

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال چهارم، شماره یکم (شماره پیاپی ۷)، تابستان ۱۴۰۰

■ سخن سردبیر / تجلیات اخلاقی و معنوی در دوره همه گیری کرونا

■ مروری روایتی / نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی

■ تقاضای القایی در خدمات سلامت

■ جایگاه و نقش جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در جنگ عراق با ایران (۱۳۶۷-۱۳۵۹)

■ نقش و جایگاه داروسازان نظامی در نظام سلامت نیروهای مسلح و شرایط اضطراری ناشی از بحران‌ها

■ فرهنگ ایثار و شهادت؛ بخش سوم: آسیب‌ها و تهدیدها و پیشگیری از آن‌ها

■ پژوهشی درباره کتاب‌شناسی طب رزمی دوران جنگ عراق با ایران

■ بررسی نقش رهبری و فرماندهی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در مقابله با کووید-۱۹

■ مدیریت ترومای قفسه سینه ناشی از گلوله جنگی و درس آموخته‌ها

دارای رتبه

علمی - پژوهشی





نشریه علمی - پژوهشی

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال چهارم، شماره یکم (شماره پیاپی ۷) تابستان ۱۴۰۰





مشخصات نشریه

نشریه علمی-پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت
شماره پیاپی ۷؛ تابستان ۱۴۰۰

■ **عنوان فارسی:** نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت
■ **عنوان لاتین:** Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

■ **شاپای الکترونیک:** ۴۰۲۶-۲۷۱۷

■ **حیطه فعالیت:** علمی- پژوهشی (طب و ترومای جنگی)

■ **دارای رتبه:** علمی- پژوهشی

■ **دوره انتشار:** دو فصل نامه

■ **زبان:** فارسی

■ **شروع انتشار:** زمستان ۱۳۹۶

■ **صاحب امتیاز:** مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت با همکاری علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

■ **مدیر مسئول:** دکتر سید مسعود خاتمی

■ **سر دبیر:** دکتر محمدعلی محقق

■ **مدیر اجرایی:** دکتر رکن الدین سلطانی نژاد

■ **هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):**

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

هادی خوش محبت، صادق رجائی، ناصر سیم فروش، سیاوش صحت، سید رحیم صفوی، محمدتقی طهماسبی، محمدرضا ظفرقندی، حسن عراقی زاده، احمد عبداللهی قمی، جلیل عرب خردمند، بهرام عین الهی، ایرج فاضل، عباس فروتن، مصطفی قانعی، سید محمد رضا کلانتر معتمدی، محمدحسین لشکری، سیدعلیرضا مرنندی، علی اصغر ملا، شعبان مهرورز، علی مهرابی توانا، امیر نظامی اصل، احمدعلی نوربالا تفتی.

■ **ویراستار فارسی این شماره:** دکتر امیرمهدی طالب

■ **لایوت مقالات و ویراستار لاتین این شماره:** دکتر مصطفی اکبری قمی

■ **محل انتشار:** تهران

■ **تلفن:** ۸۸۶۰۶۷۲۸-۸۸۶۰۶۱۵۲-۰۲۱

■ **نمبر:** ۸۸۰۵۲۶۸۴-۰۲۱

■ **نشانی:** میدان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان شیخ بهایی جنوبی، نبش کوچه نصرتی، جنب ورودی مسجد جامع بقیه الله (عج)، واحد دوم شمالی

■ **کد پستی:** ۱۴۳۵۹۱۶۹۶۱

■ **صندوق پستی:** ۵۴۸۷-۱۹۳۹۵

■ **سایت نشریه:** www.jmedbehrazm.ir

■ **ایمیل الکترونیک:** jmedbehrazm@gmail.com

■ **لیتوگرافی، چاپ و صحافی:** روزنامه جوان



فهرست

- ۴ - ۱- سخن سردبیر / تجلیات اخلاقی و معنوی در دوره همه‌گیری کرونا
- ۵ - ۲- مروری روایتی / نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی
- ۱۶ - ۳- تقاضای القایی در خدمات سلامت
- ۲۴ - ۴- جایگاه و نقش جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در جنگ عراق با ایران (۱۳۶۷-۱۳۵۹)
- ۴۱ - ۵- نقش و جایگاه داروسازان نظامی در نظام سلامت نیروهای مسلح و شرایط اضطراری ناشی از بحران‌ها
- ۴۹ - ۶- فرهنگ ایثار و شهادت؛ بخش سوم: آسیب‌ها و تهدیدها و پیشگیری از آن‌ها
- ۵۷ - ۷- پژوهشی درباره کتاب‌شناسی طب رزمی دوران جنگ عراق با ایران
- ۶۵ - ۸- بررسی نقش رهبری و فرماندهی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در مقابله با کووید-۱۹
- ۷۶ - ۹- مدیریت ترومای قفسه سینه ناشی از گلوله جنگی و درس آموخته‌ها

در امتداد دفاع مقدس تجلیات اخلاقی و معنوی در دوره همه گیری کرونا

Along with the Sacred Defense: Moral and Spiritual Manifestations during the Corona Pandemic

- فرصت گرانبهار حضور در میادین ایثار و خدمت را با رفتاری معنوی، اخلاقی، عرفانی و عاشقانه، به تجلی شهود در میقات عشق تبدیل و ارائه خالصانه ترین خدمات را وسیله تقرب به خداوند تبارک و تعالی قرار دادند.
 - با صبر و پایداری، مراقبت های ضروری و بهنگام، از خدمات حیاتبخش اولیه و پایه بهداشتی، تا پیچیده ترین خدمات تخصصی، در سخت ترین شرایط تهدید کننده، را با مهریابی و ایثار و خیرخواهی به عموم مردم تقدیم نمودند و در منظومه مقاومت، مدال پرافتخار تاب آوری و مقاومت را با افتخار کسب نمودند و بر صفحه تاریخ ثبت نمودند.
 - شهامت و فداکاری اعجاب برانگیز، روحیه غالب کنشگرانی بوده است که برای حضور در خطرناک ترین صحنه های خدمتگزاری، بر یکدیگر سبقت می گرفتند.
- همانند دفاع مقدس و با الهام از آن، صحنه گردانی در میادین بسیار خطیر خدمت رسانی همه گیری کرونا در همه مراکز بهداشتی درمانی کشور، حضوری ارزشی، اخلاق محور، ارزش آفرین و الهام بخش بوده است. سلام و برکات الهی و توفیقات روزافزون، نثار عموم اعضای خدمت و ایثارگر و خدمتگذار جامعه سلامت.

محمد علی محقق

استاد جراحی سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Mohamad Ali Mohagheghi

Professor of Cancer Surgery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

- اولین و مهمترین موضوع در حوادث غیر مترقبه و بلایا پیشگیری از تهدیدات جانی و خسارات انسانی است. اصول حاکم بر اخلاق پزشکی و آداب حرفه ای، ثابت و ریشه دار در ارزش های اسلامی است. حفظ جان و احیای نفس انسان ها، در رأس این ارزش ها قرار دارد. حفظ حقوق و کرامت انسانی و رعایت همه موازین اخلاق پزشکی و آداب حرفه ای اسلامی، که در همه شرایط ضروری است، در حوادث و بلایا از اهمیت بیشتر برخوردار است.
- در سیر تطورات تاریخی سلامت، فرازهایی وجود دارد که ارزش ها متجلی و شکوفا می شوند. یکی از این فرازها، دوران دفاع مقدس است. در درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس آمده است: «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 شکوفا شدی داشته است».
- این دستاوردها و تجلیات آن، در دوران بعد از دفاع مقدس امتداد یافت و فروغ آن آسمان همه میادین خدمتگزاری سلامت در همه زمان ها و سراسر میهن بزرگ اسلامی را نورافشانی نمود. این میراث با دوران پاندمی کرونا نیز پیوندی وثیق و عمیق برقرار نمود. ارزش هایی که در فراز و نشیب ها، دستخوش کم مهری و بعضاً فراموشی قرار گرفته بودند، باز شکوهمندتر از همیشه تجلی یافتند. خدمتگزاران صدیق و مسئولیت شناس، بویژه صحنه گردانان جوان، با آرایه های علم، تجربه، تخصص، ابتکار و خلاقیت، ایمان، ایثار، تلاش خستگی ناپذیر، اعتماد به نفس، عزم و اراده راسخ، مقاومت عظیم و تزلزل ناپذیر، میدان های خدمت را با نور وجود خود نورانی و گرما و رونق و امید بخشیدند. مدافعان سالات همانند مدافعان و صحنه گردانان دفاع مقدس، معیارهای اخلاق و معنویت را تفسیر و تحکیم نمودند:
- حضور بهنگام و تأثیرگذار در میادین خطیر را مسئولیتی اجتماعی، تکلیفی حرفه ای نسبت به مردم و جامعه و رسالتی تاریخی دانسته، آگاهانه، داوطلبانه و ایثارگرانه به آن پاسخ دادند.

The Role of Health in Security and Sustainable National Development

Section 4: Social Health and Its Relation to Sustainable National Security

Seyyed Yahya Safavi ^{1*}, Mohammad Ali Mohageghi ²

¹ Professor in Political Geography, Imam Hossein University, Tehran, Iran

² Professor, Cancer Research Center, Cancer Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 22 February 2021 Accepted: 17 April 2021

Abstract

Background and Aim: Social health is one of the dimensions of health. One of the intrinsic duties of the health system is to provide the necessary basis for improving the quality of life of individuals and developing social health indexes. This issue causes social security feeling that is necessary for sustainable national security. The aim of the current study is to explain the relationship between social health and sustainable national security.

Methods: A library study was performed by reviewing scientific documents using the study keywords.

Results: «Lack of poverty»; «lack of violence»; «controlled population growth»; «judicial justice (equality before the law)»; «human rights»; «free public education»; «public access to health services»; «security»; «freedom of opinion»; «feeling satisfied with life»; «insurance coverage»; «equitable distribution of income»; «employment and lack of unemployment»; «ethnic-racial and regional nondiscrimination»; «democracy» and «government legitimacy and democratic oversight of government» are components of social health.

Conclusion: The relation between social health with national security and social security is similar to the relation between blood circulation in the heart. Social health is related to social security and, consequently, national security and its sustainability. Sustainable security is culturally centered social security. This concept's definitive requirement is social security, which is rooted in social health.

Keywords: Security, Social Security, National Security, Health, Social Health.

* Corresponding Author: Seyyed Yahya Safavi
Address: Imam Hossein University, Tehran, Iran.
E-mail: yahyasafavi@gmail.com

نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی بخش چهارم: سلامت اجتماعی و نسبت آن با امنیت پایدار ملی

سیدیحیی صفوی^{۱*}، محمدعلی محقق^۲

^۱استاد جغرافیای سیاسی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران

^۲استاد انستیتو کانسر، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت است. از وظایف ذاتی نظام سلامت ایجاد بسترهای لازم برای ارتقای کیفیت زندگی آحاد مردم و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی است. این امر به نوبت خود موجب احساس امنیت اجتماعی است که لازمه امنیت پایدار ملی است. هدف مطالعه حاضر تبیین رابطه سلامت اجتماعی با امنیت پایدار ملی می‌باشد.

روش‌ها: مطالعه کتابخانه‌ای با بررسی اسناد و مدارک علمی در کلیدواژه‌های مطالعه انجام شد.

یافته‌ها: سلامت اجتماعی از ابعاد سلامت همه جانبه و هماهنگ با سایر ابعاد فیزیکی، روانی و معنوی سلامت، در امنیت و توسعه پایدار جامعه تأثیر گذار است. «فقدان فقر»؛ «فقدان خشونت»؛ «رشد کنترل شده جمعیت»؛ «عدالت قضایی (برابری در پیشگاه قانون)»؛ «حقوق بشر»؛ «آموزش همگانی رایگان»؛ «دسترسی همگانی به خدمات سلامت»؛ «امنیت»؛ «آزادی عقیده»؛ «احساس رضایت از زندگی»؛ «پوشش بیمه»؛ «توزیع عادلانه درآمد»؛ «اشتغال و فقدان بیکاری»؛ «عدم تبعیض قومی-نژادی و منطقه‌ای»؛ «مردم سالاری» و «مشروعیت دولت و نظارت مردم سالارانه بر حکومت» از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی هستند. رضایتمندی؛ تعلقات اجتماعی؛ همبستگی و وفاق فرهنگی، اجتماعی؛ قانونگرایی و روحیه همکاری مردم با یکدیگر و با حکومت از شاخص‌های اصلی امنیت اجتماعی شده فرهنگ محور است.

نتیجه‌گیری: نسبت سلامت اجتماعی با امنیت ملی و امنیت اجتماعی، نسبت گردش خون در قلب است. سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی و به تبعیت از آن، امنیت ملی و پایداری آن مرتبط است. امنیت پایدار، امنیت اجتماعی شده فرهنگ محور است. با این مفهوم لازمه قطعی آن امنیت اجتماعی است که ریشه در سلامت اجتماعی دارد.

کلیدواژه‌ها: امنیت، امنیت اجتماعی، امنیت ملی، سلامت، سلامت اجتماعی.

* نویسنده مسئول: سیدیحیی صفوی

آدرس: دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران.

ایمیل: yahyasafavi@gmail.com

مقدمه

مفهوم سلامت اجتماعی، نقش عوامل اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health: SDH)، به‌طور فزاینده‌ای مورد تأکید است در این ارتباط مفاهیمی چون حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، یا مفهوم جامع‌تر، سرمایه اجتماعی (Social capital)، برای سلامت اجتماعی طرح می‌شوند (۴). در تحقیقات انجام گرفته در ایران، ابعاد سلامت اجتماعی عبارتند از «فقدان فقر»، «فقدان خشونت»، «رشد کنترل شده جمعیت»، «عدالت قضایی (برابری در پیشگاه قانون)»، «حقوق بشر»، «آموزش همگانی رایگان»، «دسترسی همگانی به خدمات سلامت»، «امنیت»، «آزادی عقیده»، «احساس رضایت از زندگی»، «پوشش بیمه»، «توزیع عادلانه درآمد»، «اشتغال و فقدان بیکاری»، «عدم تبعیض قومی - نژادی و منطقه‌ای»، «مردم سالاری»، «مشروعیت دولت و نظارت مردم سالارانه بر حکومت» (۵).

شاخص کیفیت زندگی

از شاخص‌های سلامت اجتماعی و ناظر بر مؤلفه‌هایی نظیر «قدرت خرید»، «ایمنی»، «مراقبت‌های سلامتی»، «هزینه زندگی»، «نسبت قیمت ملک به درآمد»، «زمان رفت و آمد»، «شاخص آلودگی»، «شاخص آب و هوا»، است. شاخص کیفیت زندگی به‌طور سالیانه و در محاسبه با سایر کشورها مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. شاخص کیفیت زندگی به‌عنوان ترکیبی از چند متغیر متفاوت اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و شرایط محیطی در نظر گرفته می‌شود که غالباً از طرق گوناگونی بر توسعه انسانی و اجتماعی در سطح فردی و جامعه اثر می‌گذارد. از این رو این شاخص می‌تواند به عنوان ابزاری نیرومند در برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ای در یک جامعه بکار گرفته شود (۶).

شاخص پیشرفت اجتماعی

این شاخص مقیاسی برای اندازه‌گیری رفاه اجتماعی است. این شاخص نشان می‌دهد که کشورها با سطوح تولید ناخالص داخلی مشابه، می‌توانند سطوح بسیار متفاوتی از پیشرفت اجتماعی داشته باشند (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ۱۳۹۴). سه بعد اصلی این شاخص عبارتند از (۷):

- رفع نیازهای اساسی
- اصول و مبانی رفاه
- دسترسی به فرصت‌ها

برای سنجش این ابعاد اصلی شاخص پیشرفت اجتماعی از مؤلفه‌های زیر استفاده می‌شود:

- میزان رفع نیازهای اولیه نظیر «مراقبت‌های بهداشتی»، «وضعیت تغذیه»، «دسترسی به آب سالم»، «دسترسی به پناهگاه و مسکن و امنیت شخصی»
- دسترسی به مبانی بهزیستی نظیر «دانش عمومی»، «دسترسی به اطلاعات و ارتباطات»، «سلامتی و پایداری و ثبات اکوسیستم»
- دسترسی به فرصت‌ها نظیر «حقوق شخصی»، «انتخاب و آزادی

سلامت اجتماعی از ابعاد سلامت همه‌جانبه و هماهنگ با سایر ابعاد فیزیکی، روانی، و معنوی سلامت، در امنیت و توسعه پایدار جامعه، تأثیرگذار است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در کنترل آسیب‌ها و ناهنجاری‌ها و برقراری امنیت اجتماعی، در بر دارد. رضایت از زندگی، نگرش مثبت به زندگی، لذت بردن از زندگی، داشتن انگیزه و روحیه شاد، و عمل به رفتارهای دینی و اخلاقی، از مؤلفه‌های مفهومی سلامت اجتماعی هستند. زندگی سالم اجتماعی، محصول تعامل اجتماعی بین «انتخاب‌ها و رفتار فردی» و «محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد» است. سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند. سلامت اجتماعی یک سرمایه ارزشمند حیاتی و از مهمترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت افراد در جامعه می‌باشد. در مطالعه ادریسی و همکاران دو متغیر احساس امنیت اجتماعی و رضایت از زندگی نقش پر رنگ‌تری را در ارتقای سلامت اجتماعی ایفا می‌کنند (۱).

از اثرات سلامت اجتماعی بر جامعه، احساس امنیت اجتماعی است. امنیت نیازی اساسی و همگانی است که با داشتن ابعاد اجتماعی و فرهنگی، اهمیت و ضرورتی انکار ناپذیر در زندگی اجتماعی دارد و همه افراد بعد از رفع نیازهای زیستی، به آن نیاز مبرم دارند. افراد برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند (۲). امنیت اجتماعی به معنی حفظ سیستم اجتماعی است؛ به گونه‌ای که اجتماع، خانواده و فرد در مقابل تهدیدها و ناهنجاری‌های اقتصادی و اجتماعی یا شخصی، ایمن و از سلامت زندگی خود اطمینان داشته باشند (۳).

غفلت از این بعد سلامت، غفلت از امنیت اجتماعی و به تبع آن نوعی تهدید برای امنیت ملی بشمار خواهد رفت. در این بخش از مطالعه، رابطه بین سلامت اجتماعی و امنیت پایدار ملی، بررسی و تحلیل شده است.

ادبیات نظری

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی و در ارتقای کیفیت زندگی جامعه مؤثر بوده و خوب نگرستن به زندگی و حیات جمعی را برای فرد فراهم می‌کند. متغیرهای رضایت از زندگی، نشاط اجتماعی و کیفیت زندگی، تأثیر مستقیمی بر آن دارند (۳). سلامت اجتماعی با روابط بین فرد با دیگران و جامعه ارتباط دارد. به عبارتی دقیق‌تر سلامت اجتماعی مترادف با جامعه سالم است، که در آن برای همه افراد فرصت برابر برای دسترسی به کالاها و خدماتی که برای کارکرد تام و تمام یک شهروند ضروری است، وجود داشته باشد. در

فردی»؛ «تحمل و ظرفیت مدارا و دسترسی به آموزش پیشرفته»

شاخص توسعه انسانی

رویکردی است که بر افراد، فرصت‌ها و انتخاب آنان متمرکز است. در محاسبه این شاخص از مؤلفه‌هایی نظیر «امید به زندگی در بدو تولد»؛ «سال‌های مورد انتظار برای تحصیل»؛ «حداقل زمان تحصیل»؛ «متوسط درآمد ناخالص ملی»؛ استفاده می‌شود. به عبارتی شاخصی ترکیبی است برای سنجیدن موفقیت در هر کشور، در سه معیار پایه از توسعه انسانی: «زندگی طولانی و سالم»؛ «دسترس به دانش و معرفت»؛ و «سطح زندگی مناسب (اشتغال و بیکاری)» (ویکی‌پدیا). ممکن است طول عمر، دانش و درآمد در کشوری افزایش یابد، در حالی که شاخص توسعه انسانی آن افت داشته باشد. هدف از توسعه انسانی این است که به انسان‌ها کمک کند تا توان فکری و استعداد نهفته خود را بروز دهند. مدیران و کارکنان بخش بهداشت و درمان با نقش کلیدی خود در بهبود شاخص‌های بهداشتی، سهم عمده‌ای در توسعه انسانی، صیانت از سرمایه انسانی و ارتقای جایگاه کشورمان در رتبه بندی جهانی دارند (۸).

گزارش جهانی شادی

گزارش سازمان ملل متحد در باره وضعیت شادکامی در ۱۵۶ کشور دنیا و بر اساس ۶ فاکتور اصلی زیر است:

- درآمد سرانه (سرانه تولید ناخالص داخلی)
 - سال‌های سلامتی در شاخص امید به زندگی
 - حمایت‌های اجتماعی (وجود فردی که بتوان در مواجهه با مشکلات و گرفتاری‌ها به او اتکا کرد)
 - اعتماد و صداقت (میزان ادراک از نبود فساد در دولت و کسب و کارهای تجاری)
 - آزادی ادراک شده در اخذ تصمیمات زندگی و بخشش و گشاده دستی (میزان کمک‌های اهدایی به امور خیریه)
- در مطالعه میکائیلی و همکاران با عنوان «بررسی نقش عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر بر شادی در جمعیت فعال شهر تهران»، بین انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، میزان درآمد خانوار و سن، با شادی، رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد و این متغیرها قادرند ۳۴ درصد از واریانس کل تغییرات شادی را تبیین کنند (۹).

شاخص رفاه لگاتوم (Legatum Prosperity Index)

مؤسسه لگاتوم، شاخصی را به نام شاخص موفقیت لگاتوم برای اندازه‌گیری رفاه، ایجاد کرده است. این شاخص، رفاه ملی را شامل ثروت و سعادت در نظر می‌گیرد. این شاخص به جز تولید ناخالص داخلی، عوامل دیگری مانند سرمایه اجتماعی، سلامتی، آزادی سیاسی و کیفیت کلی زندگی را نیز در نظر می‌گیرد و معتقد است که مرفه‌ترین ملت‌ها در جهان، کشورهایی هستند که شهروندانی آزاد، شاد و سالم دارند (۱۰). رتبه‌بندی وضعیت رفاه در کشورها بر اساس مقایسه

وضعیت آن‌ها در حوزه‌های «ایمنی و امنیت»؛ «آزادی شخصی»؛ «حکمرانی»؛ «سرمایه اجتماعی»؛ «محیط سرمایه‌گذاری»؛ «شرایط کسب و کار»؛ «دسترس به بازار و زیرساخت»؛ «کیفیت اقتصادی»؛ «شرایط زندگی کردن»؛ «سلامتی»؛ «آموزش» و «محیط طبیعی» انجام می‌گیرد.

امنیت اجتماعی

امنیت از نیازهای اساسی جوامع انسانی است. امنیت اجتماعی به مفهوم توانایی یک جامعه برای حفظ خصوصیات اساسی خود در برابر تحولات و تهدیدات بالقوه یا بالفعل است (۱۱). امنیت اجتماعی به‌عنوان یکی از حساس‌ترین و مهمترین نوع امنیت، از عناصر اساسی حیات انسان‌هاست و کلیت جامعه را مد نظر دارد که در قالب گروه‌های مختلف اجتماعی خودنمایی می‌کنند (۱۲). امنیت یکی از نیازهای اولیه، بنیادین و فطری انسان است. انسان موجودی فرهنگی و اجتماعی است و به همین دلیل در پی امنیت اجتماعی فرهنگ محور است، که امنیتی پایدار، فراگیر و مطمئن باشد و بتواند در سایه آن به حیات اجتماعی تعالی جویانه و کمال‌خواهانه خود و هموعانش برسد. امنیت از یک سو، تمام زوایای زندگی فردی و اجتماعی انسان را دربرگرفته و در سطوح روانی، فرهنگی و اخلاقی و نیز رفتارهای اجتماعی انسان قابل مشاهده و مطالعه است و از سوی دیگر، بر حوزه‌های فردی و اجتماعی تأثیرگذار است (۱۳).

ناامنی اجتماعی

عبارت است از مجموعه حرکت‌های عمدی و تحولات عادی که اطمینان خاطر افراد و انسجام گروه‌های اجتماعی را مخدوش می‌سازد (۱۳).

تعریف مطالعه حاضر از امنیت اجتماعی

امنیت اجتماعی، ریشه دار در ارزش‌های اخلاقی و اعتماد اجتماعی و بخشی مهم و جدایی ناپذیر از امنیت ملی و از شاخص‌های اساسی رفاه انسان‌ها است. رشد جامعه و افراد آن در گرو تأمین این نیاز اساسی است. مجموعه کارگزاران حکومت، مردم و سایر ذینفعان، نسبت به تأمین، حفظ، نگهداشت و استفاده متوازن و عادلانه، از آن در پیمانی ملی و ناگسستنی متحد و متعهد هستند. امنیت اجتماعی پدیده‌ای ادراکی و احساسی در ذهن مردم و حاکمیت است و عدالت اجتماعی، امنیت شغلی و مسکن، مبارزه با مفاسد و انحرافات اجتماعی، نظارت عمومی و امر به معروف و نهی از منکر از مؤلفه‌های ضروری آن طبق اندیشه امام خمینی (ره) است (۱۴). در بعد سلبی آسیب‌های آن عبارتند از: احساس ناامنی ذهنی و اجتماعی، احساس بی‌اعتمادی (در سطح فردی، اجتماعی، نهادی و سیاسی)، کاهش سطح مشارکت‌های اجتماعی و سیاسی، افزایش روحیه قانون‌گریزی و احساس بی‌عدالتی.

ابعاد سلامت اجتماعی

توکل در مطالعه خود لیست جامع و طبقه بندی شده‌ای از ابعاد و محورهای سلامت اجتماعی ارائه داده است (۴):

- ابعاد معیشتی - اقتصادی شامل: «دسترسی به مسکن و آب مناسب»؛ «توسعه اقتصادی، فقدان فقر و درآمد خوب سرانه»؛ «کاهش درصد بیکاری و وضع مطلوب اشتغال» و «محیط کار حامی فرد و خانواده»
- ابعاد اجتماعی شامل: «صلح، امنیت یا احساس امنیت»؛ «توزیع مناسب درآمد و عدالت اجتماعی، قومی-نژادی، منطقه‌ای و قضایی»؛ «وجود شبکه‌های ارتباطی و حمایتی کافی»؛ «توسعه مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی»؛ «مشارکت اجتماعی»؛ «رعایت اخلاق اجتماعی»؛ «وجود امکانات تفریحی کافی و مناسب» و «دسترسی به سامانه‌های ترابری و حمل و نقل مناسب»
- آسیب‌های اجتماعی شامل: «کاهش میزان تولدهای تک‌والدی»؛ «کاهش نرخ خودکشی»؛ «پایین بودن سو مصرف مواد»؛ «مهارت‌های الکیسم و سوانح ناشی از آن»؛ «کاهش میزان کودک‌آزاری و سو استفاده از کودکان»؛ «کاهش میزان جرم و بزهکاری»؛ «کاهش خشونت در رفتارها و مناسبات اجتماعی»؛ «کاهش میزان طلاق»
- ابعاد سلامتی نظیر «کاهش میزان مرگ و میر نوزادان»؛ «دسترسی به خدمات سلامت و پوشش فراگیر بیمه»؛ «تعداد بیماران روانی تحت مراقبت در مراکز تخصصی»
- ابعاد جمعیتی شامل: «رشد کنترل شده جمعیت»؛ «افزایش امید به زندگی»؛ «کاهش میزان بارداری و زایمان مادران نوجوان یا بیسواد»؛ «کاهش میزان متولدین کم وزن، با تأخیر یا بدون مراقبت‌های پیش از تولد»
- ابعاد آموزشی شامل: «آموزش و پرورش همگانی»؛ «کاهش نرخ ترک تحصیل یا عدم ثبت نام در مدرسه»؛ «تعداد دانش‌آموختگان دبیرستانی»؛ «توسعه دانش و منابع انسانی»
- ابعاد زیست محیطی شامل: «محیط زیست پاک و امن»؛ «حکمرانی شایسته و مدیریت توانمند»؛ «مصرف مسئولانه منابع که ضامن پایداری درازمدت آن‌ها باشد»؛ «محافظت از محیط طبیعی در برابر تهدیدات سلامت و بقای نوع بشر و نیز تهدیدات پایداری زیست بوم»؛ «بازسازی محیط آسیب دیده» و ... (۱۵). این بعد در گفتار قبلی در همین نشریه به تفصیل ارائه شده است.

رابطه امنیت ملی با امنیت و سلامت اجتماعی

امنیت پایدار با مجموعه پدیده‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی، حفظ محیط زیست، رعایت حقوق مردم و آزادی‌های فردی و امنیت روانی، ارتباط تنگاتنگ دارد. هدف اصلی از رویکرد پایدار به امنیت ملی، امنیت مردم است. اگر امنیت اجتماعی و نماد آن یعنی سلامت اجتماعی به مخاطره افتد، مسائل و مشکلات حادی در روابط اجتماعی عارض خواهد شد. رئوس این مشکلات عبارتند از:

احساس ناامنی ذهنی و اجتماعی؛ احساس بی‌اعتمادی (در سطح فردی، اجتماعی، نهادی و سیاسی)؛ کاهش سطح مشارکت‌های اجتماعی و سیاسی؛ افزایش روحیه قانون‌گریزی؛ احساس بی‌هنجاری اجتماعی، سیاسی و حتی اقتصادی و در نهایت احساس بی‌عدالتی (۱۳). ابوالقاسمی معتقد است امنیت پایدار، نوعی امنیت اجتماعی شده فرهنگ محور است که می‌تواند با کمترین هزینه اجتماعی و بیشترین پاداش اجتماعی، به مجموعه‌ای از نیازهای مادی و فرامادی فرد، گروه‌های اجتماعی و حاکمیت پاسخ دهد. این پاسخگویی باید بر اساس مؤلفه‌های اساسی فرهنگ، شامل مبانی نظری هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی روشی (شیوه‌های عمل فردی، گروهی و حکومتی) و نمادها و هنجارها صورت گیرد (۱۳). در این دیدگاه امنیت پایدار، از نظر تا عمل، منظومه‌ای به هم پیوسته است که هیچ گسل معرفتی، روشی و هنجاری در آن وجود ندارد. در نگاه ایجابی، رضایت‌مندی، تعلقات اجتماعی، همبستگی و وفاق فرهنگی، اجتماعی؛ قانون‌گرایی و روحیه همکاری مردم با یکدیگر و با حکومت؛ از شاخص‌های اصلی امنیت اجتماعی شده فرهنگ محور است. در این برداشت، سرمایه فرهنگی، مولد سرمایه اجتماعی و سرمایه اجتماعی، مولد امنیت پایدار است (۱۳).

ارزش‌شناختی سلامت و امنیت اجتماعی

تأمل در مبانی هستی‌شناختی، انسان‌شناختی و جامعه‌شناختی، لازمه ارزش‌شناختی مفاهیم امنیت و سلامت و ابعاد مختلف آن است. مبانی جامعه‌شناختی، به نوبه خود در راستای نگرش هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه قرار دارد (۱۴). امام خمینی (ره) جامعه خوب و سالم را، جامعه‌ای می‌داند که در آن شرایط اجتماعی مساعدی برای تربیت افراد مؤمن و با فضیلت فراهم شود و علاوه بر امور مادی، به معنویت و حفظ و گسترش آن در جامعه توجه شود (صحیفه نور، ج ۴: ۲).

معیارهای امنیت و سلامت اجتماعی، در فرمان نامه امیرالمؤمنین (علیه‌السلام) به مالک بن حارث اشتر نخی زمانی که او را به فرمانروایی مصر برگزید

در این منشور بی‌بدیل و ماندگار حکومتی، فرازهای بسیار ارزشمندی در باب اجتماع سالم و امن ارائه شده است:

- ۱- توصیه به اصلاح اهالی و آبادسازی شهرها
- ۲- توصیه به تقوای الهی و مقدم داشتن طاعت خداوند و انجام عمل صالح (به عنوان محبوبترین اندوخته‌ها)
- ۳- شعار قلبی: توصیه به قرار دادن مهربانی و محبت و لطف به رعیت به عنوان شعار قلب خود
- ۴- توصیف مردم: رعیت یا برادر دینی تو هستند، یا انسان‌هایی مانند تو، که خطاهایی از آنان سر می‌زند، پس همان گونه که علاقه داری خداوند بخشش و چشم‌پوشی را به تو عنایت نماید رعیت را مورد عفو و چشم‌پوشی قرار بده
- ۵- توصیه به اجتناب از کبر و غرور: هرگاه حکومت برای تو خود بزرگ‌بینی و کبر به وجود آورد، به بزرگی سلطنت خداوند که فوق

که این کار نیکوکار را در انجام کار نیک بی‌رغبت و بدکار را در بدی ترغیب می‌کند، هر کدام را نسبت به کارشان پاداش بخش. آگاه باش که چیزی برای جلب خوشبینی حاکم بر رعیت بهتر از نیکی به آنان و سبک کردن هزینه بر دوش ایشان و اجبار نکردنشان به حقی که حاکم بر آنان ندارد نیست

۱۴- توصیه به خوش‌گمانی: به صورتی باید رفتار کنی که خوش‌گمانی بر رعیت را در کمک همه‌جانبه به حاکم فراهم آری، که این خوش‌گمانی رنجی طولانی را از تو بر می‌دارد و به خوش‌گمانی تو کسی شایسته‌تر است که از تو احسان دیده و به بدگمانیت کسی سزاوارتر است که از جانب تو به او ناراحتی رسیده

۱۵- ترویج الفت بین مردم و اصلاح جامعه: روشی را (انتخاب کن) که بزرگان امت بر اساس آن رفتار کرده‌اند و به سبب آن در میان مردم الفت برقرار شده و اصلاح جامعه بر پایه آن بوده و شیوه‌ای را که به روش‌های گذشته ضرر می‌زند به وجود نیاور، که پاداش و اجر برای کسی است که روش‌های درست را بر پا کرده و گناه از بین بردن آن روش‌ها بر گردن توست

۱۶- مجالست و مشورت با دانشمندان: در استوار ساختن آنچه صلاح کار شهرهایت بر آن است و برپا داشتن آنچه مردم پیش از این به آن مستقیم شده‌اند، با دانشمندان و اندیشمندان زیاد گفتگو کن

۱۷- طبقات ضروری جامعه سالم و امن: آگاه باش که مردم مملکت گروه‌های مختلفی هستند که هر گروه جز به گروه دیگر اصلاح نمی‌شود و با داشتن گروهی از گروه دیگر بی‌نیازی نیست. اینان عبارتند از ارتش حق، نویسندگان عمومی و خصوصی، قاضیان عدل و مأموران انصاف و مدارا و اهل جزیه و مالیات از غیر مسلمان و مسلمان و تاجران و صنعتگران و طبقه پایین از نیازمندان و افتادگان. خداوند سهم هر یک از این طبقات را مقرر فرموده و در کتابش با سنت پیامبرش صلی الله علیه و آله عهدی محفوظ را بر حد و اندازه واجب آن نزد ما قرار داده است

۱۸- توصیه رعایت ناتوانان: ... و به ناتوانان مهربان، ... سپس از آنان چنان دلجویی کن که پدر و مادر از فرزندشان دلجویی می‌نمایند و نباید چیزی که آنان را به وسیله آن نیرومند می‌سازی در دیدات بزرگ آید و لطفی که نسبت به ایشان متعهد شده‌ای کوچک شماری گر چه کوچک باشد، زیرا لطف تو آنان را نسبت به تو خیر خواه و خوش‌گمان می‌نماید. از بررسی امور ناچیز آنان به امید بررسی کارهای بزرگشان چشم‌پوش، که نیکی اندک تو جایی دارد که از آن بهره‌مند می‌گردند و برای احسان بزرگ تو نیز موقفی است که از آن بی‌نیاز نیستند

۱۹- توصیه به عدالت: برترین چیزی که موجب چشم‌روشنی زمامداران می‌شود برقراری عدالت در شهرها و ظهور دوستی و محبت رعیت است. و دوستی رعیت آشکار نشود مگر به سلامت دل آنان و خیر خواهی ایشان درست و راست نگردد جز آنکه زمامداران خود را حمایت نمایند و حکومت حاکمان را بر خود سنگین نشمارند و توقع به پایان رسیدن زمان حکومتشان را

تو ست و قدرتی که بر تو دارد و تو را بر خودت آن قدرت و توانایی نیست نظر کن، که این نظر کبر و غرور را می‌نشاند، و تندی و شدت را از تو باز می‌دارد و عقل از دست رفته را به تو باز می‌گرداند

۶- توصیف ستمکار: شخص ستمکار محارب با خداست تا وقتی که از ستم دست بردارد و توبه کند. چیزی در تغییر نعمت خدا و سرعت دادن به عقوبت او قوی‌تر از ستمکاری نیست، که خداوند شنوای دعای ستم‌دیدگان و در کمین ستمکاران است

۷- محبوبترین اعمال: باید محبوبترین امور نزد تو میانه‌ترینش در حق، و همگانی‌ترینش در عدالت و جامع‌ترینش در خشنودی رعیت باشد، چرا که خشم عموم خشنودی خواص را بی‌نتیجه می‌کند و خشم خواص در برابر خشنودی عموم بی‌اثر است

۸- توصیف خواص: به وقت آسانی و رفاه، احدی از رعیت بر والی پر خرج‌تر و زمان مشکلات کم‌یاری‌تر و هنگام انصاف ناخشنودتر و در خواهش و خواسته با اصرارتر و زمان بخشش کم‌سپاس‌تر و وقت منع از عطا دیر پذیرتر و در حوادث روزگار بی‌صبرتر از خواص نیست.

۹- توصیف توده مردم: همانا ستون دین و جمعیت مسلمانان و مهیا شدگان برای جنگ با دشمن، توده مردمند، پس باید توجه و میل تو به آنان باشد.

۱۰- توصیه به عیب‌پوشی: عیوب مردم را بپوشان، تا خداوند عیوب تو را که علاقه داری از مردم پوشیده بماند پرده‌پوشی کند. گره هر کینه‌ای که از مردم به دل داری بگشای و رشته هر انتقامی را قطع کن و در هر چه از دیگران ثابت نشده خود را به غفلت زن، در باور کردن گفتار سخن‌چینان شتاب مکن، زیرا سخن چین، خائن است گرچه خود را شبیه خیر خواهان نشان دهد.

۱۱- ویژگی مشاوران و خاصان: در امور خود بخیل را وارد مشورت مکن که تو را از بخشش مانع گردد و از تهیدستی می‌ترساند و همچنین با بزدل و ترسو که تو را در اجرای برنامه‌های سست می‌نماید، مشورت مکن و نه با طمع‌کار که حرص بر اندوختن و ستمگری را در نظرت می‌آراید، ... (مشاوران را) از کسانی (انتخاب کن) که اهل ستم را در ستمکاری و گناهکاران را در گناهشان یاری نکرده است. هزینه اینان بر تو سبک‌تر و همکاری‌شان بهتر و نسبت به تو در طریق عطوفت مایل‌تر و الفتشان با بیگانه کمتر است. اینان را از خاصان خود در خلوت‌ها و مجالس خویش قرار ده

۱۲- حق‌گویی و مبارزه با تملق: ... باید از وزارت برگزیده‌ترینشان نزد تو وزیری باشد که سخن تلخ حق را به تو بیشتر بگوید و نسبت به آنچه که خداوند برای اولیانش خوش ندارد، کمتر تو را یاری دهد، گرچه این برنامه بر علیه میل تو به هر جا که خواهد برسد. به اهل پاکدامنی و صدق پیون، و آنان را آنچنان تعلیم ده که تو را زیاد تعریف نکنند و بیهوده به کاری که انجام نداده‌ای تو را شاد نمایند، که تمجید فراوان ایجاد کبر و نخوت کند و به گردنکشی نزدیک نماید

۱۳- ترویج نیکوکاری: ... نیکوکار و بدکار در برابرت یکسان نباشند،

تبادل و توازن در استفاده از مواهب طبیعی، با پرهیز از زیاده‌روی و تعبد به عدم اضربار به غیر را، فراهم آورده است. گزیده‌ای از محورهای اصلی دیدگاه معظم‌له به شرح زیر و به‌طور خلاصه ارائه می‌شود:

- نادیده گرفتن محیط طبیعی زیست انسان، نتیجه طغیان، خودبینی و خودخواهی در مقابل طبیعت است (۱۳۸۵/۰۷/۲۱)
- منابع طبیعی ثروت‌های ملی و متعلق به ملت‌ها است؛ آن هم نه ملت‌ها در یک نسل؛ بلکه در طول تاریخشان (۱۳۸۹/۱۲/۱۷)
- تخریب محیط زیست، از آن چیزهایی است که ضربه‌اش را یک ملت، یک منطقه جغرافیایی، گاهی همه دنیا در وقتی احساس می‌کنند که دیگر قابل جبران نیست (۱۳۸۹/۰۱/۰۹)

اشاره‌ای به مطالعات اخیر در رابطه امنیت پایدار ملی با بُعد اجتماعی سلامت

در بررسی رابطه امنیت اجتماعی و امنیت پایدار ملی با بُعد اجتماعی سلامت، مطالعات ارزشمندی انجام شده است. پسندیده موقعیت‌های سلامت اجتماعی در منابع اسلامی را مطالعه و مفاهیم سلامت اجتماعی را به شرح زیر ارائه داده است (۱۶):

- حرمت (حریم) اجتماعی
- تعاون اجتماعی، مواسات اجتماعی، انصاف اجتماعی، ایثار اجتماعی، دل‌رحمی (رحمت) اجتماعی
- خیرخواهی اجتماعی (نصیحت)، واداری و بازداری اجتماعی
- قدردانی اجتماعی؛ «گذشت اجتماعی، بردباری اجتماعی
- فروتنی اجتماعی؛ «محبت اجتماعی، الفت اجتماعی، رحمت اجتماعی، اخوت اجتماعی، خانواده اجتماعی
- وفاداری اجتماعی، صداقت و امانت داری
- آداب اجتماعی، حسن خلق
- سرور و شادی اجتماعی
- سایر مفاهیم: منزلت؛ الفت؛ اخوت؛ خانواده؛ خوش اخلاقی؛ امانت داری ...

این مفاهیم سلامت اجتماعی در ده موقعیت اجتماعی زمینه بروز می‌یابند:

- داشته‌های دیگران (مال، جان، ایمان، آبرو)
 - نیازمندی، وضع و محرومیت دیگران
 - سرنوشت دیگران
 - خوبی دریافت‌شده از دیگران
 - بدی دریافت‌شده از دیگران
 - منزلت خود در مقایسه با دیگران
 - عواطف بین فردی در رابطه با دیگران
 - پیمان‌ها و قراردادهای اجتماعی
 - شکل و قالب ارتباط با دیگران
 - هیجان در ارتباط با دیگران
- وی نتیجه گرفته است که با تمرکز بر این ده موقعیت و برنامه‌ریزی متمرکز بر کنش فردی، واکنش به رفتار دیگران و تنظیم رفتار درباره اصل تعامل، می‌توان سلامت اجتماعی را ارتقا داد.

نداشته باشند. پس آرزوهای رعیت را بر آور و نیکو ستودن آنان را پیوسته دار و رنج و زحمت و کوشش و ابتلای صاحبان فعالیت را در نظر داشته باش، ... قضاوت قاضی را هر چه بیشتر بررسی کن، ... در زمینه انتخاب قاضی از هر جهت دقت کن دقتی بلیغ و رسا

۲۰- سفارش ویژه فرودستان: خدا را در طبقه پایین اجتماع، از آنان که راه چاره ندارند و از کار افتادگان و نیازمندان و دچارشدگان به زیان و سختی و صاحبان امراضی که از پا در آمده‌اند، در میان اینان کسانی هستند که روی سؤال و اظهار حاجت دارند و کسانی که عفت نفسشان مانع از سؤال است. بنابراین آنچه را که خداوند در مورد آنان از حفظ حقوق از تو خواسته به حفظ آن پرداز، نصیبی از بیت المال که در اختیار توست و سهمی از غلات خالصه جات اسلامی را در هر منطقه برای آنان قرار ده، که برای دورترین آن‌ها همان سهمی است که برای نزدیکترین آنان است، در هر صورت رعایت حق هر یک از آنان از تو خواسته شده، پس نشاط و فرو رفتن در نعمت تو را از توجه به آنان باز ندارد، چه اینکه از بی‌توجهی به امور کوچک آنان به بهانه پرداختن به کارهای زیاد و مهم معذور نیستی، از اندیشه‌ات در امور ایشان دریغ مکن، و رخ از آنان برمتاب، نسبت به امور نیازمندان و محتاجانی که به تو دسترسی ندارند، از آنان که دیده‌ها خوارشان می‌شمارد و مردم تحقیرشان می‌کنند کنجکاو کن، برای به عهده گرفتن امور اینان انسانی مورد اعتماد خود را که خدا ترس و فروتن است مهیا کن، تا وضع آنان را به تو خبر دهد. سپس با آنان به صورتی عمل کن که به وقت لقاء حق عذرت پذیرفته شود، زیرا اینان در میان رعیت از همه به دادگری و انصاف نیازمندترند، و در ادای حق همگان باید چنان باشی که عذرت نزد خداوند قبول شود. به اوضاع یتیمان و سالخورده‌گان که راه چاره‌ای ندارند و خود را در معرض سؤال از مردم قرار نداده‌اند رسیدگی کن. آنچه سفارش کردم بر حاکمان سنگین است، البته همه حق سنگین است و گاهی خداوند آن را بر اقوامی سبک می‌کند که خواهان عاقبت به خیری هستند و خود را به صبر و استقامت واداشته و به صدق آنچه خداوند به آن وعده داده اعتماد کرده‌اند. برای ملاقات با نیازمندان از جانب خود وقتی را برای آنان که به شخص تو نیازمندند قرار ده و در آن وقت وجود خود را برای آنان از هر کاری فارغ کن

رهنمودهای مقام معظم رهبری در امنیت و سلامت اجتماعی

در نگاه رهبر معظم انقلاب اسلامی، حضرت آیت‌الله امام خامنه‌ای، محیط زیست و حفظ و صیانت آن مسئله‌ای حیاتی و برگرفته از تعالیم اسلام است. معظم‌له این مسئله را یک «وظیفه حاکمیتی» می‌دانند. در این دیدگاه، هدف متعالی اسلام، برخوردار ساختن همه نسل‌ها از نعمت‌های الهی و ایجاد جامعه‌ای سالم و به دور از فاصله طبقاتی و مستعد برای رشد و شکوفایی است و الزامات شرعی، برای حفظ

قدرت ملی است. رابطه جمعیت و امنیت ملی یک رابطه دوسویه و متقابل است. تغییرات جمعیتی با تأثیرگذاری بر مسائل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، تأثیر تعیین کننده‌ای بر امنیت ملی دارد. الگوی تراکم و توزیع جغرافیایی جمعیت، ترکیب سنی و ساختار جمعیتی، نسبت قومیتی و مذهبی در شهرهای مختلف، مرز نشینی و مرکز نشینی، مهاجرت‌های داخلی و خارجی، از جمله مؤلفه‌هایی هستند که مفاهیم راهبردی جمعیت و امنیت ملی را به یکدیگر گره زده است. در مطالعه خرمشاد و همکاران، متغیرهای کمی رشد جمعیت، ترکیب دینی و مذهبی، قومی و زبانی جمعیت و متغیرهای کیفی تغییرات جمعیتی در حوزه نخبگان، بصیرت و ارزش‌های فرهنگی جمعیت، به ترتیب بیشترین تأثیر را بر امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران در بر داشته است (۱۹). افزایش جمعیت، روحیه اعتماد به نفس ملی را تقویت و عامل تعیین کننده قدرت ملی است و رشد منفی جمعیت قدرت ملی را به مخاطره می‌اندازد. علیی رابطه بین جمعیت و اقتدار سیاسی، اقتصادی و ملی را بررسی و چالش‌های ناشی از میزان باروری زیر حد جانشینی و پیر شدن جمعیت، ناشی از سیاست‌های نادرست باروری و کنترل جمعیت را یادآوری نموده است (۲۰).

زندگی سالم و امن انسان وابسته به محیط زیست است. رشد جمعیت، توسعه شهرنشینی، تحولات صنعتی، تغییرات الگوهای مصرف، مشکلات اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی و پیامدهایی مانند «تخریب محیط زیست»، «محرومیت‌های آموزشی و فرهنگی»، «فقر، بیکاری، حاشیه نشینی و سایر مشکلات اجتماعی» و «مشکلات اقتصادی» را به دنبال دارد. آموزش و ارتقای سواد سلامت زیست محیطی، استفاده صحیح از منابع آبی، مصرف منابع بیولوژیکی زمین، برای پایداری و حفاظت از محیط زیست، آمایش سرزمین با رویکرد کنترل نابسامانی‌های استفاده از سرزمین (فرسایش خاک، تخریب جنگل‌ها، بیابان‌زایی، کاهش منابع آب شیرین، شور شدن خاک‌ها و ...) برای امنیت و سلامت محیط زیست لازم است (سازمان حفاظت محیط زیست: جمعیت و اثر آن بر محیط زیست: ۱۳۸۷).

