱٥, ۲۱, ۱۰۲
بمب افکن اسکادران ٥۰۹, ۷۳
بمب گرماهسته‌ای, ۷۳
بمب هیدروژنی, ۷۳
بمباران شیمیائی سردشت, ٥۸, ٦٦
بهداری رزمی, ۳, ٤, ٥, ۸, ۹, ۱۲, ۱۳, ۱٥, ۱٦, ۱۷, ۱۸, ۱۹, ۲۰, ۲۳, ۲٦, ۲۷, ۲۸, ۲۹, ۳۱, ۳۳, ۳٥, ۳٦, ٤۲, ٤۳, ٤٤, ٤٥, ٤۸, ٤۹, ٥۰, ٥۱, ٥۲, ٥۳, ٥٤, ٥٥, ٥٦, ۷٤, ۸۹, ۹۰, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۰, ۱۱٤, ۱۱٥, ۱۱٦, ۱۱۷, ۱۱۹, ۱۲۱, ۱۲۳, ۱۲٥, ۱۲٦, ۱۳٤, ۱٤۳, ۱٤٦, ۱٥۱, ۱٥۲, ۱٥۷, ۱۸۰

بهداشت, ۳, ۵, ۷, ۱۱, ۱۲, ۱۳, ۲۰, ۲۱, ۲۲, ۲۳, ۳۲, ۴۳, ۴۵, ۴۶, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۰, ۵۱, ۵۳, ۵۴, ۵۵, ۵۶, ۵۷, ۷۵, ۷۷, ۷۸, ۸۱, ۹۱, ۹۳, ۹۶, ۹۹, ۱۰۳, ۱۰۸, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۱۵, ۱۲۰, ۱۲۵, ۱۲۷, ۱۲۸, ۱۳۰, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۲, ۱۴۵, ۱۵۲, ۱۵۷, ۱۶۲, ۱۷۶, ۱۷۷, ۱۸۲
بیت المقدس, ۸, ۱۳, ۱۸, ۲۷, ۳۰, ۱۳۴
بیمارستان سیار, ۲۴, ۲۶, ۴۱
بیمارستان صحنه درگیری, ۲۴, ۲۷
بیمارستان کانکسی, ۲۴, ۲۷, ۳۰
بیمارستان نظامی متحرک, ۲۴, ۲۷
بیمارستان های پشتیبان رزمی, ۴۱
بیمارستان های صحرائی, ۴, ۵, ۱۵, ۲۲, ۲۳, ۲۴, ۲۶, ۲۸, ۳۰, ۳۱, ۳۳, ۳۴, ۳۶, ۴۱, ۱۲۰
بیوتروریسم, ۴, ۵, ۵۷, ۵۹

پ

پاروکسیتین, ۸۷
پاسخ و پاسخگوئی, ۱۵۸, ۱۶۱
پدافند, ۴, ۱۶, ۳۵, ۵۶, ۷۴, ۱۲۰, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۳۶
پرازوسین, ۸۷
پرستاری نظامی, ۹۳, ۹۴, ۹۷, ۱۰۰, ۱۱۳
پروژه منهتن, ۷۳
پسیکونوروز, ۸۰
پل هارتک, ۷۳
پلوتونیوم, ۷۳
پیشگیری از تروما, ۱۲۸, ۱۳۹