سایر مؤلفه‌های امنیت و سلامت اجتماعی

- رابطه امنیت اجتماعی با عدالت: مقدم بر همه امور در جامعه اسلامی، عدالت است. این ویژگی در نظام اسلامی شامل تمام احکام الهی، رعایت حق و قسط و مسئولیت متقابل حکومت و ملت و انصاف و شفقت بر خلق و مانند این‌ها می‌باشد
- امنیت اجتماعی و نهاد اجتماعی خانواده: یکی از موارد اهتمام به پدیده امنیت اجتماعی در سطح جامعه، ارتباط تنگاتنگ این مسئله با نهاد اجتماعی خانواده است (حفظ حریم زندگی خانوادگی از خطرات و تهدیدات، همچنین ارتقای سطح زندگی خانوادگی با اتخاذ تدابیری جهت کسب فرصت‌های زندگی ...) (۲۱)
- مؤلفه‌های زیست محیطی: «فروسایی محیطی و کشمکش بر سر منابع طبیعی، محیط زیست»: «فشارهای زیست محیطی

سام آرام، امنیت اجتماعی را یک نیاز پایه‌ای بسیار مهم و تحقق آن را مرهون برقراری سلامت اجتماعی بین افراد جامعه، به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی، دانسته است (۱۷). فاتحی راهبردهای اجتماعی و فرهنگی امنیت پایدار با تأکید بر گفتمان انقلاب اسلامی را بررسی و دو راهبرد کلیدی برای جامعه فعلی ایران پیشنهاد نموده است، یکی، «مردم محوری» و دیگری، «ظرفیت سازی» (۱۳). سایر راهبردهای پیشنهادی آن مطالعه عبارتند از:

- تولید و بازتولید مستمر و فزاینده فرهنگ امنیت میان لایه‌های گوناگون اجتماعی
 - تولید و بازتولید مستمر و فزاینده فرایندهای نظم اجتماعی از طریق جامعه‌پذیری و فرهنگ‌پذیری
 - تولید و بازتولید مستمر و فزاینده در فرایندهای مرتبط با ایجاد وحدت رویه و عدم برخورد‌های سلیقه‌ای دستگاه‌های مسئول با آسیب‌ها و جرایم حوزه امنیت اجتماعی
 - تقویت و اقتداربخشی به نهادها و سازمان‌های نظامی، انتظامی و قضایی مسئول در حوزه امنیت عمومی که مسئول حفظ جان، مال و نوامیس اعضای جامعه هستند
 - تقویت و اقتداربخشی به نهادها و سازمان‌های نظامی، انتظامی و قضایی مسئول در حوزه امنیت اجتماعی، که مسئول حفظ ارزش‌های حیاتی و اساسی جامعه هستند
- دکتر حسین ملک افضلی و همکار، شاخص‌های عدالت در سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی آن را بررسی و معتقد است رسیدن به هدف سلامت برای همه یا پوشش همگانی سلامت، بدون تحقق عدالت در سلامت، میسر نیست. عدالت در سلامت به معنی کاهش یا حذف آن دسته از نابرابری‌های سلامت است که قابل اجتناب می‌باشند و در واقع این عوامل در بین اقشار جامعه به صورت ناعادلانه توزیع شده‌اند. مهمترین این عوامل عبارتند از: فقر، تبعیض، نداشتن شغل مناسب، نداشتن درآمد کافی، بی‌سوادی و کم‌سوادی، نداشتن مسکن و محل کار مناسب، عدم برخورداری از محیط زیست پاک و ایمن، عدم برخورداری از خدمات سلامت کارآمد و قابل تحمل از نظر هزینه، عدم مراعات اخلاق حرفه‌ای و اسلامی و پاسخگویی در فرآیند دریافت خدمات سلامت، حکمرانی نامناسب در نظام سلامت، عدم برخورداری از امنیت و ایمنی غذایی، عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و عدم برخورداری از امکان استفاده از حمل و نقل مناسب. وی نتیجه گرفته است که تأمین عدالت در سلامت با بکارگیری اصول مراقبت‌های اولیه سلامت، یعنی تکنولوژی مناسب، مشارکت مردم و همکاری بین بخشی، همراه با شاخص‌های حساس به عدالت، معتبر، عملی و به روز و بالاخره تعهد سیاسی و اقدام همگان برای رفع بی‌عدالتی، میسر است (۱۸).

مؤلفه‌های مرتبط با جمعیت در امنیت ملی و سلامت اجتماعی

جمعیت سالم، عالم و برخوردار از فرهنگ، هنر و تفریح، از مؤلفه‌های

تهدیدات سلامت و امنیت اجتماعی در جنگ‌ها

جنگ آثار سو بر محیط زیست دارد، از این رو به جاست که قواعد و مقررات حقوق بشر دوستانه در اسلام و همچنین قانون و مقرراتی که در کنوانسیون‌های بین‌المللی آمده مورد احترام قرار گیرد.

ابعاد زیست محیطی امنیت و سلامت اجتماعی

- ۱- افزایش مداخلات بهره‌کشانه انسان از بنیادهای زیستی
- ۲- تشدید فقر،
- ۳- رشد جمعیت
- ۴- امنیت غذایی
- ۵- گرمایش جهانی
- ۶- تغییر اقلیم جهانی و نابودی سازمایه‌های زیست کره (کاهش لایه ازن، تغییرات آب و هوایی، جنگل زدایی، بالا آمدن سطح دریاها، نابودی سازه‌های کرانه‌ای، خشکیدن تالاب‌ها و رودها، ذوب یخ‌زارهای قطبی، تندبادها و سیلاب‌ها، نابودی زیستگاه‌ها و کشتزارها و ...)
- ۷- فروسای محیطی
- ۸- پناهندگان زیست محیطی
- ۹- نابودی تنوع زیستی
- ۱۰- آلودگی هوا
- ۱۱- کمبود و آلودگی منابع آب، بویژه آب‌های زیرزمینی و روزمینی
- ۱۲- آلودگی اقیانوس‌ها در اثر مداخلات صنعتی
- ۱۳- ایمنی هسته‌ای، فرسایش خاک

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی و به تبعیت از آن، امنیت ملی و پایداری آن مرتبط است. از سازوکارهای ارتقای آن پیشرفت اجتماعی و حرکت جامعه به سوی کمال بر اساس مؤلفه‌های انسان‌محوری، دنیامحوری و علم‌محوری است. لازمه پیشرفت اجتماعی ایجاد فضایی است که ضرورت احساس با ارزش بودن و مشارکت داشتن در محیط کار را القا کند. اما مهم‌تر و گسترده‌تر از این، توجه جدی به نظام توزیع عادلانه موهبت‌های اقتصادی و اجتماعی است که علاوه بر افزایش سطح بهروزی انسان‌ها، به کاهش جدی آسیب‌های اجتماعی نیز کمک می‌کند (۲۴).

هیچ عنصری برای پیشرفت و توسعه یک جامعه و همچنین شکوفایی استعدادها، مهم‌تر از عنصر امنیت و تأمین آرامش در جامعه نمی‌باشد. امنیت اجتماعی به معنای تمهید فضا و ابزارهای لازم برای ابراز وجود و طرح نظر گروه‌های مختلف اجتماعی از قبیل زنان، جوانان، اقوام و اقلیت‌ها، هنگامی موثر و مطرح است که به‌عنوان یک امر گریزناپذیر با یک ارزش پذیرفته شود. امنیت اجتماعی مورد نظر، اطمینان خاطر جامعه در قبال تحولات عادی و تحرکات عمدی معطوف به سلامت و هویت خود است.

مهم‌ترین و اولویت‌دارترین موضوعات امنیت و سلامت اجتماعی عبارتند از:

که مرزهای ملی را در می‌نوردند، «جا به جایی مرز آبریزها، اکوسیستم‌ها»، «مهاجرت، بیماری‌های خطرناک و آسیب‌های محیط زیستی»، «زلزله، طوفان، امواج سهمگین، سیل و خشکسالی»، «تأثیر تخریب محیط زیست بر سلامتی و اقتصاد جوامع» و ...

- عوامل اجتماعی موثر بر سلامت: «شرایط اجتماعی، اقتصادی که باعث بیماری می‌شود»، «میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی»، «مسائل اجتماعی نظیر فقر، بیکاری و بی‌سوادی»، «محل اقامت (تفاوت بین شهر و روستا، گروه‌های منطقه‌ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق) و بخش‌های دیگر شهرها»، «فرهنگ و ارزش‌ها»، «سرمایه اجتماعی» و ...
- فضای فکری و اجتماعی لازم برای طرح مسائل اجتماعی و گفتگو و تبادل اندیشه، به‌صورت آزادانه، خردمندانه و به دور از هرنوع سلطه
- سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، نشاط اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی، سطح مدارا و تحمل اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی همبستگی اجتماعی

نمونه‌هایی از عوامل تهدیدکننده امنیت و سلامت اجتماعی

- فقدان امنیت اجتماعی با هر نوع امنیتی در سطح داخلی و بین‌المللی، باعث می‌شود که به کل امنیت صدمه وارد گردد.
- کلیه مخاطراتی که در روابط گرم، عاطفی، صمیمی و محبت‌آمیز خانواده اختلال ایجاد نماید و احساس نزدیکی و همدلی میان آنان را از بین ببرد
- نابرابری‌های اجتماعی و بی‌عدالتی و موانع پرورش استعدادها و شکوفایی خلاقیت‌ها، اختلافات، تفاوت‌ها و ناهمگونی‌ها
- آسیب‌هایی نظیر میزان جرم و جنایت، فروپاشی خانواده، مصرف مواد مخدر، خودکشی، فرار از پرداخت مالیات و ...
- تنش‌ها و اختلافات فرقه‌ای و قومی
- مناقشات در مسئله تقسیم آب
- تأثیر خشونت‌های فرقه‌ای در کشورهای همسایه بر امنیت شهرهای مرزی (۲۲)
- قاچاق کالا و مواد مخدر
- تهاجم فرهنگی از طریق شبکه‌های ماهواره‌ای فارسی زبان
- ناامنی مرزی و مهاجرت غیرقانونی
- فقر و محرومیت شدید مناطق مرزی
- تروریسم و فعالیت گروهک‌های وابسته به خارج از مرزها
- آسیب‌های شبکه‌های اجتماعی (نظیر ناامنی در محتوا؛ برقراری ارتباط غیرمفید؛ حضور بی‌مورد و نامناسب در فضای مجازی؛ کلاهبرداری و سو استفاده‌های مالی؛ قرارگیری در معرض شایعات) (۲۳)
- بحران افزایی رسانه‌های بیگانه

dimensions?. Humanities Development Audit Secretariat, 2012. [In Persian]

6. Afgheh SM, Farazmand H, karobi R, Mallhagh Fard M. Quality of Life Index in the Provinces of Iran (2003–2009). 2013;5(17):105-30. [In Persian] doi:10.22054/QJSD.2013.3227

7. Jafarzadeh Dashbalagh D, Nasrollahzadeh MJ. Assessing social health in Iran and the world and presenting a multi-layered strategic model for achieving social health with emphasis on effective foundations and infrastructure. Journal of Iranian Social Development Studies. 2021;13(3):33-52.

8. Asefzadeh S, Piri Z. The concepts of human development and human development index trend in Iran. Iranian South Medical Journal. 2005;7(2):190-7. [In Persian]

9. Mikaeili J, Khorsandi M, Homayouni FS. Investigating the role of socio-economic factors affecting happiness (Case study of the active population of Tehran). Journal of Social Work. 2017;4(12):1-41. [In Persian]

10. Tarzi T, Yousef Beigi MH. A survey of the legatum success index in 2014 and a comparison of the situation in Iran with other countries. Office of Social Welfare Studies; 2015. https://karafarini.mcls.gov.ir/icm_content/media/article/20_orig_0.pdf

11. Habibzadeh Q. Dimensions of security from the perspective of Imam Khamenei. National Security. 2019;9(31):7-32. [In Persian]

12. Ebrahimi M. Sociological analysis of social health of factors affecting community security. The 3th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Social Studies; 2020. [In Persian]

13. Fatehi A. Social and cultural strategies of sustainable security with emphasis on the discourse of the Islamic Revolution. Journal of Security Horizons. 2012;5(15):101-18. [In Persian]

14. Darvishi F. Main aspects of security in Imam Khomeini's views and thinking. Strategic Studies Quarterly. 2010;13(49):55-82. [In Persian]

15. Asadi Karam R. Environmental effects on general health. The 2nd National Conference on Lifestyle and Health; 2018. [In Persian]

16. Pasandideh A. Social Health Situation in the Islamic Sources. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2021;5(2):237-46. [In Persian]

17. Samaram E. Community-oriented policing and social health. Journal of Social Order. 2009;1(1):9-

تفهیم و قبول معنای گسترده از امنیت به گونه‌ای که تهدیدات سلامت و امنیت اجتماعی را نیز در برگیرد

ارتقای ابعاد دینی و آموزه‌های قرآنی در سبک زندگی شهروندان
ترویج و تقویت تعاملات سازنده انسانی، اجتماعی و سلامتی بین شهروندان

تقویت برنامه‌ریزی‌های مدیریتی و امنیتی در راستای انسجام و پایداری اجتماعی شهروندان جامعه، نسبت به فرهنگ بومی و هویتی

ارتقای فرهنگ، دانش و سواد سلامت افراد جامعه
احترام به ارزش‌ها و آداب و رسوم فرهنگی و هویتی
عدالت اجتماعی، رفاه و تامین آسایش اجتماعی، روانی و اقتصادی

توجه به خلاقیت‌ها و حمایت از استعدادهای شکوفای شهروندان،
خاصه جوانان

تأمین، نگهداشت، ارتقا و پاسداشت سرمایه‌های ارزشی و فرهنگی
ارتقای میزان مشارکت پایدار شهروندان
ارتباط تنگاتنگ نهاد اجتماعی خانواده با نهادهای حاکمیتی و اجتماعی و پیشگیری از انواع آسیب‌های روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی و فرهنگی در بین خانواده‌ها
ترغیب و تشویق مشارکت پایدار شهروندان در راستای تأمین، نگهداشت و ارتقای سلامت و امنیت اجتماعی

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

منابع

1. Edrisi A, Sheykhdadzadeh L, Bozorgari M. Religions rules and institution have huge responsibility in improvig cultural and moral standards of the society. Journal of Medical Council of Iran. 2016;34(3):215-32. [In Persian]

2. Beheshti SS, Moradi R, Khalili Dare Bang R. Sociological Explanation of the Relationship Between Social Security Sense and Social Health. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2020;18(2):173-88. [In Persian]

3. Sharbatian MH, Imani N. A sociological analysis of social health of youth and factors affecting it (case study: 18-to 30-year-old citizens of qaen city). Journal of Applied Sociology. 2018;29(1):167-88. doi:10.22108/JAS.2017.75233.0

4. Tavakol M. Social Health: Dimensions, components, and indicators in Iranian and world studies. Journal of Bioethics. 2015;4(14):115-35. [In Persian]

5. Rafiei H. Social health: which concept? Which

Tehran: Ney Publication, 2007. [In Persian]

22. Koochi K, Abbaszadeh M, Rahbar M, Negarestan Farrokhi M. Factors threatening and strengthening social and cultural security in border cities. National Conference on Border Cities and Security; Challenges and approaches, 2012. [In Persian]

23. Social Network Pathology: Family Security in Cyberspace. IRIB News Agency. News ID: 1343990. [In Persian]

24. Pourreza A. Basis and Concepts of Social Progress. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2021;5(3):326-33. [In Persian]

29. [In Persian]

18. Malekafzali H, Malekafzali B. Indicators of Equity in Health and its Social Determinants. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2020;4(2):141-54. [In Persian]

19. Khoramshad MB, Aqa Mohammadi M, Babaiee S. Population Variables Effective in the Islamic Republic of Iran's National Security. Strategic Management Studies of National Defence Studies. 2019;9(36):34-7. [In Persian]

20. Aliche M. The role of population and population policies in strengthening the internal structure of power of the Islamic Republic of Iran. Journal of Security Horizons. 2015;8(28):107-34. [In Persian]

21. Chalbi M. Sociology of order: description and theoretical analysis of social order. Fourth edition.

Induced Demand in Health Services

Ali Ramezankhani 1*, Shahram Ghaffari 2, Hannan Hajimahmoodi 3,
Seyed Hasan Emami-Razavi 4, Maryam Khayamzadeh 5

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

2 PhD of Health Economics, Milad Hospital, Tehran, Iran

3 MD, Director General of Insurance and Revenue, Iran Health Insurance organization, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

4 Professor of Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

5 Assistant Professor of Community Medicine, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 28 February 2021 Accepted: 11 May 2021

Abstract

Background and Aim: Induced demand refers to performing care or unnecessary services to patients or clients of the health system by applying power and ordering the specialists of the system. Induced demand arises as a result of various economic and structural factors, health market factors, and the behavior of service recipients and vendors. In our country, induced demand is one of the challenges of the health system; it increases the costs of the health sector and reduces its efficiency. One of the main challenges in the health system is the lack of causes of problems such as induced demand and its underlying factors. Explaining and analyzing this phenomenon can provide a clear perspective for decision-making. According to general health policies, prevention of induced demand for medicine and medical equipment and supplies is the responsibility of the Ministry of Health and Medical Education, but practical activities have not been done yet. Despite the need for national applied research, we found a few credible databases about this phenomenon and there were limited researches that do not answer the questions and challenges in basic decisions. The aim of this study was to explain the strategies to reduce induced demand in the country's health services.

Methods: This study was done by searching credible scientific and international references with the keyword "induced demand" and reviewing the available upstream documents, collected information on the definitions of induced demand and its effective causes, induced demand methods in medical services, challenges and how to control it. An expert panel was held with 23 specialist and national experts. Findings were collected and completed and analyzed qualitatively.

Results: According to the findings, induced demand is a complex and multifactorial phenomenon that impairs the efficiency and allocation of national resources. In addition to upsetting the balance of supply and demand in the health market, it imposes additional costs on the patient and wastes time. This phenomenon sometimes leads to treatment and misdiagnosis and medical complications for health system client. Structural (causes related to organizational structure and service delivery, service recipients, and causes arising from insurance organizations) and social causes underlie the macro causes affecting induced demand.

Conclusion: Induced demand is the result of the interaction of individual, social and organizational factors that have social, health, and economic consequences for the community and can be prevented by using multiple strategies to prevent induced demand in health services.

Keywords: Induced Demand, Health Services, Health System.

* Corresponding Author: Ali Ramadankhani

Address: School of Public Health and Safety Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: aramezankhani@sbm.ac.ir

تقاضای القایی در خدمات سلامت

علی رمضانخانی^{۱*}، شهرام غفاری^۲، حنان حاجی محمودی^۳، سیدحسن امامی رضوی^۴، مریم خیامزاده^۵

۱ استاد ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲ دکتری تخصصی اقتصاد سلامت، بیمارستان میلاد، تهران، ایران

۳ دکترای حرفه‌ای پزشکی، مدیرکل بیمه‌گری و درآمد سازمان بیمه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۴ استاد جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵ استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: به انجام مراقبت یا فروش خدمات غیرضروری به بیماران یا مراجعین نظام سلامت با اعمال قدرت و سفارش افراد متخصص این سیستم، تقاضای القایی اطلاق می‌شود که در نتیجه عوامل متعددی از جمله اقتصادی، ساختاری، عوامل بازار سلامت و رفتار دریافت‌کنندگان خدمت و فروشندگان آن بروز می‌کند. تقاضای القایی در کشور ما یکی از چالش‌های نظام سلامت است که موجب افزایش هزینه‌های بخش سلامت و کاهش کارایی آن می‌شود. یکی از اساسی‌ترین چالش‌های موجود در نظام سلامت، عدم ریشه‌یابی صحیح معضلاتی همچون تقاضای القایی و عوامل زمینه‌ساز آن است. تبیین و تحلیل این پدیده می‌تواند چشم‌اندازی روشن را برای تصمیم‌گیری این حوزه ترسیم نماید. براساس سیاست‌های کلی سلامت، جلوگیری از تقاضای القایی دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، ولی اقدامات عملی در این حوزه به وضوح صورت نگرفته است. علی‌رغم ضرورت پژوهش‌های کاربردی ملی، در جستجوی پایگاه‌های معتبر و تحلیل این پدیده، تحقیقات محدودی یافت می‌شوند که پاسخگوی سؤالات و چالش‌های موجود در تصمیم‌گیری‌های اساسی نمی‌باشند. پژوهش حاضر با هدف تبیین راهکارهای کاهش تقاضای القایی در خدمات سلامت کشور انجام شده است.

روش‌ها: این مطالعه، با جستجو در منابع علمی و بین‌المللی معتبر با کلیدواژه «تقاضای القایی» و مرور اسناد بالادستی موجود، مجموعه اطلاعات درباره تعاریف تقاضای القایی و علل موثر بر آن، شیوه‌های تقاضای القایی خدمات پزشکی، چالش‌های موجود و راههای کنترل آن گردآوری شده است. همچنین یک جلسه هم‌اندیشی با حضور و کسب دیدگاه ۲۳ نفر از مسئولین، افراد کلیدی و خبرگان کشوری برگزار گردید. یافته‌ها پس از جمع‌آوری و تکمیل، به روش کیفی تحلیل و گزارش شدند.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها، تقاضای القایی پدیده پیچیده و چندوجهی است که کارایی و تخصیص منابع ملی را خدشه‌دار کرده و علاوه بر برهم زدن تعادل عرضه و تقاضا در بازار سلامت، باعث تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او می‌شود. این پدیده، گاهی باعث درمان و تشخیص‌های غلط و عوارض طبی برای گیرندگان خدمت می‌شود. علل ساختاری (علل مربوط به ساختار سازمانی و ارائه خدمات، دریافت‌کنندگان خدمات و علل ناشی از سازمان‌های بیمه‌گر) و اجتماعی، زیربنای علل کلان موثر بر تقاضای القایی می‌باشند.

نتیجه‌گیری: تقاضای القایی، برآیند تعامل علل درون فردی، اجتماعی و سازمانی می‌باشد که پیامدهای اجتماعی، سلامتی و اقتصادی را برای جامعه به همراه دارد و با بکارگیری راهبردهای چندگانه پیشگیری از تقاضای القایی در خدمات سلامت، قابل پیشگیری است.

کلیدواژه‌ها: تقاضای القایی، نظام سلامت، خدمات سلامت.

* نویسنده مسئول: علی رمضانخانی

آدرس: دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران،

ایران

ایمیل: aramezankhani@sbmu.ac.ir

مقدمه

سال‌های متمادی است که وجود تقاضای نابجا برای خدمات بهداشتی غیرضروری، موجب نگرانی گردیده است. به القای ارائه، مراقبت یا فروش خدمات غیرضروری به مراجعان سیستم سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارائه‌کنندگان همراه است، تقاضای القایی گفته می‌شود (۱).

القای تقاضا از سوی پزشک، بیمار، شخص ثالث، ترکیبی از پزشک با بیمار و شخص ثالث و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از علل زیربنایی موثر بر تقاضای القایی با تأکید بر نقش افراد هستند. همچنین پیچیده بودن پزشکی، متغیر بودن نیازها، چند بعدی بودن پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده و تبلیغات بازار سلامت از علل اجتماعی موثر می‌باشند (۲).

علل ساختاری از جمله قانون‌گذاری نادرست و عدم اجرای صحیح قوانین و ضعف در سیستم آموزشی و به تبع آن نادیده گرفتن اخلاق پزشکی، منجر به بروز چالش‌های جدی در خدمات سلامت برای بیمار و چالش‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی در جامعه می‌شود. نظام سلامت تحت تأثیر تقاضای القایی و عدم کنترل آن با چالش‌های مهمی مثل مخدوش شدن عدالت در سلامت، کاهش دسترسی، بهره‌وری و کیفیت خدمات، افزایش تقاضا و مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی شده است (۳). بنابراین ضروری است با استفاده از تجربیات و آموزه‌های علمی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب در کنترل این پدیده، اهتمام کامل صورت گرفته و با جلب حمایت و همکاری بخش‌های مختلف، برنامه‌های ملی مرتبط را عملیاتی نماید. در این مسیر بهبود رابطه میان پزشک و بیمار و نهادهای خدمات‌رسان، سیاست‌گذاری صحیح، بهبود تبلیغات و ایجاد ساختار صحیح در سازمان‌های بیمه‌گر، اصلاح روش پرداخت، اصلاح تعرفه‌ها و اجرای کامل پرونده الکترونیک، افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی در جامعه و نیز محافظت جامعه در برابر هزینه‌های سنگین نیازمند ریشه‌یابی صحیح و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و اقدام برای حل معضلات تقاضای القایی و عوامل زمینه‌ساز آن است (۴). در این راستا ضرورت انجام پژوهش‌های کاربردی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های عملیاتی مبتنی شواهد وجود دارد.

این مطالعه با هدف تبیین علل و عوامل موثر بر تقاضای القایی در خدمات سلامت و چالش‌های پیش‌روی نظام سلامت و راهبردهای پیشنهادی کنترل و کاهش آن، طراحی و انجام شد تا نتایج حاصل از آن، در اختیار متولیان و مجریان کشور قرار گیرد.

روش‌ها

این مطالعه در دو مرحله صورت گرفت. مطالعه کتابخانه‌ای و مرور متون و کسب نظر و دیدگاه خبرگان مرتبط با تقاضای القایی. در مرحله اول با کلید واژه تقاضای القایی (Induced Demand)، پایگاه‌های معتبر علمی جستجو شد. در منابع فارسی به معدود منابع چاپ شده دسترسی یافتیم که بیشتر به عوامل ایجاد تقاضای القایی

پرداخته بودند. روش انجام اغلب این مطالعات، کیفی و در برخی از موارد، کمی بود. متون استخراج شده، به‌دقت مطالعه و دسته‌بندی شدند. علاوه بر آن، نشست ۳/۵ ساعته با حضور خبرگان و مسئولین در رابطه با چالش‌های کلی و راهکارهای پیشنهادی برگزار و نظرات مطرح شده، ثبت و دسته‌بندی گردید. در برخی از موارد برای تکمیل مطالب اظهار شده، به شرکت‌کننده مراجعه و اطلاعات تکمیلی دریافت شد. در نهایت برای تغییر محتوای داده‌ها از تحلیل محتوای قراردادی (Conventional Content Analysis) استفاده گردید.

نتایج

برای بازنگری و اصلاح نظام سلامت کشور، شناسایی عوامل تأثیرگذار بر بروز تقاضای القایی بسیار مهم است. علل کلان موثر در ایجاد تقاضای القایی و چالش‌های ناشی از آن را می‌توان در سه دسته کلی علل ساختاری ۶۶/۶۹ درصد، علل اجتماعی ۰/۷۲ درصد و علل زیربنایی ۱۵/۵۹ درصد بیان نمود (۵).

علل زیربنایی موثر بر تقاضای القایی

مهمترین آن‌ها که به نقش افراد تعبیر می‌شود شامل القای تقاضا از سوی پزشک، از سوی بیمار، شخص ثالث، القای ترکیبی تقاضا (پزشک با بیمار و شخص ثالث) و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشند. در این دسته، علل ناشی از ذی‌نفعان، سایر ارائه‌دهندگان خدمات مثل موسسات تشخیصی، ساختاری سازمانی و علل مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات نیز قرار می‌گیرند (۶).

در بحث تقاضای القایی پزشک Physician Induced Demand، پزشکان به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند و به همین دلیل می‌توانند تقاضای بیمار را به صورت غیرضروری افزایش دهند. پزشکان در همه موارد، نقش نمایندگی را به درستی اجرا نمی‌کنند و توصیه آن‌ها تحت تأثیر منافع شخصی خود قرار دارد. بنابراین هر پزشک با توجه به افزونی معلومات نسبت به بیمار، وی را وادار به مصرف داروهای بیشتری می‌کند. تغییر تقاضا تحت تأثیر پزشک، حاکمیت مصرف‌کننده را به چالش می‌کشد (۷).

پزشکان دو نوع خدمت ارائه می‌دهند: ۱. ارائه اطلاعات پزشکی در مورد نیاز به خدمات و نوع خدمات مورد نیاز در هر شرایط و ۲. خدمات بالینی؛ به بیان دیگر به دلیل فقدان دانش کافی بیمار برای تشخیص یک وضعیت پزشکی و انتخاب دوره درمانی مناسب، پزشکان هم توصیه‌کننده و هم ارائه‌کننده خدمات سلامت هستند و به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند بنابراین قادرند تقاضای بیمار را به صورت غیرضروری افزایش دهند (۷).

تقاضای القایی عرضه‌کننده، از طریق افزایش تعداد خدمات ارائه شده توسط پزشکان به بیماران و یا تغییر در ترکیب خدمات رخ می‌دهد. افزایش جمعیت ارائه‌دهندگان متخصص منجر به تقاضا برای تجویز می‌شود و حتی اگر یک پزشک تمایل به تجویز خدمات دارویی فراوان

تعیین عوامل مرتبط به تصمیم به نسخه‌نویسی در سال ۱۹۹۷ نشان داد ۶۷٪ بیماران، انتظار تجویز دارو داشتند و اگر پزشکان تصور کنند که بیمار آن‌ها دارویی را می‌خواهد، بدون آنکه ضرورت بالینی داشته باشد به سادگی برای بیمار تجویز می‌کنند، هرچند که بیمار آن‌را درخواست نکند (۱۳). نتیجه یک تحقیق بیان نمود پزشکان عمومی گاهی اوقات نسخه‌های نامناسبی را تجویز می‌کنند تا رابطه خوبی را با بیماران خود حفظ کنند و همچنین بیماران، پزشکانی را ترجیح می‌دهند که حرف آن‌ها را گوش کنند و آن‌ها را به بحث درباره مشکلاتشان تشویق کنند (۱۴). مطالعه Coene سال ۲۰۰۶ نشان داد درک تقاضای بیمار به‌طور قابل توجهی در اغلب موارد منجر به تجویز آنتی‌بیوتیک می‌شود و وجود دستورالعمل‌های بالینی و مداخلات بهبود تجویز آنتی‌بیوتیک ضرورت دارد (۱۵).

اطلاعات و رابطه پزشک و بیمار

فقدان آگاهی و دانش عمومی از مصرف صحیح دارو از عوامل مهم در تقاضای القایی خدمات و مصرف غیرمنطقی دارو است. انتشار اطلاعات و تعیین راهبردهای مختلف در آموزش، مدیریت، قانون و امور مالی می‌تواند تقاضا را تحت تأثیر قرار دهد. در صورت ارائه اطلاعات صحیح به بیمار توسط پزشک، او درمان ارزان‌تر را انتخاب می‌کند. آگاه نمودن بیمار، موجب محدود شدن القای تقاضا می‌شود. باید بیمار و خویشاوندان نزدیک وی از تشخیص و درمان‌های مختلف مطلع گردند و در فرآیند تصمیم‌گیری برای درمان دخالت داشته باشند (۱۶). یکی از شروط کارگزاری سالم، برابری اطلاعات و دانش در طرفین رابطه است و چنانچه یکی از طرفین اطلاعات و دانش بالاتری نسبت به طرف دیگر داشته باشند، زمینه لازم برای تقاضای القایی وجود دارد.

درخواست و تقاضای نابجا توسط بیماران ریشه در ناآگاهی و فقر فرهنگی دارد در کنار تجویز غیر منطقی پزشکان، رفتار غلط بیماران به‌صورت خرید دارو و به‌طور مستقیم از داروخانه بدون تجویز پزشک نیز از چالش‌های مرتبط است (۱۷).

عوارض و مشکلات ناشی از تقاضای القایی

الف) عوارض فردی: اتلاف سرمایه، اتلاف وقت، تحمل درد و رنج و استرس، بروز عوارض ناشی از عمل جراحی غیرضروری و افسردگی از پیامدها و عوارض ناشی از تقاضای القایی می‌باشد. لذا پیامد تقاضای القایی در خدمات سلامت برای بیمار، چالش‌های فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی و عوارض درمانی خواهد بود که باید به این مشکلات، ایجاد نگرانی‌های بی‌مورد، سردرگمی، مشکلات خانوادگی، مختل شدن روند زندگی عادی فرد و بی‌اعتمادی به گروه درمان را اضافه کرد.

ب) علل و عوارض اجتماعی: اتلاف منابع مالی کشور بخصوص وقتی که دولت برای ارائه خدمات پزشکی یارانه پرداخت می‌کند، بروز مقاومت میکروبی در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها به علت اثر مصرف نابجا، افزایش تقاضای کاذب برای دریافت خدمات و ایجاد بازار سیاه در

نداشته باشد، با افزایش تعداد پزشکان خود به خود تقاضا برای نسخه و استفاده از خدمات دارویی فزونی می‌یابد (۳).

در تقاضای القایی پزشک، تعداد ملاقات‌های دوم بیماران با پزشک و تعداد تجویزهای دارویی متأثر از تقاضای القایی پزشک افزایش می‌یابد. از دلایل مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، موثر بر تقاضای القایی می‌توان به علل ناشی از عملکرد پزشکان، مانند: تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی‌مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه و عدم تمایل پزشک به ارائه خدمت صحیح به بیمار در بخش دولتی، دانش و مهارت ناکافی، تبانی با ارائه‌کنندگان خدمت در صورت فروش خدمات اشاره نمود (۸).

برای کنترل تقاضا باید راهبردهای اساسی ساماندهی تقاضا و مخالفت با تقاضای القایی و مجوز تجویز بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی کشور، اصلاح سازوکارهای نظارتی و نحوه تجویز پزشکان، بهره‌برداری صحیح از بانک اطلاعات نسخ پزشکان در سازمان‌های بیمه‌گر، افزایش آگاهی، نگرش و رفتار پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با بازآموزی و آموزش مداوم و مداخلات منطقی در قالب کارگاه‌ها و سمینارهای مرتبط با تجویز منطقی داروها و اصول نسخه‌نویسی استقرار یابد (۹).

مصرف‌کنندگان

به‌طور کلی، مصرف‌کنندگان در مورد نیاز به مراقبت آگاهی کافی ندارند، بنابراین مزایای خدمات بهداشتی درمانی برای مصرف‌کنندگان مشخص نیست و عمدتاً تقاضای خدمات بهداشتی درمانی، مبتنی بر قضاوت پزشک است. کاهش تقاضای القایی با افزایش توانمندسازی و خود مراقبتی مردم میسر می‌شود. مردم باید به سمتی هدایت شوند که خدمات سلامت را در سطوح یک، دو و سه بشناسند تا با شناسایی آن بتوانند از خدمات بهتری استفاده کنند. رفتار ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت باید توانمندسازی و ارتقا یابد (۱۰). از سویی فرهنگ غلط مردم، پزشکان را وادار به انجام خدمات القایی می‌کند (۶). آن‌ها خواسته‌ها، آرزوها و تمایلات نامحدودی نسبت به خدمات دارند. در مطالعات انجام شده، پنج موضوع را در این مورد موثر می‌دانند. از جمله تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان (۱۱).

به‌طور کلی، چالش‌های ناشی از تقاضای القایی برای بیمار در قالب چالش‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و عوارض درمانی تعریف می‌شوند (۱۱، ۱۲). چالش‌های اجتماعی بیماران مثل ایجاد نگرانی‌هایی بی‌مورد بیماران، سردرگمی بیمار، مشکلات خانوادگی و مختل شدن روند زندگی عادی فرد پیامدهای تقاضای القایی برای بیماران است. در یک نظرسنجی توسط Britten با هدف انتظارات بیماران از دریافت دارو و درک پزشکان عمومی از توقعات بیماران و

نبود سیستم انگیزشی برای تشویق کسانی که استانداردها را رعایت می‌کنند و نیز عدم کارایی ابزار جریمه در ایجاد الزام برای پزشکان، از مواردی است که برای کنترل تقاضای القایی باید مورد توجه قرار گیرند (۱).

بازار سلامت و بیمه

منابع مالی در گیرندگان خدمت، یکی از خواستگاه‌های تقاضای القایی است و ریشه در مسایل اخلاقی دارد. در تمام صنوف جامعه از جمله پزشکی مخاطرات اخلاقی وجود دارد. نظام پرداخت یکی از مواردی است که در ایجاد تقاضای القایی از سوی پزشکان تأثیر دارد. با توجه به ویژگی‌های بازار و سلامت بویژه عدم تقارن اطلاعات، ناهمگن بودن پزشکان، متمایز بودن کالای سلامت، پزشکان دارای قدرت انحصاری بوده و می‌توانند برای تأمین انگیزه مالی خود، مقدار خدمات را بیش از حد مورد نیاز تعیین و یا به منظور ارائه خدمات با کیفیت‌تر، از بیمار درخواست مبالغ اضافی به صورت غیررسمی نمایند (۲۲).

برای دستیابی به اهداف سازمان‌های بیمه‌گر در مدیریت هزینه باید روش پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت را تغییر داد و نظام پزشکی خانواده و ارجاع را در نظام عرضه خدمات اجرا کرد. چون سیستم ارجاع پزشک هیچ انگیزه مالی ندارد و تقاضای القایی از سوی ارائه‌دهندگان به شدت کاهش می‌یابد.

امروزه نگرانی اصلی سیاست‌گذاران بخش سلامت و محققان، ارتباط میان محرک‌های مالی و رفتارهای ارائه‌کنندگان خدمت به علاوه روش‌های کنترل رفتار نامناسب است (۶).

در حال حاضر مردم برای تأمین سلامت که حوزه بهداشت و درمان را در بر می‌گیرد، علاوه بر پرداخت حق بیمه، مبالغ قابل توجهی را از جیب خود پرداخت می‌کنند. شفاف‌سازی فرآیندهای حوزه سلامت باعث کاهش تقاضای القایی و پرداخت از جیب مردم می‌شود (۲۱). وقتی تقاضای برای خدمت بیشتر می‌شود، به دنبال آن هزینه‌ها نیز افزایش می‌یابد، بار مالی بر دوش مردم تحمیل می‌شود که سهم پرداخت از جیب افزایش می‌یابد. با سامان دادن به کسب درآمد ارائه‌دهندگان می‌توان از خدمات غیرضروری در سیستم‌هایی با خدمات محدود نظیر مطب‌ها و کلینیک‌ها پیشگیری نمود. پایین بودن قیمت پایه خدمات در بازار سلامت در مقایسه با سایر بازارهای اقتصادی و قانونمند کردن آن از اقدامات اساسی است (۱).

سازمان‌های بیمه‌گر

مهمترین راهکارهای موثر در مدیریت تقاضای القایی، اصلاح نظام پرداخت، افزایش اطلاع‌رسانی عمومی، و تقدم بهداشت و پیشگیری بر درمان است (۱). اصلاح سیستم‌های پرداخت و بازار پرداخت به پزشکان، اجرای کامل پرونده الکترونیک سلامت، اصلاح تعرفه‌ها، وجود بیمه‌های پایه با پوشش حداکثری، افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی در جامعه از راهکارهای موثر در کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت است.

نظام سلامت، تراکم کار و عدم صرف وقت کافی جهت مراقبت از بیماران توسط کارکنان سلامت و از دست رفتن فرصت برای نیازمندان مراقبت‌های دارای اولویت، از عوارض مهم تقاضای القایی خدمات سلامت هستند. بخشی از هزینه‌های غیرضروری حوزه سلامت که منجر به هدر رفتن منابع می‌شود به دلیل تقاضای القایی دوسویه است.

پیچیده بودن پزشکی، متغیر بودن نیازها، چندبعدی بودن پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده، عدم قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم و تبلیغات از علل موثر بر تقاضای القایی هستند. یکی از هزینه‌ای غیرملموس (Intangible Costs) که بیمار پرداخت می‌کند، اتلاف زمان و عمر ارزشمند افراد در دریافت خدمات غیرضروری است.

چالش‌های ناشی از تقاضای القایی پیش‌روی سلامت

ارائه‌کنندگان خدمت، تقاضای القایی را برای افزایش درآمد (در نظام پرداخت به ازای خدمت) با ارائه هر خدمتی که در جهت منافعشان باشد، به بیمار تحمیل می‌کنند. تغییرات در رفتار گیرندگان خدمت و ارائه‌دهنده خدمت در مجموع هزینه مراقبت‌های سلامت جامعه را افزایش می‌دهد. مطابق گزارش WHO، بیش از ۵۰ درصد از داروها به صورت نامناسب تجویز، توزیع یا فروخته می‌شوند و ۵۰ درصد بیماران موفق به مصرف آن‌ها به طور صحیح نمی‌شوند (۱۸). مطالعاتی که در سطح کشور در زمینه مصرف منطقی داروها به اجرا در آمده‌اند، همگی دلالت بر تجویز و مصرف غیرمنطقی در زمینه آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای تزریقی دارند. طبق ارزیابی کشوری وضعیت بخش دارو در جمهوری اسلامی ایران، شاخص‌های سرانه مصرف دارو و میزان تجویز و مصرف داروهای آنتی‌بیوتیک، کورتیکواستروئید و اشکال دارویی تزریقی به حد نگران‌کننده‌ای رسیده است (۱۹). پیامدهای اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای نظام سلامت، کاهش بهره‌وری اقتصادی، کاهش سهم هزینه‌ها در بهداشت و پیشگیری از دست رفتن ارز کشور، اتلاف بخش زیادی از منابع پولی در تبلیغات کاذب، افزایش هزینه‌های درمانی و تشخیص و افزایش سالانه سهم سلامت از تولید ناخالص ملی خواهد بود (۵).

برای کنترل تقاضای القایی لازم است نظارت‌های تخصصی صورت گیرد، جامعه پزشکی و مسئولان ذیربط باید با جدیت کنترل این کار را انجام دهند. در حال حاضر نظارت‌ها و کنترل نامحسوسی که از طریق سازمان‌های بیمه‌گر و حتی معاونت درمان وزارت بهداشت وجود دارد، کافی نیست. نظارت بر تقاضای القایی بیشتر با معاونت درمان وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. سازمان غذا و دارو نیز باید در حوزه تجویز مصرف منطقی برای پیشگیری از تقاضای القایی ورود جدی داشته باشد و برای مصرف منطقی دارو در قالب پروتکل‌های درمانی و دستورالعمل‌های تجویز داروهای گرانیقیمت و با مشارکت سازمان‌های ذیربط اقدام نماید. برای جلوگیری از این پدیده غیراخلاقی لازم است دستورالعمل‌های بالینی ابلاغ و اجرا شود (۲۰).

نقش بسیار موثر در کاهش تقاضای القایی در خدمات سلامت دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

تقاضای القایی، تقاضایی است که با بهره‌گیری از مزیت اطلاعاتی بیشتر نسبت به بیماران انجام می‌گیرد و مراقبت بیش از حد با ارزش مشکوک ارائه می‌شود (۲۳). پس زمینه برای فرضیه تقاضای القایی، فرض اطلاعات نامتقارن بین ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت می‌باشد (۲۴).

مصرف‌کنندگان در مورد نیازهای واقعی خود به مراقبت، آگاهی لازم را ندارند. مزایای خدمات بهداشتی درمانی برای آن‌ها مشخص نیست و عمده تقاضای خدمات بهداشتی درمانی مبتنی بر قضاوت پزشک است (۲۱). در تجزیه و تحلیل مراقبت پزشکی، تمرکز بر مراقبت‌های درمانی است. در بحث تقاضای القایی بیماران با چالش‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و عوارض درمانی روبرو می‌شوند (۱۱). ایجاد نگرانی‌های بی‌مورد در بیمار، سردرگمی، مشکلات خانوادگی و مختل شدن زندگی عادی فرد از چالش‌های اجتماعی بیماران درگیر شده با تقاضای القایی است. تحمل بار مالی هزینه‌ها، افزایش سهم پرداخت از جیب خانواده، افزایش هزینه‌های کمرشکن، اتلاف وقت و تخصیص درآمد خانواده به هزینه‌های غیرضروری سلامت از پیامدها و عوارض تقاضای القایی برای بیماران و خانواده آن‌هاست. از سوی دیگر مصرف‌کنندگان خدمات با تقاضای غیر صحیح نقش عمده‌ای در ایجاد چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت دارند (۲۱).

در موضوع تقاضای القایی عرضه‌کننده و به‌طور ویژه تقاضای القایی پزشک، پزشکان دو نوع خدمت را ارائه می‌دهند، یکی از آن‌ها ارائه اطلاعات پزشکی مورد نیاز به خدمات مورد نیاز و دیگری خدمات بالینی است (۶)، بیشترین علل مربوط به ارائه‌دهنده خدمات سلامت موثر بر تقاضایی القایی را می‌توان آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی‌مورد و زیاده از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیماری‌ها معرفی کرد. مهمترین راه کاهش تقاضای القا شده توسط پزشک، اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور است. در تمام صنوف جامعه از جمله پزشکی مخاطرات اخلاقی وجود دارد و یکی از مواردی است که در ایجاد تقاضای القایی از سوی پزشکان تاثیر دارد (۲۵).

امروزه نگرانی اصلی سیاست‌گذاران بخش سلامت و محققان، ارتباط میان محرک مالی و رفتارهای ارائه‌کنندگان خدمت به علاوه روش‌های کنترل رفتار نامناسب است. تقاضای القایی یکی از سرفصل‌های بحث برانگیز در اقتصاد سلامت است. بخشی از هزینه‌های غیرضروری حوزه سلامت که منجر به هدر رفتن منابع می‌شود بدلیل تقاضای القایی دوسویه است (۸). علاوه بر سازمان‌های بیمه‌گر، بخشی از هزینه‌ها توسط بیمه‌شدگان و بخشی دیگر توسط یارانه‌هایی که دولت برای خدمات سلامت و دارو در نظر گرفته است، پرداخت می‌شود. مطالعات انجام شده در کشور دلالت بر تجویز و مصرف غیرمنطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای تزریقی دارند (۲۶). نقض قوانین در

مسایل بنیادی و ساختاری همچون وجود تعرفه‌گذاری پویا، کارآمدی ساختارهای بیمه‌ای و وجود نظام‌های پرداخت کارآمد، وجود پرونده سلامت فراگیر و دقیق عوامل زمینه‌ای موثر بر کنترل تقاضای القایی می‌باشند. سازمان‌های بیمه‌گر نیز با چالش‌های اقتصادی، ساختاری از جمله، رشد غیر قابل کنترل هزینه‌ها، افزایش بدهی بیمه‌ها، پائین نگه داشتن تعرفه‌ها در بیمه و ناکارآمدی بیمه در محافظت از مخاطرات مالی بیمه‌شدگان، روبرو هستند. راهکارهای کنترل تقاضایی القایی در این رابطه، افزایش نظارت بر موسسات، اصلاح نظام پرداخت و اصلاح ارتباط مستقیم مالی پزشک و بیمار، پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، سقف‌گذاری اصلاح تعرفه‌ها، بانک اطلاعاتی مشترک بیمه‌ها، رایگان نشدن کامل خدمات، بکارگیری اهرم کنترلی مالیات در سیستم سلامت (۲۲) پیشنهاد می‌شود در بحث افزایش نظارت بر ارائه‌دهندگان خدمات ارائه‌کارنامه عملکردی به پزشکان، تحلیل هزینه‌های درمانی، بررسی ارتباط بین موسسات و پزشکان، داده کاوی، کنترل همپوشانی بیمه‌ای از طریق استحقاق سنجی در هنگام ارائه دارو یا خدمت، پیاده‌سازی استعمال اصالت دارو و پیشگیری از دوباره فروشی و ارسال پیامک به بیمه شده از راهکاری موثر می‌باشند.

برای اصلاح نظام پرداخت و رابطه مالی بیمار و پزشک تعریف فرانشیز متفاوت در بیماری‌ها، پرداخت سرانه سطح یک در صندوق روستایی و استقرار پزشکی خانواده، تعریف سرانه و فرانشیز پایین‌تر در مراجعه به پزشک خانواده، برقراری نظام ارجاع، پرداخت سرانه مراقبت بیماری‌ها و پیاده‌سازی راهنماهای بالینی (که از سال ۹۶ اقدام شده است) ضروری است. هرچند پیاده‌سازی راهنماها، با چالش‌های جدی روبروست از آن جمله می‌توان تغییرات مکرر راهنماهای بالینی در دوره زمانی کوتاه در برخی موارد، تاثیرگذاری تعارض منافع در تدوین و بازنگری گایدلاین‌ها، فقدان وحدت رویه در اجرا در سطح ارائه‌دهندگان و خریداران خدمت و عدم شفافیت در متن برخی از گایدلاین‌ها را نام برد. پیشنهادات برای پیاده‌سازی بهینه گایدلاین‌ها عبارتند از: الزام تجویز الکترونیک خدمات سرپایی، تشکیل ساختار تشکیلاتی مصوب برای تدوین و نظارت بر اجرای گایدلاین‌ها تعریف فرآیندی برای ثبت (Registry) بیماران، اضافه کردن راهنماهای بالینی به برنامه آموزشی پزشکی، تهیه بسته‌های تشویقی برای ارائه‌دهندگان خدمت از سوی بیمه‌ها و اولویت‌بندی تدوین و ابلاغ گایدلاین‌ها بر اساس هزینه، تواتر ماهیت خدمات می‌باشند.

پیامدهای اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای نظام سلامت بسیار مهم می‌باشد. افزایش بار هزینه‌های ناشی از القای خدمات غیرضروری منجر به کاهش سهم پرداختی در سایر بخش‌های سلامت به‌ویژه بهداشت و پیشگیری می‌شود.

به‌منظور چابک‌سازی وزارت بهداشت یکی از اصلی‌ترین اقدامات، افزایش شفافیت عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، اجرای فراگیر و دقیق پرونده الکترونیک سلامت است. پرونده‌های الکترونیک سلامت با ساده کردن مسیر تشخیص در درمان و شفاف کردن خدمات درمانی و اعتماد بیشتر به ارائه‌دهندگان خدمات،

عملکرد پزشکان منجر به تقاضای نابجا و توجیه‌ناپذیر برای خدمات بهداشتی درمان بین بیماران می‌گردد. پوشش بیمه‌ای قیمتی را که افراد برای مراقبت سلامت با آن روبرو می‌شوند، کاهش می‌دهد و باعث دسترسی بیشتر به مراقبت سلامت و در نتیجه خدمات اضافی می‌کند. پایین بودن قیمت پایه خدمات در بازار سلامت در مقایسه با سایر بازارهای اقتصادی، عامل موثر بر تقاضای القایی است (۱). در بحث سیاستگذاری و برنامه‌ریزی، نقض قوانین و عدم اجرای قوانین و سیاست‌های مصوب در ارتقا سلامت مردم بسیار حیاتی است، به ویژه بند ۵ سیاست‌های کلی سلامت یعنی «ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارد و واکسن - محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات برای کنترل تقاضای القایی در خدمات سلامت و کاهش ناشی از این پدیده راهکارهای مناسب کشوری وجود دارد.

راهکارهای کلی پیشنهادی

۱. اجرای کامل قوانین موجود با رویکرد ویژه به اجرای بند ۵ سیاست‌های کلی سلامت
۲. افزایش آگاهی و دانش عمومی و سواد سلامت مردم جهت استفاده صحیح از خدمات سلامت و توانمندسازی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت
۳. سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای مناسب در کنترل انگیزه‌های مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
۴. تقویت نقش سازمان‌های بیمه‌گر، پوشش کامل بیمه مردم و رفع چالش‌های اقتصادی و ساختاری سازمان‌های بیمه‌گر
۵. مداخلات منطقی آموزشی در قالب دوره‌های بازآموزی، آموزش مداوم مرتبط با تجویز منطقی داروها
۶. رویکرد جامعه‌نگر و مشارکت گروه‌های ذینفع مانند پزشکان، داروسازان، مردم، رسانه‌ها و سازمان‌های نظارتی در کنترل تقاضای القایی در خدمات سلامت
۷. اجرای برنامه‌های درازمدت برای افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد ارائه‌دهندگان و گیرندگان در زمینه ارائه و دریافت خدمات سلامت
۸. اصلاح سازوکارهای نظارتی و نحوه ارائه خدمات
۹. ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور
۱۰. استقرار راهنماهای بالینی پزشکی و موظف شدن پزشک به رعایت آن
۱۱. تصویب قانونی دائمی براساس تکلیف دولت بر ایجاد سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع و تکلیف نظام

بیمه‌ای

۱۲. استقرار نظام آموزش مستمر برای ایجاد و تقویت تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهنده و خدمت و مصرف‌کننده و اصلاح نارسایی مدل‌های آموزشی در نظام سلامت
۱۳. کارآمد نمودن سیاست‌ها و استراتژی‌های پرداخت و جبران خدمات ارائه‌کنندگان خدمات
۱۴. ارتقا کارآمدی و تاثیر نظام نظارت و کنترل کیفیت و استانداردهای ارائه خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی
۱۵. ایجاد و توسعه نظام تعرفه‌گذاری پویا و ارتقا و اجرای پرونده الکترونیک سلامت
۱۶. کاهش تقاضای القایی با توانمندی‌سازی و خود مراقبتی مردم و هدایت آن‌ها به سمت شناخت و استفاده صحیح از خدمات نظام سلامت
۱۷. بازتعریف نظام‌های آموزشی مبتنی بر اصول اخلاقی و حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
۱۸. توجه به بخش پیشگیری و استقرار نظام ارجاع
۱۹. اصلاح ارتباط مستقیم مالی پزشکی و بیمار

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

منابع

1. Aghaeeshajin A, Rajaie S. Induced Demand in Health: A Systematic Review. Strategic Studies of Public Policy. 2021;11(40):440-53. [In Persian]
2. Mohagheghi MA, Alimohammadzadeh K, Akhlaghdooost M. Induced demand in the Iranian health system: A review study. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022;5(4):554-66. [In Persian]
3. Ansari B, Hosseini SSM, Bahadori M. Determinants of reduction of induced demand in selected hospitals that affiliated with Iums in 2017; A qualitative study on provider. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2018;16(6):389-402. [In Persian]
4. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. International Journal for Equity in Health. 2020;19(1):112.
5. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Challenges resulting from healthcare induced demand: A qualitative study. Health Information Management. 2013;10(4):538-48.
6. Akhavan BA, Esmaili I. Supplier-induced demand (SID) for medical services by Iranian physicians

17. Jalali R, Mohammadi M. Synergy of poverty of health and cultural awareness with COVID-19 epidemic in Iran: letter to the editor. *Tehran University Medical Journal*. 2020;78(4):260. [In Persian]
18. World Health Organization. The World Medicines Situation Report 2011. Geneva, Switzerland: 2011. Available from: file:///C:/Users/Ofogh%20Rayaneh/Downloads/WHO_EMP_MIE_2011.2.4_eng.pdf
19. Zare Shahi R, Haghdoust AA, Asadipour A, Sadeghirad B. Rational usage of drug indices in the prescriptions of kerman medical practitioners in 2008. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2012;11(6):523-36. [In Persian]
20. Khodayari-Zarnaq R, Farhadi F, Arab-Zozani M. Document and Media Analysis on Unnecessary Services in the Iranian Healthcare System. *Health Research Journal*. 2020;5(4):247-56. [In Persian]
21. Riahi M, Molavi Taleghani Y, Salehiniya H, Vejdani M. Induced demand: A challenge on the way of Iran Health Revolution Program. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2016;7(5):1827-35. [In Persian]
22. Mohagheghzadeh F, Shirinbakhsh S, Najafizadeh A, Daghighi Asl A. Sensitivity of economic growth to life and non-life insurances. *Journal of Applied Economics Studies in Iran*. 2017;6(23):205-30. [In Persian]
23. Golkhandan A. Testing the hypothesis of health induced demand in Iran using the Bayesian Model Averaging. *Health Research Journal*. 2018;3(4):245-53. [In Persian]
24. Abdoli G, Varharami V. The role of asymmetric information in induced demands: a case study of medical services. *Journal of Health Administration*. 2011;14(43):37-42. [In Persian]
25. Amiresmaili M, Fatahpour AH, Barooni M, Rafiee N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: a case study in esfahan, 2013. *Knowledge and Health*. 2017;12(1):1-7. [In Persian]
26. Hosseinzadeh F, Sadeghieh Ahari S, Mohammadian-erdi A. Survey the antibiotics prescription by general practitioners for outpatients in Ardabil City in 2013. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2016;16(2):140-50. [In Persian]
- (policymaking and controlling). *Majlis & Rahbord*. 2019;25(96):321-41.
7. Varahrami V. A survey of physician-induced demand. *Journal of Health System*. 2010;2(1-2):37-42. [In Persian]
8. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Are health institutions involved in health care induced demand? (A qualitative study). *Payavard Salamat*. 2014;8(4):280-93. [In Persian]
9. Asgari H, Khalesi N, Nasiripour AA, Ziyari R. Factors affecting induced demand in Iran's health system: A qualitative study. *Management Strategies in Health System*. 2020;5(2):143-54. [In Persian]
10. Nasibparast S, Panahi H, Imani A. Determinants of patient visit time with obstetricians in east azarbayjan emphasizing on physician induced demand: Approach of hierarchical linear modeling. *Journal of Applied Theories of Economics*. 2018;5(2):127-48. [In Persian]
11. Khorasani E, Karimi S, Jafarian Jazi M. The Role of patients in induced demand from experts' perception: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;2(4):336-45. [In Persian]
12. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian JM. Opinions of health system experts about main causes of induced demand: A qualitative study. *Hakim Research Journal*. 2014;16(4):317-28. [In Persian]
13. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. 2000;320:484-8.
14. Madden D, Nolan A, Nolan B. GP reimbursement and visiting behaviour in Ireland. *Health Economics*. 2005;14(10):1047-60.
15. Coenen S, Michiels B, Renard D, Denekens J, Van Royen P. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand. *British Journal of General Practice*. 2006;56(524):183-90.
16. Ghiyasvandian S, Dehghan Nayeri N, Haghani H. The effect of decision Aid's Package in selected treatment by patients with early stage breast Cancer and decision making outcomes. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013;3(3):271-9. [In Persian]

The Position and Role of the Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran in the Iraq-Iran War (1980-1988)

Golamreza Asadikord ^{1*}

¹ Department of Management, University of Applied Sciences, Tehran, Iran

Received: 24 March 2021 Accepted: 1 June 2021

Abstract

The purpose of this article is to explain the legal status and study the guiding role and expression of the performance of the Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran during the Iraq-Iran war in the period 1359 to 1367 AH (1980-1988). The researcher intends to use theoretical and practical knowledge to explain the position, performance and valuable and exceptional experiences of this relief and non-profit organization during the war. The method of historical research and according to the subject, goals and time is based on intuitive-documentary study, books, articles, documents, statistics, reports of relevant devices and also personal experiences of the author, have been used to collect information. The mission of the International Committee of the Red Cross and international treaties are the basis for the legal status of the population charter. In order to play an effective role in the war, the performance and effective presence of this population have been examined from various aspects of support and spirituality at the domestic and international levels, and finally the top activities have been identified and explained as much as possible. In terms of innovation, this research is one of the few studies on the status, role and performance of the Red Crescent Society in the Iraq-Iran war, so as an effective step in this direction can be considered by the scientific community and relevant managers.

Keywords: Rescue, Red crescent society, Iraq-Iran war, Humanitarian law, Geneva conventions.

* Corresponding Author: Golamreza Asadikord
Address: Department of Management, University of Applied Sciences, Tehran, Iran.
E-mail: glolamrezaasadi2@gmail.com

جایگاه و نقش جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در جنگ عراق با ایران (۱۳۶۷-۱۳۵۹)

غلامرضا اسدی گُرد*

گروه مدیریت، دانشگاه جامع علمی کاربردی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۰۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۱۱

چکیده

هدف این مقاله تبیین جایگاه قانونی و بررسی نقش هدایتگری و بیان عملکرد جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در جریان جنگ عراق با ایران در بازه‌ی زمانی ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ ه.ش. است. محقق بر آن است تا با بهره‌مندی از دانش نظری و عملی به تبیین جایگاه، عملکرد و تجارب ارزنده و استثنایی این سازمان امدادی و عام‌المنفعه در ایام دفاع مقدس بپردازد. روش تحقیق، تاریخی و با توجه به موضوع، اهداف و زمان مبتنی بر بررسی شهودی- اسنادی است. برای گردآوری اطلاعات از کتاب‌ها، مقالات، اسناد، آمارنامه‌ها، گزارش دستگاه‌های ذی‌ربط و همچنین تجارب شخصی نگارنده استفاده شده است. برای جایگاه قانونی اساسنامه جمعیت، مأموریت کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و معاهدات بین‌المللی مبنای تبیین قرار گرفته‌اند. برای نقش آفرینی کارآمد در جنگ، عملکرد و حضور مؤثر این جمعیت از جنبه‌های مختلف حمایتی و معنوی در سطوح داخلی و بین‌المللی مورد مذاکره قرار گرفته و در نهایت فعالیت‌های برتر شناسایی و تا حد امکان تبیین شده‌اند. از جنبه نوآوری، این تحقیق از محدود پژوهش‌های انجام شده در زمینه جایگاه، نقش و عملکرد جمعیت هلال احمر در جنگ عراق با ایران می‌باشد، لذا به عنوان گامی مؤثر در این مسیر می‌تواند مورد توجه جامعه علمی و مدیران ذی‌ربط قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: امداد و نجات، جمعیت هلال احمر، جنگ عراق با ایران، حقوق بشردوستانه، کنوانسیون‌های ژنو.

* نویسنده مسئول: غلامرضا اسدی گُرد

آدرس: گروه مدیریت، دانشگاه جامع علمی کاربردی، تهران، ایران
ایمیل: golamrezaasadi2@gmail.com

مقدمه

در طول تاریخ مردمان زیادی بی‌گناه قربانی شده‌اند. با این وجود تا اواخر قرن نوزدهم هیچ نیروی سازمان‌یافته‌ای وجود نداشت تا برای نجات جان آدم‌های درگیر بلایای طبیعی و انسانی بکوشد. از این نظر تأسیس صلیب سرخ و هلال احمر، یک برگ سفید و درخشان در کتاب سرخ بلکه سیاه تاریخ بشر بود. جمعیت‌های ملی صلیب سرخ و هلال احمر به‌عنوان نیروهای کمکی مستقل از دولت، در حوزه بشردوستانه از مقامات دولتی در کشور متبوع خود پشتیبانی می‌کنند. دانش و تجارب بومی این جمعیت‌ها، دسترسی آن‌ها به جوامع محلی و زیرساخت آن‌ها این امکان را می‌دهد تا در هنگام جنگ و نیز دیگر نیازهای جوامع، بهترین کمک ممکن را به سرعت دریافت کنند.

جنگ عراق با ایران، از مهمترین جنگ‌های دوره معاصر در فاصله ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ ه.ش. بود. این جنگ در پی مجموعه‌ای از عوامل زمینه‌ساز و مناقشه‌های فزاینده سیاسی - نظامی با تجاوز نیروی‌های عراق به ایران آغاز شد. تلاش ایران برای بیرون راندن دشمن و باز پس‌گیری مناطق اشغالی و غلبه بر عراق، بن بست جنگ و فرسایشی شدن آن، گسترش جنگ شهرها، استفاده‌ی گسترده عراق از سلاح‌های شیمیایی و نهایتاً دخالت نیروهای بیگانه در منطقه‌ی خلیج فارس، رویارویی آمریکا با ایران، گسترش جنگ نفت‌کش‌ها و بین‌المللی شدن ابعاد جنگ و نیز عملکرد شورای امنیت سازمان ملل در طول جنگ و پس از آن در معرفی عراق به عنوان آغازگر جنگ و پذیرش مجدد قرارداد الجزایر از سوی این کشور، از جمله مشخصه‌های بارز آن به شمار می‌آید.

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در پابندی به رسالت ذاتی خود و با هدف کمک‌رسانی و تضمین حمایت از قربانیان درگیری و نزاع‌های مسلحانه که در راستای مأموریت کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، حول محور گسترش عملکرد بشردوستانه، کنوانسیون‌های ژنو و نهضت صلیب سرخ و هلال احمر و سیاست‌های دولت جمهوری اسلامی ایران دور می‌زند، در مسایل امدادی و بهداشتی درمانی برون مرزی و درون مرزی و تعهدات مربوطه، مطابق اساسنامه خود عمل می‌کند. جمعیت و عوامل امدادی آن مأموریت دارد که در زمان جنگ و در تصادمات و برخوردهای مسلحانه، طبق مقررات ملی و بین‌المللی و مصون از هرگونه ممانعت و یا تعرض دستجات متخاصم، بی‌طرفانه به کمک مجروحین و آسیب‌دیدگان و پناهندگان و آوارگان و اسرا و جستجوی مفقودالثرها شتافته و به طرفین درگیر به نحو یکسان و بدون هرگونه تبعیضی کمک‌های انسانی خود را عرضه نماید و طرفین متخاصم مکلف به احترام و همکاری با جمعیت و عوامل آن می‌باشند (۱).

جمعیت هلال احمر ایران در طول تاریخ پرافتخار خود از روز آغازین تاکنون با پرچم سفید صلح در شاهراه انسانیت، سرافراز و پرافتخار، نقش‌آفرین صحنه‌هایی با شکوه از فداکاری و از خودگذشتگی بوده است. سخن از تلاش‌ها، موفقیت‌ها و خدماتی که جمعیت هلال احمر به آسیب‌دیدگان، درمندان و بینوایان، ارائه کرده و بیان لحظه‌های باشکوه نوع دوستی و ایثار و تصویر نمودن چهره‌های متبسم امدادگرانی که همواره آغوش پرمهر خود را به روی نیازمندان و مددجویان گشوده و

نور زندگی را بر دل ناامیدان تابانده‌اند، به خودی خود کار آسانی نیست، بویژه آن‌گاه که سخن از هلال احمر در میانه‌ای از جنگ، آتش، آوارگی، اسارت، جانبازی و شهادت به میان آید. به جد قلم و زبان قاصر است از این که بتواند صحنه ایثارگری امدادگران بی نام و نشان، آن‌گاه که بر صفحه زندگی آیندگان نور امید و صلح را می‌تابانند، به تصویر بکشد. این مجموعه مختصر با بهره‌مندی از دانش نظری و عملی بر آن است تا برای ارج‌گذاری به این همه ایثارگری و نیز پاسداشت و انباشت تجارب ارزنده و استثنایی جمعیت در ایام جنگ در دو بخش مختلف اما مرتبط با هم به تبیین جایگاه، کارآمدی و عملکرد این سازمان امدادی و عام‌المنفعه بپردازد.

در بخش اول مبانی نظری و حقوق بشردوستانه بین‌المللی که بر جایگاه هلال احمر در مخاصمات تأکید دارد، تبیین می‌شود. در راستای این جایگاه مهم در بخش دوم به نقش‌آفرینی مؤثر جمعیت در طی هشت سال جنگ و پس از آن پرداخته می‌شود. در این خصوص فعالیت‌های برتر با جنبه‌های مختلف حمایتی و معنوی در سطوح داخلی و بین‌المللی شناسایی و تا حد امکان معرفی شده‌اند. عملکردی که کمتر به‌صورت جامع مورد اهتمام و اطلاع‌رسانی خاص و عام قرار گرفته است، شامل خدمات‌رسانی به آسیب‌دیدگان جنگ در خطوط مقدم و مناطق جنگی، فعالیت‌های پشتیبانی در پشت جبهه، نقش فعال در جنگ شهرها و تلاش برای رفع و کاهش آلام ناشی از آن، ارتباط با اسیران جنگی و جستجوی مفقودین، بازسازی اماکن درمانی آسیب دیده از جنگ و دیگر اقداماتی که در تمامی موقعیت‌های سخت و طاقت‌فرسای حاکم بر فضای جنگ و تا سال‌ها پس از آن از جایگاه قانونی به صورت داوطلبانه و ایثارگرانه و به طور مؤثر صورت پذیرفته است با این وصف جا دارد تا دیگرانی که در این تجربه تاریخی نقشی داشته و یا انگیزه‌ای در تقویت و تحول جمعیت دارند، به تکمیل و استمرار این مهم همتی عالی گمارند.

مفاهیمی که در این مقاله مورد توجه می‌باشند عبارتند از:

- **جنگ:** واژه‌ای پارسی و کهن و پرکاربرد به معنای هر گونه درگیری (ذهنی و لفظی و بدنی) افراد با خود یا با دیگران، خصوصاً به معنای زد و خورد خشن میان گروه‌ها و اقوام، ملت‌ها و کشورها به انگیزه‌های مختلف؛ از جنبه‌های مختلف قابل بررسی است. جنگ به‌عنوان واقعیته‌ی آمیخته با شر، از جمله لوازم اجتناب‌ناپذیر زندگی اجتماعی به‌شمار رفته است. رفتارهای خصمانه در طول تاریخ، به‌ویژه در میان گروه‌ها و دولت‌های رقیب و همجوار، به اشکال گوناگون بروز کرده و از منظر اهداف و انگیزه‌ها، گاه فتنه‌جویانه و گاه عدالت‌طلبانه بوده‌اند.

- **نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر:** بزرگترین شبکه جهانی بشردوستانه متشکل از حدود یکصد میلیون نفر است که با بی‌طرفی و بی‌غرضی به مردم کمک می‌کند تا خود را برای مقابله با بحران آماده کنند، کنار بیایند و از آن نجات پیدا کنند. سه جزء اصلی این نهضت عبارتند از: کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC)، فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال احمر (IFRC) و ۱۹۲ عضو ملی جمعیت‌های

موضوع، اهداف و زمان ابزار گردآوری اطلاعات کتاب‌ها، مقالات، اسناد، آمارنامه‌ها، گزارش‌های دستگاه‌های ذی‌ربط و در پاره‌ای از موارد تجارب شخصی نگارنده است که خود شاهد بخشی از حوادث، اتفاقات و افت‌وخیزهای بخش امداد و نجات در جنگ بوده و در بخش‌هایی از مناطق جنگی در این خصوص مسئولیت مستقیم داشته است.

نتایج

بخش اول: جایگاه حقوقی و بین‌المللی جمعیت هلال احمر

پیشینه و مبانی نظری و حقوقی

در حقوق بین‌الملل، جنگ درگیری مسلحانه میان کشورهاست که با اعلان صریح آن از سوی حداقل یکی از طرفین درگیر و با هدف دستیابی به منافع و مصالح ملی صورت می‌گیرد. بر اساس این تعریف درگیری‌های داخلی در داخل یک کشور، جنگ به مفهوم حقوقی آن به شمار نمی‌رود مگر آن که یک کشور ثالث این خصامه را به عنوان جنگ به رسمیت بشناسد. امروزه در بسیاری از اسناد کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC) و منشور ملل متحد (Charter of the United Nations)، به جای اصطلاح جنگ از تعبیر «برخورد مسلحانه» استفاده می‌شود تا درگیری‌های داخلی را هم دربرگیرد. ترکیب اصطلاحی «جنگ سرد»، که بیانگر نوعی موازنه وحشت فرهنگی و اعتقادی میان بلوک شرق و غرب پس از جنگ جهانی دوم بود، فاقد مفهوم حقوقی جنگ است.

امروزه قواعد حقوق نوین جنگ شامل قواعد حاکم بر روابط کشورهای متخاصم با یکدیگر یا با کشورهای بی‌طرف است. بخش مهمی از حقوق جنگ، ناظر به قوانینی است که شامل گروه‌های آسیب‌پذیر در جنگ، به ویژه غیرنظامیان، می‌شود. از جمله مقررات مربوط به مجروحان و کودکان و زنان و اسیران و روزنامه‌نگاران، ممنوعیت‌های مربوط به بمباران مکان‌های غیرنظامی و شکنجه و بازجویی غیرانسانی، قوانین مربوط به صلیب سرخ و تردد آمبولانس‌ها، تأسیسات بهداشتی و خدماتی، تأسیسات خطرناک یا عام‌المنفعه (مانند سدها، نیروگاه‌های هسته‌ای و خدمات آبرسانی عمومی)، اموال فرهنگی، قوانین حمایت از محیط زیست و مقررات مربوط به ممنوعیت استفاده از سلاح‌های غیرانسانی و خشونت بار، مانند گلوله‌های انفجاری، سلاح‌های شیمیایی، هسته‌ای، میکروبی و آتش‌زا.

با این همه، تجربه دو جنگ جهانی اول و دوم نشان می‌دهد که این قبیل مقررات چندان موفقیت‌آمیز نبوده و حتی به گونه‌ای ضرورت فعالیت نظامی را موجه نشان داده است. در یک چنین میانه‌ای در مخاصمات مسلحانه حمایت از غیرنظامیان، مجروحان، کودکان، زنان، اسیران، بهبود ارائه مراقبت‌های درمانی بی‌غرض و مؤثر و خشونت علیه مراقبت‌های درمانی موضوعی پیچیده با ابعاد متعدد است که از حملات مستقیم علیه کارکنان و امکانات مراقبت‌های درمانی تا ممانعت از حمل و نقل درمانی و ناامنی کلی که بر دسترسی به مراقبت درمانی تأثیر می‌گذارد، متغیر است. با وجود چنین وضعیت پیچیده و بغرنجی موفقیت کمیته صلیب سرخ جهانی در آن است که توانسته

صلیب سرخ و هلال احمر.

• فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر (IFRC):

این فدراسیون بین‌المللی یک سازمان بشردوستانه جهانی است که مسئولیت ایجاد هماهنگی و هدایت عملیات کمک‌رسانی بین‌المللی را پس از بلایای طبیعی و یا بلایای ناشی از عملکرد انسان در شرایط غیرجنگی به عهده دارد. رسالت این نهاد ارتقای وضع زندگی افراد آسیب‌پذیر از طریق بسیج نیروی انسان‌دوستی است.

• کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC):

این کمیته یک سازمان بین‌المللی مستقل و بی‌طرف است که تلاش دارد حمایت و کمک‌رسانی بشردوستانه به قربانیان درگیری مسلحانه و دیگر شرایط خشونت‌آمیز را تضمین نماید. این سازمان در شرایط اضطراری وارد عمل شده و همزمان لزوم رعایت حقوق بین‌المللی بشردوستانه و ادغام آن در قوانین داخلی را هم ترویج می‌کند.

• حقوق بین‌المللی بشردوستانه (IHL):

به مجموعه قوانینی اطلاق می‌شود که به دلایل بشردوستانه به روش‌های حمایت از اشخاصی که در مخاصمات شرکت نکرده یا دیگر در آن مشارکت نمی‌کنند و به تحدید آثار مخاصمات مسلحانه از طریق قاعده‌مند کردن ابزار و روش‌های جنگ افروزی می‌پردازند. این قوانین هم در شرایط درگیری مسلحانه بین‌المللی و هم غیر بین‌المللی اعمال می‌شوند (۲).

• معاهدات: ابزار اصلی حقوق بشردوستانه بین‌المللی مورد قبول جهانی است که برای حمایت از قربانیان جنگ در شرایط درگیری مسلحانه بین‌المللی و غیر بین‌المللی اعمال می‌شوند. شامل کنوانسیون‌های ژنو که در ۱۲ آگوست ۱۹۴۹ تصویب شده و دو پروتکل الحاقی در سال ۱۹۷۷ و پروتکل الحاقی سوم که در سال ۲۰۰۵ به تصویب رسیده‌اند.

• کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷ و ۲۰۰۵:

مهم‌ترین قواعد محدودکننده خشونت جنگ هستند و از اشخاصی که در مبارزات مشارکت ندارند و اشخاصی که دیگر توانایی مبارزه ندارند، حمایت می‌کنند.

• جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران (RSCIR):

این جمعیت موسسه‌ای خیریه، غیر انتفاعی و دارای شخصیت حقوقی مستقل می‌باشد که، به کلیه تعهدات و قراردادهای بین‌المللی مربوط به اهداف و وظایف جمعیت‌های هلال احمر و صلیب سرخ و نیز مقررات اتحادیه جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر که با قانون اساسی و سایر قوانین جمهوری اسلامی ایران مغایرت نداشته باشد، پایبند بوده و در مسائل امدادی و بهداشتی درمانی برون‌مرزی و درون‌مرزی و تعهدات مربوطه در راستای سیاست‌های دولت جمهوری اسلامی ایران، مطابق اساسنامه خود عمل می‌کند (۱).

روش‌ها

روش تحقیق تاریخی مبتنی بر بررسی شهودی- اسنادی و با توجه به

دقیقاً این موضوعات مشترک را جستجو، تدوین و به کمال رسانده و آن‌ها را به عنوان قوانینی قابل قبول که کاملاً با طبیعت انسان سازگار است، برای همه ارائه نماید (۳).

منشأ تعهدات جمعیت هلال احمر در زمان جنگ

حقوق بین‌المللی بشردوستانه (IHL) با تأسیس صلیب سرخ در سال ۱۸۶۳ یا با تصویب اولین کنوانسیون ژنو در سال ۱۸۶۴ به وجود نیامده است. در حقیقت، هرگز جنگی وجود نداشته که هیچگونه قواعدی، مبهم یا مشخص، بر آن حاکم نباشد؛ این قواعد آغاز و پایان جنگ‌ها و همینطور نحوه هدایت آن‌ها را معین می‌کردند. به علاوه، در بسیاری از متون کهن همچون مهاباراتا، کتاب مقدس و قرآن، قواعدی برای حمایت و احترام به متخاصم وجود دارند (۲).

منشأ تعهدات و قراردادهای بین‌المللی که بر جایگاه و نقش جمعیت هلال احمر به کمک‌رسانی و امداد در جنگ تصریح دارد را می‌توان در رسالتی که برای کمیته بین‌المللی صلیب سرخ تعریف شده است، یافت. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ یک سازمان مستقل و بی‌طرف است که تلاش دارد حمایت و کمک‌رسانی بشردوستانه به قربانیان درگیری مسلحانه و دیگر شرایط خشونت آمیز را تضمین نماید. این سازمان در شرایط اضطراری وارد عمل شده و همزمان لزوم رعایت حقوق بین‌المللی بشردوستانه و ادغام آن در قوانین داخلی را هم ترویج می‌کند تا مانع رنج آحاد مردم شود (۳).

کنفرانس ژنو از توافق ۱۸۶۳ میلادی اعضای صلیب سرخ جهانی به‌عنوان مرجعی برای تعریف قوانین خود بهره برد. طی این قوانین، بی‌طرفی جامعه پزشکی در جنگ‌ها، حین کمک‌رسانی و مداوای مجروحین جنگی تعریف شد. در این معاهده بین‌المللی مصونیت نیروهای امداد رسان و پزشکی در میدان‌های جنگ، از حملات نیروهای متخاصم نیز به تأیید رسید.

همچنین در همین سال نشان صلیب سرخ رنگ بر روی زمینه سفید، ابتدا توسط ۱۲ عضو و سپس توسط تمامی اعضا به رسمیت شناخته شد. با شروع به کار صلیب سرخ جهانی قانون دیگری نیز به مجموعه قوانین آن افزوده شد. این قانون به محافظت از مجروحین و اسرای جنگی در نبردهای دریایی می‌پرداخت. این تحولات، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ را منشأ جنبش صلیب سرخ بین‌المللی و جنبش هلال احمر قرار داده است. در ابتدا، وظیفه کمیته بین‌المللی صلیب سرخ تشویق به ایجاد جمعیت‌های ملی بود (انجمن اول در نوامبر ۱۸۶۳ در ایالت وورتمبرگ آلمان بود) و به عنوان یک کانال ارتباطی بین آن‌ها عمل می‌کرد. اولین عملیات میدانی آن در سال ۱۸۶۴، در جریان جنگ آلمان و دانمارک بود. نمایندگان برای کار در هر طرف خط مقدم فرستاده شدند. این آغاز نقش عملیاتی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ به‌عنوان یک واسطه بی‌طرف بین جنگجویان را نوید می‌دهد.

فعالیت‌های کمیته بین‌المللی صلیب سرخ بر مبنای کنوانسیون‌های ژنو مصوب ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی به آن‌ها، اساسنامه این سازمان و نیز اساسنامه نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و قطعنامه‌های کنفرانس بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر تنظیم

می‌شوند. بنا به پیشنهاد کمیته بین‌المللی صلیب سرخ بود که دولت‌ها کنوانسیون‌های ژنو اولیه را در ۱۸۶۴ تصویب کردند. از آن زمان، کمیته با حمایت تمامی اعضای نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر به‌طور مستمر دولت‌ها را تشویق کرده تا حقوق بین‌المللی بشردوستانه را با شرایط جدید تطبیق دهند، به خصوص با توجه به توسعه وسایل و روش‌های جنگی جدید، تا بتوانند حمایت مؤثرتری از قربانیان درگیری به عمل آورند.

امروزه، تمامی دولت‌ها بر اساس کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو مصوب ۱۹۴۹ ملزم هستند که در زمان درگیری مسلحانه از مجروحان، بیماران و کشتی شکستگانی که عضو نیروهای مسلح هستند و نیز از اسرا و غیرنظامیان حمایت و حفاظت نمایند. بیش از سه چهارم از تمامی دولت‌ها در حال حاضر عضو پروتکل‌های الحاقی به کنوانسیون‌های مصوب ۱۹۷۷ هستند. پروتکل اول برای حمایت از قربانیان درگیری‌های مسلحانه بین‌المللی است و پروتکل دوم برای قربانیان درگیری‌های مسلحانه غیر بین‌المللی. در این معاهدات به‌طور خاص قواعد لازم برای حمایت از جمعیت غیرنظامی در برابر آثار مخاصمات درج شده‌اند.

معاهدات و حقوق عرفی

«حقوق معاهدات» و «حقوق عرفی بین‌الملل» منابع اصلی حقوق بین‌المللی حقوق بشردوستانه هستند. معاهدات مورد قبول جهانی شامل کنوانسیون‌های چهارگانه ۱۹۴۹ ژنو و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷، منابع مکتوبی هستند که دولت‌ها به‌طور رسمی قواعد خاصی را بر آن اساس ایجاد می‌کنند. حقوق عرفی بین‌الملل از «رویه‌های عمومی پذیرفته شده به عنوان قانون» مشتق می‌شود.

۱- معاهدات

معاهدات، مانند کنوانسیون‌های چهارگانه ۱۹۴۹ ژنو، و دو پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷، کنوانسیون‌هایی هستند که دولت‌ها به‌طور رسمی قوانین خاصی را بر آن اساس ایجاد می‌کنند. همچنین معاهدات می‌توانند در قالب پروتکل‌ها، پیمان‌ها، توافقنامه‌ها و غیره باشند. قواعد آن‌ها تنها به دولت‌هایی اعمال می‌شوند که رضایت خود را برای متعهد بودن به این قوانین ابراز کرده‌اند.

کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷ و ۲۰۰۵ شاکله حقوق بین‌المللی بشردوستانه را تشکیل می‌دهند. کنوانسیون‌های ژنو و پروتکل‌های الحاقی حاوی مهمترین قواعد محدودکننده خشونت جنگ هستند. این میثاقیه‌ها از اشخاصی که در مبارزات مشارکت ندارند (غیرنظامیان، پرسنل درمانی، کارکنان امدادی) و اشخاصی که دیگر توانایی مبارزه ندارند (زخمیان، بیماران، نیروهای کشتی شکسته اسرای جنگی) حمایت می‌کنند.

کنوانسیون‌های ۱۹۴۹ ژنو

- کنوانسیون اول ژنو: در حین جنگ سربازان زخمی و بیمار در خشکی را مورد حمایت قرار می‌دهد. کنوانسیون فعلی چهارمین نسخه از

نحوه جنگیدن در نبرد محدودیت اعمال می‌کند. پروتکل الحاقی دوم اولین معاهده بین‌المللی بود که منحصر به شرایط درگیری مسلحانه غیرنظامی پرداخت.

در سال ۲۰۰۵، پروتکل الحاقی سوم نیز برای کنوانسیون‌های ۱۹۴۹ ژنو به تصویب رسید؛ این پروتکل نشان دیگری، کریستال قرمز، را ایجاد کرد که وضعیت بین‌المللی مشابهی همچون صلیب سرخ و هلال احمر دارد.

- پروتکل الحاقی اول (API): معاهده‌ای است شامل محدودیت‌هایی برای نحوه انجام عملیات نظامی در حمایت از قربانیان منازعات در مورد درگیری‌های مسلحانه بین‌المللی نظیر افراد و جمعیت‌های غیرنظامی، اشیاء غیرنظامی، اشیاء فرهنگی و عبادتگاه‌ها، اشیاء ضروری برای بقای اجتماعات غیرنظامی و محیط طبیعی، الزام به جستجوی افراد گمشده و محافظت از فعالیت‌های سازمان‌های دفاع مدنی. این معاهده به این دلیل پدید آمد که روش‌های جدید جنگی توسعه یافته بود.

- بررسی اجباری: طبق ماده ۳۶ پروتکل الحاقی (API)، هر کشور عضو موظف است قانونی بودن سلاح‌ها، وسایل یا روش‌های جنگی جدیدی را که مطالعه، تولید، به‌دست می‌آورد یا اتخاذ می‌کند، را ارزیابی نماید. این ارزیابی باید تعیین کند که آیا بکارگیری آن‌ها، در برخی یا همه موقعیت‌ها، باعث نقض قوانین API یا سایر قوانین حقوق بین‌الملل می‌شود.

- پروتکل الحاقی دوم (API II): مربوط به حمایت از قربانیان منازعات و درگیری‌های مسلحانه غیر بین‌المللی با هدف گسترش قوانین اساسی حقوق بین‌المللی بشردوستانه است.

۲- حقوق بین‌الملل عرفی

حقوق بین‌الملل عرفی از قواعدی تشکیل شده که به عنوان «رویه‌های عمومی پذیرفته شده به عنوان قانون» در نظر گرفته می‌شوند و مستقل از حقوق معاهدات وجود دارند. حقوق بین‌المللی بشردوستانه عرفی در مخاصمات مسلحانه امروز از اهمیت خاصی برخوردار است چراکه این حقوق خلافاً باقی‌مانده از حقوق معاهدات در خصوص مخاصمات بین‌المللی و غیر بین‌المللی را پر کرده و بدین شکل حمایت ارائه شده به قربانیان را تقویت می‌کند.

حقوق بین‌المللی بشردوستانه عرفی به دو دلیل عمده در مخاصمات مسلحانه امروزه نیز ربط دارد. اولین دلیل آن است که بسیاری از دولت‌ها با وجودی که حقوق معاهدات که از اهمیت بسیاری برخوردار است را به تصویب نرسانده‌اند، ملزم به رعایت حقوق عرفی باقی می‌مانند.

دلیل دوم ضعف نسبی حقوق معاهدات در خصوص درگیری‌های مسلحانه غیر بین‌المللی است؛ درگیری‌هایی که گروه‌های مسلح در آن‌ها شرکت داشته و معمولاً در داخل مرزهای یک کشور واقع می‌گردند.

حقوق بین‌المللی بشردوستانه (IHL) و قوانین داخلی کشورها

IHL مجموعه‌ای از قوانین است که به دنبال محدود کردن پیامدهای بشردوستانه درگیری‌های مسلحانه است. گاهی از آن به عنوان قانون

کنوانسیون اولیه ۱۸۶۴ ژنو در خصوص زخمیان و بیماران است که در ابتدا در سال ۱۹۰۶ و سپس در ۱۹۲۹ اصلاح گردید. این کنوانسیون از ۶۴ ماده تشکیل شده است و علاوه بر زخمیان و بیماران ناظر بر حمایت از پرسنل درمانی و مذهبی، واحدها و وسایل نقلیه درمانی نیز می‌باشد. این کنوانسیون، همچنین، به نشان‌های حمایتی (از جمله نشان هلال احمر) اعتبار رسمی می‌بخشد.

- کنوانسیون دوم ژنو؛ در حین جنگ از زخمیان، بیماران و کشتی‌شکستگان عضو نیروهای مسلح در دریا حمایت می‌کند.

این کنوانسیون برای تطبیق با اصول کنوانسیون ۲۲ اوت ۱۸۶۴ ژنو درباره جنگ‌افروزی در دریا جایگزین کنوانسیون ۱۹۰۷ لاهه شد. مفاد آن از نظر ساختار و محتوی با مفاد کنوانسیون اول ژنو بسیار مشابه است. این کنوانسیون مشتمل بر ۶۳ بند است که منحصر به جنگ در دریا اختصاص دارند. برای مثال این کنوانسیون از کشتی‌های بیمارستانی حمایت می‌کند.

- کنوانسیون سوم ژنو؛ به اسرای جنگی می‌پردازد. این کنوانسیون جایگزین کنوانسیون مرتبط با رفتار با اسرای جنگی ۱۹۲۹ شد و مشتمل بر ۱۴۳ بند است. در مقایسه با کنوانسیون‌های اول و دوم ژنو، در این کنوانسیون دسته‌بندی‌های اشخاصی که در تعریف اسیر جنگی قرار می‌گرفتند گسترده‌تر شد. اماکن و شرایط بازداشت با دقت بیشتری تعریف شدند؛ به‌ویژه به توجه به کار اسرای جنگی، منابع مالی آن‌ها، کمک‌هایی که دریافت می‌کنند و روندهای قضایی که علیه آن‌ها پایه‌گذاری شده‌اند. این کنوانسیون مقرر می‌نماید که پس از پایان مخاصمات اسرای جنگی باید بدون فوت وقت آزاد شده و به کشورشان بازگردانده شوند.

- کنوانسیون چهارم ژنو؛ ناظر بر حمایت از غیرنظامیان، شامل آن‌هایی که در مناطق تحت اشغال هستند، می‌باشد.

این کنوانسیون متشکل از ۱۵۹ بند بوده و شامل بخش کوتاهی است که به‌طور گسترده به حمایت از افراد در برابر پیامدهای خاص ناشی از جنگ می‌پردازد؛ هرچند، نحوه هدایت مخاصمات در این بخش مورد بحث قرار نمی‌گیرد. بیشتر این کنوانسیون به وضعیت و رفتار با اشخاص مورد حمایت، تمایز میان وضعیت بیگانگان در سرزمین‌های تحت کنترل یکی از طرفین درگیری و وضعیت غیرنظامیان در سرزمین اشغال شده می‌پردازد. این کنوانسیون وظایف قدرت اشغالگر در خصوص غیرنظامیان را تصریح کرده و شامل جزئیاتی درباره امداد بشردوستانه برای اشخاصی که در سرزمین‌های تحت اشغال هستند می‌باشد. به‌علاوه این کنوانسیون حاوی یک رژیم خاص درباره رفتار با زندانیان غیرنظامی است.

پروتکل‌های الحاقی

طی دو دهه پس از تصویب کنوانسیون‌های ژنو، درگیری‌های مسلحانه غیر بین‌المللی و جنگ‌های آزادی ملی تکرار بیشتری یافت. در پاسخ، در سال ۱۹۷۷ دو پروتکل الحاقی به کنوانسیون‌های ۱۹۴۹ ژنو تصویب شدند که حمایت از قربانیان درگیری‌های مسلحانه بین‌المللی (پروتکل الحاقی اول) و غیر بین‌المللی (پروتکل الحاقی دوم) را تقویت نموده و بر

درگیری مسلحانه یا قانون جنگ (Jus in bello) نیز یاد می‌شود. هدف اولیه IHL محدود کردن وسایل و روش‌های جنگی است که طرفین درگیری ممکن است از آن استفاده کنند و اطمینان از حمایت و رفتار انسانی از افرادی که مستقیماً در جنگ‌ها شرکت نمی‌کنند یا در آن حضور ندارند. به‌طور خلاصه، IHL شامل آن قواعد حقوق بین‌الملل است که حداقل استانداردهای بشریت را تعیین می‌کند که باید در هر شرایط درگیری مسلحانه رعایت شود (۴).

محوریت و غایت حقوق بشردوستانه، محدودسازی ضرورت‌های نظامی است (۵). برای آن که قواعد حقوق بین‌المللی بشردوستانه به‌طور واقعی تأثیرگذار باشند، مهم است که دولت‌ها معاهدات متعدد و دیگر اسناد مرتبطی را که بدنه حقوق بین‌المللی بشردوستانه را می‌سازند به تصویب رسانده یا بپذیرند، هرچند که تصویب این معاهدات تنها اولین قدم است. معاهدات حقوق بین‌المللی بشردوستانه و دیگر اسناد مربوطه، موضوعات متنوعی را پوشش می‌دهند که شامل حمایت از کارکنان زخمی و بیمار نظامی، اسرای جنگی و غیرنظامیان، ممنوعیت یا تهدید استفاده از سلاح‌های خاص همچون مین‌های ضد نفر، سلاح‌های شیمیایی و بیولوژیک، و مهمات خوشه‌ای، تا ممنوعیت تاکتیک‌های رزمی خاص می‌باشند.

کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷ و ۲۰۰۵ شاکله حقوق بین‌المللی بشردوستانه را تشکیل می‌دهند. تمامی دولت‌ها این کنوانسیون‌ها را پذیرفته‌اند و بنابراین مقید به تعهدات موجود در آن‌ها می‌باشند. در طول سال‌ها، معاهدات مختلف و سایر اسنادی که موضوعات ویژه حقوق بین‌المللی بشردوستانه را تنظیم می‌کنند، به تصویب رسیدند. از جمله تمهیدات عملی که دولت‌ها می‌توانند به کارگیرند عبارتند از: گنجاندن حقوق بین‌المللی بشردوستانه در کتب آموزشی و دفترچه راهنماهای نظامی، علامت‌گذاری اشیایی همچون اماکن میراث فرهنگی و صدور کارت شناسایی برای مبارزان و اشخاص مورد حمایت. به‌علاوه دولت‌ها می‌باید آگاهی عمومی در خصوص حقوق بین‌المللی بشردوستانه را گسترش دهند. به منظور تسهیل تمامی این امور، دولت‌های بسیاری کمیته‌های ملی حقوق بشردوستانه و نهادهای بین‌وزارتخانه‌ای مشابهی را تأسیس کرده‌اند.

اصول پایه حقوق بین‌المللی بشردوستانه

سه اصل اساسی حقوق بین‌المللی بشردوستانه عبارتند از:

۱. تفکیک: اصل تفکیک از آن‌هایی که جنگ را برپا داشته‌اند می‌خواهد تا میان افرادی که در مخاصمات شرکت می‌کنند و آن‌هایی که در مخاصمات شرکت ندارند (یا دیگر مشارکت نمی‌کنند) تمایز قائل شوند (۳).

این چیزی است که کمیته بین‌المللی صلیب سرخ آن را «اصل تفکیک» می‌نامد. مطابق این اصل:

- حمله به غیرنظامیان ممنوع است.
- حمله به اشیاء غیرنظامی (خانه‌ها، بیمارستان‌ها، مدارس، اماکن زیارتی، ابنیه فرهنگی یا تاریخی، غیره) ممنوع است.
- استفاده از سلاح‌هایی که غیرنظامیان یا اشیاء غیرنظامی را از اهداف

نظامی تمیز نمی‌دهند، ممنوع است.

۲. تناسب: به معنای ربط داشتن از نظر اندازه و مقدار با چیز دیگری است. در حقوق داخلی، اصل تناسب معمولاً به این مفهوم دلالت می‌کند که مجازات یک جرم خاص باید با شدت آن جرم متناسب باشد. اصل تناسب بیان می‌کند که حتی در صورت وجود یک هدف واضح نظامی، این هدف تنها در صورتی می‌تواند مورد حمله قرار گیرد که خطر آسیب دیدن غیرنظامیان یا اموال غیرنظامی، یا خطر کشته شدن غیرنظامیان، به نسبت برتری نظامی مورد انتظار بیش از اندازه نباشد (۳).

شمار کشته‌شدگان و زخمیان در میان غیرنظامیان و آسیب وارده به اشیاء غیرنظامی نباید به نسبت برتری نظامی مورد انتظار بیش از اندازه باشد.

۳. احتیاط: فرض اساسی در اصل احتیاط آن است که باید برای حمایت از جمعیت غیرنظامی و اشیاء غیرنظامی مراقبت همیشگی توسط تمامی آن‌هایی که در برنامه‌ریزی و اجرای حملات شرکت دارند، انجام گردد. به عبارت دیگر، این اصل بیان می‌کند که احتیاط‌های لازم برای انطباق با اصول تفکیک و تناسب باید انجام شود (۳).

اصل احتیاط مستلزم آن است که هنگامی که برای حمله به اهداف نظامی که می‌تواند به غیرنظامیان آسیب رساند، برنامه‌ریزی کردند (توسط بلندگو، از رادیو، با استفاده از علائمی که به سادگی قابل درک هستند، از طریق ریختن بروشورها، و غیره) به غیرنظامیان پیش‌تر اخطار داده شود، مگر شرایط تاکتیکی اجازه چنین کاری را ندهد.

همچنین اصل احتیاط به انتخاب سلاح‌ها و تاکتیک‌ها نیز مربوط است. اگر فرماندهی بخواهد یک ساختمان نظامی در مجاورت یک زمین فوتبال را نابود کند، انجام این کار در شب هنگام که به احتمال زیاد هیچ غیرنظامی در آنجا در حال بازی فوتبال نیستند یک احتیاط به جا خواهد بود.

بخش دوم: عملکرد و نقش جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در جنگ عراق با ایران (۱۳۶۷-۱۳۵۹)

مجموعه عملکرد جمعیت در این دوران را می‌توان در دو بُعد داخلی و خارجی و بر اساس هر نقش اصلی و فعالیت‌های فرعی در ذیل آن را به شرح زیر بیان نمود:

بُعد داخلی: امدادگری، ایثار و شهادت

به جرأت می‌توان گفت در دوران هشت ساله جنگ عراق با ایران حضور امدادگران جمعیت هلال احمر قوت قلب بزرگی برای رزمندگان و خانواده‌های چشم انتظار آنان بود. اینان در نهایت ایثار و از جان گذشتگی ۴۹۰ امدادگر شهید و بیش از ۱۲۰۰ جانباز، اسیر و مفقودالامر از خود به جامعه و ارزش‌های متعالی خود عرضه داشتند (۶).