ت

تاب آوری اجتماعی, ۱۶۴, ۱۷۲, ۱۸۱
تحقیقات تروما, ۱۲۸, ۱۴۰, ۱۴۲
ترازودون, ۸۷
تربیت توحیدی, ۱۷۳, ۱۷۹
ترومای بیمارستانی, ۱۲۸, ۱۴۰
ترومای جنگی, ۴, ۵, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۲۸, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۵۲
ترومای شهری, ۴, ۴۱, ۱۲۶, ۱۲۸, ۱۲۹, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۱, ۱۴۲
تریاژ, ۵, ۱۷, ۱۸, ۱۹, ۲۰, ۲۷, ۲۸, ۳۱, ۴۵, ۴۸, ۵۷, ۷۰, ۷۴, ۷۹, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۲۰, ۱۳۲, ۱۳۵, ۱۴۰, ۱۴۶, ۱۴۹, ۱۵۲, ۱۵۴, ۱۵۵, ۱۵۶
ترینیتی, ۷۳
تسهیلات مراقبت قطعی, ۱۳۲
تعالی, ۴, ۶, ۴۵, ۱۱۲, ۱۵۱, ۱۵۷, ۱۵۸, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۷۸, ۱۸۰, ۱۸۱
تکنیک لیگاتور عروق, ۲۹
توسعه پا یدار, ۵, ۱۱, ۱۶, ۱۰۸, ۱۶۰, ۱۸۰
تیم اضطراری, ۸, ۹, ۱۰, ۱۴, ۱۷, ۱۹, ۲۰
تیم اورژانس پزشکی, ۸, ۱۱

ث

ثبت تروما, ۱۲۸, ۱۳۱, ۱۴۰, ۱۴۱, ۱۴۲, ۱۴۳

ج

جامعه پرستاری, ۴, ۵, ۹۳, ۹۴, ۹۵, ۹۶, ۹۹, ۱۰۰, ۱۰۱
جامعه محوری و جامعه نگری, ۱۵۸, ۱۶۲
جراحی در خطوط مقدم, ۲۴, ۲۸
جراحی کنترل کننده آسیب, ۲۸
جزایر مارشال, ۷۳
جنگ احد, ۹۸
جنگ افزار بیولوژیک, ۵۸, ۶۱
جنگ افزار شیمیائی, ۵۸, ۵۹, ۶۰
جنگ افزار هسته ای, ۵۸, ۵۹, ۶۱, ۷۳
جنگ خندق (احزاب), ۱۱۳
جنگ خیبر, ۱۱۲
جنگ داخلی آمریکا, ۲۴, ۲۹
جنگ زیستی, ۵۸, ۶۱
جنگ سرد, ۷۳
جنگ صفین, ۱۱۳
جنگ های جهانی اول و دوم, ۲۴, ۲۹, ۷۷
جنگ های کره و ویتنام, ۲۴, ۲۹
جنگ های نوین هسته ای, ۴, ۵, ۵۷
جهادعلمی, ۱۵۹, ۱۶۲
جی آر اوپنهایمر, ۷۳

ح

حمایتهای اجتماعی, ۸۸

خ

خلاقیت, ۵۰, ۵۱, ۱۰۰, ۱۵۲, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۷۳, ۱۷۷, ۱۷۹
خودکفائی و خوداتکائی, ۵۱, ۱۵۹, ۱۶۳
خویشتن داری, ۸۸

د

داروهای مهار کننده جذب مجدد سروتونین (SSRIs)،, ۸۷
دانشگاه جندی شاپور, ۹۰, ۱۴۶, ۱۵۰
دستگاه اپیوییدی, ۸۴
دستگاه نورآدرنرژیک, ۸۳
دکتر تابش, ۲۴, ۳۹
دکتراورارا باتارا, ۱۱۹
دیوکسین, ۶۳

ر

رابرت اوپنهایمر, ۷۳
رسالت اجتماعی زنان, ۱۰۹, ۱۱۱
رفتاردرمانی, ۸۷
رفیده الاسلامیه, ۹۸
روان درمانی, ۸۸
روزولت, ۷۳
رویارویی, ۸۸
رهبری, ۱۰, ۱۶, ۱۷, ۴۷, ۸۲, ۹۵, ۱۳۱, ۱۳۳, ۱۳۷, ۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۲, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۷۲, ۱۷۶, ۱۸۱

ز

زرین‌تاج گودینی, ۱۱۸
زلزله بم, ۲۲, ۵۵, ۹۷, ۱۳۷, ۱۴۱, ۱۴۳, ۱۵۳, ۱۵۴

س

ساختار بهداشت و درمان کشوری, ۱۳۳
ساختار مردمی و انقلابی جهاد سازندگی, ۱۳۴
سازمان جهانی بهداشت, ۱۱, ۷۷
سازمان منع سلاح‌های شیمیایی, ۶۰, ۶۳
سبب شناسی, ۷۶, ۸۳
سدیم والپروات, ۸۷
سرترالین, ۸۷
سلاح غیر متعارف, ۵۸, ۶۰
سلامت, ۳, ۴, ۵, ۸, ۹, ۱۰, ۱۱, ۱۲, ۱۵, ۱۶, ۲۱, ۴۱, ۴۳, ۴۴, ۴۵, ۴۶, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۰, ۵۱, ۵۳, ۵۴, ۵۵, ۵۶, ۵۷, ۶۱, ۷۴, ۷۶, ۷۷, ۷۸, ۸۱, ۸۲, ۸۹, ۹۱, ۹۵, ۹۶, ۹۷, ۹۹, ۱۰۱, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۱۶, ۱۲۰, ۱۲۸, ۱۲۹, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۶, ۱۳۷, ۱۳۹, ۱۴۱, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۴۶, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۲, ۱۵۳, ۱۵۴, ۱۵۸, ۱۵۹, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۷۲, ۱۷۶, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۷۹, ۱۸۰, ۱۸۱, ۱۸۲
سندرم ارباب- برده, ۸۰
سندرم اردوگاههای متمرکز(سندرمK.Z), ۸۰
سندرم بازماندگان, ۸۰
سندرم پس از اردوگاههای متمرکز, ۸۰
سندرم تلاش, ۷۹
سولفور موستارد, ۵۸, ۶۰, ۶۳, ۶۸
سیستم (نظام) ترومای استاندارد, ۱۲۸, ۱۳۱

ش

شبکه جامع ارتباطی, ۱۷۹
شکست حصر آبادان،, ۲۴, ۳۰
شوک انفجار, ۷۹
شوک نبرد, ۸۰
شهید بروجردی, ۳۲
شهیده سلطنت علی‌خانی, ۱۱۸
شهیده شهنازحاجی شاه, ۱۱۸
شهیده زهرا حسینی, ۱۱۹
شهیدمحمدعلی رهنمون, ۵, ۹۰
شهیده فوزیه شیردل, ۱۱۸
شهید رادمنش, ۳۳
شهید ردانی‌پور, ۳۳
شهیده مریم فرهانیان, ۱۱۸
شهیدسید عبدالرضا موسوی, ۱۳

ص

صفیه بنت عبدالمطلب, ۱۱۲

ط

طب رزمی, ۵
طب نظامی در ارتش, ۱۳۳
طب نظامی و بلایا, ۱۳۶
طریق القدس, ۱۸, ۲۴, ۲۶, ۲۷, ۳۰, ۱۳۴

ع

عدالت, ۱۶, ۱۷, ۴۴, ۵۴, ۱۲۱, ۱۴۹, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۷۲, ۱۷۶, ۱۷۹
عزت□ عزت نفس, ۱۶۰
علائم تبدیلی, ۸۲
عملیات بدر, ۲۴, ۳۳, ۳۴, ۶۵
عملیات ثامن الأئمه, ۲۴, ۳۰
عملیات خیبر, ۲۴, ۳۳, ۳۴, ۴۰, ۶۵
عملیات رمضان, ۸, ۱۴, ۲۴, ۳۱, ۳۸
عملیات کربلای ۴, ۱۹, ۲۴, ۳۴
عملیات والفجر ۳, ۲۴, ۳۲
عملیات والفجر ۸, ۸, ۱۵, ۲۰, ۲۴, ۳۳, ۳۵, ۳۶, ۳۷, ۶۵
عوامل اعصاب, ۵۸, ۶۱, ۶۲, ۶۵, ۶۶, ۶۸, ۶۹, ۷۱, ۷۲
عوامل آشکارساز, ۸۵
عوامل زمینه ای, ۷۶, ۸۵