در کنار صدها امدادگر شهید، جانباز، آزاده و مفقودی که تقدیم آرمان‌های متعالی و انسانی جمعیت شدند و نیز همراه با هزاران نیروی مخلص تلاشگر کادر، امدادگر و داوطلب، مدیرانی متعهد و صاحب

سابق با مبارزین و اعتراضات مردمی و انتقال آنان به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بود. همان‌طور که اشاره شد به دلیل چالش‌های فراوان در بدو پیروزی انقلاب اسلامی بسیاری از توانمندی‌های جمعیت به شدت تحلیل رفته بود. اما با این وجود ضرورت توجه به جایگاه بین‌المللی جمعیت و ظرفیت وجودی آن موجب شد تا به تدریج دوران بی‌مهری و نامهربانی سپری گردد و نگاه منفی و رویکرد غیرسازنده جامعه، نهادها و نیروهای انقلابی که در روزها، ماه‌ها و سال‌های آغازین انقلاب و جنگ بر جمعیت سایه انداخته بود تغییر یابد.

در جریان درگیری‌های کردستان، ترکمن صحرا و ... و نیز سیل خوزستان علی‌رغم آن که امکانات در آن زمان محدود بود، اما جمعیت در حد توان حضوری مؤثر از خود برجای گذاشت.

با آغاز جنگی طولانی و فرسایشی هشت ساله که تا آن زمان دنیا به خود ندیده بود به تدریج تجربه جدید و وسیعی پیش روی جمعیت گشوده شد. شرایط آشفته و بحرانی حاکم بر کشور و بروز حوادث طبیعی در مناطق جنگی ضرورتی پیش آورد تا جمعیت هرچه زودتر خود را با وضعیت جدید منطبق نماید. اگر چه این انطباق‌پذیری با تأخیر روی داد، اما به هر حال جمعیت سعی نمود تا با استفاده از جایگاه قانونی و بین‌المللی بخشی از مأموریت‌های اصلی خود را باز یابد. در این راستا در ستاد مرکزی به تشکیل اطاق امداد جنگ همت گمارد و در کنار دیگر نهادها و دستگاه‌های اصلی به عضویت ستاد امداد و درمان جنگ درآمد و با استقرار گروه‌ها و کمیته‌های مربوطه در تهیه و تأمین نیروی امدادی درمانی، دارویی، تجهیزات پزشکی مناطق جنگی و نیز پیگیری امور اسرا و مفقودین و جلب توجه مجامع بین‌المللی، به نقض قوانین و معاهدات بشردوستانه بین‌المللی توسط دشمن متجاوز نقشی فعال از خود به نمایش گذارد. در این ایام هنوز بسیاری از امکانات، ساختمان‌ها، مراکز درمانی و تجهیزات جمعیت در تصرف دیگران بود و همین امر پیشبرد امور جنگ را برای جمعیت سخت و بطنی می‌کرد، اما در عین حال تغییرات مداوم ساختاری و مدیریتی و تلاش‌های اعتمادساز بیشتر در کنار دیگر دستگاه‌های درگیر در امورات جنگ کمک کرد تا به تدریج آمادگی و توان جمعیت تقویت گردد و با ایجاد فضای مانور وسیع‌تر روز به روز بر گستره مأموریت‌ها و کارآمدی آن افزوده شود.

عملکرد امدادی جمعیت در جبهه و جنگ

اعزام نیروی انسانی

در طول جنگ بالغ بر ۷۲۴۴۲ (هفتاد و دوهزار و چهارصد و چهل و دو تن) نیروی داوطلب مورد نیاز (۶) از طریق فراخوان جمعیت جذب، آموزش، سازماندهی و به مناطق جنگی اعزام شدند، شامل:

- کادر وابسته پزشکی؛ (شامل متخصصین بخش‌های مختلف پزشکی و جراحی، پزشکیار، پرستار، تکنسین بیهوشی و اطاق عمل، این بخش از نیرو معمولاً به صورت فردی برای مراکز درمانی و بهداری‌های مستقر در جبهه تأمین می‌شدند و یا حسب اعلام ستاد امداد و درمان مناطق جنگی به صورت تیم‌های اضطراری برای عملیات‌های پیش‌رو اعزام و در بیمارستان‌های صحرایی خط مقدم بکارگیری می‌شدند).
- امدادگر آموزش دیده مجهز به امکانات و تجهیزات انفرادی امدادی

نفوذ در جمعیت حضور داشتند که در کسب افتخار برای جمعیت فعال، مؤثر و اثرگذار بودند. از جمله:

- مرحوم آیت الله غیوری نماینده ولی فقیه که با نفوذ معنوی و مردمی که در جامعه بویژه در بین معتمدین و بازار داشتند، با حضور مستمرشان در مناطق جنگی و سرکشی به اردوگاه‌های آوارگان ضمن ابراز همدردی و همراهی با آنان توانستند مشارکت خیرین را جلب و بسیاری از کمک‌های مردمی به سمت جبهه و آوارگان هدایت نمایند.

- مرحوم دکتر فیروزآبادی دومین شخصیتی بودند که در سال ۱۳۶۰ توسط شهید رجایی به عنوان رییس جمعیت هلال احمر منصوب می‌شود و در طول هشت سال جنگ سمت معاون امور دفاعی نخست وزیر و مسئولیت جانشینی نخست وزیر در قرارگاه مرکزی خاتم الانبیا (ص) و ستاد امداد و درمان جنگ کشور بر عهده داشتند.

- سومین شخصیت مؤثر مرحوم دکتر وحید دستجردی بود، که از سال ۱۳۶۲ تا پایان جنگ و سال‌ها پس از آن به مدت ۱۶ سال ریاست جمعیت را عهده‌دار بودند. مرحوم دکتر وحید به دلیل سوابق مبارزاتی قبل از انقلاب و آشنایی که با مسئولین و صاحب منصبان عالی‌رتبه کشور داشتند، تا حد ممکن از نفوذ خود برای گسترش، دریافت اعتبارات و تقویت جایگاه جمعیت به خصوص در ایام جنگ همت نمودند و جمعیت را به عنوان سازمانی در تراز نهادهای انقلابی ارتقا بخشیدند.

- ام‌الاسرا، لقبی است که توسط مرحوم سیدعلی اکبر ابوترابی برای مرحومه خانم بهجت افراز رییس سابق اداره اسرا و مفقودین جمعیت هلال احمر انتخاب شد. آن زنده‌یاد از طرف مرحوم دکتر وحید دستجردی رییس وقت جمعیت هلال احمر به عنوان مسئول اداره اسرا و مفقودین جنگ تحمیلی دعوت به همکاری شد و از ابتدای سال ۱۳۶۳ تا پایان سال ۱۳۸۰ در این اداره به آزادگان و خانواده‌های آنان و نیز خانواده‌های مفقودین سال‌های دفاع مقدس خدمت کرد. دو کتاب «ام‌الاسرا» و «چشم‌تر» حاوی خاطرات ایشان از سوابق مبارزاتی خانوادگی افراز و همچنین سال‌های خدمت در اداره اسرا و مفقودین جمعیت هلال احمر است.

- شخصیت دیگری که کمتر از ایشان یاد می‌شود مرحوم دکتر یعقوب علیپور معاون امداد و نجات جمعیت در آن ایام است که اساساً امداد و نجات جبهه و جنگ بی‌نام و حضور ایشان معنا نمی‌یافت. او در تمام ایامی که مسئولیت داشت به صورت شبانه‌روزی ضمن این که جریان مسائل و مشکلات جنگ را در همه مناطق جنگی و جنگ شهرها رصد و پشتیبانی می‌کرد، خود به شخصه در محل حادثه حضور می‌یافتند و به صورت مستقیم مدیریت عملیات امداد و نجات جبهه و جنگ را برعهده می‌گرفتند.

آمادگی‌های مقدماتی جمعیت در حوزه ستادی و مدیریتی قبل از آغاز جنگ

تجارب جمعیت هلال احمر ایران تا قبل از بروز رسمی جنگ عراق با ایران در شهریور سال ۱۳۵۹ عمدتاً در مقابله با حوادث طبیعی در داخل کشور و کمی قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، مداخله در نجات مصدومین و مجروحین در جریان زد و خوردهای خیابانی نیروهای رژیم

و کیف کمک‌های اولیه به تعداد ۶۰۷۳۸ نفر (۷).

- راننده خودروهای سبک و سنگین و ماشین آلات راه‌سازی؛ (خودروها و ماشین آلاتی که برای نقل و انتقال رزمندگان، تجهیزات و امکانات، تأمین مایحتاج ضروری رزمندگان و نیز سنگ‌سازی و ایجاد خاکریز در اختیار جبهه و جنگ بودند، در بسیاری از اوقات به دلیل مرخصی و یا جابجایی نیروی راننده به جایگزین نیاز داشتند. جمعیت حسب نیاز و اعلام مناطق جنگی با فراخوان عمومی این نیروها را جذب و به جبهه اعزام می‌نمود).

- مکانیک و تعمیرکار خودرو؛ (در طول جنگ بسیاری از خودروهایی که در اختیار امداد و نجات و جنگ بودند به دلیل استهلاک زیاد و حتی اصابت بمب، تیر و ترکش نیازمند تعمیر و راه‌اندازی مجدد بودند. به همین منظور واحد امداد جبهه اقدام به جذب و اعزام مکانیک و تعمیرکار خودرو به مناطق جنگی می‌نمود).

- نیروی فنی، تأسیساتی و نظایر آن؛ (جمعیت برای راه‌اندازی بیمارستان‌های صحرایی، ایجاد حمام‌های صحرایی، تعمیرات مراکز درمانی و بیمارستانی آسیب‌دیده و دیگر امورات مناطق جنگی به تأمین بخشی از نیروی تأسیساتی و تعمیراتی مورد نیاز اقدام می‌نمود).

نیروهای خدماتی، تخلیه‌گر، آشپز و کمک آشپز؛ (تهیه غذای گرم برای رزمندگان و امدادگران به‌ویژه یگان‌های پدافندی به همراه نیروی پخت‌وپز و نیز افرادی برای تخلیه مصدومین، شهدا و یا جنازه‌های باقیمانده از نیروی دشمن یکی از ضرورت‌های مناطق جنگی محسوب می‌شد. از این رو بخشی از نیروی مورد نیاز جبهه در این خصوص توسط واحد امداد جبهه هلال احمر برآورد و تأمین می‌گردید).

تشکیل واحد امداد و جبهه

شرایط اضطراری و آشفته حاکم بر امور جامعه و جنگ در آن ایام شدیداً بر دو گانه مدیریت بحران و بحران مدیریتی دامن می‌زد، این وضعیت به ندرت اجازه می‌داد که نهادها و سازمان‌های ذیربط مدیریت یکپارچه، سازمان یافته و هماهنگی را بر انجام امور اعمال کنند. در این زمینه آن چه که مزید بر علت شده بود وجود بسیاری از اشخاص و گروه‌های مختلفی بود که برای ادای دین و انجام تکلیف و با ایثار و جانفشانی فراوان در مناطق جنگی حضور می‌یافتند. این گونه نیروها در اغلب مواقع فاقد آموزش و تجربه لازم بودند. این امر بر وضعیت امداد و درمان که به افراد آموزش دیده، متخصص و با تجربه نیاز داشت، نیز حاکم بود. جمعیت در حوزه کاری خود و در ستاد مرکزی معاونت امداد برای پایان دادن به یک چنین وضعیتی با فراخوان نیروهای پراکنده‌ای که درگیر مسایل امداد و نجات در مناطق جنگی بودند، به سازماندهی آن‌ها در واحدی به نام امداد جبهه اقدام نمود. در استان‌ها این واحد زیر نظر مدیران عامل تشکیل و پس از آن کلیه نیازهای مربوط به مناطق جنگی و جبهه و جنگ از طریق واحد امداد جبهه هماهنگ و عملیاتی می‌گردید.

این اقدام جمعیت موجب شد تا پس از آن فعالیت‌های مربوط به جبهه و جنگ سامان یافته و از انضباط و انسجام بیشتری برخوردار شود و خصوصاً تهیه و تأمین نیازهای ضروری درمان مصدومین و انتقال

مجروحان جنگی و دیگر آسیب دیدگان از جنگ به پشت جبهه و نیز نیازهای تدارکاتی و تجهیزاتی آنان در هماهنگی و ارتباط منسجم‌تری با مسئولین، ستادهای امداد و درمان مناطق جنگی به‌ویژه یگان‌های درگیر در جنگ مثل بسیج و سپاه پاسداران قرارگیرد. اهم این فعالیت‌ها عبارت بود از:

- برآورد واقعی نیروی امدادگر و دیگر منابع انسانی مورد نیاز از طریق شعب جمعیت و یگان‌های نظامی مستقر در مناطق جنگی.

- هماهنگی با مراکز استان‌های جمعیت برای جذب، آموزش و تأمین نیروهای مورد نیاز و صدور مجوز به آنان برای اعزام به مناطق جنگی.

- اعزام خودروهای امدادی با بهره‌گیری از ۳۴ درصد از آمبولانس‌های سبک و اتوبوسی به همراه راننده و تجهیزات امدادی به مناطق جنگی.

- اعزام خودروهای پشتیبانی سنگین و سبک با بهره‌گیری از ۵۷ درصد از کامیون‌ها و تریلرها و ۹ درصد از خودروهای عملیاتی شامل وانت، استیشن و نظایر آن؛ جمعیت در بخش فعالیت‌های ترابری و اعزام خودروهای امدادی و عملیاتی سبک و سنگین در ۶۶ هزار و ۵۸۵ مورد ماموریت‌های مختلف امدادی و پشتیبانی از جبهه و مناطق جنگی مشارکت داشته است (۷).

- پشتیبانی از مراکز امدادی و درمانی خطوط مقدم جبهه با مداوای مجروحین، انتقال مصدومان، ارسال وسایل و کیف کمک‌های اولیه، دارو، برانکارد و غیره.

- در جریان بمباران شیمیایی جبهه بسیاری از رزمندگان و مردم مناطق جنگی دچار جراحات شیمیایی شدند که این عارضه تاکنون گریبان خیلی از رزمندگان و خانواده‌ها را گرفته و آنان را رها نمی‌کند. جمعیت هلال احمر ایران در این موضوع ورود و در کنار دیگر خدمات بخشی از تجهیزات شیمیایی، کیف و ماسک ضد شیمیایی رزمندگان را تأمین و نگاهتگاه‌های ویژه‌ای را به همین منظور دایر کرد. که یک نمونه از آن راه‌اندازی، تجهیز و اداره نگاهتگاه شیمیایی در سالن ۱۲ هزار نفری استادبوم آزادی بود. به همین منظور جمعیت، بیش از یکصد نفر از کارکنان مرکز و استان‌های مختلف را به دانشگاه امام حسین (ع) معرفی کرد تا دوره‌های تربیت مربی شیمیایی را آموزش ببینند.

پشتیبانی از بیمارستان‌های مراکز درمانی شهرهای درگیر در مناطق جنگی با تأمین و تجهیز لوازم پزشکی و درمانی و اعزام تیم‌های پزشکی و تقویت ترابری اورژانسی؛ در همین خصوص از سال ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۶ بالغ بر ۱۵۸۲۳۵ انواع مختلف دارو و لوازم پزشکی به ارزش ۲۹/۸۱۱/۱۵۱/۶۰۳ ریال به جبهه و مناطق جنگی ارسال و تحویل شده است (۷).

خدمات ریلی و قطاری

این خدمات توسط قطاری که در دهه ۵۰ شمسی و از اتریش به عنوان یک مجموعه جمع و جور امدادی، خریداری شده بود ارائه می‌گردید. این قطار ۶ واگن بیمارستانی داشت و هر واگن، ۲۰ تخت دو طبقه به اضافه اتاق پزشک و پرستار و یک اتاق عمل سرپایی با امکانات جراحی. قطاری که تا سال اول جنگ، کسی به اهمیت آن پی نبرده بود، به همت امدادگران هلال احمر راه‌اندازی شد.

مجروحین بالگرد جمعیت به خلبانی مرحوم مجید عاصم ترابی سقوط کرد و منجر به شهادت این خلبان جمعیت گردید.

خدمات پشت جبهه جمعیت هلال احمر

برخی از این فعالیت‌ها عبارت بودند از:

آموزش همگانی و تخصصی

آموزش‌های جمعیت هلال احمر به منظور توانمندسازی افراد جامعه در واکنش به موقع در مقابله با مخاطرات و با هدف جلوگیری از تلفات جانی و خسارت‌های روحی و مادی گسترده مهمتری طراحی و عملیاتی می‌شوند. در ایام جنگ آموزش‌های جمعیت در دو سطح همگانی و تخصصی برنامه‌ریزی و عملیاتی می‌شدند:

آموزش‌های همگانی در حدی بود که افراد آموزش دیده بتوانند در برابر آسیب‌های محیطی، حوادث، سوانح و مخاطرات ناشی از جنگ تا زمان رسیدن نیروهای امدادی به خود، سایر اعضای خانواده، دوستان و همسایگان کمک برسانند. این دوره‌ها که در آن گروه‌های مختلف جامعه بر اساس رده سنی و نیازشان در زمینه کمک‌های اولیه و آمادگی در برابر مخاطرات شرکت می‌کردند، با حداقل‌ترین و ضروری‌ترین سرفصل‌های آموزشی در مراکز جوانان، مدارس و پایگاه‌های مردمی مساجد در سراسر کشور ارائه می‌گردید.

آموزش‌های تخصصی برای تربیت گروه‌های ماهر امدادی برای مقابله با حوادث و اعزام امدادگر به جبهه، طراحی می‌شدند. این گروه‌ها اغلب از بین اعضای داوطلب جوانان و امدادگران انتخاب و سازماندهی می‌شدند و پس از شرکت در مانورهای محلی، با آمادگی لازم به عنوان نیروی امدادگر در حوادث، جنگ شهرها و جبهه بکارگیری می‌شدند.

تمهیدات لازم برای ارائه هر دو سطح آموزشی عبارت بودند از:

- ایجاد و تجهیز مراکز آموزشی سراسری
- تربیت مربی و کادر مورد نیاز آموزشی در دو سطح همگانی و تخصصی
- طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی برای مربیان هلال احمر در آموزش و پرورش
- تشکیل کلاس‌های مقدماتی آموزش امداد و کمک‌های اولیه برای جذب دانش‌آموزان امدادگر از طریق سازمان جوانان جمعیت در آموزش و پرورش
- فراخوان نیروی امدادگر برای آموزش، جذب و سپس سازماندهی در گروه‌های تخصصی برای اعزام به جبهه

خدمات ارتوپدی فنی

توانمندسازی مجروحان و جانبازانی که در اثر آسیب‌ها ناشی از جنگ دچار معلولیت شده از طریق ساخت دست و پای مصنوعی و انواع پروتز؛ جمعیت علاوه بر ارائه خدمات توانبخشی جسمی، به این افراد کمک می‌کرد تا نقش فعالی در جامعه ایفا کنند. این کارها شامل تسهیل راه‌اندازی کسب و کارهای کوچک، ارایه آموزش‌های شغلی و ترویج فعالیت‌های ورزشی می‌شد.

- واگن‌های قطار بیمارستانی که در اختیار جمعیت هلال احمر بود، سفید رنگ و منقش به آرم جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران بودند. با توجه به نوع عملیات و پیش‌بینی تعداد مجروحین، تعدادی واگن مسافری که از نوع قطارهای اکسپرس خواب بودند، از راه آهن اجاره و به این واگن‌ها متصل می‌شد که در مجموع آن‌ها ۲۰۰ مجروح جانی گرفت. هر واگن بیمارستانی متشکل از ۲۰ تخت بود که ۱۰ تخت یک سمت و ۱۰ تخت دیگر سمت دیگر بود و یک راهرو ما بین آن‌ها قرار داشت. هر واگن به عنوان یک بخش نامیده می‌شد و انتهای هر کدام یک اتاق عمل، اتاق پزشک و تجهیزات پزشکی و دارویی قرار داشت.

- نحوه بکارگیری قطار بدین صورت بود که دو الی سه شب قبل از شروع عملیات، بر اساس دستور و هماهنگی‌های نظامی و همچنین درخواست از هلال احمر، این قطار در ایستگاه راه آهن اهواز یا بیراهه‌ای در اهواز، پهلو می‌گرفت. زمانی که قطار به سمت خوزستان، خالی می‌رفت، راه آهن اجاره‌ای دریافت نمی‌کرد ولی وقتی مجروح‌ها سوار قطارهای اکسپرس خواب متعلق به راه آهن می‌شد، به تعداد مجروحین بیمارستانی معادل یک مسافر پول بلیط، توسط جمعیت به راه آهن پرداخت می‌گردید.

- به محض این که مجروحین به صورت مستقیم از مراکز درمانی یا نقامتگاه‌های درمانی به همراه پرونده‌هایشان تحویل گرفته و سوار قطار می‌شدند، کارهای درمانی توسط کادر درمانی مستقر در قطار شروع می‌شد. در این واگن‌ها نیز امدادگر، پزشک و پرستار حضور داشتند.

- علی‌رغم این که در زمان جنگ، مسیر قطار دو ریله نبود، ولی با هماهنگی‌های قبلی هیچ وقت قطار بیمارستانی در ایستگاه‌ها منتظر خالی ماندن ریل نمی‌شد و اولویت حرکت، همیشه با قطار بیمارستانی بود.

قطار بیمارستانی جمعیت مسیر طولانی را از اهواز تا مشهد طی می‌کرد. در این مسیر طولانی ایستگاه‌های شهرهای ازنأ، اراک، قم، تهران، ساری، نکا و گرگان قرار گرفته بود. با هماهنگی قبلی بیمارستان‌های شهرهای در مسیر بسته به اولویت و شدت مجروحیت و ظرفیت بیمارستان مصدومین را پذیرش می‌کردند. با هماهنگی و اطلاع قبلی قطار در یکی از ایستگاه‌های راه‌آهن توقف نموده و مجروحین به ستاد تخلیه مجروحین مستقر در ایستگاه تحویل و سریعاً توسط آمبولانس به بیمارستان مورد نظر منتقل می‌شدند. در مسیر برگشت به سمت دزفول، باید ۱۲ واگن برای مجروح‌گیری دوباره آماده می‌شدند. تعویض ملافه و پاکسازی کف و حمام و سرویس‌های بهداشتی و تجهیز کیف‌های امداد بر عهده امدادگران بود.

خدمات هوایی و پروازی

استقرار پایگاه امداد هوایی بالگردی جمعیت به هنگام عملیات‌های آفندی در مناطق جنگی و انجام عملیات‌های پروازی با سه فروند بالگرد امدادی برای انتقال مجروحین جنگی به بیمارستان‌های مختلف. این واحد امدادی در طول جنگ ۱۷۶۸ سورتی پرواز به مدت سه هزار و ۴۲۹ ساعت به انجام رساند. در جریان یکی از عملیات‌های انتقال

خدمات نگاهتگاهی

برپایی ۱۸۰ نگاهتگاه برای امور درمانی مجروحان در پشت جبهه مناطق جنگی و دیگر مناطق امن تر؛ تدارک و تجهیز این نگاهتگاهها به تخت، تشک، پتو، ملحفه و دیگر ملزومات و امکانات دارویی و درمانی و نیز تأمین نیروی امدادگر، پزشک و پرستار توسط جمعیت انجام می پذیرفت.

خدمات امدادی پایگاهی

استقرار پایگاههای خدمات امدادی در برخی از فرودگاهها و ایستگاههای راه آهن؛ به منظور هماهنگی در ارائه خدمات امدادی جمعیت با عضویت در ستاد انتقال مجروحان جنگ با استقرار پایگاههای امدادی در فرودگاهها و ایستگاههای راه آهن در کنار نیروهای سایر ارگانها با انجام کشیک شبانه روزی امدادگران و با آمبولانسهای مجهز در جابه جایی مجروحان و انتقال آنان به بیمارستانها و مراکز درمانی اقدام می کرد.

خدمات اردوگاهی

از همان ابتدای جنگ با تصمیم نخست وزیری و وزارت کشور اسکان اضطراری آوارگان جنگ به جمعیت هلال احمر واگذار شد. در این راستا جمعیت اردوگاهی را به شیوه های منظم و نامنظم راه اندازی کرد. در این اردوگاهها که از محل اعتبارات جمعیت، جمع آوری کمکهای مردمی و جذب کمکهای خارجی اداره می شد، دهها هزار چادر برزنتی و صدها هزار پتو و دیگر مایحتاج و امکانات زیست گرمایشی و مواد غذایی و بهداشتی، پوشاک و نظایر آن توزیع و خدمات مختلفی از جمله امور بهداشتی و درمانی، حمایت روانی تا پایان جنگ و سالها بعد از آن به صورت رایگان ارائه گردید (۷).

این خدمات بسته به شرایط آوارگان، مناطق جنگی، نوع حملات و اسرای دشمن متنوع و هریک از ویژگیهای خاص برخوردار بودند که در زیر به آنها اشاره می شود:

ایجاد اردوگاه برای اسکان آوارگان عراقی (معاودین): چند ماه قبل از آغاز رسمی جنگ اولین افراد و خانوادههایی که طعم تلخ جنگ را با آوارگی چشیدند، مردمان ایرانی تباری بودند که از سالها پیش بعضی برای کار و بعضی برای تحصیل علوم دینی و بعضی برای مجاور شدن با حرم اهل بیت به عراق مهاجرت کرده بودند. آنان سالیانی دراز در عراق سکونت و موطن گزیده بودند و بسیاری از آنان در آن سامان متولد و اکنون به جرم ایرانی بودن و بدون هیچ امکاناتی از عراق اخراج و زن و مرد و کوچک و بزرگ در گرمای طاقت فرسای تابستان آواره کوهها و بیابانهای مرزی شده اند. جمعیت هلال احمر در راستای رسالت انسانی خود در شهرهایی که دور از آسیب جنگ بودند از قبیل کرد در اسلام آباد غرب، گیلان غرب و هرسین کرمانشاه، دزلی، میروان، شوشه سنج و شهرهای اصفهان با برپایی اردوگاهها و تجهیز آنها به امکانات اولیه زیست و تأمین مایحتاج خوراکی و بهداشتی اقدام به اسکان آوارگان عراقی کرد. این خدمات تا پایان جنگ و حتی سالها بعد از جنگ که امکان بازگشت آوارگان با پذیرش آنان در داخل کشور فراهم گردید، ادامه داشت.

اسکان اضطراری آوارگان و مهاجرین مناطق جنگی به

شیوه منظم: این شیوه عبارت بود از تمرکز تمامی امکانات و تجهیزات اسکان در نقطه ای مشخص به عنوان اردوگاه که تعداد زیادی از آوارگان را می شد به صورت یکجا در آن اسکان داد و مدیریت و امر خدمات رسانی در آن به سهولت صورت می پذیرفت. این شیوه از اسکان اغلب برای آوارگان استان خوزستان به کار گرفته شد. جمعیت در این راستا بدو اردوگاه چادری جیرفت با ظرفیت یکصد هزار نفر و اردوگاه بهبهان با ظرفیت سی هزار نفر که از قبل آماده بود را برای اسکان اضطراری مورد بهره برداری قرار داد و به تدریج اردوگاههایی در دیگر نقاط کشور را با ظرفیتهای مختلف آماده و آوارگان در آنها اسکان داده شدند.

نظر به فرسایشی شدن جنگ ادامه اسکان اضطراری به شیوه فوق امکان پذیر نبود، لذا برای خروج از شرایط اضطراری و اسکان موقت با تشکیل بنیاد امور مهاجرین و با تصمیم ستاد امداد جنگ مستقر در نخست وزیری مسئولیت مستقیم آوارگان که بعدها به عنوان مهاجرین جنگی از آنان یاد می شد به این بنیاد سپرده شد و دیگر اعضای ستاد از جمله جمعیت هلال احمر در حدود وظایف خود موظف به همکاری با این نهاد تازه تأسیس شدند.

این شیوه اسکان مربوط به شهرهای مناطق جنگی بود که در طول ایام جنگ به صورت مداوم و فرسایشی با بمباران هوایی دشمن مواجه بودند و اغلب با زیست دوگانه ناچار بودند قریب شش ماه از سال را به سختی و در زیر چادر و در حاشیه کوهستانی و جنگلی شهرها زندگی نمایند. این شیوه از اسکان اغلب برای آوارگان استانهای ایلام، بخشیهایی از استانهای کرمانشاه، کردستان و آذربایجان غربی که حاضر به ترک منطقه خود نشده بودند، اعمال می گردید. نگارنده که خود در ایام جنگ مدیرعامل و مسئول امداد جبهه جمعیت هلال احمر استان ایلام بوده، این شیوه از اسکان را اعمال و تجربه کرده است. شیوه اسکان به این طریق بود که مردم هر منطقه با توجه به بافت فرهنگی، قومی و فامیلی برای در امان ماندن از حملات هوایی دشمن در مناطق کوهستانی و جنگلی که پنهان از دید هوایماهای دشمن باشد، به صورت نامنظم و غیر متمرکز پناه می گرفتند. در این شیوه مردم با دریافت چادر و امکانات از جمعیت و به اختیار خود محل امنی را پیدا و چادر خود را در آن جا برپا و به صورت پراکنده اسکان می یافتند. استان ایلام به دلیل شرایط آب و هوایی و کوهستانی مناسب در بسیاری از اوقات میزبان آوارگان برخی از شهرهای مرزی استان کرمانشاه نظیر قصر شیرین، گیلانغرب، سومار و نیز عده ای از مردم آواره برخی شهرهای خوزستان نظیر دزفول، اندیمشک و شوش که به این استان پناه می آوردند، بود. در این شیوه به دلیل نامناسب بودن راههای دسترسی گاه آوارگان با بیش از پنجاه کیلومتر پراکندگی اسکان می یافتند و این امر توزیع امکانات، تجهیزات و خدمات رسانی را با سختی مواجه می کرد. به همین منظور برای تسهیل در خدمات رسانی با تصمیم ستاد امداد جنگ استان محل اسکان آوارگان به چند منطقه تقسیم و برای هر منطقه ستاد خدمات رسانی فرعی با استفاده از امدادگران و نیروهای داوطلب هر منطقه تشکیل و زیر نظر ستاد اصلی پشتیبانی مستقر در جمعیت مرکز استان امور آوارگان اداره گردید. به منظور پیشگیری از قطع جریان خدمات

برای عملکردی کارآمدتر در کمک‌رسانی گردید. اقدامات و پیامدهای چنین تصمیمی عبارت بود از:

- فراخوان عمومی برای جلب کمک‌های مردمی؛ جمعیت در اجرای این تصمیم برای دریافت کمک‌های نقدی حساب ریالی و ارزی را در بانک ملی افتتاح کرد و همزمان برای دریافت کمک‌های جنسی با برپایی چادرهایی در مناطق شهری و روستایی کمک‌های مردمی شامل غذا، وسایل گرمایشی و سرمایشی، پوشاک و بهداشت را جمع‌آوری و سپس با تفکیک و بسته‌بندی آن‌ها حسب نیاز و مناسبت برای آوارگان و یا رزمندگان به صورت کاروانی یا جداگانه به مناطق جنگی ارسال می‌کرد.

- جلب مشارکت کشاورزان، باغداران و دامداران، در این خصوص جمعیت با جلب مشارکت جامعه کشاورزی بخش وسیعی از نیازهای خوراکی مانند گندم، خرما، چای خشک، انواع حبوبات، سیب‌زمینی، پیاز، انواع میوه و سبزیجات فصلی، خربزه، هندوانه و ... را جذب و به صورت رایگان برای مصرف رزمندگان و آوارگان ارسال می‌نمود.

جلب مشارکت صنعتگران، مشاغل آزاد و بازار؛ ارتباط جمعیت با واحدهای مختلف بخش خصوصی در حوزه‌های صنعتی، شرکت‌های تجاری و بازرگانی، پایانه‌ها، اقشار و اصناف بازار موجب تأمین بسیار از نیازهای ضروری جنگ گردید، نظیر: تهیه انواع آمبولانس، تجهیزات پزشکی و دارویی، کانکس برای سرپناه موقت یا امور اداری، کانتینرهای فلزی برای نقل و انتقال و یا نگهداری مواد غذایی، سردخانه‌های ثابت و سیار، تانکرهای آب ثابت و سیار برای ذخیره آب و آبرسانی اردوگاه‌ها، کامیون، کامیونت، وانت برای انتقال کمک‌ها، اتوبوس و مینی‌بوس برای نقل و انتقال آوارگان و رزمندگان، پتو، پوشاک و مواد غذایی، انواع نان‌های خشک صنعتی، نیروی انسانی داوطلب برای امدادگری، رانندگی، تأسیساتی، مکانیک و تعمیرکار خودرو و دیگر نیازها. نگارنده این مقاله خود با هماهنگی نماینده ولی فقیه در جمعیت برای جذب کمک‌های بازاریان تهران در جلسات متعددی که با آنان داشت فهرست نیازمندی‌ها را به ایشان اعلام می‌کرد و پس از هر نوبت درخواست و هماهنگی متعاقب آن ده‌ها کامیون از کمک‌های بازاریان تهران به جبهه ارسال می‌گردید.

خدمات امدادی جمعیت در جنگ شهرها

بمباران شهرها و تشدید آن در سال پایانی جنگ در اواخر ۱۳۶۶ ش و اوایل ۱۳۶۷ ش با تجاوز آشکار عراق در حمله به مناطق مسکونی و به اصطلاح جنگ شهرها همراه بود. افزایش توان نظامی عراق و کاهش توان اقتصادی و نظامی ایران شکاف عمیقی میان توانمندی‌های نظامی و اهداف سیاسی کشور ایجاد کرده بود. حضور نظامی امریکا در منطقه و هم‌روزی (Escorte) نفتکش‌های عراقی، باعث افزایش قدرت نظامی این کشور می‌شد. جنگ شهرها در اسفند ۱۳۶۶ با بمباران دوباره تهران شروع شد و تا ۱۱ فروردین ۱۳۶۷ ادامه داشت. در این مرحله، عراق از موشک‌های دوربرد ساخت شوروی استفاده کرد، که با سفر نخست وزیر ترکیه به دو کشور متوقف گردید، ولی به فاصله چند روز، مرحله پایانی جنگ شهرها در ۲۱ فروردین ۱۳۶۷، از طرف عراق آغاز شد و در اول

عمومی در ایام آوارگی مقرر گردید کلیه ادارات با استفاده از حداقل امکانات لازم در مناطق اسکان آوارگان و در کنار مردم به ارایه خدمات بپردازند. به همین منظور برای استقرار دستگاه‌ها، ادارات و نیز تشکیل مدارس و استمرار امر آموزش و پرورش در ایام جنگ و آوارگی، جمعیت با تأمین چادرهای گروهی، انجام آبرسانی با تانکرهای ثابت و سیار و دیگر خدمات نقشی اساسی در اجرای این تصمیم بر عهده گرفت. در این خصوص برای تسهیل در دسترسی مردم به خدمات اداری با هماهنگی شرکت واحد اتوبوس‌رانی تهران، وزارت دفاع و جمعیت هلال احمر با نوبت‌بندی مناسب در ایام آوارگی تعدادی اتوبوس خط واحد و مینی‌بوس به منطقه اعزام و برای خدمات حمل و نقل در اختیار جمعیت استان قرار گرفت.

اسکان اضطراری شهروندان مناطق غیرجنگی در جنگ شهرها: در جریان جنگ شهرها که با بمباران و انفجارهای موشکی همراه بود برخی از مردم برای در امن ماندن از آسیب به طور موقت منازل خود را ترک و در مناطق امن‌تر و حاشیه شهرها و پارک‌ها مستقر می‌شدند. جمعیت در این گونه موقع با برپایی چادر برای اسکان اضطراری مردم و تأمین دیگر مایحتاج و امکانات ضروری به ارائه خدمات می‌پرداخت.

هلال احمر و اردوگاه‌های اسرای عراقی

از همان ابتدای جنگ مسئولیت نگهداری و اداره اسیران عراقی به یگان درژبان ارتش واگذار شده بود. با نظر امام خمینی (ره) مبنی بر تشکیل کمیسیون اداره اسرای جنگی و تصویب آن در شورای عالی دفاع، از تاریخ ۱۳/۱/۱۳۶۱ این کمیسیون به دلایل متعددی همچون داشتن پیشینه سازمانی برای انجام امور اسیرداری براین امر صحه گذاشت و مراقبت از اسرای عراقی را به‌طور رسمی به ارتش جمهوری اسلامی ایران واگذار کرد و این روند به مدت ۲۴ سال و تا آزادی کامل اسرا در پایان سال ۱۳۸۲ ادامه داشت. در این خصوص جمعیت هلال احمر در راستای رسالت انسانی خود در تمام سالیانی که اسیران عراقی در ایران حضور داشتند در کمک به اسکان، تأمین امور رفاهی، درمانی و بهداشتی خدماتی را ارائه می‌کرد. همچنین جمعیت با هماهنگی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ تا پایان اسارت کار مبادله نامه و بازدید از کمپ‌ها و اردوگاه‌های نگهداری اسرای عراقی و نیز هماهنگی برای بازدید خانواده‌های آنان در محیطی صمیمی و انسان‌دوستانه را پیگیری و عهده‌دار بود.

جلب مشارکت‌های مردمی برای تأمین بخشی از نیازمندی‌های جنگ در حالی که به دلیل شرایط جنگی، دولت بخشی از توانمندی‌های خود را از دست داده بود و امکانات موجود پاسخگوی نیازهای گسترده به‌وجود آمده نبود، جمعیت با هدف ادامه دادن به حمایت و کمک‌رسانی مؤثر به قربانیان جنگ با بهره‌مندی از تجارب گذشته خود، با اتخاذ راهبردی جامع به توسعه روابط با مردم، بازار، بخش خصوصی و نهادهای غیردولتی روی آورد. ضمن این که این تصمیم نقشی فزاینده در ترویج اصول بشردوستانه از طریق جلب همکاری و مشارکت دوجانبه بر اساس معیارهای اخلاقی به نیازمندان از جنگ را فراهم می‌آورد، نیز به‌عنوان یک اصل بدیهی چنین مشارکتی موجب تقویت ظرفیت‌های جمعیت

درمانی آسیب دیده از جنگ در مناطق جنگی توسط جمعیت هلال احمر بازسازی شود. بر همین مبنا بسیاری از مراکز آسیب دیده که اغلب آن‌ها تخریب شده بودند با طرح و نقشه جدید احداث، بازسازی و یا تعمیرات اساسی می شدند و پس از اتمام کار در اختیار وزارت بهداشت و درمان مناطق جنگی قرار می گرفت.

ابعاد بین المللی عملکرد جمعیت هلال احمر در جنگ امور اسرا و مفقودین ایرانی جنگ

جنگ هشت ساله ایران و عراق مانند سایر جنگ‌ها دارای اجزای متعددی بود. یکی از اصلی ترین و جزء اجتناب ناپذیر بُعد مهم و انسانی آن، اسیران و مفقودان جنگ بود، که در مناطق درگیری و عملیات پدافندی و آفندی به اسارت درمی آمده و یا مفقود می شدند. نیروهای عراقی در عملیات‌های مختلف خود به ویژه در تهاجم اولیه به ایران، ضمن آزار و اذیت ساکنان مناطق اشغالی به رغم اصول پذیرفته شده در کنواسیون‌های ژنو و قراردادهای بین المللی، عده‌ای از اهالی مناطق اشغالی از جمله افراد پیر، اعم از مرد و زن و کودکان را به همراه جمعی از نیروهای ایرانی به اسارت گرفته و به خاک خود منتقل کردند. در این میان عده‌ای هم مفقوده شده و عراق هیچ گونه اطلاعاتی را در مورد آن‌ها ارائه نمی کرد. در این خصوص به منظور شناسایی، برقراری مجدد تماس، بازپیوند اعضای خانواده و روشن کردن سرنوشت کسانی که مفقود شده‌اند و آزادی و مبادله اسرا، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی اولین سازمانی بود که در جمهوری اسلامی ایران امور مربوط به اسرا و مفقودان را عهده دار شد. جمعیت از طریق کمیته بین المللی صلیب سرخ توانست به اطلاعاتی از کمپ‌ها و اردوگاه‌های اسرای ایرانی در عراق و فهرستی از اسرای مورد نظر دست یافته و بدین ترتیب امکان بازدید، گفتگوی آزاد و خصوصی با آنان فراهم شود. تجزیه و تحلیل اطلاعاتی که بدین ترتیب جمع آوری شد به کمیته بین المللی صلیب سرخ امکان داد تا خطرات اصلی که متوجه اسرا است و نیز دیگر عوامل مؤثر در شرایط آن‌ها را شناسایی کند. نظیر ممانعت از مفقود و ناپدید شدن افراد و حل و فصل این مشکل و بهبود شرایط اسارت (به طور مثال از لحاظ غذا، آب و خدمات درمانی)؛ برقراری ارتباط و حفظ تماس‌های خانوادگی و رعایت قوانین حمایتی.

با افزایش تعداد اسرا و مفقودان و به منظور ایجاد هماهنگی لازم بین ارگان‌ها، شورای عالی دفاع به پیشنهاد جمعیت هلال احمر ایران در تاریخ ۱۳۶۲/۷/۱۸ برای رسیدگی به امور اسرا و مفقودان و شهدای ایرانی و خانواده‌های آنان به تشکیل کمیته اجرایی مفقودان و اسرا با عضویت نمایندگان نخست وزیری، ارتش، سپاه، هلال احمر، ستاد تبلیغات جنگ و بنیاد شهید اقدام نمود و به صورت رسمی مسئولیت این کمیته را به جمعیت هلال احمر (اداره کل امور بین الملل) سپرد. این اقدام در واقع تأیید و تأکیدی بود بر آنچه که جمعیت در هماهنگی و همکاری با کمیته بین المللی صلیب سرخ به آن پرداخته بود و لذا برای این منظور به طور ویژه اداره اسرا و جست و جوی مفقودان زیر نظر اداره کل امور بین الملل در جمعیت تشکیل و در طول جنگ و بعد از آن فعالیت‌هایی را به شرح زیر به انجام رساند.

اردیبهشت ۱۳۶۷ بعد از سقوط فاو، پایان یافت. در این مدت، عراق بین ۱۹۰ تا ۲۰۰ موشک به شهرهای ایران و جمهوری اسلامی ایران نیز نزدیک به پنجاه فروند موشک به شهرهای عراق شلیک کرد. بر اثر حملات موشکی به شهرهای ایران، نزدیک به هشتاد هزار تن مجروح یا کشته شدند. مهمترین هدف عراق از بمباران شهرها تضعیف روحیه مردم ایران، کاهش اراده نیروهای حاضر در جبهه‌های جنگ، خنثی نمودن عملیات نظامی و جبران شکست ارتش عراق بود تا ضمن بالا بردن هزینه‌های جنگ، دولت ایران را به مذاکره و پایان دادن به جنگ وادار نماید.

در طی حملات هوایی و موشکی رژیم بعثی عراق که از دهم اسفند سال ۱۳۶۶ شدت بیشتری به خود گرفته بود به جز دیگر شهرهای مرکزی کشور که همزمان مورد تهاجم بودند، فقط در شهر تهران ۶۰ نقطه که اغلب آن‌ها غیرنظامی و شامل مناطق مسکونی، تجاری، بیمارستانی و درمانی، مدارس و مراکز فرهنگی بود مورد اصابت موشک قرار گرفت. در این حملات ددمتشان و غیراسانی شهرها و به ویژه تهران حالت جنگی به خود گرفته بود و بسیاری از هموطنان و شهروندان به خاک و خون کشیده شدند. در طول شبانه روز مردم با شنیدن صدای آژیر قرمز از منازل و محل کار خود بیرون زده و سراسیمه به دنبال پناهگاه می گشتند. در یک چنین وضعیت بحرانی و متأثر کننده‌ای جمعیت در هماهنگی لازم با کمیته امداد و نجات مستقر در نخست وزیری با بهره‌مندی از تمام امکانات و نیروی انسانی و پوشش سیستم ارتباطات رادیویی وسیع در سطح کشور (۷)، خدمات قابل توجهی را به مردم و شهروندان ارائه کرد، شامل:

- نجات شمار زیادی از مجروحان و مصدومین از زیر آوار و انتقال آنان به مراکز درمانی
- امدادرسانی به شهروندانی که منازلشان آسیب دیده بود با تأمین مایحتاج اولیه آنان نظیر: پتو، زیرانداز، چراغ والر و دیگر اقلام زیستی اولیه
- ایجاد نگاهگاه‌های اضطراری برای مصدومین ناشی از این حملات
- اسکان اضطراری و تأمین و تدارک اقلام زیستی برای برخی از شهروندان در مناطق امن تر و حاشیه شهرها و پارک‌ها، که برای درمان ماندن از آسیب حملات موشکی بیشتر شب‌ها منازل خود را ترک می کردند
- فعالیت‌های آموزشی و حمایت‌های روانی از طریق آشنایی مردم با اصول کمک‌های اولیه و توصیه‌های ایمنی قابل اجرا در قبل و حین حملات دشمن

بازسازی مراکز درمانی آسیب دیده از جنگ

یکی از فعالیت‌های کمتر مورد توجه قرار گرفته جمعیت در ایام جنگ، بازسازی مراکز درمانی آسیب دیده از جنگ در مناطق جنگی بود. از آنجاکه در قبل از انقلاب جمعیت در اداره و ساخت مراکز بیمارستانی و درمانی از تجارب ارزنده‌ای برخوردار بود و در ایام جنگ بخشی از کمک‌های مردمی و خارجی به جنگ در اختیار جمعیت قرار می گرفت بر همین اساس در ستاد امداد و درمان جنگ توافق شده بود که مراکز

به خانواده‌هایشان کمک‌های بلاعوض می‌کرد و به آنان سبک کالا تحویل می‌داد. دریافت گواهی‌های شهادت، وکالت‌نامه اسرا از کمیته صلیب سرخ و تحویل آن‌ها به خانواده‌هایشان، ارسال کتب گوناگون (کتب درسی، علمی، تاریخی، فرهنگ لغت و نظایر آن) از طریق کمیته بین‌المللی صلیب سرخ برای اسرا، ارسال عینک بنا به درخواست اسرا بخشی دیگر از کارهای بود که جمعیت به انجام می‌رسانید.

ارائه معرفی‌نامه اسارت: یکی از فعالیت‌های هلال احمر بعد از بازگشت اسرا ارائه گواهی دوران اسارت به آزادگان برای تشکیل پرونده در سازمان‌های مرتبط بود. جمعیت هنوز هم پاسخگوی استعلام سازمان‌های مرتبط با جنگ در خصوص اسرای شهید، مفقودان و آزادگان است.

عضویت جمعیت در کمیته استقبال از اسرا: مردم ایران اسلامی در ۲۶ مرداد ۱۳۶۹ پس از سال‌ها انتظار شاهد بازگشت اولین گروه از اسرا و آزادگان به وطن بودند، طبیعی است این بازگشت عزتمندانه بعد از تحمل سختی و رنج اسرا در زندان‌ها و اسارتگاه‌های رژیم بعثی عراق و با قدم نهادن به خاک پاک وطن همراه با موجی از شغف و شادی باشد. مسئولین برای مدیریت چنین امری که اکنون به یکی از روزهای تاریخ این دیار کهن تبدیل شده است، اقدام به تشکیل کمیته استقبال از اسرا کردند. جمعیت با انجام تدارکات و ایجاد پایگاه‌هایی برای این منظور با دعوت از خانواده‌های آزادگان و مردم نقش بسزایی را در برپایی این شور و شغف بر عهده داشت.

جستجوی مفقودین: از ابتدا تا پایان جنگ حدود ۷۸۰۰۰ هزار پرونده توسط جمعیت برای مفقودان جنگ تشکیل و از طریق کمیته بین‌المللی صلیب سرخ پیگیری شد (۶). از همان روزهای نخست جنگ تحمیلی، خانواده‌های زیادی که از عزیزان خود بی‌خبر بودند برای پیگیری سرنوشت آنان به جمعیت هلال احمر مراجعه می‌کردند. در اداره امور اسرا و مفقودین جمعیت پس از مصاحبه با خانواده‌های مراجعه کننده و نیز بر پایه شواهد دیگری که موجود بود برای فرد مفقود پرونده تشکیل می‌شد. اطلاعات جمع‌آوری شده به زبان انگلیسی به فرم‌های جست و جوی مفقودان کمیته بین‌المللی صلیب سرخ منتقل و سپس از طریق دفتر نمایندگی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در تهران به کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در ژنو ارسال تا بر اساس این اطلاعات مقامات صلیب سرخ چگونگی وضعیت مفقودان را از مقامات عراقی درخواست کنند. اگر افرادی در اردوگاه اسرا در عراق مورد بازدید و ثبت‌نام نمایندگان کمیته بین‌المللی صلیب سرخ قرار می‌گرفتند کارت اسارت توسط کمیته بین‌المللی صلیب سرخ برای آنان صادر و به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران فرستاده می‌شد. جمعیت پس از دریافت اطلاعات بی‌وقفه پاسخ‌ها را به خانواده‌ها و سازمان‌های مربوطه اعلام و کارت‌های صادره را به دست خانواده‌های اسرا می‌رساند.

جمعیت هلال احمر برای جمع‌آوری و دریافت اطلاعات مفقودان ایران از روش‌های مختلفی استفاده می‌نمود. از جمله رصد کردن رادیو و تلویزیون عراق و ضبط برنامه‌های مربوط به اسیران، اگر در یک فیلم صد اسیر ایرانی دیده می‌شد، صد عدد از آن فیلم تکثیر و برای هر کدام

پیگیری استرداد و مبادله اسرا: از جمله وظایف اداره امور اسرا و مفقودین جمعیت پیگیری استرداد اسرای مجروح ایرانی از اردوگاه‌های عراق به ایران طی مراحل مختلف بود. با پیگیری‌های این اداره و با هماهنگی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در میانه سال‌های جنگ تا پذیرش قطعنامه ۵۹۸ شورای امنیت سازمان ملل از سوی ایران حدود ۹۰۰ اسیر معلول و مجروح قبل از آزادی انبوه، آزاد و یا با اسرای عراقی مبادله شدند. به دلیل کارشناسی رژیم عراق در اجرای کامل قطعنامه دو سال طول کشید تا بند سوم آن یعنی مبادله اسرا به صورت انبوه اجرایی شود. در طی این مدت کمیته پیگیری اسرا در مذاکرات دائمی سه جانبه با کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال احمر عراق فرایند مبادله فراگیر اسرای دو طرف را تعقیب کرده تا نهایتاً در ۲۶ مرداد ۱۳۶۹ فرایند مبادله آغاز و روزانه با ورود هزاران نفر از آزادگان به میهن و استقبال مردم و خانواده‌هایشان موجی از شغف و شادی سراسر کشور را فراگرفت.

نظارت بر مبادله اسرا: جمعیت به همراه نمایندگان کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در طی تمامی مراحل مبادله اسرا به عنوان عضو ناظر حضور فعال داشت. به‌ویژه در طی فرایند مبادله انبوه، نمایندگان جمعیت قریب به یک ماه در مبادی مرزی استقرار یافته و ضمن تشکیل پرونده برای تک تک افرادی که مبادله و یا آزاد می‌شدند، بر روند کار نظارت کامل را اعمال می‌داشتند.

مبادله پیام اسرا: فرایند مبادله پیام به این نحو بود که نمایندگان کمیته صلیب سرخ در بازدید از کمپ‌ها و اردوگاه‌های اسرای ایرانی در عراق فرم‌های مخصوص صلیب سرخ را در اختیار اسرا گذاشته و پس از آن که اسرا پیام‌های خود را در برگه‌ها می‌نوشتند صلیب سرخ آن‌ها را از طریق نمایندگی خود مستقر در تهران، به جمعیت هلال احمر ایران ارسال می‌کرد تا به‌دست خانواده‌های اسرا برسد. متقابلاً جمعیت پاسخ خانواده‌های اسرا را دریافت و از طریق نمایندگی کمیته مذکور برای اسرا ارسال می‌کرد. در واقع اسرا از نمایندگان دو کارت دریافت می‌کردند. صلیب سرخ در هر بازدید تعدادی برگ مخصوص نامه به اسرا می‌داد؛ یکی سفید که به خانواده‌هایشان نامه بنویسند. این نامه‌ها توسط سانسورچی‌های عراقی سانسور و یا مطالبی به آن‌ها افزوده می‌شد و دیگری برگی به رنگ آبی بود که فقط شامل امضای خانواده‌ها می‌شد و از زیر دست سانسورچی رد و زودتر به دست اسرا می‌رسید. در طول جنگ تحمیلی و دو سال بعد از جنگ تا بازگشت قطعی اسرا حدود ۶ میلیون پیام خانوادگی بین اسرای ایرانی و خانواده‌های آن‌ها رد و بدل شد (۸).

درمان اسرا بعد از آزادی: خیلی از اسرا به هنگام اسارت با مجروحیت همراه بودند و به دلیل عدم رسیدگی مناسب جراحات آنان کهنه و عود کرده بود و یا برخی در ایام اسارت تحت شکنجه آسیب دیده و به درمان نیاز داشتند. جمعیت در این خصوص بعد از آزادی امور درمان آنان را انجام و همچنین درخواست گواهی پزشکی آزادگان از کمیته بین‌المللی صلیب سرخ را پیگیری و به آنان ارائه می‌کرد.

رسیدگی به خانواده اسرا: جمعیت هلال احمر چه در زمان اسارت و چه بعد از آزادی ضمن تجلیل از آنان به مناسبت‌های مختلف

این کنوانسیون‌ها را پذیرفته‌اند و بنابراین مقید به تعهدات موجود در آن‌ها می‌باشند. به‌علاوه این رژیم بر خلاف مفاد معاهدات و دیگر اسناد مربوطه، که ممنوعیت یا تحدید استفاده از سلاح‌های خاص همچون مین‌های ضد نفر، سلاح‌های شیمیایی و بیولوژیک، مهمات خوشه‌ای، تا ممنوعیت تاکتیک‌های رزمی خاص را پوشش می‌دهند، کمترین اهتمامی به این معاهدات نداشته و در ایام جنگ بارها از هر نوع سلاح ممنوعه به‌ویژه سلاح‌های شیمیایی و مهمات خوشه‌ای بر علیه نظامیان و غیرنظامیان، مناطق مسکونی ایران و حتی مردم بی‌دفاع خود در شمال عراق بهره برد.

جمعیت هلال احمر ایران بر اساس تعهدات انسان دوستانه خود، اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و مقید کردن عراق به اجرای تعهدات از طریق صلیب سرخ و دیگر مجامع بین‌المللی به انعکاس و پیگیری جنایات این رژیم اقدام نمود. جمعیت در این راستا با دعوت از مجامع بین‌المللی برای سفر به ایران و بازدید از مناطق آسیب دیده، از آنان خواست تا از نزدیک شاهد آثار این جنایات و نقض مکرر تعهدات بین‌المللی باشند. این اقدامات و پیگیری‌ها توسط جمعیت به فراهم آوردن بخشی از مستندات برای مجامع بین‌المللی کمک کرد که در نهایت توانست در خلال مذاکرات برای تدوین قطعنامه ۵۹۸ سازمان ملل و محکومیت عراق مؤثر واقع گردد.

تأمین بخشی از نیازمندی‌های جنگ از طریق جذب کمک‌های خارجی

بنابر رسالت ذاتی و جایگاه بین‌المللی جمعیت و ارتباطات وسیع با مجامع جهانی و به‌ویژه کمیته بین‌المللی صلیب سرخ جمعیت برای تأمین پایدار و عزتمند بخشی از نیازهای ضروری بهداشتی، درمانی و اقتصادی زمان جنگ که در ایران با کمبود شدید مواجه بود، پیگیری‌های مستمری را در دستور کار خود داشت، که در نتیجه آن بخش زیادی از دارو، تجهیزات پزشکی و درمانی، آمبولانس و دیگر امکانات ضروری از این طریق تأمین و وارد کشور می‌گردید. همچنین جمعیت با جلب و جذب هدایا و کمک‌های دولت‌ها، سازمان‌های غیردولتی، خیرین دیگر کشورها، جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر و نیز ایرانیان خارج از کشور برخی از نیازهای آسیب‌دیدگان جنگ را جمع‌آوری و به دست آسیب‌دیدگان می‌رساند. یکی دیگر از اقدامات جمعیت هماهنگی برای اعزام مجروحین جنگی و به‌ویژه مصدومین شیمیایی به دیگر کشورها بود که در داخل امکان درمان آنان فراهم نبود. در این رابطه بسیاری از مصدومین شیمیایی مورد معالجه قرار گرفتند.

مقابله با مشکل مین و بقایای قابل انفجار جنگی

آلودگی تسلیحاتی پس از پایان درگیری، مثل مین و «بقایای قابل انفجار جنگی» مانند بمب‌ها، گلوله‌ها و بمب‌های خوشه‌ای عمل نکرده، کماکان به کشتار و نقص عضو مردم ادامه می‌دهند. این مشکل همچنین جلوی ارائه خدمات امدادی را نیز گرفته و مردم را از کمک‌های بشردوستانه محروم و بر شدت مشکلات می‌افزاید. کاری که کمیته بین‌المللی صلیب سرخ از طریق جمعیت‌های ملی برای پیشگیری از

یک پرونده تشکیل داده می‌شد و از آن تاریخ این سابقه، مدرکی بود دال بر این که آن فرد در عراق اسیر است. همچنین، مصاحبه‌هایی که عراقی‌ها با اسیران ایرانی انجام می‌داده‌اند و نیز کسب اخبار از اسیران آزاد شده ایرانی که اطلاعاتی در مورد سایر اسرا در عراق داشتند. این اطلاعات ثبت می‌شد و نشان می‌داد که چه افرادی در اردوگاه‌ها اسیر بوده و توسط عراق به مقامات صلیب سرخ اعلام نشده‌اند؛ در مذاکرات مربوط به تبادل اسرا و آزادگان، این مدارک خیلی مفید و مؤثر واقع شده بود.

جست‌وجوی مفقودین جنگ: هم اکنون سرنوشت هزاران نفر که در ارتباط با جنگ عراق با ایران در سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ ناپدید شده‌اند، همچنان در ابهام است. پی‌یر ریتز، رییس نمایندگی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در ایران در سال ۱۳۹۸ از قول مقامات کشور ایران تعداد مفقودان ایران را ۱۱ هزار و ۶۹۷ نفر اعلام کرده‌اند، که از این تعداد هفت هزار مفقود ایرانی در خاک عراق و بقیه در خاک ایران و نقاط دیگر هستند. در آمار دیگری که بنیاد شهید انقلاب اسلامی درباره تعداد شهیدان و مفقودان جنگ تحمیلی منتشر کرده است، تعداد مفقودان را ۱۰۱۰۹ نفر اعلام می‌کند (۹).

از زمان پایان جنگ هشت ساله، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ به عنوان تسهیل‌گر و میانجی بی‌طرف در ساز و کار ایجاد شده بین دولت‌های عراق و ایران نقش داشته است تا به روشن شدن سرنوشت کسانی که در طول جنگ مفقود شده‌اند، کمک کند. این سازمان ریاست نشست‌های منظمی را بین دو طرف به عهده دارد تا مشوق گفت‌وگوی آنان باشد. در این نشست‌ها که در سطح بلندپایه و کاری میان دو کشور برگزار می‌شود، به مسائل فنی مربوط به عملیات حفاری و لجستیک پرداخته می‌شود تا توافق لازم برای ادامه کار و پیشبرد آن به عمل آید. هدف از کل این روند یافتن خبری برای خانواده‌های چشم انتظار است. بنابراین، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ برای تعیین هویت مفقودان و کشته‌شدگان که به اندازه تفحص اهمیت دارد، تخصص و توصیه‌های فنی لازم و کاربرد روش‌های شناسایی مولکولی را ارائه می‌دهد. این کمیته نیز دانش خود در زمینه پزشکی قانونی را در اختیار هر دو طرف قرار داده و پشتیبانی فنی می‌دهد. علاوه بر این، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ گاهی نیز حمایت مادی خود را، در شکل فراهم کردن تجهیزات ارائه می‌دهد تا در عملیات میدانی برای حفاری به کار رفته و کار گروه‌های میدانی را تسهیل کند و در نهایت، عملیات تحویل بقایای انسانی تحت نظارت کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در مناطق مرزی مختلف بین ایران و عراق انجام می‌شود.

دیپلماسی بشردوستانه جمعیت در پیگیری نقض معاهدات بین‌المللی توسط رژیم عراق

رژیم بعثی حاکم بر عراق در طول جنگ مدارس، مناطق مسکونی، درمانی و بیمارستانی، مراکز فرهنگی و آثار باستانی و دیگر اهداف غیرنظامی را مورد حمله قرار داد و به کرات و با خشونت تمام به نقض معاهدات بین‌المللی شامل کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷ و حقوق بین‌المللی بشر دوستانه پرداخت. تمامی دولت‌ها

و عراق، واحد خدمات پزشکی قانونی کمیته بین المللی صلیب سرخ بر اساس تعهد بشردوستانه خود در زمینه پزشکی قانونی تا به امروز به حمایت از ظرفیت‌های فنی پزشکی قانونی در هر کجا که لازم بوده، ادامه داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

از عملکرد و نقش جمعیت هلال احمر ایران در جریان جنگ عراق با ایران، به‌عنوان یکی از درخشان‌ترین دوران خدمات رسانی امدادی و درمانی به طرفین جنگ، رزمندگان و هموطنان جنگ‌زده یاد می‌شود. پاسخگویی به آسیب‌های جنگ و واکنش بهنگام بدین پدیده و هماهنگی تمامی خدمات به منظور کاستن از میزان مرگ و میر و هدر رفتن نیروی انسانی و مادی، هنگامی منتج به اثرات سازنده می‌شود که تمامی ساختارها و فرایندهای سازمان‌ها و دستگاه‌های مرتبطی که درگیر جنگ و مقابله با صدمات و آسیب‌های آن هستند، از آمادگی لازم برخوردار و به لحاظ علمی و عملی از استراتژی‌های جامعی پیروی نمایند. اساساً بدون تفکر و برنامه‌ریزی استراتژیک و بهره‌مندی از تجارب و دانش مدیریت بحران نمی‌توان فرایندهای مرتبط را به بهترین وجه اداره و شاهد دستاوردهای ارزنده‌ای بود.

اما همه شواهد گواهی می‌دهد که با پیروزی انقلاب اسلامی و اندکی پس از آن با آغاز جنگ اوضاع آشفته‌ای بر ایران حاکم شده بود. غافلگیری ارتش و نیروها مرزی در آغاز جنگ و ناتوانی در جلوگیری از اشغال بخش‌هایی از خاک ایران و حتی فروپاشی جبهه ایران در چند ماه پایانی جنگ در حالی که تمامی دست اندرکاران مربوطه تجربه هشت سال جنگ را پشت سر داشتند، بیانگر آنست که کمتر فرصتی برای مدیران و مسئولین جنگ و همچنین بخش بهداشت و درمان و امداد و نجات فراهم آمد تا از تفکر و مدیریت استراتژیک برای پیشرفت و پشبرد امور و حتی مدیریت بحران جنگ و اداره پیامدهای آن بهره مند شوند. این نوع آشفتگی برای جمعیت هلال احمر به دلیل سوء تفاهم و کم مهری‌های ناشی از تغییرات وسیع به وجود آمده در ساختار، ماهیت و وظایف جمعیت خیلی بیشتر از آنچه بود که در بخش‌ها و دیگر دستگاه‌ها رخ داده بود. در بدو پیروزی انقلاب اسلامی بسیاری از توانمندی‌های جمعیت تحلیل رفته بود و همین امر چالش‌ها و افت و خیزهای فراوانی را به خصوص در ابتدای جنگ بر جمعیت تحمیل نمود. براساس مصوبه دولت موقت، در اسفند ماه سال ۱۳۵۷، کلیه موسسات درمانی و بهداشتی (شامل ۲۲۴ بیمارستان، ۱۷۳ درمانگاه مستقل و مرکز اورژانس، ۷۷ اندرژگاه، ۱۵ مرکز مستقل انتقال خون و ۳۰ مرکز آموزش پرستاری، مامایی، بهیاری و پزشکی به همراه چندین پرورشگاه و خانه کودک) از جمعیت منتزع و با حفظ مالکیت جمعیت به وزارت بهداشت و بهزیستی وقت منتقل گردید. این مصوبه باعث شد تا سیاست‌های کلی جمعیت نیز تغییر یافته و کلیه فعالیت‌های درمانی حمایتی آن متوقف گردد. همچنین برابر چند مصوبه دیگر هیأت دولت موقت، مراکز مختلف پژوهشی - حمایتی جمعیت از جمله جمعیت مبارزه با سرطان و سازمان انتقال خون جملگی به وزارت بهداشت و بهزیستی واگذار گردیدند و برخی از امکانات ترابری هوایی و دریایی جمعیت،

حوادث و کاهش آثار آلودگی تسلیحاتی انجام می‌دهد، بسته به شرایط شامل ترکیبی است از: جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات، کاهش خطر، آموزش خطر و بررسی و پاکسازی منطقه آلوده.

در همین خصوص جمعیت هلال احمر ایران در ارتباط با کمیته بین‌المللی صلیب سرخ بلافاصله پس از پایان بمباران‌های شهری و عملیات‌های جنگی به‌طور مستقیم به موضوع ورود می‌نمود و با هماهنگی دیگر سازمان‌ها با اعزام تیم‌های پاکسازی به‌عنوان بخشی از طرح واکنش سریع کار خود را آغاز می‌کرد. گروه‌های پاکسازی، کار تجزیه و تحلیل فنی و ارزیابی نیازها را انجام داده و بقایای قابل انفجار را از مناطق آلوده پاکسازی و سپس نابود می‌کردند. این گروه‌ها در مواردی که به فوریت امکان پاکسازی منطقه آلوده وجود نداشت، مناطق خطرناک را نشانه‌گذاری کرده و به مردم هشدار می‌دادند که وارد این مناطق نشوند (نگارنده خود در موارد متعددی به عنوان نماینده جمعیت در کنار گروه‌های تخصصی در پاکسازی برخی از مناطق آلوده حضور داشته است).

در این خصوص در کوتاه مدت، جمعیت به عنوان شریک عملیاتی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در کنار دیگر سازمان‌ها اطلاعات را به طور منظم جمع‌آوری می‌کرد. اما در بلند مدت و پس از پایان جنگ، جمع‌آوری اطلاعات مناطق آلوده به عنوان بخشی از راهبرد کلان ملی برای مقابله با خطر مین در کل توسط دولت انجام می‌شود.

جمعیت و پزشکی قانونی در دوران پس از جنگ

هنگامی که مردم در جریان بلایا یا جنگ‌ها، یا مهاجرت، جان خود را از دست می‌دهند، باید با اجساد آنان با احترام رفتار شده و کرامتشان رعایت گردد. بنابراین ضرورت دارد تا بقایای افراد مورد جستجو قرار گرفته، بازیابی و شناسایی شوند. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در جستجو، بازیابی، تحلیل، شناسایی و مدیریت شمار زیاد بقایای شناسایی نشده انسانی در مراحل مختلف نگهداری، به مقامات محلی و مسئولین پزشکی قانونی مربوطه مشاوره و آموزش داده و از آن‌ها حمایت می‌کند. حتی در مواقعی که امکانات پزشکی قانونی بسیار پیشرفته باشد، انجام چنین کارهایی از توان مقامات محلی و مسئولین پزشکی قانونی به تنهایی خارج است.

در اواخر سال ۲۰۰۵ میلادی، نمایندگی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در تهران، حمایت از روند تعیین هویت بقایای انسانی جنگ ایران و عراق را آغاز کرد. این امر در ابتدا با برخی ارزیابی‌ها در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷ شروع شد. در نتیجه این ارزیابی‌ها، در سال ۲۰۰۸ طرح ظرفیت‌سازی برای تعیین هویت انسانی توسط پزشکی قانونی برای اعضای گروه‌های بازیابی و شناسایی بقایای انسانی راه‌اندازی شد. علاوه بر این، سند حمایت در زمینه تجهیزات شناسایی مولکولی در ژانویه ۲۰۰۹ برای پشتیبانی از مرکز تحقیقات ژنتیک کوثر و سازمان پزشکی قانونی ایران به امضا رسید تا شناسایی علمی بقایای انسانی برجای مانده از جنگ تضمین و هویت دقیق بقایای انسانی تعیین شود تا به خانواده‌های شهدای مفقود بازگردانده شوند. به‌عنوان بخشی از مسایل مربوط به حل و فصل پرونده‌های سربازان مفقود از جنگ ایران

تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Articles of Association of the Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran. Available from: <http://rcs.ir/%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%B3%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87>
2. The International Committee of the Red Cross as guardian of international humanitarian law. Available from: <https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/misc/about-the-icrc-311298.htm>
3. Melzer N. International humanitarian law: A comprehensive introduction. International Committee of the Red Cross; 2016.
4. Sassòli M, Bouvier AA, Quintin A. How does law protect in war? 3rd edition, ICRC; 2011: p. 93.
5. Fleck D, Bothe M, Fischer H, Gasser HP, Greenwood CJ, von Heinegg WH, Ipsen K, editors. The handbook of humanitarian law in armed conflicts. Oxford University Press, USA; 1999.
6. Office of Veterans Affairs of the Red Crescent Society, eds. Red Epic. First edition, Tehran: Iranian Crescent Scientific-Applied Higher Education Institute; 2020.
7. Statistics of activities of different Red Crescent Society centers. National Library and Archives of the Islamic Republic of Iran; 1987.
8. Shahrivand newspaper. 2019 January 14, No. 1596.
9. Farahani H, Darvishi F, editors. Iran-Iraq War: Questions and Answers. War Studies and Research Center Publications; 2007.
10. Hatami H, Razavi SM, Eftekhari ardabili H, Majlesi F, Seyed Nozadi M, Parizadeh MJ, editors. Introduction to the Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran. In Comprehensive book of public health. Fourth Edition, Arjmand Publication; 2019.

از جمله هوایماهای آن به سایر نهادها واگذار شد. تشابه ظاهری نشان جمعیت با آرم شاهنشاهی و تصور عمومی مبنی بر وابستگی جمعیت به رژیم سابق در سال‌های آغازین انقلاب، باعث شد بسیاری از اموال و املاک آن (حتی برخی از املاک وقفی) توسط نهادهای انقلاب تصرف گردد. این در حالی است که در اولین اساسنامه جمعیت بعد از انقلاب، در سال ۱۳۵۹، امور مربوط به تربیت کادر پیراپزشکی و انتقال خون، همچنان در حوزه فعالیت جمعیت قرار داشت ولی بعدها همین فعالیت‌ها نیز از جمعیت سلب و اکثر پرورشگاه‌ها و شیرخوارگاه‌ها به سایر سازمان‌ها واگذار شد (۱۰).

در واقع جنگ عراق با ایران، برای جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران نقطه عطفی بود که بتواند در جایگاه نهاد هماهنگ‌کننده بین المللی و میانجی بی طرف و در سطح ملی به عنوان یک پشتیبان در جنگ بسیج عمومی گسترده‌ای به راه اندازد. جمعیت با تمام توان در یک جنگ فرسایشی و طاقت‌فرسا با پابندی به دو اصل از اصول بنیادین خود یعنی بی غرضی و بی طرفی، به طور مستقل به حمایت و حفاظت از جان و کرامت قربانیان جنگ و کمک‌رسانی به آنان پرداخت و مأموریت بشردوستانه خود را به احسن وجه به انجام رساند.

جمعیت هلال احمر در بُعد داخلی با اقدامات خود به عنوان نیروی کمکی مستقل از دولت، با گسیل و حرکت نیروهای داوطلب در تخصص‌های مختلف و امدادگران آموزش دیده، تجهیزات و آمبولانس‌ها به میادین کارزار و مناطق عملیاتی و جابجایی منابع امدادی در مناطق جنگی به انتقال مصدومان و قربانیان طرف‌های درگیر کمک‌رسانی و از آنان حمایت کرد و به درمان و حمایت از مجروحان در خط مقدم پرداخت و در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی از آنان مراقبت نمود.

جمعیت با ایجاد اردوگاه برای اسکان آوارگان عراقی و مهاجرین و آوارگان داخلی به آنان رسیدگی و نیازهای ضروری و اولیه را نظیر اسکان اضطراری و سرپناه موقت، مواد غذایی، مایحتاج بهداشتی و داروی فراهم و با استفاده از دانش و تجارب بین‌المللی زیرساخت‌هایی که این امکان می‌دهد تا در هنگام جنگ بهترین کمک ممکن را به سرعت دریافت کند، تمهید نماید.

این تشکیلات ساعی در بُعد خارجی توانست از طریق هماهنگی با کمیته بین‌المللی صلیب سرخ به عنوان متولی کنوانسیون‌های ژنو و پروتکل‌های الحاقی، به غیرنظامیان که تحت کنترل نیروهای دشمن به سر می‌بردند، رسیدگی کند. از اسرای جنگی بازدید و به آنان یاری رساند و به تبادل میلیون‌ها پیام صلیب سرخ بین اعضای خانواده‌ها کمک نماید و کسانی را که در زمان درگیری مسلحانه مفقود شده‌اند جستجو نماید و حتی تا سال‌ها پس از جنگ هم به درخواست‌های دریافت شده در مورد عزیزان مفقود خانواده‌ها رسیدگی کند.

از تلاش‌ها و فعالیت‌های جمعیت هلال احمر ایران در راستای جایگاه مهمی که در طی هشت سال جنگ و پس از آن برعهده داشت، به عنوان حضوری مؤثر و نقش آفرین یاد می‌شود. خدماتی که متأسفانه کمتر ثبت، ضبط و مستند شده است.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه

The Role and Position of Military Pharmacists in the Health System of the Armed Forces and Emergencies Caused by Crises

Abdol Majid Cheraghali 1*

1 Department of Pharmacology and Toxicology, School of Pharmacy, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 7 April 2021 Accepted: 16 July 2021

Abstract

Background and Aim: In addition to undergoing classical pharmacy training, military pharmacists have acquired capabilities that enable them to perform their assigned responsibilities well in operational situations and crises. Today, military pharmacists are an integral part of the world's armies. Due to their mastery of pharmaceutical services, military pharmacists are able to easily manage pharmaceutical affairs in operational areas or crises and determine and monitor the priorities of pharmaceutical services in operational or crisis areas.

Methods: This study was conducted using the method of reviewing and analyzing the content of the published papers.

Results: The main task of pharmacists in military operations and crises is to monitor the supply chain of medicines and provide pharmaceutical services. Military pharmacists have a duty to ensure that the required medicines are available in the operating scene, timely transfer of required drugs, and proper storage including maintaining a cold chain for specific medicines, as well as monitoring the proper return of unused medicines to warehouses after the operation.

Conclusion: The main difference between military and civilian pharmacists is their presence in military operations. Military pharmacists have a duty to ensure that the medicines needed by the operational forces are present in the operational fields.

Keywords: Military pharmacy, Armed forces health system, Crisis situations.

* Corresponding Author: Abdol Majid Cheraghali

Address: Department of Pharmacology and Toxicology, School of Pharmacy, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: cheraghali@gmail.com

نقش و جایگاه داروسازان نظامی در نظام سلامت نیروهای مسلح و شرایط اضطراری ناشی از بحران‌ها

عبدالمجید چراغعلی^{*}

^۱ گروه فارماکولوژی و سم شناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: داروسازان نظامی علاوه بر گذراندن آموزش‌های کلاسیک داروسازی توانایی‌هایی را کسب کرده‌اند که آن‌ها را قادر می‌سازد در شرایط عملیاتی و بحران‌ها مسئولیت‌های محوله را به خوبی انجام دهند. امروزه داروسازان نظامی بخش جدایی‌ناپذیر ارتش‌های دنیا هستند. داروسازان نظامی به دلیل تسلط بر خدمات دارویی قادرند به راحتی در مناطق عملیاتی و یا بحران‌ها امور دارویی را مدیریت نمایند و الویت‌های خدمات دارویی را در مناطق عملیاتی و یا بحران‌زده تعیین و بر آن نظارت نمایند. **روش‌ها:** این مطالعه با استفاده از روش بررسی و تحلیل محتوای منتشر شده در سایر منابع انجام شده است. **یافته‌ها:** وظیفه عمده داروسازان در عملیات نظامی و بحران‌ها نظارت بر زنجیره تأمین داروهای مورد نیاز و ارائه خدمات دارویی است. داروسازان نظامی وظیفه دارند از وجود داروهای مورد نیاز در صحنه‌های عملیاتی اطمینان حاصل کنند. اطمینان از انتقال به موقع داروهای مورد نیاز، ذخیره مناسب و رعایت نکات فنی آن‌ها از جمله حفظ زنجیره سرد در مورد داروهای خاص و همچنین نظارت بر بازگشت مناسب داروهای مصرف نشده به انبارها بعد از پایان عملیات، از وظایف اصلی داروسازان در صحنه‌های عملیاتی است. **نتیجه‌گیری:** تفاوت عمده داروسازان نظامی و غیرنظامی حضور آن‌ها در صحنه‌های عملیات نظامی است. وظیفه عمده داروسازان در این صحنه‌ها، نظارت بر زنجیره تأمین داروهای مورد نیاز و ارائه خدمات دارویی است. داروسازان نظامی وظیفه دارند از وجود داروهای مورد نیاز نیروهای عملیاتی در صحنه‌های عملیاتی اطمینان حاصل کنند.

کلیدواژه‌ها: داروسازی نظامی، نظام سلامت نیروهای مسلح، شرایط بحران.

^{*} نویسنده مسئول: عبدالمجید چراغعلی

آدرس: گروه فارماکولوژی و سم شناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم

پزشکی بقیةالله (عج)، تهران، ایران.

ایمیل: cheraghia@gmail.com

مقدمه

نظامی خدمت می‌کردند. با این وجود در قرن ۱۶ و در دوران پادشاهی فلیپ دوم در اسپانیا بیمارستان‌های نظامی جایگاه مهمتری در ارتش اسپانیا پیدا کردند. در سال ۱۶۴۷ و دوران پادشاهی فلیپ چهارم واحد داروسازی نظامی در هنگام عملیات‌ها تأسیس شد. در سال‌های ۱۹۳۰ و حتی طی دوران جنگ‌های داخلی اسپانیا جایگاه داروسازان نظامی در ارتش اسپانیا به میزان زیادی تقویت گردید. با توجه به اهمیت نیروی دریایی در ارتش اسپانیا به همان میزان نیز جایگاه داروسازان شاغل در نیروی دریایی اسپانیا از اهمیت بیشتری برخوردار بود. این داروسازان نقش بسیار مهمی در کنترل کیفیت غذای مورد استفاده افراد نیروی دریایی به‌خصوص طی مأموریت‌های برون مرزی داشتند. همچنین این داروسازان به ارزیابی اثرات احتمالی درمانی موادی که برای اولین بار در مناطق مستعمره به آن‌ها برخورد می‌کردند، می‌پرداختند. در سال ۱۹۴۷ نیروی هوایی اسپانیا مدرسه ویژه‌ای برای آموزش داروسازان نظامی شاغل در این نیرو تأسیس کرد که بعدها در سال ۱۹۹۰ در سایر دانشکده‌های داروسازی ادغام شد.

در تاریخ ارتش فرانسه برای اولین بار در سال ۱۵۵۲ و در دوران پادشاهی هنری دوم از داروسازان نظامی نام برده شده است. داروسازان نظامی در آن زمان مسئولیت یک داروخانه سیار را بر عهده داشتند. در قرن ۱۷ داروسازان ارتش فرانسه اجازه داشتند گیاهان دارویی را در زمین‌هایی که در اختیار آن‌ها قرار داشت، کشت کنند. این داروسازان مسئولیت تهیه داروهای مورد نیاز بیمارستان‌های نظامی را هم برعهده داشتند. این مسئولیت همچنان برعهده داروسازان نظامی ارتش فرانسه است. در سال ۱۷۸۶ داروسازان شاغل در ارتش فرانسه از یونیفرم خاصی استفاده می‌کردند. در سال‌های ۱۸۵۰ حدود ۱۷۰ داروساز در ارتش فرانسه خدمت می‌کردند. در سال‌های جنگ جهانی اول داروسازان ارتش فرانسه در کنار مسئولیت تدارک داروهای مورد نیاز و نظارت بر آزمایشگاه‌ها مسئولیت مقابله با گازهای سمی به کار رفته در میدان نبرد را نیز بر عهده داشتند. با این وجود داروسازان جایگاه بهتری در نیروی دریایی فرانسه داشتند و در قرن ۱۷ حضور داروسازان در کشتی‌های نظامی ارتش فرانسه به صورت یک الزام درآمده بود. نکته جالب توجه در این دوره آن بود که حقوق داروسازان شاغل در کشتی‌های جنگی بر مبنای تعداد توپ‌های جنگی موجود در کشتی تعیین می‌شد. داروسازان شاغل در نیروی دریایی نقش مهمی در شناسایی و کشف گیاهان با اثرات جدید دارویی داشتند. در این دوران داروسازان شاغل در ارتش از یونیفرم‌های به رنگ سبز استفاده می‌کردند که آن‌ها را از پزشکان عمومی و جراحان که به ترتیب یونیفرم‌های سیاه و قرمز می‌پوشیدند متمایز می‌کرد. در این دوران داروسازان نظامی وظایف بسیار گسترده‌ای داشتند. آن‌ها مسئول هر امر علمی از جمله مطالعه حیات وحش، گیاهان و هواشناسی، آنالیز مواد معدنی، صنعتی و کشاورزی، سم‌شناسی، کیفیت غذا و آب، کنترل بهداشت عمومی، مطالعه بیماری‌ها و میکرواورگانیسم‌ها و حتی مسئول مبارزه با فساد در سیستم نیز بودند. البته برای انجام این حجم از وظایف تعداد قابل توجهی داروساز در ارتش فرانسه خدمت می‌کردند. بارون پارمنتیر یکی از داروسازان مشهور شاغل در ارتش بود که از پیش قراولان شیمی

اگر چه فعالیت داروسازان در سازمان‌های نظامی به قرن‌ها قبل بر می‌گردد ولی اولین مورد ثبت شده مشارکت داروسازان در بیمارستان‌های نظامی در قرن پانزدهم میلادی به ثبت رسیده است. در سال ۱۴۷۶ میلادی که اولین بیمارستان صحرایی توسط ملکه ایزابلا در اسپانیا تأسیس شد یک نفر داروساز به نام Jaime Pascual در جمع پرسنل این بیمارستان قرار داشت. در سال ۱۵۵۲ در زمان پادشاهی هنری دوم در فرانسه تعریف مشخصی از وظایف داروسازان نظامی مطرح شد که مسئولیت کیف‌های قابل حمل داروها را بر عهده داشتند. با این وجود در سال ۱۵۷۹ عنوان داروساز نظامی فراگیر شد و مقرراتی نیز برای نحوه عملکرد داروسازان نظامی تدوین گردید. در قرن هیجدهم میلادی برای اولین بار یونیفرم خاصی برای داروسازان نظامی طراحی گردید و این آغازی رسمی برای فعالیت‌های داروسازان نظامی بود. از همان ابتدا وظایف داروسازان نظامی صرفاً به تولید و عرضه داروها و یا مشاوره دادن به پزشکان محدود نمی‌شد.

داروسازان نظامی نقش مهمی در تدوین فهرست داروهای مورد نیاز در سازمان‌های نظامی بر عهده دارند. این داروسازان موظف هستند در تدوین این فهرست علاوه بر پارامترهای بالینی به فاکتورهای اقتصادی و عملیاتی مربوط به انتخاب داروها نیز توجه کنند. با توجه به نقش حیاتی دارو در پشتیبانی عملیات‌های نظامی و تسلط داروسازان در مسائل مربوط به دارو از قرن‌ها قبل داروسازان جایگاه ویژه‌ای در تیم‌های پزشکی سازمان‌های نظامی داشته‌اند. این نقش امروزه با پیچیده‌تر شدن نوع عملیات‌های نظامی بسیار پررنگ‌تر شده است و داروسازان نظامی هر روز جایگاه ویژه‌تری در ستاد‌های عملیاتی و مدیریت‌های بحران‌ها پیدا می‌کنند. انجمن بین‌المللی داروسازان (FIP) که از مهمترین تشکلهای داروسازی دنیا است بخش ویژه‌ای به نام داروسازان نظامی (MEPS) دارد و داروسازان نظامی عضو این بخش هر دو سال یکبار در جلسات جداگانه‌ای به تبادل تجارت خود با یکدیگر می‌پردازند (۱).

روش‌ها

در این مقاله از روش بررسی متون منتشر شده در منابع استفاده شده است. مقالات منتشر شده در مورد شرح وظایف داروسازان در سازمان‌های نظامی کشورهای مختلف مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند. شرح وظایف داروسازان نظامی در شرایط فعلی در نیروهای نظامی جمهوری اسلامی ایران نیز مورد توجه قرار گرفته است. در نهایت با جمع و تخلیص نظرات و تحلیل و ارزیابی آن‌ها، شرح وظایف داروسازان نظامی تبیین شده است.

نتایج

داروسازان نظامی از سده‌ها قبل نقش و جایگاه بسیار مهمی در نظام‌های سلامت نیروهای نظامی کشورهای مختلف داشته‌اند. در اسپانیا در سال ۱۴۷۶ و در دوران سلطنت ملکه ایزابلا اولین بیمارستان نظامی این کشور تأسیس شد. در آن زمان در این بیمارستان چند داروساز

مواد غذایی محسوب می‌گردد. او مصرف سیب زمینی را به عنوان غذای روزانه توصیه می‌کرد. توصیه‌ای که بعدها مانع گرسنگی تعداد زیادی از افراد در زمان بروز قحطی گردید.

در سال ۱۵۹۵ ارتش آلمان از واکن‌ها به عنوان داروخانه سیار استفاده می‌کردند. در این واکن‌ها علاوه بر داروساز، پزشک و آرایشگر نیز وجود داشتند. اولین سند رسمی مربوط به شرح وظایف و مسئولیت‌های پزشکی نظامی آلمان در سال ۱۶۲۰ منتشر شد که در آن شرح وظایف داروسازان نیز تشریح شده است. با این وجود از قرن ۱۸ به بعد داروسازان جایگاه ویژه‌تری در ارتش آلمان پیدا کردند. در سال ۱۷۸۷ فقط در ایالت پروسیای آلمان حدود ۴۶ داروساز در ارتش خدمت می‌کردند. همچنین در ایالت باواریا یک انستیتو مستقل داروسازی نظامی ایجاد شده بود. نیروی دریایی آلمان نیز واحد داروسازی نظامی مختص به خود را داشت که دهها داروساز در آن و در مستعمرات متعلق به آلمان خدمت می‌کردند. طی جنگ جهانی اول حدود ۳۶۰۰ داروساز در جنگ مشارکت داشتند. داروسازان شاغل در ارتش آلمان مسئولیت تهیه آب بهداشتی، بهداشت عمومی، ضد عفونی کردن و آنالیز را برعهده داشتند. همچنین این داروسازان درگیر امور مربوط به گازهای جنگی نیز بودند. اولین بیمارستان نظامی در بلژیک در سال ۱۵۶۷ تأسیس شد. البته در آن زمان بلژیک هنوز به استقلال نرسیده بود. این بیمارستان در آن زمان داروخانه نداشت و برای ارائه خدمات دارویی از داروخانه‌های بیرون از بیمارستان استفاده می‌کرد. در سال ۱۶۷۳ داروخانه تأسیس شد و سپس در سایر پادگان‌ها نیز داروسازها مشغول به کار شدند. در سال ۱۶۸۵ شرح وظایف داروسازان تدوین شد. البته در آن زمان بلژیک تحت سلطه امپراطوری فرانسه بود. با این وجود بعد از استقلال بلژیک نیز نقش و جایگاه داروسازان نظامی در ارتش بلژیک حفظ شد. داروسازان نظامی به صورت مستقیم در نبردهایی که توسط ارتش بلژیک برای مثال در جنگ واترلو انجام می‌شد، مشارکت داشتند. در سال ۱۹۱۹ یکی از داروسازان شاغل در ارتش بلژیک به درجه ژنرالی نیز رسید. داروسازان نظامی شاغل در ارتش بلژیک اولین آزمایشگاه باکتری شناسی را در این ارتش تأسیس کردند. این داروسازان همچنین مسئولیت آنالیز و مقابله با گازهای جنگی که ارتش آلمان علیه نیروهای اتریشی استفاده می‌کرد را نیز برعهده داشتند. از آن تاریخ به بعد مقابله با عوامل سلاح‌های شیمیایی و میکربی (NBC) به یکی از حیطه‌های اصلی مسئولیت داروسازان نظامی تبدیل شد و محققین بزرگی در این زمینه از سوی ارتش اتریش به دنیا معرفی شدند. ارتش بلژیک یک واحد کنترل بهداشت به فرماندهی یک داروساز نظامی دارد. داروسازان این واحد علاوه بر انجام مسئولیت‌های متداول داروسازان نظامی مسئول انهدام داروهای تاریخ مصرف منقضی و مواد شیمیایی غیرقابل مصرف نیز هستند. این واحد همچنین مسئول ایجاد و هدایت یک نظام پویا برای کنترل بیماری‌های عفونی در تمام پادگان‌ها و واحدهای نظامی بلژیک است. از جمله وظایف این واحد در راستای مدیریت بهداشتی مراکز نظامی، ضد عفونی کردن، طعمه‌گذاری علیه ناقلان عوامل بیماری‌زا و کنترل بهداشت ساختمان‌ها و آموزش پرسنل و داروسازانی است که به مأموریت‌ها اعزام می‌شوند. همچنین این واحد بر ضد عفونی

کردن وسایل نقلیه‌ای که از مناطق عملیاتی و یا مأموریت‌ها باز می‌گردند، نظارت دارد.

در ارتش کانادا وظایف داروسازان نظامی دائماً در حال تغییر است و دیگر به وظایف سنتی آن‌ها محدود نمی‌شود. داروسازان در حال حاضر باید قادر باشند کلیه مشکلات پیچیده مرتبط با داروها را حل و فصل کنند و در تمام کمیته‌های تخصصی پزشکی در ارتش کانادا نیز مشارکت فعال دارند. این داروسازان اطلاعات کافی در مورد درمان مجروحین در میدان‌های نبرد و نیازهای دارویی آن‌ها را دارند. آن‌ها به خصوص باید در مورد درمان اورژانسی بیماران، کنترل درد، بیماری‌های عفونی و درمان عواقب ناشی از سلاح‌های هسته‌ای، شیمیایی و بیولوژیک اطلاعات کاربردی لازم را داشته باشند.

در حال حاضر صرفاً در دپارتمان پزشکی نظامی ارتش امریکا علاوه بر داروسازان غیر نظامی، صدها داروساز نظامی که آموزش‌های ویژه داروسازان نظامی را نیز گذرانده‌اند، مشغول به کار هستند. متعاقب گزارش‌های متعدد خطاهای تجویز داروها در سال ۱۹۴۳ و در زمان ریاست جمهوری روزولت، گروه داروسازی نظامی ارتش امریکا شکل گرفت. در همان سال ارتش امریکا مجوز استخدام ۷۲ داروساز را به دست آورد. اگرچه در کشورهای اسکاتلندی و انگلستان وظایف داروسازان نظامی عمدتاً به تهیه و تدارک دارو محدود می‌شد ولی در کشورهای فرانسه، آلمان و اسپانیا این وظایف طیف بسیار وسیع‌تری از خدمات شامل مدیریت مسائل بهداشتی، تولید دارو، کنترل کیفیت و توزیع داروها، ارائه مشاوره، مدیریت وسایل و تجهیزات پزشکی، مسائل مربوط به سلاح‌های شیمیایی و میکربی، بیولوژی بالینی، کنترل مواد غذایی و آب آشامیدنی را نیز شامل می‌شد. با توجه به محدودیت‌های منابع مالی در سازمان‌های نظامی، داروسازان نظامی مسئولیت نظارت بر بودجه‌های دارویی این سازمان‌ها و رعایت اصول اقتصاد دارویی را نیز برای تهیه و تدارک داروها در سازمان‌های نظامی بر عهده دارند.

در ایران سابقه ایجاد واحد دارویی در بهداری ارتش به سال‌های ابتدایی سده ۱۳۰۰ برمی‌گردد. در این سال ارتش برای پاسخگویی به نیازهای دارویی تشکیلات کاملاً مستقلی برای خود ایجاد کرده بود. در سال ۱۳۰۶ داروخانه‌ای به نام داروخانه سپه پشت خیابان دارایی در خیابان ناصرخسرو تأسیس شد. داروسازان نظامی داروهای گیاهی و مواد اولیه داروها را تهیه کرده و در نهایت به اشکال دارویی تبدیل می‌کردند و تحویل نیروهای مسلح می‌دادند. داروهای مورد نیاز بیمارانی که به بیمارستان‌های ارتش مراجعه می‌کردند توسط این داروخانه آماده‌سازی و تحویل بیمار می‌گردید. در سال ۱۳۴۸ داروخانه سپه به میدان حر که آمادگاه ارتش در آنجا قرار دارد، منتقل شد. در آمادگاه ساختمان‌ها و انبارهای بزرگی با کیفیت مناسب ساخته شده بود. در آمادگاه بخشی وجود داشت به نام بخش داروسازی که فرمولاسیون‌های دارویی شامل گلیسرین فنیکه، گلیسرین ید، الکل ید و شربت‌های سینه در آنجا انجام می‌شد و در سال‌های ۵۳-۱۳۵۲ فرمولاسیون قرص هم اضافه شد. در واقع واحد داروسازی ارتش که داروهای را تولید می‌کرد و اینجا بسته‌بندی و برای مناطق مورد نیاز ارسال می‌شدند. ۳-۴ دستگاه قرص‌زنی در آمادگاه ۵۰۱ وجود داشت، یک دستگاه ساشه‌زنی و یک

پیدا کرده و یا حتی راه حل‌هایی را پیشنهاد کنند که بتوان بدون استفاده از داروها بر مشکل غلبه کرد.

در حال حاضر عمده وظایف داروسازان در سازمان‌های نظامی شامل این موارد می‌شود (۲-۴):

۱. خدمت در بیمارستان‌های نظامی: در اغلب کشورها بیمارستان‌های نظامی نقش درمانی مهمی را حتی در زمان صلح بر عهده دارند. این بیمارستان‌ها ضمن فراهم کردن خدمات درمانی لازم برای نیروهای نظامی و خانواده‌های آن‌ها موقعیت آموزشی بسیار مفیدی را نیز برای کادر پزشکی نظامی فراهم می‌کنند تا ضمن به روز کردن دانش خود، توانایی‌های عملیاتی لازم را نیز به دست آورند. به همین علت در موارد زیادی این بیمارستان‌ها به عنوان مراکز تحقیقاتی فعالی نیز ایفای نقش می‌کنند. با این وجود باید توجه داشت که این بیمارستان‌ها در زمان صلح تفاوت‌های اندکی با بیمارستان‌های غیرنظامی دارند و انجام وظیفه داروسازان نظامی در این بیمارستان‌ها بیانگر وظایف اصلی آن‌ها به عنوان داروساز نظامی نیست. عرضه خدمات دارویی در داروخانه‌های بیمارستان‌های نظامی از عمده‌ترین وظایف داروسازان نظامی در دوران صلح است. این فعالیت در کشورهایی که از نیروهای وظیفه استفاده می‌کنند به دلیل مراجعه آن‌ها به داروخانه‌های بیمارستان از کمیت بیشتری برخوردار است.

۲. آزمایشگاه‌های بیولوژی: با توجه به توانایی داروسازان در بخش آنالیز، آنان به راحتی قادرند مدیریت این آزمایشگاه‌ها را بر عهده گیرند. فعالیت در این آزمایشگاه‌ها باعث به روز شدن دانش داروسازان در آنالیز نمونه‌های بیولوژیکی و دارویی خواهد شد.

۳. تولید داروها: امروزه اغلب داروهای مورد مصرف در پزشکی صنایع داروسازی غیرنظامی تولید می‌شوند. با این وجود داروهای کاربرد خاص نظامی معمولاً توسط این صنایع تولید نمی‌شوند و بسیاری از سازمان‌های نظامی ترجیح می‌دهند توانایی بالقوه‌ای را برای تولید این داروها در غالب صنایع داروسازی نظامی حفظ نمایند. این تخصص‌ها در صورت لزوم می‌تواند برای آنالیز مواد شیمیایی و یا کنترل کیفیت آب مصرفی در صحنه‌های عملیاتی نیز مورد استفاده قرار گیرد.

۴. نظارت بر زنجیره تأمین داروها: اطلاع از شرایط نگهداری داروها در آب و هوای متغیر و فقدان سیستم‌های استاندارد حمل و نقل داروها در هنگام عملیات، از دیگر مواردی است که وظایف داروسازان نظامی را از همکاران غیرنظامی خود متمایز می‌کند. داروسازان نظامی باید دقیقاً تأثیر شرایط آب و هوا و حمل و نقل در شرایط عملیاتی را در داروها بدانند چرا که تأثیر شرایط نامناسب و غیراستاندارد زمان عملیات بر داروها ممکن است خطرات زیادی را برای نیروهای عمل‌کننده که به دلیل مصدومیت‌های احتمالی به این داروها نیاز پیدا می‌کنند، ایجاد نماید. داروسازان نظامی باید قادر باشند در شرایط عملیات در مورد امکان مصرف داروهای تاریخ مصرف گذشته، به خصوص در مواردی که نیروها با کمبود آن‌ها روبرو هستند، اظهارنظر کنند. در این شرایط شاید بتوان داروها را با ۹۰٪ پوتنسی نیز مصرف کرد مشروط به آنکه داروساز قادر به آنالیز داروها و تعیین این حد و اطمینان از عدم ایجاد مواد سمی حاصل از تجزیه داروها باشد. آنالیز منظم داروهای با کاربردهای خاص نظامی

دستگاه بلیستر قرص هم وجود داشت که فراورده‌هایی مانند قرص ویتامین ب۱، قرص نمک، قرص آسپیرین و قرص زغال، ساشه‌های بیسموت تولید می‌کرد. فعالیت‌های داروسازی بخش دارویی بهداشتی ارتش حتی در سال‌های اولیه بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و آغاز جنگ تحمیلی نیز ادامه یافت. در آن زمان فراورده‌هایی مانند محلول بتادین و کرم‌های دافع حشرات، آمپول آمیل نیتريت، ژل مترونیدازول و پماد کروتامیتون به عنوان ضد جرب و گال نیز تولید می‌شدند. با این وجود در دهه ۶۰ این واحد به فعالیت خود خاتمه داد.