ف

فاجعه شیمیائی حلبچه, ۵۸, ۶۶
فتح المبین, ۸, ۱۳, ۱۸, ۲۴, ۲۷, ۳۰, ۱۰۶, ۱۱۰, ۱۲۴, ۱۳۴
فرار-اجتناب, ۸۹
فرماندهی, ۹, ۱۴, ۱۶, ۱۸, ۵۵, ۷۴, ۹۶, ۱۰۳, ۱۲۸, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۹, ۱۴۱, ۱۴۲
فرهنگ, ۱, ۳, ۵, ۷, ۸, ۹, ۱۰, ۱۲, ۱۵, ۱۶, ۱۸, ۲۱, ۲۳, ۴۳, ۴۴, ۴۵, ۴۶, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۰, ۵۶, ۵۷, ۷۵, ۷۷, ۹۳, ۹۴, ۹۶, ۹۷, ۱۰۸, ۱۱۹, ۱۲۰, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۳۰, ۱۳۴, ۱۴۵, ۱۴۶, ۱۵۱, ۱۵۷, ۱۵۹, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۶۳, ۱۶۴, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۴, ۱۷۶, ۱۷۹, ۱۸۰, ۱۸۱

ق

قانقاریا, ۲۹
قلب تحریک پذیرسربازان, ۷۹

ک

کاربامازپین, ۸۷
کاهش خطر بلا, ۸, ۱۱
کرامت, ۱۷, ۴۵, ۸۹, ۱۴۹, ۱۷۲, ۱۷۹
کلاوس فیوکس, ۷۳
کنترل ترومای شهری, ۱۲۹
کنفرانس خلع سلاح, ۶۲, ۶۳
کنوانسیون بین‌المللی منع جنگ‌افزارهای شیمیایی, ۵۸, ۶۰
کنوانسیون سلاح‌های بیولوژیک, ۶۳
کینین, ۲۹

ك

کروماتوگرافی مایع باکارآیی بالا, ۸۴

گ

گاز خردل, ۳۳, ۳۶, ۳۷, ۵۸, ۶۰, ۶۱, ۶۲, ۶۵, ۶۶, ۶۸, ۶۹, ۷۰, ۷۱, ۷۲

م

مایک, ۷۳
مجروح جنگی, ۲۸, ۸۲, ۱۲۷, ۱۲۸, ۱۲۹, ۱۳۱
محور هیپوتالاموس- هیپوفیز-آدرنال, ۸۴
مدیریت بحران, ۸, ۹, ۲۱, ۲۲, ۱۱۹, ۱۲۹, ۱۴۱, ۱۴۳
مراقبت های پیش بیمارستانی, ۳۰, ۱۲۸, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۴۰
مرجعیت, ۴, ۱۵۷, ۱۵۸, ۱۶۰, ۱۷۹
مرکز تروما, ۱۲۷, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۲
مرگ قابل پیشگیری بعد از آسیب, ۸, ۱۱
مرگ قابل پیشگیری بعد از جراحت, ۱۲۸, ۱۳۱
مصدومین شیمیائی, ۸, ۱۷, ۳۸
معارف دفاع مقدس, ۱, ۳, ۵, ۷, ۲۳, ۴۳, ۴۴, ۴۸, ۵۷, ۷۵, ۹۳, ۱۰۸, ۱۲۷, ۱۴۵, ۱۵۷
مقاومت, ۳, ۴, ۵, ۹, ۱۶, ۲۵, ۳۰, ۳۴, ۳۵, ۴۰, ۴۲, ۴۳, ۴۵, ۴۹, ۵۰, ۵۱, ۵۲, ۵۴, ۷۷, ۸۰, ۹۹, ۱۰۲, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۱, ۱۱۴, ۱۱۹, ۱۲۱, ۱۲۲, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۴۳,

۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۷, ۱۵۸, ۱۵۹, ۱۶۰, ۱۶۲, ۱۶۴, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۴, ۱۷۵, ۱۷۶, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۸۲
موج انفجار, ۲۰, ۷۶, ۷۹, ۹۰, ۱۳۲
مهار کننده های منوآمینو اکسیداز (MAOIs, ۸۷
مهارکننده های اختصاصی نوراپی نفرین (SNRIs), ۸۷
مهدی بیگدلی, ۷۶, ۸۹, ۹۰, ۹۱
مهدی خداپرست, ۱۵, ۳۳
میرجبار یحیی پور, ۱۹

ن

ناگازاکی, ۷۳
نسیبه جراحه, ۹۸, ۱۱۲, ۱۱۳, ۱۲۵
نظام تروما, ۱۲۷, ۱۲۹, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۹, ۱۴۱
نظام سلامت, ۴, ۵, ۷, ۱۵, ۱۷, ۴۱, ۴۳, ۴۴, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۱, ۵۳, ۵۴, ۵۷, ۸۹, ۹۶, ۱۰۸, ۱۱۵, ۱۲۵, ۱۲۸, ۱۲۹, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۴۰, ۱۴۲, ۱۴۶, ۱۵۶, ۱۵۷, ۱۵۸, ۱۵۹, ۱۶۰, ۱۶۱, ۱۶۲, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۵, ۱۷۶, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۷۹, ۱۸۰, ۱۸۲
نظام سلامت مقاومتی, ۵, ۵۴, ۱۰۸, ۱۲۵, ۱۵۹, ۱۷۲, ۱۷۸, ۱۸۰
نظام معتبر رصد کلان سلامت, ۱۸۰
نفی سلطه در پرتو اقتدار علمی و فناوری, ۱۵۹
نفی وابستگی و دست نشاندگی (استقلال از بیگانگان), ۱۵۹, ۱۶۳
نقش آموزشی, ۹۶
نقش حفاظتی, ۹۶
نقش حمایتی, ۹۶
نقش درمانی, ۹۶
نقش مراقبتی, ۹۶
نقش هماهنگی, ۹۶
نقشه یا طرح جامع کنترل ترومای کشور, ۱۲۸, ۱۳۹
نوروز ترس, ۷۹
نوروز ضربه ای جنگ, ۸۰
نیاز محوری و نیازسنجی, ۱۵۸, ۱۶۱

و

واکنش سریع, ۸, ۹, ۱۰, ۲۲
واکنش تطبیقی یاسازگاری, ۸۰
واکنش شدید فشارروانی, ۸۰
ورنر کارل هایزنبرگ, ۷۳
ونلافاکسین, ۸۷

ه

همه گیر شناسی, ۸۲
هیروشیما, ۷۳
هیستری, ۷۹

Glossary of Terms and Definitions
جلد۲

A

۲۷ ,A field hospital
۱٤۱ ,A multidisciplinary group
۱۳۲ ,A multidisciplinary system response
۸۹ ,Accepting Responsibility
۱٦۳ ,Accountability
٤٦ ,Achievement
۱۳٤ ,Acute trauma care
۸۰ ,Adjustment reaction
۳۰ ,Aggressive shock resuscitation
۱۲۸ ,Airway compromise
۷۸ ,Avoidance

B

٤۷ ,Basic Sciences Research
۸۰ ,Battle shock
۱۳۱ ,۱۳۰ ,Battlefield
٥۹ ,Biologic agents
٥۹ ,Biologic war
٥۹ ,Bioterorism
۱۳۱ ,BLUNT TRAUMA
۸٦ ,Brief Psychotic Disorder(BPD)
٦۳ BWC(کنوانسیون سلاح‌های بیولوژیک)