بحث

تفاوت عمده داروسازان نظامی و غیرنظامی حضور آن‌ها در صحنه‌های عملیات‌های نظامی است. وظیفه عمده داروسازان در این صحنه‌ها، نظارت بر زنجیره تأمین داروهای مورد نیاز و ارائه خدمات دارویی است. داروسازان نظامی وظیفه دارند از وجود داروهای مورد نیاز نیروهای عملیاتی در صحنه‌های عملیاتی اطمینان حاصل کنند. اطمینان از انتقال به موقع داروهای مورد نیاز، ذخیره مناسب و رعایت نکات فنی از جمله حفظ زنجیره سرد در مورد داروهای خاص و همچنین نظارت بر بازگشت مناسب داروهای مصرف نشده به انبارها بعد از پایان عملیات از وظایف اصلی داروسازان در صحنه‌های عملیاتی است. داروسازان نظامی وظیفه دارند آمادگی لازم را برای اطمینان از حفظ ذخیره تأمین دارو و ملزومات پزشکی فراهم نمایند. این داروسازان باید آمادگی لازم را برای برخورد با حوادثی که زنجیره تأمین داروها و ملزومات پزشکی در صحنه‌های عملیاتی به خطر می‌اندازند از جمله حوادث و اقدامات خرابکارانه را داشته باشند.

امروزه در بسیاری از کشورهای جهان داروسازان نظامی نقش مؤثری در تهیه و تدارک تجهیزات پزشکی نیز بر عهده گرفته‌اند. این وظیفه بعد از جنگ اول خلیج فارس به خصوص در ارتش آمریکا تقویت شده است. این شرایط باعث شده است که عملاً داروسازان نظامی وظایف بیشتری را در مقایسه با همکاران غیرنظامی خود بر عهده داشته باشند. البته امروزه با پایان گرفتن جنگ سرد و تغییر مرزهای سیاسی در دنیا، نقش ارتش‌ها و بالطبع داروسازان نظامی نیز تغییری کرده است. در کشورهایی که ارتش‌های آن‌ها از نیروهای وظیفه استفاده نمی‌کنند و ارتش حرفه‌ای شده است در موارد زیادی وظایف غیرنظامی داروسازان به داروسازان غیرنظامی سپرده شده است و این ارتش‌ها ترجیح داده‌اند از بخش خصوصی برای خدمات داروسازی غیرنظامی بهره‌برداری نمایند.

تفاوت داروسازان نظامی در میدان‌های عملیاتی با همکاران غیرنظامی خود در این امر است که داروسازان غیرنظامی قادرند بهترین داروی جایگزین را برای داروهایی که در دسترس پزشکان نیست، معرفی کنند ولی داروسازان نظامی قادرند به پزشکان کمک کنند که چگونه حتی بدون وجود یک داروی خاص در صحنه‌های عملیاتی بهترین درمان را برای مصدومین انجام دهند. داروسازان نظامی باید قادر باشند با استفاده از توانایی‌های علمی خود در شرایط عملیاتی و کمبودهای موقتی و یا دائمی داروها در مناطق عملیاتی، جایگزین مناسب آن‌ها را

در زمان صلح نیز توسط داروسازان نظامی می‌تواند مانع از انهدام غیر ضروری آنها صرفاً به دلیل انقضاء تاریخ مصرف باشد.

۵- انتخاب فهرست داروهای مورد نیاز سازمان: نیازهای دارویی سازمان‌های نظامی به دلیل شرح وظایف خاص تفاوت‌های قابل توجهی با سایر مراکز بهداشتی و درمانی سازمان‌های غیرنظامی دارد. داروسازان نظامی موظفند علاوه بر بکارگیری اطلاعات فارماکولوژیکی و بالینی داروها در انتخاب داروها به فاکتورهای تعیین‌کننده در سازمان‌های نظامی نیز توجه کنند. داروسازان نظامی باید از نحوه نگهداری داروها در شرایط بسیار سخت از نظر گرما، سرما و یا رطوبت آگاه بوده و تأثیر این شرایط را بر اثربخشی داروها به‌خصوص داروهایی که باید به مناطق عملیاتی ارسال شوند، بدانند. به‌همین دلیل شرایط و نحوه حمل و نقل داروها باید تابع این اصول و اطلاعات و زیر نظر داروسازان نظامی انجام شود تا حداقل آسیب به داروهای موردنیاز در میدان‌های عملیاتی وارد شود. انتخاب داروها برای استفاده در سازمان‌های نظامی به فاکتورهایی بستگی دارد که داروسازان نظامی با توجه به این فاکتورها نقش اصلی را در تدوین فهرست داروهای سازمان خود و برآورده کردن نیازهای مناطق عملیاتی ایفا می‌کنند.

(الف) اثربخشی داروها: اثربخشی داروها از تعیین‌کننده‌ترین فاکتورها در انتخاب داروها است. با توجه به آنکه در میدان‌های عملیاتی ظرفیت نگهداری و نقل و انتقال داروها بسیار محدود است، فهرست داروهای سازمان‌های نظامی باید به داروهای واقعاً برتر و الزامی محدود گردد.

(ب) طیف اثر: همواره باید داروهایی را انتخاب کرد که قادر باشند طیف مناسبی از بیماری‌ها را پوشش دهند. برای مثال آنتی‌بیوتیک‌های با طیف اثر گسترده این مزیت را خواهند داشت که انتخاب آن‌ها ممکن است جایگزین چندین نوع آنتی‌بیوتیک با طیف اثر باریک شود و یا ضد دردهای با طیف اثر وسیع و قدرت مناسب انتخاب بهتری هستند.

(ج) قیمت: همواره این استنباط غیر واقعی وجود دارد که سازمان‌های نظامی با محدودیت‌های بودجه‌ای مواجه نیستند. ولی سازمان‌های نظامی نیز امروزه با محدودیت‌های گسترده منابع مالی روبرو هستند حتی در فرض عدم وجود این محدودیت، استفاده از امتیازات فارماکواکونومی داروها و صرفه‌جویی حاصل از آن امکان بهره‌برداری معقول‌تر از منابع را برای سازمان فراهم می‌کند. بنابراین قیمت داروهای انتخابی باید بر مبنای محاسبات اقتصاد دارویی سازمان‌های نظامی قابل دفاع باشند. داروهای انتخاب شده باید کاربرد راحتی داشته و ترجیحاً مصرف آنها به وسایل و یا ابزارهای اضافی نیاز نداشته باشد. داروهایی که فاصله بین مقادیر مصرف آن‌ها طولانی‌تر است، اولویت دارند چرا که به نیروهای عملیاتی اجازه فعالیت بیشتری را می‌دهند و مصرف آن‌ها نیز وقت کمتری را از کادر پزشکی سازمان در زمان عملیات می‌گیرد.

(ح) نگهداری و حمل و نقل: در انتخاب اشکال دارویی باید به قابلیت حمل آن‌ها توجه شود. برای مثال قرص‌ها از این نظر که کم

حجم‌تر هستند و به آسانی نمی‌شکنند در مقایسه با شربت‌ها اولویت دارند. داروهایی که برای نگهداری به شرایط خاصی مانند زنجیره سرد نیاز دارند نباید در اولویت انتخاب باشند. داروهایی که به تغییرات شرایط نگهداری حساس هستند و نمی‌توانند شرایط خاص مناطق عملیاتی و یا حمل و نقل در شرایط احتمالاً غیراستاندارد را تحمل کنند نیز نباید در اولویت انتخاب قرار گیرند.

۶- مدیریت‌های دارویی: داروسازان نظامی باید با اعمال مدیریت صحیح در مناطق عملیاتی و یا مناطق بحران‌زده شرایطی را ایجاد کنند که حداقل کمبودهای دارویی ایجاد شود. این امر نیاز به نظارت دائمی داروسازان و جلوگیری از دخالت سایر افراد حتی پزشکان دارد. البته در این مسئله تردیدی وجود ندارد که انتخاب اولیه داروها برای کاربرد در هر سازمان نظامی باید توسط یک کمیته علمی متشکل از تخصص‌های مختلف پزشکی، داروسازی و پرستاری صورت گیرد. ولی بعد از انتخاب داروها موارد مربوط به مدیریت‌های دارویی در این سازمان‌ها باید به داروسازان سپرده شود.

۷- مدیریت بهداشت و کنترل سلامت آب و غذا: در بسیاری از ارتش‌های جهان داروسازان نظامی نقش عمده‌ای در کنترل بهداشت عمومی و سلامت آب و غذای مصرفی نیروها بر عهده دارند. این افراد نظارت عمده‌ای بر طراحی آشپزخانه‌ها، سیستم توزیع آب و کنترل بیماری‌های عمومی از طریق ضدعفونی کردن و سایر شیوه‌ها بر عهده دارند. برای مثال در سال ۱۹۸۹ گروهی از ارتش بلژیک مأمور تخلیه اروپاییان از صحنه جنگ داخلی در کشور آفریقای رواندا می‌شوند. در اولین روزهای استقرار این گروه ۱۵۰ نفری اغلب آن‌ها از جمله کادر پزشکی همراه تیم به عفونت شیگلایی مبتلا و زمین‌گیر می‌شوند بدون آنکه قادر باشند وظایف محوله را انجام دهند. ارتش بلژیک یک داروساز نظامی متخصص در کنترل بهداشت را به منطقه اعزام می‌کند و او به سرعت منبع آلودگی را که آب مصرفی برای شستشوی ظروف آشپزخانه بود، شناسایی می‌کند. سپس با برقرارکردن مقررات سخت‌گیرانه بهداشتی و استفاده از محلول‌های تزریقی وریدی، در مدت کوتاهی گروه را مجدداً سرپا و آماده انجام وظایف می‌کند. بعد از این واقعه همراه شدن یک داروساز نظامی برای تمام گروه‌هایی که در ارتش بلژیک به مأموریت می‌روند، الزامی شد.

۸- نظارت بر انهدام داروها و مواد شیمیایی: داروسازان نظامی همچنین باید پروتکل‌های مربوط به انهدام داروها و مواد شیمیایی تاریخ منقضی و یا غیرقابل مصرف را تهیه و بر انجام آنها نظارت نمایند. این موضوع به‌خصوص در عملیات مربوط به کمک‌های بشردوستانه مهم است.

۹- مشارکت و یا هدایت تحقیقات کاربردی: داروسازان نظامی نقش عمده‌ای در تحقیقات کاربردی دارند. زمینه‌هایی مانند سم‌شناسی کاربردی، شیمی سلولی، بیولوژی بالینی، تکنیک‌های جایگزین خون و روش‌های نگهداری خون و فرآورده‌های آن، تحقیقات مرتبط با سلاح‌های NBC و راه‌های حفاظت و یا درمان ضایعات ناشی از این سلاح‌ها و مطالعات مقایسه‌ای داروهای مورد

هسته‌ای فراهم نماید. داروسازان نظامی مسلط به کاربردهای رادیو داروها (رادیو فارماسی) می‌توانند امکانات لازم را برای شناسایی و احتمالاً محافظت در مقابل عوامل هسته‌ای ناشی از یک حمله هسته‌ای به نیروهای عمل کننده و کادر درمانی پیشنهاد کنند.

۱۶- نظارت بر بانک خون و فرآورده‌های آن: با توجه به نقش استراتژیک خون و فرآورده‌های آن در درمان مصدومین ناشی از عملیات‌ها، دسترسی به یک بانک مطمئن از خون و فرآورده‌های خونی از الزامات استراتژیک هر سازمان نظامی است. داروسازان نظامی از اصلی‌ترین نیروهایی هستند که بر ذخیره‌سازی و کیفیت نگهداری و انتقال فرآورده‌های خونی در سازمان‌های نظامی دخالت دارند.

نقش داروسازان نظامی در مدیریت بحران‌ها

جوامع بشری مکرراً با حوادث طبیعی و انسان‌ساز روبرو هستند. این حوادث سالانه جان میلیون‌ها انسان را در جهان می‌گیرد و ده‌ها میلیون مصدوم و معلول نیز برجای می‌گذارند. اگرچه در تمام کشورهای جهان سازمان‌های دولتی و غیردولتی متعددی مسئولیت آمادگی و مقابله با عوارض ناشی از این حوادث را بر عهده دارند ولی حضور داروسازان و به‌خصوص داروسازان نظامی در تیم‌های کنترل بحران می‌تواند اثر بخشی مداخلات تیم‌های امدادگر را افزایش دهد. داروسازان مسئول خواهند بود تا اطمینان حاصل کنند مصدومین به موقع به داروهای مورد نیاز دسترسی خواهند داشت. همچنین داروسازان می‌توانند در تریاژ مصدومین و ارائه کمک‌های اولیه به تیم‌های پزشکی کمک کنند. داروسازان در مناطق بحران‌زده به‌عنوان در دسترس‌ترین عضو تیم گروه پزشکی می‌توانند کمک بسیار بزرگی به مصدومین و سایر افرادی که همچنان در مناطق بحران زده ساکن هستند، بنمایند. بنابراین با توجه به سطح دانش، آموزش‌ها و مهارت‌های داروسازان این افراد می‌توانند در موارد زیر به سیستم‌های بهداشتی و درمانی مسئول در بروز بلایا و بحران‌ها کمک کنند:

- ۱- تهیه دستورالعمل برای کمک‌رسانی و درمان مصدومین
- ۲- انتخاب داروها و ملزومات پزشکی برای ذخیره‌سازی در سطح منطقه‌ای و ملی و نحوه آزادسازی آن‌ها در هنگام بروز بلایا و حوادث
- ۳- اطمینان از انبارداری، نگهداری، برچسب زنی و توزیع داروها در موارد بروز بلایا و حوادث
- ۴- ارائه خدمات مرتبط با تریاژ، واکسیناسیون و ارائه کمک‌های اولیه به مصدومین حوادث
- ۵- ارائه آموزش‌های لازم به مردم و مصدومین در موارد بروز اپیدمی‌ها و بحران‌های ناشی از آن‌ها

نتیجه‌گیری

نقش حیاتی دارو در انجام موفقیت‌آمیز عملیات‌های نظامی و مدیریت بحران‌های طبیعی و اجتماعی انکارناپذیر است و اصولاً عدم آمادگی واحدهای مسئول در تأمین نیازهای دارویی واحدهای عملیاتی و مصدومین ناشی از بحران‌های طبیعی و اجتماعی عواقب جبران‌ناپذیری

مصرف در درمان مصدومیت‌های ناشی از عملیات‌های نظامی از مهمترین زمینه‌های فعالیت‌های تحقیقاتی داروسازان نظامی هستند. امروزه با افزایش احتمال بروز حملات تروریستی شیمیایی، مانند آنچه با گاز سارین در متروی توکیو اتفاق افتاد، نقش داروسازان نظامی در کنترل این گونه مصدومیت‌ها نیز بسیار بارزتر شده است. داروسازان نظامی مسلط به مسائل هسته‌ای و درمان ضایعات ناشی از رادیوایزوتوپ‌ها قادر خواهند بود در حوادثی مانند نیروگاه هسته‌ای چرنوبیل در اوکراین کمک‌های قابل توجهی انجام دهند.

۱۰- فعالیت‌های آموزشی: زمینه‌های فعالیت‌های آموزشی داروسازان نظامی عمدتاً شامل درمان‌های پزشکی در زمینه‌های آسیب‌های ناشی از سلاح‌های NBC، مدیریت بهداشتی و یا آموزش موارد مرتبط با داروسازی به سایر افراد گروه پزشکی است. این آموزش‌ها در نیروهای مختلف زمینی، دریایی و هوایی متفاوت است و به ماهیت نیازهای هر نیرو بستگی دارد.

۱۱- مدیریت در برنامه‌ریزی: مدیریت منابع در سازمان‌های نظامی در جهت تدارک مناسب‌ترین داروها و ملزومات پزشکی از مهمترین مشکلات روزمره این سازمان‌ها است. تجارب ارتش‌های دنیا نشان داده است که داروسازان نظامی از مناسب‌ترین افراد برای این نوع مدیریت‌ها هستند.

۱۲- مدیریت حوادث مترقبه: با توجه به آموزش‌ها و توانایی‌های داروسازان نظامی این افراد توانایی‌های ویژه‌ای برای انجام وظیفه در کنترل بحران‌ها و حوادث غیرمترقبه دارند. از آنجا که ایران یکی از بلاخیزترین کشورهای از نظر حوادث طبیعی است و این حوادث هرساله تلفات و مصدومیت‌های قابل توجهی ایجاد می‌کنند حضور داروسازان نظامی در کنترل بحران‌های دارویی در این حوادث می‌تواند علاوه بر کسب تجربه کمک زیادی نیز به مصدومین این حوادث بنماید.

۱۳- مشارکت در واحد ارزیابی خطاهای پزشکی: بخش‌های پزشکی سازمان‌های نظامی باید واحدهای ارزیابی خطاهای پزشکی فعالی داشته باشند تا ضمن ارزیابی علل بروز این خطاها تمهیدات لازم را برای جلوگیری از بروز مجدد آن‌ها فراهم نمایند. این سازمان‌ها با ایجاد این واحد در واقع به‌صورت موثری در جهت کاهش احتمال بروز مجدد خطا در سازمان اقدام می‌کنند و داروسازان نظامی از اعضا اصلی این واحدها هستند.

۱۴- مشارکت در کمیته بررسی مرگ‌ومیرها در عملیات و بحران‌ها: سازمان‌های نظامی باید کمیته‌هایی را تشکیل دهند که میزان و نوع تلفات و مصدومیت‌ها را در عملیات و یا بحران‌ها ارزیابی کنند تا با شناسایی علل آن‌ها اقدامات پیشگیرانه‌ای را در جهت کاهش این مصدومیت‌ها در شرایط مشابه در آینده مشخص کنند. داروسازان نظامی با شرکت در این کمیته‌ها باید سهم احتمالی داروها را در ایجاد و یا پیشگیری از مصدومیت‌ها در تلفات مشخص کرده و برای آینده راهکار مشخص نمایند.

۱۵- کاربردهای پزشکی رادیوایزوتوپ‌ها: ارتباط نزدیک داروسازان و کادر پزشکی نظامی با این رادیوایزوتوپ‌ها می‌تواند تجارب بسیار مفیدی را در درمان مصدومین ناشی از حملات احتمالی

تولید نیز نمی‌شوند و داروسازان نظامی باید تمهیدات لازم را برای تهیه و ذخیره‌سازی آن‌ها به میزان نیاز سازمان خود اقدام نمایند.

۲. تدوین فهرست داروهای عملیاتی و اورژانسی: ماهیت عملیات‌های نظامی به گونه‌ای است که درمان مصدومیت‌های احتمالی ناشی از آن نیازمند داروهای خاصی می‌باشد که ممکن است در شرایط عادی مصرف چندانی نداشته باشند. داروسازان نظامی موظف هستند با مشورت با پزشکان نظامی فهرست داروهای مورد نیاز در عملیات‌ها و مدیریت بحران‌ها را تهیه نمایند. این فهرست باید به گونه‌ای تدوین گردد که داروهای موجود در آن واحدهای عمل‌کننده را قادر نماید مصدومین احتمالی خود را به بهترین وجه درمان نمایند. در تدوین این فهرست باید به داروهای خاصی که برای درمان مصدومیت‌های ناشی از سلاح‌های جنگ نوین ایجاد می‌شود توجه ویژه شود. این گروه از داروها ممکن است هیچ کاربردی در سازمان‌های غیرنظامی و یا در شرایط صلح نداشته باشند.

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

منابع

1. Military and Emergency Pharmacy Section. Available from: <https://www.fip.org/military-emergency-pharmacy>
2. Cheraghali A. Role of Pharmacists in Military Organizations. Kowsar Medical Journal. 2005;10(3):227-34. [In Persian]
3. Pincock LL, Montello MJ, Tarosky MJ, Pierce WF, Edwards CW. Pharmacist readiness roles for emergency preparedness. American Journal of Health-System Pharmacy. 2011;68(7):620-4. doi:10.2146/ajhp090659
4. Alkhalili M, Ma J, Grenier S. Defining roles for pharmacy personnel in disaster response and emergency preparedness. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2017;11(4):496-504. doi:10.1017/dmp.2016.172
5. Cheraghali A, Bagheri M, Shohrati M. Pharmacy services during Holy Defence. Baqiyatallah University of Medical Sciences Publication, Tehran, 2016. [In Persian]

را به همراه خواهد داشت. این امر متأسفانه طی دهه‌های گذشته بارها در ایران در بحران‌های ناشی از بلایای طبیعی و طی سال‌های دفاع مقدس تجربه شده است (۵). بنابراین به منظور ارائه مناسب خدمات دارویی طی عملیات‌های نظامی و یا هنگام بروز بحران‌ها داروسازان نظامی باید مسئولیت اصلی نظارت و کنترل بخش دارویی این بحران‌ها را برعهده داشته باشند. انجام این وظیفه مستلزم انجام موارد زیر در کوتاه مدت است:

۱. تدوین پروتکل عملکرد بخش دارو در عملیات و بحران‌ها: متأسفانه در حال حاضر دستورالعمل مشخصی در مورد نحوه عملکرد داروسازان در عملیات‌ها و یا در بحران‌ها وجود ندارد و مشخص نیست در موارد بحرانی هر بخش و یا فردی باید چگونه عمل کند. تجارب نشان داده‌اند که در عملیات‌ها و بحران‌ها به دلیل احساس مسئولیت افراد و سازمان‌ها و عملکردهای سازمان‌دهی نشده بخش قابل توجهی از امکانات و توان‌ها قبل از رسیدن به محل مورد نیاز اتلاف می‌شود. به همین منظور لازم است شرح وظایف داروسازان نظامی در عملیات‌ها و بحران‌ها تدوین شود تا آن‌ها بدانند که باید چه وقت و چه فعالیتی را انجام دهند. این شرح وظایف و پروتکل عملکرد باید به گونه‌ای فراگیر باشد که تمام بخش‌های دارو در داخل و خارج سازمان را شامل شود. مطمئناً در این پروتکل باید نقش شرکت‌های تولیدکننده و توزیع‌کننده خصوصی دارو نیز مشخص شود. به عنوان مثال لازم است همواره یک ذخیره دائمی از داروهای مورد نیاز در عملیات‌ها و بحران‌ها وجود داشته باشد تا در مواقع ضروری بکار گرفته شود. این موجودی باید به صورت دقیق و بر مبنای جمعیت مناطق مختلف محاسبه و نگهداری شود. البته این امر به این معنی نیست که سازمان‌های نظامی الزاماً باید در تمام مناطق کشور انبارهای فیزیکی دارو ایجاد نماید، بلکه می‌توان با ایجاد یک انبار مجازی برای داروهای مورد نیاز این ذخیره را ایجاد کرد. سازمان‌های نظامی الزاماً باید همواره میزان قابل توجهی از داروهای مورد نیاز نیروهای خود در عملیات‌های احتمالی و یا بحران‌ها را در انبارهای خود ذخیره نمایند. نوع داروهایی که در این انبارها نگهداری خواهند شد تابع فهرست داروهای مورد نیاز سازمان‌های نظامی و مقدار آن‌ها نیز تابع نیروهای تحت پوشش سازمان و میزان احتمال درگیر شدن آن‌ها در عملیات است. داروسازان نظامی نقش اصلی را در تعیین نوع داروها و میزان ذخیره‌سازی آن‌ها دارند. اصولاً در کشورهایی مانند ایران که از صنایع ملی داروسازی و سیستم توزیع و انبارداری دارویی نسبتاً قابل اعتمادی برخوردار هستند سازمان‌های نظامی می‌توانند برای تأمین بخشی از نیازهای دارویی خود که ممکن است مصارف غیرنظامی نیز داشته باشند و از طرفی اولویت اول فهرست داروهای نظامی آن‌ها نیز نیست، به بخش غیرنظامی متکی شوند و با ایجاد یک مکانیسم مطمئن و پویا شرایطی را ایجاد کنند که در مواقع ضرورت به سرعت داروهای مورد نیاز خود را تأمین کنند. البته این موضوع به هیچ وجه نباید شامل داروهای با کاربرد صرفاً نظامی و یا اولویت‌های درمانی اول برای سازمان شود چرا که سازمان‌های نظامی نمی‌توانند برای تأمین این نوع از نیازهای دارویی خود به هیچ سازمانی متکی باشند. به علاوه این گروه از داروها معمولاً توسط صنایع داروسازی غیرنظامی

Culture of Self-Sacrifice and Martyrdom

Part 3: Harms and Threats and their Prevention

Fatemeh Ranjbar ¹, Ali Khaji ¹, Hassan Araghizadeh ^{2*}, Mohammad Hossein Niknam ³

¹ Sina Trauma and Surgery Research Center, Sina General Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Trauma Research Center, Baqiyatallah al-Azam Hospital, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Immunology, Molecular Immunology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 26 April 2021 Accepted: 26 July 2021

Abstract

Background and Aim: A transparent and realistic representation of the self-sacrifice and martyrdom culture requires identifying and rooting out harms and providing appropriate solutions to prevent or correct them. The aim of this study is to introduce the factors and barriers to promoting the self-sacrifice and martyrdom culture and to achieve the worthiest approach to preventing and correcting the threatening anomalies of the pure culture.

Methods: This part of the study is a qualitative and documentary analysis and has been done by searching reliable internal sources.

Results: In a comprehensive review, four macro factors including "cultural", "economic", "political", and "international", and four specific factors including "strategic and policy-making", "environmental-social", "managerial and executive", and "promotion methods" were selected for this part of the study, and the damages related to each factor were identified.

Conclusion: The generalization of the humanizing culture of self-sacrifice and martyrdom to the general culture, educational, training, scientific, and administrative system of the country will be possible through honoring the memory of the martyrs and the epic of their stability and self-sacrifice and identifying, preventing and solving problems, challenges, and obstacles of this genuine culture.

Keywords: Harm, Cultural Pathology, Resistance, Resistance Literature.

* Corresponding Author: Hassan Araghizadeh

Address: Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: dr_araghizadeh@yahoo.com

فرهنگ ایثار و شهادت

بخش سوم: آسیب‌ها و تهدیدها و پیشگیری از آنها

فاطمه رنجبر^۱، علی خاجی^۱، حسن عراقی‌زاده^۲، محمدحسین نیکنام^۳^۱ مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران^۲ مرکز تحقیقات تروما، بیمارستان بقیه الله الاعظم، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران^۳ گروه ایمونولوژی، مرکز تحقیقات ایمونولوژی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: بازنمایی شفاف و واقع‌بینانه فرهنگ ایثار و شهادت، مستلزم شناسایی و ریشه‌یابی آسیب‌ها و ارائه راه حل‌های مناسب برای پیشگیری یا اصلاح آنها است. هدف این مقاله معرفی عوامل و موانع ترویج فرهنگ ایثار و شهادت، و دست‌یابی به بایسته‌ترین شیوه‌ها در پیشگیری و اصلاح ناهنجاری‌های تهدیدکننده این فرهنگ ناب است.

روش‌ها: این بخش از مطالعه کیفی و از نوع تحلیل اسنادی است و با مراجعه به منابع معتبر داخلی انجام شده است.

یافته‌ها: در بررسی همه‌جانبه، چهار عامل کلان "فرهنگی"، "اقتصادی"، "سیاسی" و "بین‌المللی و چهار عامل اختصاصی "راهبردی و سیاست‌گذاری"، "محیطی- اجتماعی"، "مدیریتی و اجرایی" و "شیوه‌های ترویج" برای این بخش از مطالعه انتخاب و آسیب‌های ذیل هر عامل شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: نهادینه‌سازی فرهنگ ایثار و شهادت موجب پویایی جامعه و حراست از آرمان‌های انقلاب و ارزش‌های نظام جمهوری اسلامی است. تعمیم فرهنگ انسان‌ساز ایثار و شهادت به فرهنگ عمومی، نظام آموزشی، پرورشی، علمی و اداری کشور، از طریق گرامی‌داشت یاد و خاطره شهیدان و حماسه‌پایداری و ایثار آنان و شناسایی، پیشگیری و راهیابی حل مشکلات و چالش‌ها و موانع این فرهنگ اصیل، میسر خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: آسیب، آسیب‌شناسی فرهنگی، مقاومت، ادبیات مقاومت.

ایمیل: dr_araghizadeh@yahoo.com

* نویسنده مسئول: حسن عراقی‌زاده

آدرس: مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)،

تهران، ایران.

مقدمه

خلق گفتمان‌های فرهنگی و آرمان‌خواهانه و واقع‌گرایانه با بن‌مایه‌های اخلاقی و فرهنگی دفاع مقدس از جایگاه بالایی در ادبیات مقاومت برخوردار است. این ادبیات منبعث از انقلاب اسلامی و دفاع مقدس، موجب یک تحول فرهنگی-اجتماعی در جامعه ایران بوده است که در ارتباط و تعامل با دولت‌ها و ملت‌های دیگر، بر ابزارهای فرهنگی و گفتگو تأکید دارد. فرهنگ ایثار و شهادت، نماد مقاومت در فرهنگ سیاسی و حیات اجتماعی ملت ایران است. ماهیت و مفهوم مقاومت، که در نقطه کانونی این فرهنگ قرار دارد، در عالی‌ترین سطح تأثیرپذیری از ارزش‌های اسلامی قرار دارد (۱). مهدی پور در مقاله‌ای مؤلفه‌هایی نظیر، "نفی سلطه"، "چند بعدی بودن"، "عقلانیت و ابتکار"، "ایمان به نصرت الهی"، "جهاد کبیر"، "مقاومت مردم محور"، "حاکمیت دین در جامعه"، "ثبات در هدف و ارزش‌ها در مقابل عمل‌گرایی افراطی"، را مهمترین مؤلفه‌های مقاومت از نظر مقام معظم رهبری می‌داند (۲). ترویج فرهنگ ایثار و شهادت از راهبردهای بنیادی حفظ هویت و فرهنگ ملی، توسعه اجتماعی و جامعه‌پذیری است. این فرهنگ با هویت قدسی خود توانایی سرشاری در متاثر ساختن نهادهای اجتماعی و ساختارهای سیاسی و بافت فرهنگی را در بردارد. شناخت آسیب‌ها و ارائه راه حل‌ها برای پیشگیری یا مقابله با آن‌ها، از پیش نیاز علمی و منطقی در تحقق اهداف فرهنگ پویای ایثار و شهادت خواهد بود. کاربرد صحیح شیوه‌های شناسایی شده به اعتلای فرهنگی منجر خواهد شد. استفاده درست از روش‌های ترویج فرهنگ ایثار و شهادت می‌تواند نقش مطلوبی در سلامت و صیانت جامعه از آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی داشته و سلامت معنوی و اهداف عالی یک جامعه ایده‌آل را فراهم نماید (۳).

ادبیات نظری

آسیب: به معنی زخم، ضرب، صدمه، عیب و نقص، تعب، رنج، آزار و خسارت آمده است. مفهوم این واژه به معنای عام، عبارت است از: شناخت دردها، کاستی‌ها، مصیبت‌ها و آفت‌های فکری، جنسی، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و ... که روح و روان و محیط زندگی را فرا گرفته است و نیز راه یافتن به ریشه‌ها و عوامل متنوع آن (۴).

تحلیل کلان وضعیت فرهنگی کشور: گزارش‌های پژوهشی -راهبردی و رصدی است که به توصیف، ارزیابی و آسیب‌شناسی کلان وضعیت موجود فرهنگی کشور و همچنین روندهای جهانی مؤثر بر آن بر اساس شاخص‌های کلان فرهنگی می‌پردازد. کارکرد گزارش‌های تحلیل کلان، تسهیل و ارتقا اثر بخشی سیاست‌گذاری، هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت و ارزیابی راهبردی فرهنگی مبتنی بر آرمان‌ها و واقعیت‌های فرهنگی کشور و جهان است (۵).

تهدید: بیم کردن، بیم دادن، ترسانیدن (۶)

ایثار: در فرهنگ بزرگ سخن، حسن انوری به معنای بذل، گذشت کردن از حق خود برای دیگران، نفع دیگری یا دیگران را بر خود

ترجیح دادن آمده است. در لغت‌نامه دهخدا، نیز به معنای غرض دیگران را بر خود مقدم داشتن، برگزیدن و منفعت غیر را بر خود مقدم داشتن، آمده است، که کمال درجه سخاوت است.

راهبردهای فرهنگی: تعیین‌کننده مسیر و طریقی است که متناسب با فرصت‌ها و تهدیدها، قوت‌ها و ضعف‌های محیطی برای نیل به اهداف فرهنگی طراحی و تدوین می‌شوند (۷).

شهادت: یعنی کشته شدن در راه خدا، آنکه به شهادت دست یافته و در راه خدا کشته شده، به فرموده شهید مطهری (ره) شهادت مرگ آگاهانه در راه هدف مقدس است. شهادت بالاترین و آخرین مرحله از خود گذشتگی (ایثار) است.

ترویج: به معنی رایج کردن، متداول کردن، روان کردن و نوعی تغییر است.

فرهنگ: مجموع روش‌ها، آداب و رسوم، ارزش‌های یک اجتماع معین که متضمن نظام اقتصادی اجتماعی، ساخت سیاسی، علم، دین، تربیت، هنر و سرگرمی‌ها است (۸). در سند مهندسی فرهنگی کشور، فرهنگ چنین تعریف شده است: فرهنگ نظام‌واره‌ای است از «عقاید و باورهای اساسی»، «ارزش، آداب و الگوهای رفتاری»، «ریشه‌دار و دیرپا»، «نمادها» و «مصنوعات» که ادراکات، رفتار و مناسبات جامعه را جهت و شکل می‌دهد و هویت آن را می‌سازد.

فرهنگ ایثار و شهادت: بخشی از فرهنگ عمومی و دینی که بر اساس آن، ایثار و از خود گذشتگی در تاروپود زندگی نمایان می‌گردد و فارغ از خودخواهی و منیت‌ها، در نظر گرفتن منافع جمع، در راستای ایمان دینی، به یک وظیفه تبدیل می‌گردد؛ فرهنگی که با خودخواهی، خودکامگی سر ستیز دارد و با حریت و آزادمنشی در دنیای خاکی هماهنگ است. سرمشق و الگو و دورنمای این فرهنگ، سرور و سالار شهیدان، حضرت سیدالشهدا امام حسین بن علی علیه السلام است که تا ابد در اوج قله افتخار انسانیت، بر تارک همه ارزش‌های معنوی خواهد درخشید.

عوامل انحطاط

از منظر فرهنگ اسلامی رؤس این زمینه‌ها عبارتند از: «نداشتن ایمان به خداوند و اعتقاد به جهان‌بینی مادی و زندگی را فقط در همین دنیا دانستن، دنیامحوری و بی‌ایمانی به معاد و آخرت»، «تحریف واقعیت‌ها و ارزش‌ها»، «ردایل اخلاقی نظیر عجب و تکبر»، «حس اسطوره‌سازی و قهرمان‌سازی خیالی (غلو)».

نتایج

درآموزه‌های اسلامی، جوهره فرهنگ ایثار و شهادت از خودگذشتگی، اخلاص و آزادمنشی هوشمندانه و هدفمند است. هر زمینه و پدیده‌ای که بستر خودمحوری و خودخواهی را گسترش دهد و توجه به فردیت انسان را گسترش دهد، در نقطه مقابل با فرهنگ ایثار و شهادت است.

آسیب‌ها و ریشه‌ها

در بررسی همه‌جانبه، چهار عامل کلان "فرهنگی"، "اقتصادی"،

- شرایط فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی جامعه؛
- رواج فرهنگ فردگرایی در جامعه؛
- آگاهی ناکافی جوانان از انقلاب و جنگ؛
- تهاجم فرهنگی و تبلیغات کاذب دشمنان انقلاب و اسلام.

آسیب‌های اقتصادی، تأثیرگذار بر فرهنگ ایتار و شهادت

- شرایط اقتصادی و وضعیت معیشتی نامناسب اکثریت جامعه و ناگوار اقشار محروم و مستضعف (در تقابل با اقلیت محدودی از افرادی که زندگی بسیار مرفهی دارند)، علاوه بر ایجاد فاصله طبقاتی شدید در تضاد با اهداف و آرمان‌های عدالت‌خواهانه شهدا و ایثارگران است؛
- ترجیح و ارزش‌گذاری صاحبان ثروت بر دانشمندان و صاحبان فضیلت در جامعه، به هر دلیل، با هر توجه و در هر سطح این که موجب تضعیف ارزش‌های اخلاقی و انسانی می‌شود؛
- بیکاری و وضعیت معیشتی نازل و تأسف بار اقشار محروم و تزلزل امنیت شغلی شاغلین در این اقشار که با حریت و آزادمنشی ایثارگران و شهدا در تضاد کامل است؛
- رواج فساد اقتصادی و رانت‌خواری و سوء استفاده از مقام و منصب که مصداق تبعیض و تمایز و تفاوت داشتن شهروندان است و با فرهنگ شریف و والای ایثار و شهادت و از خودگذشتگی و در نظر گرفتن منافع جمع در تضاد کامل است.

آسیب‌های سیاسی و زمینه‌های اجتماعی مؤثر بر ترویج فرهنگ ایتار و شهادت

- بی‌اخلاقی سیاسی و تنازعات و مناقشات جناحی و باندی که با روحیه مسئولیت‌پذیری و مسئولیت‌شناسی ایثارگران و شهادت‌طلبانه در تضاد کامل است و مصادیق آن بارها موجبات رنجش و اعتراض جامعه عمومی و ایثارگری کشور را فراهم ساخته است و هنوز موجب تبه و بیداری رقیبان قدرت‌طلب و فرصت‌طلب نشده است؛
- ناهماهنگی بین نهادهای مسئول ترویج فرهنگ ایتار و شهادت؛
- گرایش به تجمل‌گرایی و رفاه‌طلبی و مظاهر فرهنگ غربی در جامعه؛
- خویشتن‌دسالاری به جای شایسته‌سالاری که موجب محرومیت جامعه از مدیران شایسته می‌شود و از مصادیق بارز ظلم و بی‌عدالتی بر علیه ملت است و به نوبه خود موجب تضعیف روحیه عدالت‌خواهی و ظلم‌ستیزی و برخلاف اهداف والا و آرمان‌های مقدس شهیدان و ایثارگران است؛
- ورود ایثارگران به جناح‌بندی‌های سیاسی؛
- ابهام میان ارزش‌ها و ضد ارزش‌ها برای جوانان؛
- غلو کردن و ارائه نمودهای غیرعقلانی از شخصیت‌های شهدا و ایثارگران در برخی موارد.

“سیاسی و اجتماعی”، و “بین‌المللی” و چهار عامل اختصاصی “راهبردی و سیاست‌گذاری”، محیطی-اجتماعی”، “مدیریتی و اجرایی” و “شیوه‌های ترویج” برای این بخش از مطالعه انتخاب و آسیب‌های ذیل هر عامل شناسایی شد. بعضی از آسیب‌های عمومی عبارتند از:

- تضعیف ریشه‌های اعتقادی فرهنگ دینی به عنوان مؤلفه‌های اصلی فرهنگ ایتار و شهادت؛
- غفلت از جمع‌آوری و حفظ و نشر آثار شهیدان و معرفی آن‌ها به عنوان الگو؛
- کاستی‌ها و غفلت‌های سیاست‌گذاری در امر ترویج فرهنگ شهادت و ایتار در کتب درسی، منابع آموزشی، پرورشی و دانشگاهی؛
- غفلت در انتخاب اهداف متناسب فرهنگی در سطوح مختلف و نیز قابل سنجش نبودن اهداف.

آسیب‌های حوزه فرهنگی

- با توجه به فرهنگ دینی، پیشینه درخشان تاریخی و تمدنی و دستاوردهای عظیم انقلاب و دفاع مقدس مقدس، زمینه‌های فرهنگی بسیار مؤثری برای ترویج فرهنگ ایتار و شهادت در جامعه وجود دارد. نافذترین الگوهای الهام‌بخش فرهنگی، شهیدان و جامعه ایثارگران و خانواده معظم آنان می‌باشند (۹). بعضی از آسیب‌های تأثیرگذار به صورت منفی در این حوزه عبارتند از:
- اهمال مسئولین و نهادهای فرهنگی و تربیتی کشور در زمینه تحکیم اعتقادات و باورهای مردم، به‌ویژه در سطح نظام رسمی آموزش عمومی کشور و در درجات بعد آموزش عالی؛
 - کاستی‌های حوزه سواد و فرهنگ عمومی جامعه و ضعف‌های متولیان و مسئولین فرهنگی ذیربط؛
 - بی‌تفاوتی در زمینه ضرورت تقویت هنجارها و ارزش‌های انقلاب و دفاع مقدس و آرمان‌های شهیدان و ایثارگران؛
 - احساس تمایز و تفاوت بین خانواده‌های شهدا و مردم عادی؛
 - نگرانی و تردید در مورد تحقق اهداف شهدا در جنگ تحمیلی و انقلاب اسلامی و خیانت به آرمان آن‌ها در بعضی لایه‌ها و افشار فرهنگی و اجتماعی و نیز مدیریتی کشور؛
 - رواج و عادی شدن پدیده‌های نظیر سیاسی‌کاری، جناح‌بندی و قومیت‌مداری که جملگی تأثی منفی و مخرب بر آرمان‌های فرهنگی شهدا و ایثارگران به دنبال دارند؛
 - قانون‌گریزی به بهانه فعالیت فرهنگی و نظام‌مند نبودن در بعضی سطوح و تسری آن به سطوح دیگر؛
 - فرهنگ ربا و تملق که در واقع در راستای حفظ مطامح و منافع فردی است؛
 - افزایش آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد، طلاق و افسردگی در جوانان؛
 - کاهش انگیزه یا بی‌تفاوتی بعضی از متولیان فرهنگی از جمله معلمان و اساتید دانشگاه؛

آسیب‌های حوزه بین‌الملل، با تأثیرگذاری منفی بر فرهنگ ایثار و شهادت

- چالش‌های جهانی شدن و معادلات اقتصادی یک سو به و ظالمانه بر علیه ملت‌های مختلف و جامعه و نظام جمهوری اسلامی ایران و تبعات آن که روحیه و جوهره ایثارگری را تضعیف می‌کند؛
- گسترش رسانه‌های ارتباطی، ماهواره‌ای و شبکه‌های اجتماعی اطلاع‌رسانی، سرعت انتقال اطلاعات در جوامع که در صورت مدیریت ضعیف می‌تواند موجبات استحاله فرهنگی، تغییر ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی را فراهم سازد. در این مورد ایثار و از خودگذشتگی و در نهایت، فلسفه شهادت کم‌رنگ می‌گردد؛
- گسترش گردشگری و توریسم فرهنگی که علاوه بر جنبه‌های مثبت در صورت مدیریت غیرارزشی و نادرست، می‌تواند موجبات تضعیف بنیان‌های اخلاقی، معنوی و فرهنگی را فراهم سازد.

آسیب‌های اختصاصی حوزه سیاسی و سیاست‌گذاری فرهنگ ایثار و شهادت

- فرهنگ ایثار و شهادت، ارمغانی با ارزش و به جامانده از رشادت‌های ایثارگران و جانفشانی شهدا است. حفظ و ترویج این فرهنگ نه تنها یک وظیفه دینی، بلکه ضامن امنیت ملی است. نهادهای سازنده فرهنگ ایثار و شهادت موجب پویایی جامعه و حراست از آرمان‌های انقلاب و ارزش‌های نظام جمهوری اسلامی است (۱۰).
- کم‌ارزش نشان دادن شهادت از سوی دشمن: مقام معظم رهبری می‌فرمایند: «شهادت را به عنوان یک عمل ساده لوحانه معرفی کردند، که خود برترین ارزش‌هایی است که جهاد به دنبال دارد. جهاد وقتی می‌تواند اثر خودش را به طور کامل نشان دهد که با دل نهادهان به شهادت همراه باشد» (بیانات رهبری، ۸۴/۶/۲).

آسیب‌های اختصاصی حوزه محیطی-اجتماعی در نگاه رهبر معظم انقلاب

- سست عنصری و اهمال نسبت به فرهنگ ایثار و شهادت: مقام معظم رهبری در بیانات خود در رابطه با این آسیب می‌فرمایند: «ما از سست عنصری به جایی نمی‌رسیم. ما از تسلیم شدن در برابر زورگویی در مسابقه میان ملت‌ها هیچ رتبه‌ای را کسب نمی‌کنیم» (بیانات رهبری، ۸۸/۲/۲۲).
- غفلت نسبت به مسئولیت‌های این حوزه و حفظ و ترویج آن: آسیب جدی دیگری است که فرهنگ ایثار و شهادت را تهدید می‌کند. مقام معظم رهبری در این باره می‌فرمایند: «مسئله شهید و ایثارگری، کهنه شدنی نیست؛ این، موتور حرکت جامعه است؛ بعضی‌ها از این نکته غفلت می‌کنند» (بیانات رهبری، ۸۳/۴/۱۶).
- تزلزل در اراده اسلامی جامعه: مقام معظم رهبری در رابطه با این گونه از آسیب‌ها می‌فرمایند: «بدیهی است شما وقتی در مقابل یک دشمنی قرار بگیرید، اراده قوی داشته باشید، اسلحه کارآمد داشته باشید، دشمن این را نمی‌پسندد؛ می‌خواهد اراده شما را،

- از شما بگیرد و شما را تضعیف کند؛ اسلحه را از دستتان بگیرد. دشمنان ایران و ایرانی می‌دانند که مایه ایستادگی و اقتدار این ملت و اراده مستحکم او، همین ایمان اسلامی او بود؛ می‌خواهد این را از او بگیرند» (بیانات رهبری، ۸۸/۳/۳).
 - مجاهدت را تمام دانستن: مقام معظم رهبری در رابطه با این آسیب می‌فرمایند: «ملت ما، جوانان ما، زن و مرد ما نباید احساس کنند که دوران مجاهدت به پایان رسید، خطری ما را تهدید نمی‌کند. ممکن است خطر نظامی ما را تهدید نکند، همین جور هم هست. امروز ملت ایران به آن رتبه‌ای از اقتدار رسیده که خطرپذیری دشمنان خود را بسیار بالا برده، جرات نمی‌کنند به این ملت تهاجم نظامی کنند؛ می‌دانند سرکوب خواهند شد؛ می‌دانند که این ملت مقاوم است. بنابراین، خطر تهاجم نظامی بسیار پایین است؛ اما تهاجم فقط تهاجم نظامی نیست. دشمن به آن نقاطی متوجه می‌شود که پشتوانه استقامت ملی ماست. دشمن، وحدت ملی و ایمان عمیق دینی را هدف قرار می‌دهد. دشمن روحیه صبر و استقامت مردان و زنان ما را هدف قرار می‌دهد؛ این تهاجم از تهاجم نظامی خطرناک‌تر است» (بیانات رهبری، ۸۸/۲/۲۲).
 - نگاه منفی: مقام معظم رهبری در رابطه با این آسیب می‌فرمایند: «اینکه می‌بینید بعضی با سخن، قلم و حرکات خود، نگاهی به ایثار و شهادت می‌اندازند که آن نگاه منفی و ناسپاسانه است، بر اثر غفلت آنهاست؛ نمی‌فهمند پاسداری از حرمت شهیدان و ایثارگران چقدر برای یک جامعه و ملت و کشور دارای اهمیت است» (بیانات رهبری، ۸۳/۴/۱۶).
 - فراموشی شهدا: مقام معظم رهبری بارها به این آسیب اشاره کرده‌اند: «بعضی‌ها می‌خواهند این را به فراموشی بسپارند؛ همان کسانی که با معارف انقلاب و آرزوه‌های انقلاب و اهداف انقلاب میانه خوبی ندارند، با حفظ یاد شهیدان هم سر سازگاری ندارند» (بیانات رهبری، ۹۴/۲/۱۷).
 - کنار گذاشتن تفکرات انقلابی: آسیبی که ممکن است در این زمینه حاصل شود، این است که روحیه انقلابی در جامعه کم‌رنگ یا به کل از فرایند جامعه حذف شود. مقام معظم رهبری می‌فرمایند: «هدف اصلی دشمنان این است که ملت ایران تفکر انقلابی را کنار بگذارد تا قدرت خود را از دست بدهد و در نقشه‌های چند کشور زورگو که خود را جامعه جهانی می‌نامند، هضم و محو شود» (بیانات رهبری، ۹۴/۶/۲۵).
- ### آسیب‌های حوزه مدیریت فرهنگی جامعه
- انتخاب، تعلیم و تربیت و ارزشیابی مدیران رده بالای نهادهای فرهنگی، بر اساس ارزش‌های اسلامی، تأثیر بسزایی در ترویج فرهنگ ایثار و شهادت در جامعه دارد. اهداف، نگرش‌های فردی و نوع ارزش‌گذاری مدیران، نسبت به موضوعات فرهنگی، تأثیر سرنوشت‌ساز دارد. اعمال نفوذ، نگرش‌های نادرست و سلاقی غیرهماهنگ با فرهنگ صحیح و معتبر ایثار و شهادت، توسط مدیران، از آسیب‌های جدی و اصلی ۴ دهه گذشته به شمار می‌رود.

چالش‌های فرهنگی در حوزه ایثارگران

در میان آسیب‌دیدگان از حوادث انقلاب و جنگ تحمیلی، جانبازان مصداق عینی و زنده و شاهدان صدیق و نماد عینی و ماندگار ایثار و شهادت هستند. آنان با جسم و جان خود از جامعه و ارزش‌های اسلامی و انسانی آن دفاع کردند؛ و سزاوار شایسته‌ترین سطح احترام و تکریم همگانی و همیشگی می‌باشند.

علی‌رغم وصایای امام خمینی (ره) و مقام معظم رهبری و اراده عمومی جامعه و تصریحات قانونی، کاستی‌های فراوانی در حوزه فرهنگ ایثار مشهود است. تولید آثار و نوشته‌های گسترده در زمینه فرهنگ ایثار و شهادت و ادبیات دفاع مقدس و تلاش‌های فراوان برای نهادینه کردن ارزش‌های معنوی، هنوز کمبودها و چالش‌های فرهنگی این حوزه را برطرف نساخته است. در مطالعه عبیری و اویسی «از منظر جانبازان، ادبیات جانبازی دستخوش تغییرات گردیده و در بسیاری از موارد، تقدس و منزلت جانبازی به مجموعه‌ای از تعارفات، گفتارهای رسانه‌ای و تبلیغاتی تقلیل یافته است. در سطح جامعه، الگوهای رفتاری جدید ناهمخوان با فرهنگ ایثارگری، گسترش یافته و تفسیر و قرائت‌های نوین اما متعارض با گفتمان ایثارگری به وجود آمده است» (۱۲). آسیب‌ها و چالش‌های فرهنگ جانبازی در این مطالعه و سایر مطالعات به شرح زیر است:

- ۱- وضعیت سلامت روانی و جسمی جانبازان در وضعیت مطلوب قرار ندارد؛
- ۲- در ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامتی به جانبازان، نارسایی‌هایی موجود است. در بعضی موارد نظیر مراقبت‌ها و خدمات اعصاب و روان و مراقبت‌های مخصوص جانبازان مبتلا به آسیب‌های شیمیایی، این نارسایی‌ها بیشتر است؛
- ۳- بروکراسی و مشکلات در مسیر دریافت خدمات اجتماعی مورد نیاز جانبازان رو به افزایش است؛
- ۴- مشکل اشتغال و کاریابی هنوز مهمترین معضل بسیاری از جانبازان است؛
- ۵- مناسب‌سازی بناهای اداری و درمانی و تجاری برای جانبازان و معلولین به‌کندی صورت گرفته است و طرح جامعی در این زمینه وجود ندارد؛
- ۶- وجود ناهماهنگی بین ارزش‌های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی جانبازان؛
- ۷- تحولات رو به افول در نگرش نسبت به جایگاه جانبازی و ایثارگری، در میان مردم و به‌ویژه مسئولین؛
- ۸- رشد الگوهای رفتاری ناهمخوان با فرهنگ ایثارگری؛
- ۹- غلبه نگرش اقتصادی (غیرفرهنگی) نسبت به جانبازان و تغییر نگرش مردم به جامعه جانبازان از شأن فرهنگی به جایگاه مادی؛
- ۱۰- چالش هویتی و تعارض منزلتی (گسترش حس بحران در تعریف خود و مقایسه آن با شرایط اجتماعی و فرهنگی حاکم بر جامعه).

پیشنهادهایی برای پیشگیری از آسیب‌ها در حوزه

- عملکرد ضعیف برخی از مسئولین و مدیران جامعه در خصوص ترویج فرهنگ ایثار و شهادت؛
- اهمال در جذب افراد توانمند و با استعداد علمی و اخلاقی در زمینه ترویج فرهنگ ایثار و شهادت؛
- عدم هماهنگی بین نهادهای ترویج‌کننده فرهنگ ایثار و شهادت.

آسیب‌های حوزه ترویج فرهنگ ایثار و شهادت

ترویج، یا به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم و به شکل رو در رو، یا غیرحضوری انجام می‌شود. در شیوه ترویج حضوری (نظیر سخنرانی، همایش، کنفرانس، کنگره، بزرگداشت، مجالس جشن یا عزاداری و ...) مروج و مخاطب به‌صورت رو در رو، با هم مواجه می‌شوند و پیام و مفهوم ارائه شده، بی‌واسطه به سمع و نظر مخاطب می‌رسد و بازخورد و بازتاب آن قابل مشاهده است. در شیوه ترویج غیرحضوری (نظیر نوشتن کتاب، مقاله، پیام در فضای مجازی، اجرای نمایشنامه، تهیه فیلم، برنامه‌های رادیو، تلویزیون و انتشار روزنامه)، مروج پیام و مقصود خود را در قالب رسانه‌ای، به سمع و نظر مخاطب می‌رساند. در این گونه ترویج پیام چه به‌شکل مستقیم و یا غیرمستقیم به مخاطب انتقال می‌یابد، امکان اینکه بازتاب هم زمان نظرات و احساسات مخاطبان به مروجین برسد، وجود ندارد (۱۱). ترویج نادرست بر اصل و جوهره مفهومی که ترویج می‌شود، خدشه وارد می‌کند که گاه جبران‌ناپذیر است. بعضی از آسیب‌های حوزه ترویج فرهنگ ایثار و شهادت به شرح زیر است:

- جنبه‌های منفی نظیر غلو، جعل و بعضاً غیرمنطقی بودن؛
 - کم‌رنگ شدن فعالیت‌های ترویجی فرهنگ تکریم به شهدا و ایثارگران، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و تحولات جهانی؛
 - عوامل محدودیت‌ساز در فرآیندهای ارتباطی (فردی، بین فردی، گروهی و جمعی) و هر عاملی که سبب می‌شود، پیام به شکل صحیح و مناسب به مخاطب (شنونده یا بیننده) انتقال نیابد؛
 - کاهش مقبولیت مروجین فرهنگ ایثار و شهادت در بین آحاد مردم؛
 - به‌کارگیری پیام‌های غیرجذاب و غیرقابل درک و استفاده برای عموم مردم؛
 - یکنواختی شیوه انتقال پیام، فقدان یا کمبود ظرافت و خلاقیت و نوآوری و جذابیت؛
 - تناقض بین گفتار و عملکرد مروجین که تأثیرات منفی و مخربی به‌دنبال دارد؛
 - کمبود یا نبود بازخورد و اصلاح‌پذیری و تغییر در شیوه‌های انتقال پیام.
- برای حل مشکلات این حوزه باید بین مروجین فرهنگ ایثار و شهادت، با مخاطبان، نزدیکی یا تشابه برقرار گردد. هر چه مهارت‌های ارتباطی، گرایش‌ها و طرز تفکر، معلومات و اطلاعات، خصوصیات اجتماعی و فرهنگی بین مروجین و مخاطبان، نزدیک‌تر باشد، شاهد ارتباطی صحیح‌تر و ترویج مؤثرتر خواهیم بود.

فرهنگ ایثار و شهادت

- تبیین، تحلیل، رهیافت و اهتمام ملی برای تحقق منویات فرهنگی امام خمینی (ره)، مقام معظم رهبری (مدظله) و بیانیه گام دوم انقلاب؛
- اهتمام برای اجرایی نمودن اهداف و احکام فرهنگی و ارزشی سیاست‌های کلی سلامت، سیاست‌های کلی علم و فناوری و سایر سیاست‌های کلی مرتبط ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری؛
- بازنگری اسناد راهبردی "مهندسی فرهنگی کشور"؛ نقشه جامع علمی؛ "سند دانشگاه اسلامی" و اسناد مشابه از نظر ضروریات فرهنگ ایثار و شهادت در محور جنبه‌های فرهنگی این اسناد؛
- استفاده از راهبردهای آموزشی و پژوهشی به صورت ساختارمند و هدفمند از طریق نظام‌های آموزشی (رسمی عمومی - عالی - حوزوی و مردمی)؛
- ترویج فرهنگ ایثار و شهادت با برنامه‌های فرهنگی و هنری مختلف از جمله سریال‌ها، نمایشنامه‌ها، فیلم‌های عامه‌پسند و نه مختص قشر خاص از جامعه؛
- هدفمندی و هماهنگی عموم اهل فرهنگ و فرهنگ‌سازان تأکید هر چه بیشتر از جوانان جهت ترویج فرهنگ ایثار و شهادت؛
- کیفیت بخشیدن به آثار ترویجی فرهنگ ایثار و شهادت و و واقع‌گرایی در تولیدات و چاپ و انتشار نشریات تخصصی فرهنگ ایثار و شهادت که با تیراژ بالا در اختیار عامه مردم قرار گیرد؛
- توجه به آثار تولیدی برای کودکان و نوجوانان؛
- بهره‌گیری از هنر متعهد و افزایش تولیدات مؤثر تبلیغی و هنری با ماهیت فرهنگی ایثار و شهادت؛
- بهره‌گیری از رسانه‌ها و فناوری‌های نوین اطلاعات؛
- مستندسازی و واقع‌گرایی در تولید آثار علمی، فرهنگی و رسانه‌ای تحول و خلاقیت در شیوه‌ها و انتخاب روش‌های اثربخش فرهنگی؛
- ترویج فرهنگ ایثار و شهادت و بزرگداشت یاد شهیدان و تجلیل از ایثارگران؛
- معرفی شهیدان به عنوان الگوهای عینی به جامعه به‌ویژه به نسل جوان؛
- توسعه پژوهش‌های حوزه فرهنگ ایثار و شهادت و ترویج نظرات، نظریه‌ها، یافته‌های پژوهشی و نقدها در سطح جامعه؛
- حفظ و نگهداری و تنظیم و نشر آثار و وصایای گرانقدر شهیدان؛
- تبیین مفاهیم مربوط به فرهنگ شهادت و شأن و منزلت شهیدان؛
- تقویت و تثبیت روحیه صبر و مقاومت و ایثار در قشرهای مختلف جامعه به‌ویژه خانواده معظم شهدا؛
- بهره‌گیری از سیره اولیاءالله در ترویج فرهنگ عاشورا؛
- تلاش برای مردمی کردن وظیفه ترویج فرهنگ شهادت و بزرگداشت یاد شهیدان؛
- جلب مشارکت همه نهادها و مؤسسات و سازمان‌ها؛

- تبیین و شناساندن ارزش‌های دفاع مقدس از طریق ابزارهای فرهنگی و هنری؛
- فعال‌سازی سازمان‌های موجود و ایجاد سازمان‌های فرهنگی جدید و فعال در عرصه معرفی فرهنگ ایثار و شهادت؛
- تولیدات فرهنگی فاخر متناسب با نیازهای کودکان، نوجوانان و نسل جدید؛
- تبیین و تکریم نقش همه اقشار و اقلیت‌ها در دوران دفاع مقدس؛
- افزایش ارتباط مداوم نخبگان فرهنگی ایثار با جامعه؛
- صرفه‌جویی ملی با کاهش موازی‌کاری در زمینه فعالیت‌های فرهنگی توسط سازمان‌ها و نهادهای متولی؛
- در دسترس بودن خدمات فرهنگ ایثار؛
- انجام مطالعات تطبیقی؛
- تکریم و تجلیل هدفمند و مستمر از ایثارگران و خانواده‌های معظم شهدا.

نتیجه‌گیری

- ایثار و شهادت، از پایه‌های اساسی در فرهنگ اسلامی است. فرهنگ ایثار و شهادت زمینه‌ساز بقای اسلام و نظام اسلامی است. شناخت صحیح و کافی درباره ابعاد فرهنگ ایثار و شهادت و اشاعه آن در سطح جامعه، علاوه بر شرایط و فضای مناسب فردی و اجتماعی، نیازمند شناسایی و رفع اصلی‌ترین موانع و عوامل بازدارنده در این ارتباط است (۱۳).
- نهادینه‌سازی فرهنگ ایثار و شهادت موجب پویایی جامعه و حراست از آرمان‌های انقلاب و ارزش‌های نظام جمهوری اسلامی است (۱۰). تعمیم فرهنگ انسان‌ساز ایثار و شهادت به فرهنگ عمومی، نظام آموزشی، پرورشی، علمی و اداری کشور، از طریق:
- گرامی‌داشت یاد و خاطره شهیدان و حماسه پایداری و ایثار آن‌ها؛
 - شناسایی، پیشگیری و راهیابی حل مشکلات و چالش‌ها و موانع این فرهنگ اصیل؛
 - بازسازی و نوسازی گفتمان منطقی و معتبر فرهنگ ایثار و شهادت و ادبیات دفاع مقدس، به دور از افراط و تفریط، مطابق مطالبات و نیازهای جوانان و نسل امروز و آینده جامعه؛
 - توجه کانونی نسبت به مؤلفه‌های واقعیت‌گرایی، تناسب با نیازهای نسل جدید، تناسب با فرهنگ و ارزش‌های بومی مردم و آینده‌نگری، در ترویج ارزش‌ها؛
 - ترویج، تقویت، پویایی و زنده نگه‌داشتن فرهنگ ایثارگری در راه دفاع از ارزش‌ها و فرهنگ‌سازی تکریم ایثارگران در اقشار مختلف مردم؛
 - ایجاد زمینه‌های لازم برای حضور موثر ایثارگران در عرصه‌های فرهنگی و هنری؛
 - ایجاد زمینه‌های لازم برای شناسایی و رفع موانع ترویج فرهنگ ایثار و شهادت ... از طریق مراجع قانونی ذی‌ربط؛
 - تقویت عوامل زمینه‌ای که موجب رشد و ارتقای فرهنگ ایثار و شهادت، خواهد شد.

Revolution. Cultural Engineering Map of the Country, Chapter 6: Macro cultural strategies; 2014. Available from: <https://sccr.ir/Files/6559.pdf>

8. Moshiri F. Persian Language Dictionary. Soroush Publications, Tehran, 1990.

9. Shahnourozi M, Ismaeili R, Parastegari S, Imamjomezade SJ. Factors affecting on the effectiveness increasing of sacrifice and martyrdom culture promotion procedures. Journal of Cultural Management. 2017;11(35-36):53-70. [In Persian]

10. Erfani N, Safaei S. Obstacles and strategies to promote the culture of self-sacrifice and martyrdom in society. National Conference on the Culture of Sacrifice and Martyrdom. Zanzan University, 2010. [In Persian]

11. Nourani H. Pathology of methods of promoting the culture of self-sacrifice and martyrdom. Available from: <https://article.tebyan.net/UserArticle/AmpShow/865914>

12. Anbari M, Oveisi fardoei G. Cultural and identity challenges of Janbazan in the Imposed War. Sociological studies. 2012;19(2):113-40. doi:10.22059/JSR.2013.56196

13. Ghorbani S. Harms to the self-sacrifice and martyrdom culture and protection solutions of them with a view to the thought of the Supreme Leader. National Lifestyle Scientific-Research Conference, 2016. Available from: <https://civilica.com/doc/582807/>

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

منابع

1. Faraji G, Hatami M, Mahmodi M. Strategy of cultural, political and economic resistance in the thought and action of Ayatollah Khamenei. Journal of Political Research in Islamic World. 2020;10(2):285-308. [In Persian]
2. Mahdipour A. A Study of the Dimensions and Consequences of the Resistance Strategy in Ayatollah Khamenei's Works. Journal of Political Sociology of Islamic World. 2020;18(17):1-30. doi:10.22070/IWS.2021.4594.1806
3. Shahnourozi M. Evaluation and effectiveness of methods to promote the culture of self-sacrifice and martyrdom and design a desirable model. PhD Thesis, First Edition, Islamic Azad University, Isfahan Branch; 2015. [In Persian]
4. young and harms. Journal of Islamic Studies. No. 60, pp. 24.
5. Secretariat of the Supreme Council of the Cultural Revolution. Cultural Engineering Map of the Country, Chapter 2: Principles, Values, and Principles; 2014. Available from: <https://sccr.ir/Files/6559.pdf>
6. Dehkhoda Dictionary. Tehran University, Tehran; 1931.
7. Secretariat of the Supreme Council of the Cultural

Research on the Bibliography of Combat Medicine during the Iraq-Iran War

Seyyed Ahmad Hoseinzadeh ^{1*}

¹ Faculty Member of Encyclopedia Islamica Foundation and Lecturer at Payame Noor University, Tehran, Iran

Received: 22 May 2021 Accepted: 14 August 2021

Abstract

Background and Aim: Due to the generality of existing bibliographies in various fields of science and the need to address specialized topics in the field of bibliography, the purpose of this study is to determine the publication statistics of sources that have dealt with the historical aspect of "martial medicine" in the post-revolutionary period.

Methods: For this purpose, by library research method, the database of the National Library of the Islamic Republic of Iran and the site of reputable publishers and etc. were examined. Then, the data were analyzed based on descriptive statistics.

Results: After processing the data, the following results were obtained: A total of 105 sources (51 book titles, 42 article titles and 12 book chapters) have been written in the field of martial medicine. The most book publishing (6 titles) was in 1398, in 1397 and 1398 the most articles were written in 8 titles and the most book publishing place belonged to Tehran with 33 titles and then Mashhad with 5 titles.

Conclusion: Although relatively interesting statistics were obtained on research related to the historiography of martial medicine during the time of the Holy Defense, this study showed that in some areas there is still fragmentation and fragmentation. From a terminological point of view, there is still no single text and standard for the use of keywords and this issue requires terminological studies and research. There is still no single database for introducing data and historiographical achievements in the field of sacred defense martial medicine, and important and influential sections in this field have not yet been statistically reviewed and initially introduced.

Keywords: Combat Medicine, Iran-Iraq War, Bibliography, History.

* Corresponding Author: Seyyed Ahmad Hoseinzadeh
Address: Encyclopedia Islamica Foundation.
E-mail: hoseinzadeh.1355@yahoo.com

پژوهشی درباره کتاب‌شناسی طب رزمی دوران جنگ عراق با ایران

سید احمد حسین‌زاده*

عضو هیئت علمی بنیاد دایره‌المعارف اسلامی و مدرس دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: به سبب کلی‌نگر بودن کتاب‌شناسی‌های موجود در حوزه‌های مختلف علوم و لزوم پرداختن به موضوعات تخصصی در قالب کتاب‌شناسی، هدف از پژوهش حاضر مشخص کردن آمار انتشار منابعی است که به جنبه تاریخی موضوع «طب رزمی» در محدوده زمانی بعد از انقلاب تا کنون پرداخته‌اند.

روش‌ها: بدین منظور، با روش پژوهش کتابخانه‌ای، بانک اطلاعات سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران و پایگاه‌های رایانه‌ای مرجع ناشران ایران و کتاب گیسوم مورد جستجو قرار گرفت. سپس داده‌ها بر اساس آمار توصیفی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پس از پردازش داده‌ها، این نتایج حاصل شد: در کل تعداد ۱۰۵ منبع مشتمل بر ۵۱ عنوان کتاب، ۴۲ عنوان مقاله و ۱۲ فصل کتاب، در حوزه موضوعی طب رزمی تألیف شده است. بیشترین نشر کتاب (تعداد ۶ عنوان) در سال ۱۳۹۸ بوده است، در سال ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ بیشترین مقاله به تعداد ۸ عنوان تألیف شده و بیشترین محل نشر کتاب نیز متعلق به تهران و به تعداد ۳۳ عنوان و پس از آن مشهد به تعداد ۵ عنوان بوده است.

نتیجه‌گیری: اگرچه آمار به نسبت جالبی درباره پژوهش‌های مربوط به تاریخ‌نگاری طب رزمی دوران دفاع مقدس به دست آمد، اما این بررسی نشان داد در بعضی حوزه‌ها همچنان تشتت و چندپارگی وجود دارد. هنوز از منظر اصطلاح‌شناسی متن و شیوه یکسانی برای استفاده از کلیدواژگان وجود ندارد و این موضوع بررسی‌ها و پژوهش‌های اصطلاح‌شناسی را می‌طلبد. هنوز یک پایگاه واحد برای معرفی داده‌ها و دستاوردهای تاریخ‌نگاری حوزه طب رزمی دفاع مقدس وجود ندارد و هنوز بخش‌های مهم و تأثیرگذار در این زمینه بررسی آماری و معرفی اولیه نشده‌اند.

کلیدواژه‌ها: طب رزمی، دفاع مقدس، کتاب‌شناسی، تاریخ.

* نویسنده مسئول: سید احمد حسین‌زاده

آدرس: بنیاد دایره‌المعارف اسلامی.

ایمیل: hoseinzadeh.1355@yahoo.com

مقدمه

امروزه با توجه به گسترش علوم و تخصصی شدن دانش‌ها، انتظار می‌رود شاهد منبع‌شناسی‌های تخصصی نیز باشیم. اما یکی از ایراداتی که بر کتاب‌شناسی‌های موجود وارد است کلی نگر بودن آن‌ها در موضوعات است به طوری که با توجه به افزونگی اطلاعات، شاهد آثاری مفصل در قالب کتاب‌شناسی هستیم. در تاریخ پزشکی نیز علی‌رغم ظهور تخصص‌ها، کمتر شاهد انجام کتاب‌شناسی‌های تخصصی در این حوزه موضوعی هستیم. لذا ضرورت انجام پژوهشی مبنی بر بررسی منشورات پزشکی در یکی از شاخه‌های علوم پزشکی با عنوان «طب رزمی»، «پزشکی نظامی» و یا «طب نظامی» احساس شد که در این پژوهش به دنبال رفع این خلاء پژوهشی هستیم.

طب رزمی پشتیبانی‌های پزشکی و درمانی از نظامیان در مسائل، خطرات، صدمات و بیماری‌هایی است که به دلیل شرایط خاص جنگی بروز می‌یابد. خدمات طب رزمی منجر به حفظ سلامتی نظامیان در معرض خطرها و بیماری‌های ناشی از جنگ می‌شود و بر توان آنان می‌افزاید. سابقه این نوع از طبابت، ریشه در جنگ‌های نوین در قرن اخیر دارد و به سبب تغییرات جدیدی که در استراتژی‌های جهان از نظر روند رو به گسترش حوادث جنگی، تروریستی و بلایای طبیعی و سلاح‌ها و آثار آن‌ها به وجود آمده، در حال تحول است. تفکیک بارز طب نظامی اعم از رزمی و غیررزمی از جنبه عمومی طبابت به عنوان یک رشته تخصصی دانشگاهی و به تبع آن تألیف منابع علمی در این خصوص از ابتدای قرن بیستم در جهان انجام شده است؛ ولی می‌توان گفت که حتی در سوابق جنگ‌های ایران باستان هم مسئله بهداری نظامی به شکل ساده و ابتدایی خود وجود داشته و مدون شده است (۱، ۲). با توجه به اینکه در جنگ‌های قدیم بیشترین تلفات مربوط به شیوع بیماری‌ها در بین نیروها و همچنین مردم شهرهای درگیر جنگ بوده و کثرت مجروحین و مصدومین و لزوم مبارزه با انواع بیماری‌ها، ضرورت وجود نوعی سازماندهی و آموزش و به کارگیری نیروی امدادی و پزشکی را طلب می‌کرده است. لذا در عمل نوعی تفکیک بین طب رزمی و نظامی از علم پزشکی، از همان ایام اعمال گردیده است. بدین ترتیب فکر استفاده از افراد آموزش دیده جهت امداد مجروحین و مصدومین و بیماران جنبه علمی به خود گرفت و سازمان‌های امدادی در زمان جنگ بتدریج مراحل تکمیلی خود را طی نمود (۳، ۴). در ایران نیز سیر تاریخی تغییرات و پیشرفت‌های طب رزمی خصوصاً در زمان دفاع مقدس موجب ایجاد اطلاعات ارزشمندی در قالب کتاب و مقاله شده است که در این پژوهش اطلاعات آماری - انتشاراتی آن‌ها بررسی شده است.

شایان ذکر است، در پژوهش حاضر بُعد تاریخی موضوع طب رزمی مدنظر بوده است و منابعی که محتوای آن شامل بررسی عوامل پزشکی در یک جامعه آماری نظامی است را مدنظر ندارد و به آن‌ها نمی‌پردازد. لذا به منابعی توجه شده که صرفاً نشانگر سیر تاریخی طب رزمی در محدوده زمانی بعد از انقلاب و محدوده مکانی ایران، خاصه دفاع مقدس بوده است. روش انجام این پژوهش به روش کتابخانه‌ای بوده است به این صورت که پس از گردآوری رکوردهای کتابشناختی منابع فارسی از بانک اطلاعاتی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

و پایگاه‌های معتبر عرضه‌کننده اطلاعات نشر، نتایج براساس پردازش داده‌ها در قالب جدول و نمودار ارائه شده است (۵-۷).

روش‌ها

با بهره‌گیری از روش مطالعه کتابخانه‌ای و نیز استفاده از پایگاه‌های معتبر مشتمل بر داده‌های انتشارات کشور از جمله سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران، مرجع ناشران کشور و همچنین پایگاه رایانه‌ای گیسوم عبارات طب رزمی، طب نظامی و دفاع مقدس مورد جستجو قرار گرفت.

نتایج

کتاب‌ها

- ۱- آرام پرتلاطم: خاطرات بانوی امدادگر دفاع مقدس عذرا بیابانی، سیدهاشم حسینی؛ مصاحبه‌گر سمیه تیموری‌پور، بیرجند: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی (خراسان جنوبی)، فرماندهی سپاه انصارالرضا (ع)، ۱۳۹۷.
- ۲- اتاق عمل: ناگفته‌هایی از زندگی شهید دکتر مصطفی رستم‌پور، حمید گله‌داری، تهران: سوره سبز، ۱۳۹۴.
- ۳- ارمغان پروازهای سیاه: ناگفته‌هایی از زندگی شهید دکتر احمد هجرتی، مجتبی حبیبی، تهران: سوره سبز، ۱۳۹۴.
- ۴- اطلس جامع: نقش اداره بهداشت، امداد و درمان نه‌اجا در دفاع مقدس، امیر نظامی؛ مجید محمدزاده سلحشور، تهران: سوره سبز، ۱۳۹۵.
- ۵- اطلس یادمان شهدای گمنام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، سیدمحمدهادی موسوی، همدان: انتشارات دانشجو، ۱۳۹۶.
- ۶- امداد و انتقال در هشت سال دفاع مقدس و تجارب آن، حمیدرضا غلامی، بجنورد: نشر مدافعان، ۱۳۹۷.
- ۷- امدادگران عاشورایی، به کوشش ستاد یادواره شهدای بهداری رزمی لشکر ۳۱ عاشورا، و جمعی از نویسندگان سعیده اصغری‌آذر؛ زهرا مولائی؛ لیلا میرزاییان‌فر، تبریز: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، سپاه عاشورا، انتشارات ۳۱ (سی و یک) عاشورا، ۱۳۹۵.
- ۸- بهداری و بیمارستان‌های صحرایی ارتش در دوران دفاع مقدس براساس خاطرات زنده‌یاد امیر سرتیپ دکتر سیف‌الله، به کوشش غلامحسین دربندی، تهران، چوگان ۱۴۰۰.
- ۹- بهداشت در جنگ و خاطراتی از خدمات بهداشتی در جریان ۸ سال دفاع مقدس، محمد مهدی اصفهانی، علی مهرابی‌توانا، احمد عامری، محمد رضا آشتیانی، تهران: رسانه تخصصی، ۱۳۸۶.
- ۱۰- بهداشت در دفاع مقدس، علی مهرابی‌توانا، تهران: انتشارات رسانه تخصصی، ۱۳۸۹.
- ۱۱- بهداشت و دفاع مقدس: نگاهی به آینده به انضمام متن گسترش و افزایش تندرستی، علی مهرابی‌توانا؛ محمد مهدی اصفهانی، تهران: انتشارات رسانه تخصصی، ۱۳۹۴.
- ۱۲- بیمارستان‌های صحرایی در زمان جنگ از ضرورت تا تجربه، محمد غیجی؛ محمد مهدی یاراحمدی؛ حمیدرضا اسماعیل‌پور،

- تهران: مگستان، ۱۳۹۹.
- ۱۳- بیهوشی و احیا در جنگ (همراه با تجربیاتی در زمینه بیهوشی مجروحین ۸ سال دفاع مقدس)، منصور سلطانزاده، قم: واصف لاهیجی، ۱۳۹۲.
- ۱۴- پرسه در دیار غریب (خاطرات پزشکان)، احمد لاجوردی، تهران: بهار کتاب، ۱۳۸۴.
- ۱۵- پروانه‌های سفید زنان بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس، عباس حیدری مقدم‌آرانی، تهران: موزه انقلاب اسلامی و دفاع مقدس، انتشارات، ۱۳۹۸.
- ۱۶- پزشکان نامدار ارتش ایران، رامین رامین‌نژاد، مشهد: کتاب کامیاب، ۱۳۹۸.
- ۱۷- تاریخ پزشکی دفاع مقدس روایتی دیگر، سیدعباس فروتن، تهران: شرکت انتشارات سوره مهر، ۱۳۹۸.
- ۱۸- تاریخ لشکر خراسان، رامین رامین‌نژاد، مشهد: آهنگ قلم، ۱۳۹۱.
- ۱۹- تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان هشت سال دفاع مقدس، خسرو نامجوی نیک، تهران: انتشارات ایران سبز، ۱۳۸۹.
- ۲۰- تجارب کارکنان بهداشت و درمان در رزم: بر اساس تحلیل ثانویه چند مطالعه کیفی، زهرا فارسی، تهران: سوره سبز، ۱۳۹۸.
- ۲۱- تنفس ممنوع: خاطرات بهداشت و درمان در اسارت، عبدالمجید رحمانیان، تهران: پیام آزادگان، ۱۳۹۰.
- ۲۲- جنگ شیمیایی عراق و تجارب پزشکی آن، عباس فروتن، تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده طبیب، ۱۳۸۲.
- ۲۳- خاطرات تیم‌های اضطراری پزشکی دوران دفاع مقدس، سومین یادواره سراسری شهدا و ایثارگران جامعه پزشکی، محمد حسن شیبانی‌فر، تهران: سازمان بسیج جامعه پزشکی، ۱۳۸۸.
- ۲۴- خاطرات خواهران گروه پزشکی دوران دفاع مقدس، محبوبه صالح، تهران: موسسه آموزش عالی علمی-کاربردی هلال ایران، ۱۳۸۶.
- ۲۵- خاطرات سرهنگ پزشک علی انجم‌شعاع، رامین رامین‌نژاد، مشهد: کتاب کامیاب، ۱۳۹۵.
- ۲۶- خدمات بهداری نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران در دفاع مقدس، رامین رامین‌نژاد، مشهد: کتاب کامیاب، ۱۳۹۶.
- ۲۷- خط قرمز: داستان‌های کوتاه و خواندنی از گروه‌های امداد، بهداشت و درمان، زهرا پورقربان، تهران: سوره سبز، ۱۳۹۲.
- ۲۸- خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری دستاوردهای بهداشت و درمان نزا در دفاع مقدس، تهران: کنگره سراسری دستاوردهای بهداشت و درمان نزا در دفاع مقدس، دبیرخانه، ۱۳۸۲.
- ۲۹- خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی با تأکید بر تجارب هشت سال دفاع مقدس، تهران: دانشگاه امام حسین (ع)، مؤسسه چاپ و انتشارات دانشگاه امام حسین، ۱۳۸۱.
- ۳۰- حدیث ایثار: کنگره بزرگداشت شهدای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سپاه
- الغدیر استان یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، پایگاه ام‌الائم (س)، یزد: طب‌گستر، ۱۳۹۵.
- ۳۱- دارونامه دفاع مقدس: ثبت خاطرات شفاهی دست‌اندرکاران مدیریت دارویی بهداری رزمی در ۸ سال دفاع مقدس، عبدالمجید چراغعلی، مهدی باقری، مجید شهرتی، تهران: شناخت زندگی، ۱۳۹۵.
- ۳۲- درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی، گروه مؤلفان، معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جلد اول (۱۳۹۸)، جلد دوم (۱۴۰۰).
- ۳۳- درمانگران رزمنده: خاطرات کارکنان رسته بهداری در دوران دفاع مقدس، تیم بهداری هیئت معارف جنگ، تهران: ایران سبز، ۱۳۸۷.
- ۳۴- روایت ایثار کنگره بزرگداشت شهدای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، سیدحبیب‌اله موسوی‌بهار و دیگران، همدان: انتشارات مفتون همدانی، ۱۳۹۷.
- ۳۵- روایتی از تاریخ پزشکی دفاع مقدس، فروتن، سید عباس، تهران: فرهنگستان علوم پزشکی، ۱۳۹۷.
- ۳۶- سیدپوشان حماسه ساز، محمد مهدی عبدالله‌زاده، دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان و بنیاد حفظ آثار و نشر ارزش‌های دفاع مقدس استان سمنان، تهران صریح، ۱۳۹۶.
- ۳۷- سید جامگان آسمانی، نقش پرستاران، پزشکان و امدادگران در دفاع مقدس، محمدامین پوررکنی، اهواز: خالدين، ۱۳۹۹.
- ۳۸- شهدای عرصه سلامت: یادنامه شهدای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های وابسته، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل روابط عمومی: کتاب میر، ۱۳۸۲.
- ۳۹- طب رزمی، کیسی باند، مترجم: علی مجیدی، تهران: نور دانش، ۱۳۸۸.
- ۴۰- طب هوایی در دفاع مقدس: خاطرات و خطرات، حسن برخوردار، تهران: ارتش جمهوری اسلامی ایران، نیروی هوایی، مرکز انتشارات راهبردی نهجا، ۱۳۹۶.
- ۴۱- طبیب‌نامه، پیشگامان پزشکی در خراسان به انضمام خاطرات سرهنگ دکتر سیدمجتبی نقی‌بی، رامین رامین‌نژاد، مشهد: کتاب کامیاب، ۱۳۹۳.
- ۴۲- فرشتگان نجات کویری: مروری بر خاطرات رزمندگان بهداری رزم اعزامی از سیستان و بلوچستان در هشت سال دفاع مقدس و امنیت پایدار، علی کیخا، تهران: چوگان، ۱۳۹۹.
- ۴۳- فصل از تلاش: نقش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اراک در دفاع مقدس، علیرضا صالحی، فاطمه مرادی، قم: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، مرکز حفظ آثار و نشر ارزش‌های دفاع مقدس، انتشارات سفیران طلائی، ۱۳۹۶.
- ۴۴- کیوتران حریم سلامت: کنگره بزرگداشت شهدای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (ویژه شهدای دانشگاه علوم پزشکی استان

- (۴)، ۱۳۸۳: ۲۳۳-۲۳۹.
- ۵- آشنایی با بهداری رزمی و اورژانس‌های دفاع مقدس، احمد اخوان مهدوی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱ (۱)، ۱۳۹۷: ۱۹-۲۷.
- ۶- اقدام و عمل جهادی در بهداری رزمی در دفاع مقدس، عوض حیدریور، مهناز صفایی هودارق، فصلنامه آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران، ۴۱ (۴)، ۵۰: ۱۳۹۸-۵۷.
- ۷- بازخوانی پرونده پزشکی شهید محمدجواد تندگویان، حسن توفیقی زواره، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱ (۲)، ۱۳۹۷: ۸۳-۸۹.
- ۸- بررسی عملکرد بهداشت رزمی در دفاع مقدس، مهناز صفایی هودارق، هانیه صدری مجد، عوض حیدریور شهرضایی، فصلنامه آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران، ۴۱ (۳)، ۵۷: ۱۳۹۸-۴۰.
- ۹- بررسی واحد بهداشت در عملیات والفجر ۴، صدیقه میرهاشمی، علی صدری ارحامی، علی اصغر نویدی، عبدالرضا دلاوری، طب نظامی، ۵ (۱)، ۱۳۸۲: ۲۱-۲۵.
- ۱۰- بهداشت در دوران دفاع مقدس (قسمت اول: کلیات، تاریخچه)، علی مهرابی توانا، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱ (۱)، ۱۳۹۷: ۴-۱۱.
- ۱۱- بهداشت محیط در دفاع مقدس «بهداشت آب»، علی مهرابی توانا، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۳ (۱)، ۱۳۹۹: ۲۱-۲۵.
- ۱۲- بیمارستان‌های صحرایی دوران جنگ علیه ایران، علی غنجال، احمد عامریون، ناصر بهروزی نژاد، منیره متقی، طب نظامی، ۶ (۲)، ۱۳۸۳: ۱۴۳-۱۵۲.
- ۱۳- پیشگیری از بیماری‌های عفونی در جنگ تحمیلی، وزیربان، پرویز، هفته نامه سلامت، شماره ۱۲۳، ۱۳۸۶.
- ۱۴- تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران: یک مطالعه تاریخی، محمدرضا فیروزکوهی، علی ضرغام بروجنی، مرتضی نورائی، مژگان رهنما، طب نظامی، ۱۷ (۳)، ۱۳۵۴: ۱۲۷-۱۳۶.
- ۱۵- تاریخ‌نگاری تحولات بهداری رزمی در جنگ عراق با ایران، محسن نظام‌الدین، ثریا اجاقلو، حمید پیروی، طب نظامی، ۱۸ (۱)، ۱۳۹۵: ۳۲۳-۳۲۹.
- ۱۶- تجارب ارائه خدمات دارویی در ۸ سال دفاع مقدس بخش دوم- مدیریت زنجیره تأمین دارو در بهداری رزمی، عبدالمجید چراغعلی، مهدی باقری، مجید شهرتی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۳ (۱)، ۱۳۹۹: ۵۷-۶۳.
- ۱۷- تجارب بهداشتی در دفاع مقدس (قسمت دوم: تب پشه خاکی)، علی مهرابی توانا، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱ (۲)، ۱۳۹۷: ۵۶-۵۹.
- ۱۸- تجارب بهداشتی در دفاع مقدس- قسمت چهارم: مالاریا، علی مهرابی توانا، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۲ (۲)، ۱۳۹۸: ۷۵-۸۳.
- ۱۹- تجاربی از کنترل ترومای جنگی در دفاع مقدس، سیدمحمدرضا

- بوشهر، سعید کشمیری؛ مهدی مرکبی؛ زهرا شاعری، بوشهر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، انتشارات، ۱۳۹۷.
- ۴۵- کوچ آینه‌ها: یادنامه شهدای بهداشت و درمان ارتش از دفاع مقدس تا بحران کرونا، محسن عسکری؛ محمود مخبری؛ سجاد جلیلی خسروشاهی، کرج: انتشارات هنر نگاره، ۱۳۹۹.
- ۴۶- گزارش امداد، بهداشت و درمان جنگ در ۸ سال دفاع مقدس، عباس وکیلی، تهران: زارچ، ۱۳۸۲.
- ۴۷- مرکز آموزش بهداشت، امداد و درمان شهید دکتر احمد هجرتی نزاجا در هشت سال دفاع مقدس، مسعود دانشمند وزیری و دیگران، تهران: سازمان حفظ آثار و نشر ارزش‌های دفاع مقدس ارتش جمهوری اسلامی ایران، انتشارات آتشیار، ۱۳۹۸.
- ۴۸- موج گل‌های شب‌بو: خاطرات پرستاران و پزشکان از امدادپزشکی دفاع مقدس در اندیمشک، نسرين تتر؛ مصاحبه عظیم مهدی‌نژاد و دیگران، تهران: راه یار، ۱۳۹۸.
- ۴۹- همایش بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ (نخستین: ۱۳۷۰: تهران) سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ زمان ۷ لغایت ۹ خرداد ماه ۱۳۷۰، احمدعلی نوربالا، تهران: بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی، چاپ و نشر بنیاد، ۱۳۷۲.
- ۵۰- همایش بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ (سومین: ۱۳۷۹: تهران)، معاونت بهداشت و درمان سازمان جانبازان، با همکاری دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله پژوهشکده فنی و پزشکی سازمان امور جانبازان، تهران: گلبن، ۱۳۷۹.
- ۵۱- همسفر شقایق: زندگی‌نامه و خاطرات خواهران امدادگر و رزمنده معاونت بهداشت، امداد و درمان سپاه قدس گیلان، محمدرضا بینش برهمند، رشت: شمیم سرخ، ۱۳۹۷.
- ۵۲- نظامنامه موقتی معاینه صحنی، وزارت جنگ، ارکان حزب کل قشون، تهران: فردوسی، ۱۳۱۰.
- ۵۳- یکصد سال طب نظامی در خراسان، رامین رامین‌نژاد، مشهد: آهنگ قلم، ۱۳۹۰.

مقاله‌ها

- ۱- اختلالات روان‌پزشکی ناشی از جنگ در ایران، احمدعلی نوربالا، طب نظامی، ۴ (۴)، ۱۳۸۱: ۲۵۷-۲۶۰.
- ۲- آرایه خدمات دارویی در ۸ سال دفاع مقدس بخش اول- ساختار واحد دارویی در بهداری رزمی، عبدالمجید چراغعلی؛ مهدی باقری؛ مجید شهرتی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۲ (۱)، ۱۳۹۸: ۳۸-۴۷.
- ۳- ارزیابی توصیفی نشریات طب نظامی ایران و جهان، مرتضی ایزدی، شیما شهیداد، آیدین لطفی آذر، طب نظامی، ۱۸ (۳)، ۱۳۹۵: ۲۸۰-۲۸۹.
- ۴- آنگوی مرگ و میر دبیرس در جانبازان شیمیایی، مصطفی قانع؛ شروین آثاری؛ فرشید علاء الدینی؛ عباس تولایی، طب نظامی، ۶

مقدس، علی مهرابی توانا؛ هادی وطنی، طب نظامی، ۳ (۱)، ۱۳۸۰: ۴۳-۴۶.

۳۵- مروری بر نگاهگاه‌های عملیات دفاع مقدس، احمد اخوان مهدوی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱ (۲)، ۱۳۹۷: ۱۱۹-۱۱۲.

۳۶- معرفی مراکز بهداشتی درمانی نقش آفرین در دوران دفاع مقدس: بیمارستان طالقانی آبادان، وزیران، پرویز؛ ضیائی، مجتبی؛ محقق، محمدعلی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۲ (۱)، ۱۳۹۷.

۳۷- نقش جامعه پزشکی در جنگ تحمیلی، عوض حیدرپور، طب و تزکیه، ۲۶، ۱۳۷۶: ۹۶-۹۹.

۳۸- نقش طب نظامی در نیروهای مسلح و ضرورت توسعه برنامه‌های آموزشی تخصصی در طب نظامی ایران، رمضان رحمانی؛ شعبان مهرورز، طب نظامی، ۱۳ (۴)، ۱۳۹۰: ۲۴۷-۲۵۲.

۳۹- نقش نیروهای نظامی و بهداری رزمی در امداد و انتقال در بلایا و حوادث، علی غنجال، طب نظامی، ۴ (۳)، ۱۳۸۱: ۸-۱۲.

۴۰- نمونه‌ای از آمار فعالیت‌های بهداشتی و درمانی و پشتیبانی و مهندسی جنگ جهاد، اداره کل امور ایثارگران وزارت جهاد کشاورزی، پل، ۳ (۳۳)، ۱۳۹۹: ۱۷-۲۰.

۴۱- ویژگی‌های عناصر طب رزمی (زنجیره امداد، زنجیره انتقال مجروحان، زنجیره درمان) با توجه به مطالبات محیط نبرد آینده، حسن قاضی؛ عباس رضایی، فصلنامه مطالعات دفاعی استراتژیک، ۷۷، ۱۳۹۸: ۶۹-۹۲.

۴۲- ویژگی‌های مدیریت در بهداری رزمی دفاع مقدس بهداری رزمی در نگاه فرماندهان ارشد، فتحیان؛ نصرالله؛ جمشیدی، حمیدرضا، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، پیش شماره ۱۳۹۶.

فصل‌های کتاب

۱- امداد و انتقال مجروحان در دفاع مقدس، مقایسه تجارب دفاع مقدس با جنگ‌های جهانی اول، دوم و کره و ویتنام، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۱۳۶-۱۶۵.

۲- بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها در شرایط جنگ تحمیلی، درس‌هایی برای آینده، عوامل و مکانیسم ترومای جنگی؛ پرتابه‌ها و انفجارات، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۸۲-۹۹.

۳- بیمارستان‌های صحرایی و عملکرد آن‌ها در دفاع مقدس، عراقی‌زاده، حسن؛ بینات، محمدعلی، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛

کلاتر معتمدی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱ (۱)، ۱۳۹۷: ۳۴-۴۰.

۲۰- تجربیات امداد و انتقال بهداری سپاه در عملیات والفجر ۴، علی غنجال؛ علی صدری ارحامی؛ سید محمد بصام، طب نظامی، ۵ (۲)، ۱۳۸۲: ۹۱-۹۸.

۲۱- تجربیات دارو و درمان بهداری سپاه در عملیات والفجر ۴، علی اصغر نویدی، علی غنجال، علی صدری، حسن ابوالقاسمی، طب نظامی، ۴ (۳)، ۱۳۸۱: ۱۵۱-۱۵۶.

۲۲- تیپ امداد و انتقال در جنگ عراق علیه ایران، علی غنجال؛ منیره متقی، طب نظامی، ۶ (۴)، ۱۳۸۳: ۲۸۵-۲۹۲.

۲۳- خدمات در دفاع مقدس، وزیران، پرویز، مجله نخبگان پزشکی، شماره ۳۸، ۱۳۹۲.

۲۴- درد و رنج: تجربه کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در جنگ ایران و عراق - یک مطالعه تحلیل محتوا، زهرا فارسی؛ ناهید دهقان نیری، طب نظامی، ۱۹ (۳)، ۱۳۹۶: ۲۲۲-۲۳۳.

۲۵- درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸.

۲۶- درس‌هایی از امداد و درمان در عملیات آزادسازی بستان، علی غفوری؛ احمد اخوان مهدوی؛ علی اصغر مولا، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۲ (۱)، ۱۳۹۸: ۲۴-۲۹.

۲۷- درس‌هایی از امدادرسانی و درمان مجروحان موشک‌باران تهران، علی خاجی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱ (۲)، ۱۳۹۷: ۶۵-۶۰.

۲۸- رابطه مدت حضور در جبهه و تیپ شخصیتی با سطح بهداشت روانی در نزاجا، سید ابوالقاسم موسوی؛ فرشاد نجفی‌پور، طب نظامی، ۴ (۲)، ۱۳۸۱: ۸۱-۸۵.

۲۹- سیر تحول بیمارستان صحرایی در جنگ، امیرهوشنگ طهماسبی‌پور، نگین ایران: فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس، ۱۲ (۴۵)، ۱۳۹۲: ۵-۳۰.

۳۰- کمیته بهداشت و درمان جهاد سازندگی در دفاع مقدس، اداره کل امور ایثارگران وزارت جهاد کشاورزی، پل، ۳ (۳۳)، ۱۳۹۹: ۱۰-۱۲.

۳۱- گزارشی از فعالیت‌های پزشکی و درمانی جهاد سازندگی در جبهه‌های جنگ، جهاد، ۱ (۱۸)، ۱۳۶۰: ۱۰-۱۱.

۳۲- مروری بر تجارب امداد و درمان در عملیات فتح‌المبین، سید مسعود خاتمی؛ صادق رجایی؛ علی اصغر ملا؛ احمد اخوان مهدوی، نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۲ (۲)، ۱۳۹۸: ۸۴-۹۲.

۳۳- مروری بر تجربیات بهداری سپاه در دوران دفاع مقدس: عملیات والفجر ۱۰، سردار توکل حاج‌احدی؛ علی اصغر نویدی؛ حسن ابوالقاسمی؛ حسنعلی محبی، طب نظامی، ۴ (۲)، ۱۳۸۱: ۷۵-۸۰.

۳۴- مروری بر مبارزه با حشرات و دیگر بندپایان در طول ۸ سال دفاع

تطورات تیم‌های اضطراری جبهه‌ها، ربانی، عباس؛ طهماسبی، نقی؛ خردمند، جلیل‌عرب، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۲۴۰-۲۵۹.

۹- تجارب انتقال خون در دفاع مقدس؛ تحولات جدید در انتقال خون و فرآورده‌های آن، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۲۱۳-۳۳۱.

۱۰- فعالیت‌های بهداری‌های رزمی در دفاع مقدس، سلامت در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۵۷-۹۳) جلد دوم. دکتر سید علیرضا مرندی؛ باقر لاریجانی؛ فریدین عزیزی؛ حمیدرضا جمشیدی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۳: ۱۹۸-۲۳۲.

۱۱- مدیریت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دفاع مقدس، سلامت در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۵۷-۹۳) جلد دوم. دکتر سید علیرضا مرندی؛ باقر لاریجانی؛ فریدین عزیزی؛ حمیدرضا جمشیدی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۳: ۱۵۱-۱۹۴.

۱۲- نقش بانوان در بهداری رزمی دفاع مقدس و رسالت آینده ایشان در پیشرفت پایدار سلامت، کیهانی دوست، زرین تاج؛ کاظمی، ویدا؛ رنجبر، فاطمه، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی، جلد دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۳۶۴-۳۸۵.

مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۲۶۰-۲۸۵.

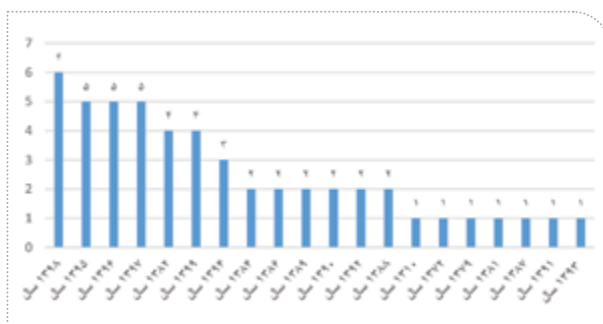
۴- پرستاری در دفاع مقدس؛ معرفی خدمات ارزشمند و شایسته جامعه پرستاری کشور در جنگ تحمیلی، قبل و بعد از آن، حضرتی، مریم؛ مداح، سادات؛ عباس زاده، عباس، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۳۴۶-۳۶۳.