C

۱۰ ,Calamity
۱۲۸ ,Care Under Fire
٥۹ ,Chemical war
٥۹ ,Chemical warfare
٦۰ ,Chemical Weapons Convention
٦۰ ,Chemical Weapons Convention (CWC)
۱۳٤ ,Civilian trauma care
۱۳۰ ,Civilian Trauma Care System(CTCS) ???
۱۳۰ ,Civilian Trauma Control
۸۸ ,Cognitive Processing Therapy
۸۰ ,Combat fatigue
٤٦,۲٦, ,Combat medicine
۸۰ ,Combat Neurosis
۲۷ ,Combat Support Hospital
۱۳۰ ,Combat Trauma Control
۱۳۲ ,Combat trauma patient
۱۳۱ ,Combat/war related trauma
۱۳۳ ,۱۰٤ ,Communication
۱۰٤ ,Communication skills
۲۹ ,Communications Zone
۱٦۳ ,Community Orientation
۱٦۳ ,Community-based
۷۸ ,Complication
۸۹ ,Confronted
٤٦ ,Consequence of the threat
۱۳۸ ,Coordination *and decision* making capacities
۹ ,Crisis
٤۱ ,٦ CSHs(بیمارستان های پشتیبان رزمی)
٤٦ ,Culture

D

۲۸ ,Damage control surgery (DCS)
٤۰ ,Decontamination
۱٦۲ ,۱٤٤ ,۷٤ ,٤۲ ,Development
٦۱ ,dichloro-3-thiapentane-1,5
۸۱ ,Disability-Adjusted Life Years=DALY
,۱٤۸ ,۱۳٦ ,۹٦ ,٤۲ ,۲۷ ,۲۳ ,۱٦ ,۱۱ ,۱۰ ,۹ ,Disaster
۱٥٥
۱٦ ,۱۰ ,۹ ,Disaster management
۸۹ ,Distancing
٦۸ ,DNA

E

۱۳۲ ,emergency medical services (EMS)
۹ ,Squad Emergency
۷۸ ,Emotional numbing
۱۱ ,٦ ,**EMT**(Emergency Medical Team)
۷۳ , Enola Gay بمب افکن اسکادران ۵۰۹ نیروی هوایی آمریکا موسوم به
٤۷ ,Epidemiologic Research
۸۹ ,Escape Avoidance
۱٦۲ ,Excellence
۱۳۸ ,expert teams
Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy
۸۸ ,(EMDR)

F

٤۲ ,٤۱ ,۲٦ ,Field hospital
۱۳۲ ,Field intervention
٤٦ ,۱۰ ,Focus group discussion

٨٠ ,Fright Neurosis
٨٠ ,Functional

G

٦٩ GB(سارین) ???
٩ GD ,(سومان) ???
١٨ ,١٠,Golden Time (G. T)
٨٠ ,Gross stress reaction

H

٤٧ ,Health System Research(H.S.R) ???
٧٤ ,High Explosive
٢٨ ,High velocity Missiles
٢٦ ,Holey defense
١٦٣ ,APPROACH Holistic
٤٦ ,Holly Defense
١٣٤ ,Hospital-based care
٨٤ ,HPLC(high performance liquid chromatography)
٧٨ ,Hyper arousal
٨٠ ,Hysteria

I

٧٠ ,٣٥ ,ICU (Intensive Care Unit)
٦٠ ,٥٩ ,Improvised weapon
٩٨ ,In Netley, Hampshire, England
١٤٢ ,Information systems
٢٨ ,Injuries that are Easily to Miss
١٣٢ ,injury prevention and patient care
١٣٠ ,Integrating Military and Civilian Trauma Systems
١٣٣ ,International humanitarian law (IHL)

L

٢٨ ,Late Morbidity of Death
١٣٨ ,١٣٤ ,١٧ ,١٠ ,Leadership

M

١٠٤ ,Mass casualty
١٢٨ ,Massive hemorrhage
٨٥ ,Mc Farlane
١٠٠ ,(هواپیمایی موسوم به)MEDEVAC
١٤٨ ,Medical ethics of war
١٠٠ ,Military Assistance Advisory Group (MAAG)
١٣٠ ,Military Health System (MHS)
١٣٨ ,٢٧ ,Military medicine
١٠٧ ,٩٦ ,Military nurse
٤٢ ,٢٧ ,Mobile Army Surgical Hospital (MASH)
٢٧ ,Mobile emergency hospital
,١٣١ ,Multidisciplinary team of health care professionals
١٣٢
١٧ ,Multiprofessional team
١٤١ ,Multi-specialty hospital

N

٢٧ ,Natural and/or man-made disasters
١٦٣ ,Needs Assessment
٨٠ ,Neuroasthenia
٧٨ ,Neuropsychiatric
٧٨ ,Neuropsychiatriy
١٣٤ ,non-conventional weapons
٨٠ ,Nostalgia
٥٩ ,Nuclear war
٥٩ ,Nuclear weapons
٩٦ ,Nursing history
٩٦ ,Nursing in war
٩٦ ,Nursing society
٩٦ ,Nutricious

O

١٣٨ ,١٣٧ ,offroad
٦٣ ,(سازمان منع سلاحهای شیمیایی) OPCW
٣٠ ,Opening surgical airways
٦١ ,Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons

P

٨٩ ,Painful Problem Solving
٧٩ ,Physical and Emotional support
٨٩ ,Reappraisal Positive
٨١ ,post Concentration camp syndrome
١٣٢ ,post-hospital care
٥٤ ,Post-Traumatic Stress Disorders(PTSD)
٨٥ ,٧٦ ,Predisposing factors
١٣٢ ,pre-hospital care
١٣٢ ,١١ ,Preventable deaths after injury
٩ ,(Prompt) Disaster response
٤٧ ,٢٣ ,Public Health

Q

١٧ ,Quality of patient care

R

٧٨ ,Re experience
٥٢ ,Recovery
١٣٤ ,Rehabilitation and long-term follow-up
١٤١ ,Rehabilitation services
٢٦ ,organization Relief
١٦٢ ,Resistance
٨٦ ,Revealing factors
١٣٢ ,١٣١ ,Risk of death or permanent disability

S

١٦٤ ,Scientific Independence
١٦٢ ,Scientific Reference
٨٩ ,Seeking Social Support
٨٩ ,Self-control
١٣٠ ,SHARP TRAUMA
٨٠ ,Shell shock
١٣٨ ,Social media
٨٠ ,Soldiers-irritable heart
٤٧ ,Spiritual health
٩٠ ,Stigma
٧٨ ,Stringer
١٦٢ ,Sustainable development
٨٨ ,Systematic Desencitization = S.D

T

١٣٠,١٣٢ ,Tactical combat casualty care (TCCC)
١٧ ,١١ ,٩ ,٦ ,Team
١٣٨ ,Teams of experts
٢٢ ,٩ ,Teamwork
٢٩ ,Temporary battlefield hospitals
١٠١,١٢٨ ,Tension pneumothorax
٨١ ,The survivor syndrome
٣٠ ,Thoracic needle decompression
٧٣ ,TNT
٨٠ ,Transient situational disturbance
١٣٦ ,١٣١ ,١٣٠ ,Trauma Center
١٣٠ ,Trauma Control
٨٨ ,Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy(TFCBT)
١٣٦ ,Trauma Information System
١٤٢ ,Trauma registries
١٣٢ ,Trauma registry
١٣٢ ,Trauma system
١٤٥ ,١٤٤ ,١٣١ ,١٣٠ ,Trauma System
٨٠ ,Traumatic war neurosis

U

Use evaluation and accreditation to assess performance and
١٦٣ ,impact

V

٩ ,Value
١٠١ ,Vascular access

W

,١٢٧ ,١٢٦ ,١٠٧ ,٩٢ ,٩١ ,٨١ ,٨٠ ,٧٨ ,٤٢ ,٢٩ ,٩ ,War
١٤٨ ,١٤٤
٤٦ ,Wisdom
١١٢ ,Women in Combat
١١٢ ,Women's Health

Z

١٣٠ ,ZERO Preventable DEATHS