۵- پشتیبانی دارویی و تجهیزات پزشکی در بهداری رزمی، واکاوی تجارب دفاع مقدس و درس‌هایی برای آینده، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۱۸۷-۲۱۲.

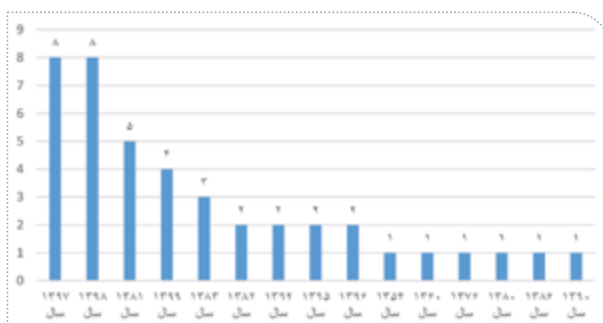
۶- پیامدها و دستاوردهای بهداری رزمی دفاع مقدس، فتحیان، نصرالله؛ خاتمی، سید مسعود؛ احمدیانی، ابوالحسن، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۲۸۶-۳۰۱.

۷- تاریخچه طب رزمی در دنیا و ایران، سیر تطورات تاریخی دفاع مقدس، درسنامه آشنایی با فرهنگ و معارف دفاع مقدس، ویژه دانشجویان علوم پزشکی - جلد اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت آموزشی؛ مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، ۱۳۹۸: ۵۷-۸۱.

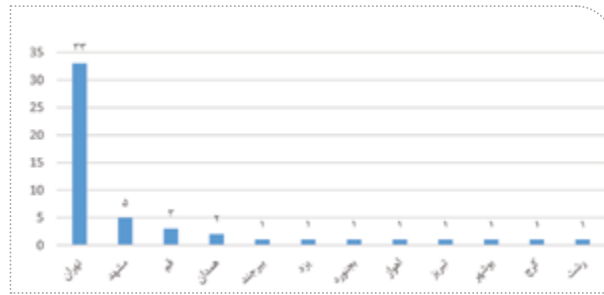
۸- تاریخچه و تحولات حضور جامعه پزشکی در دفاع مقدس: سیر



نمودار ۱. تعداد کتاب‌ها به تفکیک سال نشر



نمودار ۲. تعداد مقاله‌ها به تفکیک سال نشر



نمودار ۳. تعداد کتاب‌ها به تفکیک محل نشر

عمده ناشران در دو شهر تهران و مشهد و مابقی آن هم در حدّ یک یا دو عنوان کتاب در شهرهای دیگر بودند. از آنجایی که اکثر اطلاعات کتاب‌شناختی از بانک اطلاعات کتابخانه ملی گردآوری شده است در انتها جا دارد به ایرادها و مشکلات رکوردهای کتابخانه ملی (اعم از سجاوندی و ایرادات فهرستنویسی) اشاره شود.

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

منابع

1. Battlefield medicine & surgery medieval ages. Available from: <https://forum.kingdomcomerpg.com/t/battlefield-medicine-surgery-medieval-ages>
2. BG (RET), Lim Meng Kin: Military Medicine through The Ages. SAF Medical Corps Monograph. Available from: <https://www.mindef.gov>
3. Sofya la Rus, Mka Lisa Kies: Military Medicine in the Middle Ages. Updated 17 June 2007. <http://www.sofyalarus.info/Medicine/military>
4. Sokolov: Battlefield Medicine & Surgery Medieval Ages. Available from: <https://forum.kingdomcomerpg.com>
5. National Library and Archives of the Islamic Republic of Iran. Available from: www.lib.ir
6. Iranian Publishers Reference. Available from: www.nashreiran.ir
7. Gisoom book. Available from: www.gisoom.com

خلاصه نتایج موضوع تعداد منابع به تفکیک نوع منبع در قالب جدول ۱ و موضوع تعداد کتاب‌ها به تفکیک سال نشر، تعداد مقاله‌ها به تفکیک سال نشر و تعداد کتاب‌ها به تفکیک محل نشر به ترتیب در نمودارهای ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۱- تعداد منابع به تفکیک نوع منبع

تعداد	نوع منبع
۵۱	کتاب
۴۲	مقاله
۱۲	فصل کتاب
۱۰۵	جمع

نتیجه‌گیری

جدای از اطلاعات کتاب‌شناختی ارائه‌شده درباره منابع تألیف‌شده در موضوع طب رزمی و آمارها که به‌عنوان نتیجه این مقاله قابل طرح است، پس از بررسی داده‌ها می‌توان موارد و نکاتی را به عنوان نقد، مطرح کرد:

براساس آمار این پژوهش و با توجه به تجربه هشت ساله دفاع مقدس به‌نظر می‌رسد با اندازه کافی به موضوع طب رزمی در قالب تألیف کتاب، مقاله و پژوهش، پرداخته نشده است. تعداد مجلاتی که به این موضوع پرداخته‌اند بسیار کم است چراکه عمده مقالات بازایی شده، در ۳ عنوان مجله و نشریه با نام‌های پل، طب نظامی و نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت، چاپ شده‌اند. در کل محل نشر همه کتاب‌ها در ۱۲ شهر بود (که بسیار کم است) چراکه انتظار می‌رود ناشران شهرهای دیگر نیز در این موضوع منابعی منتشر کرده باشند.

Investigating the Role of Leadership and Command of the Armed Forces of the Islamic Republic of Iran in Countering COVID-19

Hassan Araghizadeh ¹, Saeid Bayyenat ¹, Mohammad Hadi Moazen Jami ²,
Mohammad Gharari ^{3*}

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

² Physician and PhD in Strategic Management, Vice President of the International Institute of Health Professor Samiei, Tehran, Iran

³ PhD in Educational Management, Master of Health, Relief and Treatment, General Staff of the Armed Forces, Tehran, Iran

Received: 24 May 2021 Accepted: 15 August 2021

Abstract

Background and Aim: The Armed Forces of the Islamic Republic of Iran, simultaneously with the outbreak of coronavirus disease (COVID-19) in Iran, have taken extensive and effective measures to control the disease and manage the consequences of this pandemic. This study aims to identify and categorize the dimensions of management and leadership of the armed forces to identify less introduced measures and efforts. The results of this study can be used as a practical and generalizable framework for crisis management efficiency in Iran and other armed forces worldwide.

Methods: The current qualitative study was performed by the document analysis method. First, all available documents and articles related to the management and management of COVID-19 were identified by reviewing electronic sources. All related multimedia files including audio, text, and video were also searched and collected by searching the Internet and referring to websites and databases with keywords based on the above criteria in the period March 2017 to October 1400. The selection of documents was purposeful and took into account the four criteria of JUPP. After the multi-stage screening, 75 documents were finally selected and analyzed after coding.

Results: The response and actions of the Armed Forces of the Islamic Republic of Iran and other major countries involved, as well as the dimensions of effective management and leadership to counter the coronavirus pandemic, were identified and recorded in 22 fields.

Conclusion: The Armed Forces of the Islamic Republic of Iran, considering the use of extensive capacities in the field of management and leadership, based on the experiences of the time of Iran - Iraq war, principles of organizational management and military leadership, and especially modeling and obeying the orders of the Supreme Command Such as strategy adoption, the flexibility of hierarchy, planning, and coordination, communication, freedom of action, trust, innovation in times of crisis, training and empowerment, the necessity of patience, religious and human motivations, teamwork, ... and also using medical and hospital facilities, it has been able to respond appropriately to the needs of patients caused by the corona epidemic and to contribute significantly to the health and treatment system of the country. These measures include: establishing a convalescent home, establishment of fixed and mobile hospitals, producing masks and disinfectants, screening plans, outpatient centers, traffic restrictions, designing a corona diagnostic test kit, establishing public vaccination centers, telephone counseling services, etc.

Keywords: COVID-19, Management, Leadership, Armed Forces.

* Corresponding Author: Mohammad Gharari

Address: Health, Relief and Treatment, General Staff of the Armed Forces, Tehran, Iran.

E-mail: m.gharari@yahoo.com

بررسی نقش رهبری و فرماندهی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در مقابله با کووید-۱۹

حسن عراقی زاده^۱، سعید بینات^۱، محمد هادی مؤذن جامی^۲، محمد قراری^۳

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

۲ پزشک و دکترای مدیریت استراتژیک، نایب رئیس مؤسسه بین المللی سلامت پروفیسور سمیعی، تهران، ایران

۳ دکترای مدیریت آموزشی، کارشناس ارشد تخصصی اداره بهداشت، امداد و درمان ستادکل نیروهای مسلح، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۳ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: همزمان با شیوع بیماری کرونا در ایران، نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران اقدامات گسترده و مؤثری برای کنترل بیماری و مدیریت پیامدهای این همه گیری انجام داده اند. هدف این مطالعه شناسایی و دسته بندی ابعاد مدیریت و رهبری نیروهای مسلح به منظور شناسایی تدابیر و تلاش های کمتر معرفی شده، می باشد. نتایج این مطالعه می تواند به عنوان یک چارچوب عملی و قابل تعمیم برای بهره وری مدیریت بحران در ایران و سایر نیروهای مسلح دنیا مورد استفاده قرار گیرد.

روش ها: مطالعه کیفی حاضر به روش تحلیل محتوای اسناد انجام شد. ابتدا با مرور منابع الکترونیک، تمامی اسناد و مقالات موجود مرتبط با رهبری و مدیریت بیماری کووید-۱۹ شناسایی شد. کلیه فایل های مولتی مدیا شامل صوتی، نوشتاری و تصویری مرتبط نیز در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۸ تا مهر ۱۴۰۰ از طریق جستجو در اینترنت و با مراجعه به وب سایت ها و پایگاه های داده ای با کلیدواژه هایی مبتنی بر معیارهای فوق جستجو و جمع آوری گردید. انتخاب اسناد به صورت هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک های چهارگانه JUPP صورت گرفت. پس از غربالگری چند مرحله ای نهایتاً ۷۵ سند انتخاب و پس از کدگذاری آنالیز انجام شد.

یافته ها: واکنش و اقدامات نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و برخی از کشورهای عمده درگیر و نیز ابعاد مدیریت و رهبری مؤثر برای مقابله با پاندمی کرونا در ۲۲ زمینه شناسایی و ثبت شد.

نتیجه گیری: نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران با توجه به بهره مندی از ظرفیت های گسترده در حوزه مدیریت و رهبری، برگرفته از تجربیات زمان دفاع مقدس، اصول مدیریت سازمانی و رهبری نظامی و بویژه الگوگیری و فرمانپذیری از منویات و فرامین فرماندهی معظم کل قوا (مدظله العالی) همانند: اتخاذ استراتژی، انعطاف پذیری در سلسله مراتب، برنامه ریزی و هماهنگی، ارتباطات، آزادی عمل، اعتماد، نوآوری به هنگام بحران، آموزش و توانمندسازی، لزوم صبر و شکیبایی، انگیزه های دینی و انسانی، کار تیمی، ... و نیز با استفاده از امکانات پزشکی و بیمارستانی، توانسته پاسخ مناسبی به نیاز بیماران ناشی از همه گیری کرونا دهد و به نظام بهداشتی و درمانی کشور کمک شایانی نماید. این اقدامات شامل: ایجاد نقاهتگاه، راه اندازی بیمارستان ثابت و سیار، تولید ماسک و مواد ضد عفونی کننده، طرح های غربالگری، مراکز سرپایی، محدودیت تردد، طراحی کیت تست تشخیص کرونا، ایجاد مراکز واکسیناسیون عمومی، خدمات مشاوره تلفنی و ... می باشد.

کلیدواژه ها: کووید-۱۹، مدیریت، رهبری، نیروهای مسلح.

* نویسنده مسئول: محمد قراری

آدرس: بهداشت امداد و درمان ستادکل نیروهای مسلح، تهران، ایران.

ایمیل: m.gharari@yahoo.com

مقدمه

در سیاست‌های کلی نظام همواره به ارتقای توان آمادگی دفاعی نیروهای مسلح برای بازدارندگی، ابتکارعمل و مقابله مؤثر در برابر تهدیدها، حفاظت از منافع ملی و انقلاب اسلامی و منابع طبیعی کشور تأکید شده است. اما نکته قابل ذکر در آمادگی دفاعی، چگونگی آمادگی هرچه بیشتر کارکنان نیروهای مسلح در برابر تهدیدات نامعین و پیچیده جنگ‌های امروزی است.

کووید-۱۹، این ویروس بسیار مسری، نشان داده قادر است اقتصاد جهانی را متوقف کند و بنابراین، ضرورت اتخاذ استراتژی‌های زمان جنگ برای مقابله و کاهش تأثیرات اجتماعی این ویروس را برجسته می‌کند. یکی از ایده‌های اصلی به منظور به حداقل رساندن آثار ناشی از پاندمی کرونا، بکار بردن "اصول کلاسیک نظامی" است. نظریه پردازان با بکارگیری توصیفی از اصول کلاسیک نظامی، مبارزه با پاندمی را به طور صریحی به مبارزه با یک دشمن مرسوم تشبیه می‌کنند (۱).

نیروهای مسلح در کشورهای مختلف از میزان توان نظامی، قدرت، سازماندهی، تخصص و مقبولیت عمومی متفاوتی برخوردار هستند اما علی‌رغم وجود این تفاوت‌ها در موقعیت‌های اضطراری و دشوار بویژه در بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه در سطح ملی یکی از مهمترین اقدامات دولت‌ها، اعم از اقتدارگرا و یا دموکراتیک، به منظور تسریع‌گذار از مرحله بحران، بکارگیری نیروهای مسلح می‌باشد.

نیروهای مسلح به دلیل برخورداری از شبکه فرماندهی در سطح ملی و تعداد زیاد نیروی انسانی آموزش دیده، منظم و آماده به کار قادرند در خط مقدم خدمات غیرنظامی در مواقع اضطراری ملی بسیج و بکارگیری شوند. این نیروها می‌توانند به پشتیبانی لجستیکی از جمله کمک به تأمین امنیت در شهرها بویژه در دوران قرنطینه، حمل و نقل، کمک تخصصی انسانی و تجهیزاتی به کارکنان شبکه پزشکی و بهداشتی، آماده‌سازی و ساخت بیمارستان‌های صحرایی و همچنین انتقال تجربیات در حوزه جنگ‌های هسته‌ای، بیولوژیکی و شیمیایی بپردازند.

با توجه به شدت شیوع این بیماری؛ نیروی مسلح کشورمان همایی نظام سلامت در پیشگیری و درمان این بیماران اقدامات شایان توجهی انجام داده است و در این راه تعداد بیش از ۳۰ شهید مدافع سلامت کادر درمانی شامل پزشک، پرستار و پیراپزشک، در مسیر مقابله با کرونا تاکنون تقدیم ملت بزرگ ایران نموده است. بیان و ثبت تلاش‌ها و زحمات نیروهای مسلح هم موجب ارتقای مدیریت دانش، تجربه‌نگاری و هم ماندگاری آن خواهد شد همانطور که این موضوع جزو خواسته‌های فرماندهی معظم کل قوا (مدظله العالی) بوده و فرموده‌اند:

"کاش کسانی بتوانند مثل شهید آوینی این جهاد عظیم و عمومی را روایت کنند، همچنان که شهید آوینی با آن بیان شیرین و زیبا و اثرگذار خود توانست جزئیات جبهه را برای ما روایت کند و آن را ماندگار بکند. کاش کسانی بتوانند این کار را بکنند؛ هم در گفتار و هم در نوشتار و هم در کارهای هنری و نمایش‌ها و پدیده‌های هنری" (۲)

بیانات رهبری، سخنرانی (۱۳۹۹/۲/۲۱).

از سوی دیگر این پدیده از جهات مختلف می‌تواند مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد که یکی از مهمترین این عرصه‌ها، مدیریت آن است. مدیریت این بحران در کشور ما در سطوح مختلفی شکل گرفته است که در بالاترین سطح، رهبر انقلاب اسلامی (مدظله العالی) و فرماندهی کل قوا در آن نقش آفرینی کردند. نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران توانسته‌اند با تأسی و اجرای فرمان رهبر خود و با مدیریت و رهبری مثال زدنی از طریق سلسله مراتب، همانند سال‌های دفاع مقدس در کنترل این بحران به مردم شریف ایران کمک شایانی نمایند.

بنابراین هدف این مطالعه بررسی اقدامات انجام شده نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و سایر کشورهای مطرح و نیز نقش مدیریت و رهبری در مبارزه با بیماری کرونا می‌باشد.

مبانی نظری و پیشینه‌شناسی تحقیق

این روزها در سراسر جهان ویروس کرونا نوین (SARS-CoV-2) به سرعت در حال انتشار است و کشورهای زیادی در دنیا گرفتار این ویروس شده‌اند. در حال حاضر یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و تمام دنیا پاندمی کرونا می‌باشد. تازه‌ترین آمار جهانی شیوع ویروس کرونا نشان می‌دهد در مدت کوتاه از ظهور این بیماری (اواخر دسامبر ۲۰۱۹) تا مهر ۱۴۰۰ با سرعت زیادی منتشر و تقریباً تمام کشورهای کشور دنیا درگیر این بیماری شده و حدود ۲۳۶ میلیون ابتلا گزارش و چهار میلیون و هشتصد هزار نفر در سراسر دنیا در اثر این بیماری جان خود را از دست داده‌اند. ایران از نظر تعداد موارد ابتلا رتبه هشتم و از نظر تعداد مرگ و میر رتبه یازدهم را داشته است (۲). نظام سلامت ایران و جامعه ایران به شدت تحت تأثیر این پاندمی قرار گرفته است (۳).

در حالی که کشورهای سراسر جهان درگیر شیوع بیماری کرونا هستند، بسیاری از دولت‌ها پرسنل و توانایی‌های نظامی را برای پشتیبانی از واکنش به بحران مستقر کرده‌اند. منابع نظامی برای کمک به بیمارستان‌های تحت فشار و پرسنل پزشکی غیرنظامی فعال شده‌اند.

استفاده از نیروهای نظامی در همه‌گیری کووید-۱۹ بی‌سابقه نیست. این اتفاق در هنگام شیوع ابولا، آنفلوآنزای آسیایی، زیکا و نیز در پاسخ به شیوع HIV/AIDS رخ داده است. در جریان بحران ابولا، لیبریا و سیرالئون و نیز دولت‌های غربی نیروهای مسلح و هزاران واحد نظامی خود را فعال نمودند. در واکنش به بحران زیکا، ارتش برزیل نیز با حضور در خیابان‌ها با بحران مبارزه و در طی شیوع کووید-۱۹ نیز به همین ترتیب اقدام نموده است.

امکانات و خدمات پزشکی به راحتی در هنگام شیوع بیماری مستهلک می‌شوند، در حالی که نیروهای مسلح قادر به راه‌اندازی سریع منابع قابل توجه (پزشکی) هستند و از نظر عملیات تحت شرایط بحرانی و فشار روانی به خوبی سازماندهی شده‌اند (۴). بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ ملت‌ها را به هرج و مرج کشانده است.

ترس و وحشت جهانیان را فرا گرفته است. بسیاری از کشورها با تأثیر تعداد زیادی از افراد درگیر بیماری و افزایش تعداد عفونت‌های جدید دست و پنجه نرم می‌کنند. بسیاری از کشورها خود را برای چنین اتفاقی آماده می‌کنند، اما در تلاشند و نمی‌دانند که چه باید بکنند، زیرا نسل فعلی رهبران جهان قبلاً با چنین همه‌گیری روبرو نشده‌اند. رهبران در چنین زمانی چگونه باید پاسخ دهند؟ اگر به گزارشات رسانه‌ها گوش دهیم، داستان‌هایی از رهبران را می‌شنویم که مشکل را انکار می‌کنند، رهبران دیگر وحشت می‌کنند، اما برخی دیگر از وقایع پیش آمده برای موقعیت شخصی و سیاسی خود استفاده می‌کنند. برخی دیگر تصمیماتی گرفته‌اند که فاقد اعتبار علمی هستند (۵).

در طول همه‌گیری کووید-۱۹، روش‌های اساسی برنامه‌ریزی

استراتژیک توسط آژانس‌های غیرنظامی که مسئول تأمین تجهیزات و پرسنل مناسب بوده‌اند به درستی ترسیم نشده است. عدم وجود برنامه استراتژیک، یک مسئله اخلاقی را به وجود آورده است که منجر به مرگ‌های بی شماری شده است. در حالی که ارتش از استراتژی‌های مختلف برای ایجاد یک چارچوب کلی طراحی شده برای محافظت از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی خود استفاده می‌کند. این استراتژی‌ها شامل فعالیت‌هایی می‌شوند که از نظر ساختاری، روانشناختی و آموزشی مرتبط با یکدیگر هستند و می‌تواند در طی یک بیماری همه‌گیر کارآمد باشد (۶). با توجه به اینکه از زمان بوجود آمدن پاندمی مدت زمان زیادی نمی‌گذرد گزارش بخشی از اقدامات نیروهای نظامی کشورهای مختلف از زمان شیوع تاکنون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. اقدامات نیروهای نظامی کشورهای جهان

ردیف	نام کشور	اقدامات
۱	چین (ارتش خلق چین) (PLA)	- حداقل ۱۰۰۰۰ پرسنل پزشکی نظامی برای معالجه بیماران کووید-۱۹ در استان هوبی بسیج شدند. - مسئولیت تهیه داروی بیمارستان‌ها و غذا برای مردم محلی ۸- هواپیمای نظامی حامل ۱۴۰۰ پزشک نظامی و تجهیزات پزشکی به شهر ووهان اعزام شده است. - متخصصان آکادمی علوم پزشکی نظامی ارتش، به سرپرستی یک سرلشکر، از ژانویه در ووهان برای تهیه واکسن حضور داشتند. این متخصصان به همراه شرکت‌های دارویی این کشور تاکنون دارویی را از نوع سرم تهیه کردند که نقش مؤثری در کنترل رشد این ویروس دارد. این سرم براساس تجربه تولید واکسن علیه ویروس ایبولا ایجاد شده است.
۲	کره جنوبی	- پرسنل بخش شیمیایی، بیولوژیکی و هسته‌ای فرماندهی ارتش کره جنوبی نقش پیش قراولان ارتش را ایفا کردند. - ضد عفونی بیمارستان‌ها و سایر اماکن، کمک به کادر درمانی و تأمین تجهیزات لازم برای معالجه بیماران بویژه در دانگو (بدترین شهر کره جنوبی از نظر شیوع کرونا) مورد توجه قرار گرفته است.
۳	تایوان	- به نیروهای مسلح تایوان نیز نقش‌های مشابهی اختصاص داده شده است از جمله کمک به تولید ماسک‌های بهداشتی.
۴	میانمار، اندونزی و تایلند	- نیروهای مسلح نقش برجسته مشاوره ای و تصمیم‌گیری ایفا می‌کنند. - دولت تایلند تا حد زیادی غیرنظامیان را از مسئولیت هدایت بحران کرونا کنار گذاشته است.
۵	سنگاپور	- ارتش هیچ نقش پیش قراولی آشکاری در بحران را برعهده نگرفت و تنها در اوایل بحران از سربازان برای بسته‌بندی ماسک‌های ارسالی برای خانوارها استفاده می‌شد.
۶	ایتالیا	- اولین موج ابتلا به کرونا در اروپا را تجربه کرد، دولت برای تکمیل مراقبت‌های بهداشتی و ارائه پشتیبانی از خدمات حمل و نقل و لجستیک به ارتش متوسل شد. در دو ماه اول پشتیبانی لجستیکی شامل استفاده از نیروی هوایی ایتالیا بویژه هواپیماهای J-C-۱۳۰ Hercules و KC-۷۶۷s برای حمل تجهیزات، و بالگردهای NH۹۰ و AW۱۰۱ ارتش به عنوان آمبولانس هوایی برای انتقال بیمار استفاده می‌شدند. - کادر پزشکی نظامی به بیمارستان‌های غیرنظامی اعزام شدند و دو بیمارستان صحرایی نظامی در لومباردی مستقر شدند. دو بیمارستان نیروهای مسلح در روم و میلان نیز فعالیتهای خود را به بیماران کرونایی اختصاص دادند. در مجموع حدود ۶۴۰۰ تخت در اثر فعالیت ارتش به بخش درمانی افزوده شد. از تجهیزات دفاعی و صنعتی ارتش نیز برای تولید تجاری ژل ضد عفونی کننده و تجهیزات مراقبت‌های ویژه استفاده گردید.

ردیف	نام کشور	اقدامات
۷	فرانسه	- از ۲۵ مارس "عملیات مقاومت" برای هماهنگی نقش نیروهای مسلح در حمایت گسترده از تلاش دولت برای مقابله با این بیماری آغاز شد. - یک گروه عملیاتی هوافضا، برای حمل کالا و بیماران تشکیل شد. هواپیماهای هوایی A۳۳۰، حمل و نقل تجهیزات مراقبت‌های ویژه را بر عهده گرفت که هواپیما به یک واحد مراقبت ویژه (ICU) برای یک مسافت طولانی هوایی تبدیل شد. - نیروی دریایی نیز با یکارگیری کشتی‌های بزرگ کلاس میسترال که هر یک از آن‌ها می‌توانند یک بیمارستان ۶۹ تختخوابی را اداره کنند به انتقال بیماران از جزایر فرانسه پرداختند. - تخلیه دریایی بیماران غیرنظامی مبتلا به کووید-۱۹ توسط کشتی هجومی دوزیستی نیروی دریایی فرانسه Tonnerre انجام شده در ۲۲ مارس ۲۰۲۰ برای تخلیه پزشکی دریایی ۱۲ بیمار به شدت مریض با کووید-۱۹ از بیمارستان‌های جزیره کورسیکا از این کشتی استفاده گردید که مجهز به یک ICU برای حمل و نقل طولانی مدت است. - ایجاد دو مدار consultation مشاوره پزشکی در تمام مراکز پزشکی نظامی برای افراد نظامی و خانواده آنان: یکی برای بیماران مشکوک و یکی برای افراد سالم. از ۶ آوریل ۲۰۲۰، بیش از ۳۰۰۰۰ مشاوره پزشکی انجام شده است. پزشکی از راه دور به عنوان یک روش مناسب برای نظارت بر علائم کووید-۱۹ با تماس با بیماران در خانه با کووید-۱۹ اجرا شد. - ۱۰ تیم مراقبت ویژه نظامی آموزش دیده‌اند تا عملیات نظامی خارج از کشور را در زمینه بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ تقویت کنند. - استقرار یک بیمارستان صحرایی مراقبت ویژه نظامی ۳۰ تختخوابی در شرق فرانسه.
۸	انگلیس	- دیدگاه اولیه دولت عدم لزوم دعوت به خدمت نیروهای ذخیره ارتش بود. - پس از حمله مردم به فروشگاه‌ها در ۱۳ اسفند بوریس جانسون اعلام کرد که ارتش آمادگی دارد تا به پلیس در برقراری نظم عمومی در این کشور در صورت بدتر شدن وضعیت شیوع کرونا امدادسانی کند. - در ۱۸ مارس (۲۹ اسفند) وزارت دفاع انگلیس اعلام کرد که به ۲۰۰۰۰ نظامی ذخیره اعلام آماده باش داده و نیروی هوایی به حمایت لجستیکی و انتقال بیمار و تجهیزات اضطراری به بیمارستان و مناطق دورافتاده پرداخت.
۹	آمریکا	- در پی درخواست‌هایی از فرمانداران ایالت‌ها و مشاهده کمبود تجهیزات و نیروی انسانی، رئیس جمهوری این کشور به وزرای امنیت داخلی و دفاع آمریکا اجازه می‌دهد در چارچوب طرح مبارزه با انتشار ویروس جدید کرونا، فراخوان تعداد حداکثر یک میلیون نفر از افراد ذخیره از نیروهای زمینی، دریایی، هوایی و گارد ساحلی ارتش برای خدمت به مدت دو سال در هر زمانی را صادر کنند. - استفاده از همه اختیارات ارتش بر اساس قانون "تولید تجهیزات دفاعی" تا اطمینان حاصل شود تولیدکنندگان داخلی همه تجهیزات لازم را برای تولید دستگاه‌های تنفس مصنوعی در اختیار داشته باشند. - تهیه برخی از تجهیزات حفاظت شخصی و واگذاری آن‌ها به مردم و نیز تهیه کیت‌های تشخیص ویروس کرونا
۱۰	هند	- استقرار پزشکان نظامی در ۲۱ ایستگاه قرنطینه برای تشخیص دقیق و صحیح این بیماری و اعزام مبتلایان به بیمارستان - در اختیار گذاشتن ۵۱ بیمارستان نظامی نیروهای مسلح برای مداوای بیماران مبتلا به ویروس کرونا - ادغام ۵ آزمایشگاه ویروس‌شناسی نظامی در شبکه ملی مراکز پزشکی کشور - اعزام ۵ تیم پزشکی ارتش هند به مالدیو، سریلانکا، بنگلادش، نپال، بوتان و افغانستان در زمینه پیشگیری و مبارزه با کرونا
۱۱	روسیه	- ایجاد ۱۶ مرکز پزشکی چند منظوره با ظرفیت بسیار بالا - مطابق با تدابیر بین‌المللی سربازان این کشور فعالیت‌های پیشگیرانه و درمانی خود را به دیگر کشورهای جهان از جمله صربستان و ایتالیا نیز گسترش دادند. - متخصصان نیروهای دفاع پرتوی، شیمیایی و بیولوژیکی ضد عفونی تجهیزات پزشکی، ساختمان‌ها و جاده‌ها را هم در سطح کشور پهناور روسیه و هم در دیگر کشورهای محل مأموریت خود انجام می‌دهند.
۱۲	سوئد	- همکاری تیمی از یگان‌های مقابله با جنگ‌های شیمیایی، میکروبی و اتمی ارتش این کشور با مراکز دانشگاهی به منظور توسعه شیوه‌های کشف سریع واکسن و کیت‌های تشخیص
۱۳	سوئیس	- ممنوع کردن خروج تمام نیروهای ارتش از پایگاه‌های نظامی پس از مشاهده اولین مورد ابتلا

اقدامات نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران در مقابله با کرونا
 منظور هدایت و هم‌افزایی همه امکانات نیروهای مسلح برای مقابله
 تشکیل قرارگاه بهداشتی و درمانی امام رضا (ع)
 با بیماری کرونا به ستاد کل نیروهای مسلح دستور تشکیل قرارگاه
 بهداشتی و درمانی امام رضا (ع) را صادر فرمودند:
 رهبرفرزانه انقلاب و فرمانده معظم کل قوا در ۲۲ اسفندماه سال ۹۸ به

«بسمه‌تعالی

سردار سرلشکر باقری

با تقدیر از خدماتی که نیروهای مسلح تاکنون در زمینه کرونا به مردم عزیز تقدیم کرده‌اند و با تأکید بر ادامه و گسترش هرچه بیشتر آن، لازم است سازماندهی این خدمات به شکل یک قرارگاه بهداشتی و درمانی بوده و علاوه بر درمان و ایجاد مراکز درمانی مانند بیمارستان صحرایی و نقاهتگاه و غیره، به پیشگیری از شیوع بیشتر بیماری با شیوه‌های لازم نیز بپردازد. تقسیم وظایف و مأموریت‌های سازمان‌ها و بخش‌های

نیروهای مسلح از وظائف این قرارگاه است. این قرارگاه باید در هماهنگی کامل با دولت و وزارت بهداشت و درمان عمل کند.

این اقدام با توجه به قرائنی که احتمال «حمله بیولوژیکی» بودن این رویداد را مطرح کرده می‌تواند جنبه رزمایش دفاع بیولوژیک نیز داشته و بر اقتدار و توان ملی بیفزاید.

امید است با هدایت الهی و پشتیبانی ویژه حضرت بقیة الله ارواحنا فداه ملت ایران همواره پیروز و بر خوردار از امنیت و سلامت باشند.

آماده‌سازی نقاهتگاه و بیمارستان صحرایی ارتش در محل نمایشگاه بین‌المللی تهران ظرف ۴۸ ساعت، سازماندهی صدها بهیار و پزشک و عملیاتی در نیروی زمینی سپاه، تقویت بیمارستان‌های سیار در شهرهای مختلف کشور توسط ارتش و سپاه و برنامه‌ریزی برای احداث بیشتر

بیمارستان صحرایی، اجرای برنامه‌های پاکسازی و ضدعفونی اماکن مختلف شهرها و ... در قالب همین ستاد بوده که تحسین بسیاری از ناظران بین‌المللی را برانگیخت. در جدول ۲ خلاصه‌ای از اقدامات انجام شده توسط نیروهای مسلح ذکر شده است.

جدول ۲- اقدامات انجام شده توسط نیروهای مسلح

نام کشور	اقدامات
ستادکل نیروهای مسلح	۱- تشکیل قرارگاه بهداشتی و درمانی امام رضا (ع) بلافاصله با فرمان فرمانده معظم کل قوا ۲- پیش‌بینی و فعال‌سازی ۱۰ کمیته تخصصی با هدف سازماندهی و عضویت فعال در ستاد ملی مبارزه با کرونا ۳- تهیه و ابلاغ دستورالعمل‌های لازم به سازمان‌های نیروهای مسلح در راستای مدیریت و کنترل بیماری ۴- تخصیص منابع اعتباری موردنیاز برای حمایت و پشتیبانی از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی نیروهای مسلح ۵- انجام نظارت‌های میدانی متعدد از روند اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی در زمینه پیشگیری، کنترل و درمان بیماری کرونا در یگان‌ها و مراکز آموزشی و دانشگاهی، مراکز درمانی و بیمارستانی نیروهای مسلح ۶- برنامه‌ریزی و اجرای برنامه واکسیناسیون کرونا و نیز راه اندازی صدها مرکز واکسیناسیون توسط نیروهای مسلح ۷- راهبری و فعال‌سازی ظرفیت صنایع و کارخانجات وزارت دفاع و کارگاه‌های تولیدی سایر سازمان‌های نیروهای مسلح، به منظور تولید اقلام بهداشتی و محافظتی موردنیاز ۸- اعطای نشان شفا و تقدیر از هزاران فعال حوزه مقابله با کرونا و ویروس ۹- همکاری و هماهنگی همه جانبه با ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰- سازماندهی و تشکیل ۴۰۰ تیم مراقبتی در استان‌های سراسر کشور با بهره‌گیری از کارکنان تخصصی سازمان‌های نیروهای مسلح ۱۱- حمایت از تولید واکسن‌های فخر و نورا و کیت‌های تشخیص کرونا توسط نیروهای مسلح
اقدامات ارتش:	۱- آماده باش بیمارستان‌های ارتش به منظور کنترل و مقابله با کرونا ۲- راه اندازی مرکز تخصصی تشخیص و ویروس کرونا تحت عنوان «آزمایشگاه اقدام کلی تشخیص و ویروس کرونا» ۳- فراهم کردن استراحت‌گاه‌های (نقاهتگاه) قبل و بعد از دوره بیمارستانی (ایجاد نقاهتگاه ۲۰۰۰ تختخوابی ظرف ۴۸ ساعت در نمایشگاه بین‌المللی تهران) ۴- راه‌اندازی بیمارستان صحرایی در شهرهای پردیسان قم، مشهد، شیراز، تبریز، ارومیه، زاهدان، گیلان و ... ۵- تولید ماسک و مواد ضدعفونی کننده
اقدامات سپاه پاسداران و بسیج پاسداران انقلاب اسلامی و سازمان بسیج مستضعفین:	۱- نقش‌آفرینی در طرح غربالگری با شناسایی افراد مشکوک به ابتلا از طریق فضای مجازی، تماس تلفنی و مراجعه حضوری با کمک بسیج مستضعفین ۲- تشکیل قرارگاه پیشگیری و مقابله با کرونا به مسئولیت فرمانده کل سپاه و تقویض اختیار به دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله (عج)، بسیج جامعه پزشکی، بهداری نیروها و سپاه‌های استانی ۳- فعال‌سازی بیمارستان‌های ثابت و سیار، گندزدایی و ضدعفونی کردن معابر و اماکن (سامانه‌های جنگ نوین سپاه)، توزیع اقلام بهداشتی ضروری ۴- راه اندازی بیمارستان صحرایی در شهرهای قم، کاشان، گلستان، بابل، رشت، بندرعباس، اهواز، کرمانشاه، مهاباد ۵- سازماندهی و بکارگیری ۵۵ هزار بسیجی متخصص در ۸ حوزه تخصصی ۶- کمک برای انجام عملیات غربالگری در راستای اجرای طرح بسیج ملی مقابله با کرونا با حضور ۸۰ هزار بسیجی داوطلب

نام کشور	اقدامات
اقدامات ناجا	۱- خلوت کردن فروشگاه-ها، خیابان-ها و جاده-ها با کمک وزارت کشور و استانداران (طرح خلوت-سازی و فاصله-گذاری اجتماعی) ۲- کنترل دقیق مبادی ورودی کشور، محدودیت تردهای غیرضرور بین شهری به همراه اقناع مردم ۳- اعمال محدودیت-های اجتماعی مطابق مصوبات مراجع ذیصلاح کشوری ۴- اعمال سختگیرانه ضوابط در ناوگان حمل و نقل شهری و محیط-های عمومی ۵- فراخواندن سربازان متخصص (وظیفه عمومی) ۶- مقابله با سودجویان و احتکارکنندگان لوازم بهداشتی مورد نیاز مردم ۷- طراحی کیت تست تشخیص کرونا و اخذ مجوز از وزارت بهداشت ۸- بکارگیری ماشین-های آب-پاش و ضدعفونی کردن معابر توسط یگان ویژه ۹- راه-اندازی بیمارستان پشتیبانی تنفسی در زاهدان
اقدامات وزارت دفاع:	۱- راه-اندازی خطوط تولید و توزیع ماسک-های تخصصی N۹۵ و تجهیزات محافظتی بیمارستانی ۲- طراحی و تولید کیت تشخیص کرونا ۳- فعالیت گسترده بیمارستان شهید دکتر چمران در پذیرش و درمان بیماران کرونا

روش‌ها

مطالعه کیفی حاضر به روش تحلیل محتوای اسناد انجام شد. ابتدا با مرور منابع الکترونیک تمامی اسناد، دستورالعمل‌ها و راهنماهای موجود مرتبط با رهبری و مدیریت بیماری کووید-۱۹ شناسایی شد. کلیه فایل‌های مولتی مدیا شامل صوتی، نوشتاری و تصویری مرتبط نیز در بازه زمانی اسفند ۱۳۹۸ تا مهر ۱۴۰۰ از طریق جستجو در اینترنت و با مراجعه به وب سایت‌ها و پایگاه‌های داده‌ای با کلیدواژه‌هایی مبتنی بر معیارهای فوق جستجو و جمع‌آوری گردید. فقط اسنادی که با ذکر مرجع مشخص و معتبر ارائه یا ابلاغ شده بودند بررسی شدند و اسناد غیرمعتبر از مطالعه خارج شدند. انتخاب اسناد به صورت هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک‌های چهارگانه JUPP یعنی سندیت (اصلی و درست بودن)، اعتبار (دقت)، نمایندگی (نماینده کل اسناد طبقه خویش) و معنی (چه می‌گوید) صورت گرفته است (۷).

بازنگری کل متن بعد از کدگذاری، مقایسه کدها از لحاظ تشابه و تفاوت، دسته‌بندی آن‌ها تحت زیرطبقات و طبقات با برچسبی انتزاعی‌تر صورت گرفته؛ تأمل دقیق و عمیق بر روی طبقات اولیه، توافق محققین بر روی دسته‌بندی کدها، زیرطبقات و طبقات، مقایسه طبقات با یکدیگر که در نهایت محتوای نهفته طبقات به صورت تم مطالعه بیان شد. در مرحله رمزگذاری و کدبندی از ۲ محقق دیگر خواسته شد در این مرحله مشارکت داشته باشند و نظرات اصلاحی آن‌ها لحاظ گردید. به منظور بالابردن اعتبار درونی و قابلیت اطمینان از مرور هم‌تایان استفاده شد و در نهایت در مواردی که عدم توافق وجود داشت، از فرد خبره نظرخواهی شد.

یافته‌ها

بکارگیری اصول مدیریت و رهبری در مقابله با کرونا

حضرت آیت الله خامنه‌ای (مدظله العالی) با اشاره به نحوه مدیریت مقابله با این ویروس در کشورهای مختلف، خاطر نشان کردند: در برخی کشورها همانند امریکا بدترین مدیریت اعمال شده است ولی

ما باید تلاش کنیم از این حادثه که با جان و سلامت مردم و امنیت و اقتصاد آن‌ها در ارتباط است، با بهترین مدیریت عبور کنیم. ایشان لازمه اعمال مدیریت صحیح و مناسب را (۱) اتخاذ تصمیم‌های قاطع حاکمیتی؛ (۲) اقناع افکار عمومی و (۳) همکاری همه دستگاه‌ها و همچنین همکاری مردم دانستند (بیانات رهبری، سخنرانی ۱۳۹۹/۸/۳).

در عمل، تفاوت بین رهبری و مدیریت بندرت مشخص است. در واقع، رهبران معمولاً می‌بینند که مرز بین وظایف مدیریت و رهبری به سرعت در حال تغییر هستند. بسیاری از رهبران در انجام وظایف مدیریتی مهارت دارند و بالعکس. بنابراین، هدایت و مدیریت در طیف وسیعی از رفتارهای مکمل و متقابل قرار می‌گیرند (۸).

رهبری مؤثر را می‌توان با ویژگی‌های زیر خلاصه کرد: (۱) رهبران مؤثر با احترام به نگرانی‌های زیردستان به آنان گوش فرا می‌دهند؛ (۲) بدون خوش‌بینی بیش از حد، مثبت باقی می‌مانند؛ (۳) منعکس‌کننده ارزش‌های جامعه هستند؛ (۴) همانند زمان جنگ، تشخیص می‌دهند که در خط مقدم، بیشترین خطر را متوجه آسیب‌پذیرترین افراد جامعه می‌باشد؛ (۵) نسبت به همه رهبری می‌کنند و بسیار مراقب هستند که هیچ کس نادیده گرفته نشود؛ (۶) سرزنش شخصی در شکست‌ها را حتی زمانی که تقصیر آن‌ها نیست می‌پذیرند، در حالی که همه موفقیت‌ها را به کسانی که آن‌ها را رهبری می‌کنند نسبت می‌دهند. در اینجا، فرصت‌های مهمی برای رهبران سطح بالاتر، مانند مقامات اداری یا دولتی، وجود دارد تا از اصول نظامی درس بگیرند و بر راه افراد تأثیر بگذارند (۹).

صلاحیت‌های رهبری در مواقع بحرانی

در طول سال‌ها، محققان مجموعه‌ای از بهترین روش‌هایی را که رهبران برتر در زمان‌های بحران دنبال می‌کنند بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال Kouzes و Posner (۲۰۱۲) طی ۳۷ سال هزاران مورد از بهترین شیوه‌های رهبری را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و پنج روش مشترک را که رهبران درگیر آن هستند کشف کردند (۱۰).

جدول ۳ پنج عمل همراه با تعاریف آن‌ها را به تفصیل بیان می‌کند.

جدول ۳- پنج روش مشترک رهبران

تعریف عملیاتی
توصیف کلی و انگاره راه و روش، توضیح ارزشها و ارائه مثال و نمونه از طریق: یافتن ندای درون، تأیید و هویت بخشی ارزشهای مشترک و تأمل در عمل.
ایجاد یک چشم انداز مشترک و تصویرسازی آینده از طریق: تصور احتمالات، یافتن هدفی مشترک و به خدمت گرفتن دیگران با توسل به آرمان‌های مشترک و بسیج در مسیر چشم انداز.
به چالش کشیدن فرایندها و جستجوی فرصت‌ها و ریسک از طریق: به دست گرفتن ابتکارات، اعمال نظارت، ایجاد پیروزی‌های کوچک و یادگیری از تجربه.
توانمند کردن دیگران برای عمل و تقویت همکاری از طریق: ایجاد جو اعتماد، تسهیل روابط، تقویت عزت نفس و ایجاد شایستگی و اعتماد به نفس.
دلگرم کردن، شناخت مشارکت‌ها و بزرگداشت ارزش‌ها و پیروزی‌ها از طریق: انتظار بهترین‌ها، خودشناسی، ایجاد روحیه اجتماعی و شخصاً درگیر شدن.

استفاده‌های دشمنان را می‌گیرد. راهبرد رهبر انقلاب در مرحله جدید مدیریت بحران بین آمریکا و ایران متعاقب اقدام تروریستی آمریکا در شهادت سردار سلیمانی و پاسخ سریع، قاطع، بی‌سابقه و عزتمندانه ایران، فعال و فوق‌فعال و بازدارنده بوده که همین رویکرد و راهبرد را رهبری کشور در بحران کرونا اتخاذ کرده است.

انعطاف‌پذیری در سلسله مراتب

به طور طبیعی، بسیاری تأثیر همه‌گیری و به دنبال آن تقاضا برای انعطاف‌پذیری و سازگاری را شبیه دوران جنگ دانسته‌اند. با این حال، تصورات غلط عمومی درباره نحوه عملکرد فرماندهی نظامی بر اجبار (دستورات/مجازات) و فرماندهی متمرکز تأکید دارد. رهبران خوب برای "هم سطح کردن سلسله مراتب" اقدام خواهند کرد و مانع از ابتکار عمل یا برقراری ارتباط آزاد نمی‌شوند (۱۴). البته روش عمل نیروهای مسلح، یعنی سلسله مراتبی و از بالا به پایین، می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری سریع شود و ممکن است تأخیرها را از طریق قطع مسیر قانونی برطرف کند (۱۵).

برنامه‌ریزی و هماهنگی

برنامه‌ریزی در هر بحران ملی و به ویژه در یک بیماری همه‌گیر، کلیدی است که همه عناصر جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین هماهنگی مؤثر ضروری است. این هماهنگی باید در سطح ملی، منطقه‌ای و محلی با خطوط ارتباطی بین هر یک، اتفاق بیفتد. تحت این شرایط منحصر به فرد، این کار باید عملاً انجام شود (۱۶). در سطح محلی، به بیمارستان‌ها توصیه می‌شود تیم‌های محلی مدیریت حوادث را تشکیل دهند (۱۷)، که متشکل از یک سلسله مراتب فرماندهی شامل یک مدیر بالینی، یک مدیر داخلی، یک نقطه ارجاع به مراکز فرماندهی منطقه‌ای و همچنین متخصصان بهداشت عمومی (۱۸). از نظر منطقه‌ای، هماهنگی باید در یک سیستم بهداشت محلی نیز ایجاد شود. این امر هم برای محله‌های بزرگ شهری با جمعیت زیاد و هم برای سیستم‌های بهداشتی روستایی با جمعیت کم مرتبط است. سرانجام، هماهنگی ملی، از طریق رهبری

به نظر می‌رسد همه‌گیری کنونی یک آزمایش نهایی برای رهبران در سراسر جهان است که در تلاشند تا این بحران با ابعاد بی‌سابقه را مدیریت کنند. رهبران سازمان برای حمایت از سازمان و کارمندان خود، به شیوه‌های رهبری که توسط متخصصان منابع انسانی ارائه شده است، اعتماد می‌کنند. اخبار و رسانه‌های اجتماعی ما را در معرض چگونگی کوتاهی برخی رهبران در تلاش برای نجات سازمان‌ها و مشاغل قرار داده‌اند. Berk و Miller (۲۰۲۰) گزارش دادند که تا اوایل بهار ۲۰۲۰، ۵۶۱ سازمان در ایالات متحده درخواست ورشکستگی کرده‌اند که ۵۱ سازمان از نوع خرده فروشی هستند (۱۱). انتظار می‌رود این اعداد در طول سال دائماً در حال افزایش باشد و آنچه از دست رفته است شیوه درست رهبری برای رهبران به منظور مقابله با بحرانی از این مقیاس، نیز مدت و پیچیدگی است (۱۲). همانطور که در طول تاریخ عدم صلاحیت‌های رهبری در بحران‌ها منجر به فروپاشی ساختار جامعه شده است؛ یکی از بدترین آن طاعون سیاه قرن ۱۴ بود. رهبری (حکومت و کلیسا) برای محافظت از منافع خود و حفظ قدرت خود تغییرات سیاسی را اعمال کردند که با وجود تلفات وحشتناک (حدود ۲۰ میلیون نفر در اروپا از بین رفتند)، به دلیل رهبری ضعیف منجر به شورش‌های متعدد شد که ساختار اقتصادی و اجتماعی اروپا را برای همیشه تغییر داد (۱۳).

اتخاذ استراتژی

پیچیدگی بحران‌ها، اثرپذیری از عوامل متعدد و اثرگذاری سریع و گسترده و شدید بر بخش‌های مختلف، تعدد و کثرت عوامل مداخله‌کننده آشکار و پنهان از جمله کنشگران سیاسی، اقتصادی و رسانه‌ای، تغییر در آرایش رسانه‌ای و دسترسی‌های بسیار زیاد و ارزان مردم به تکنولوژی‌های ارتباطی و امکان تولید و توزیع بالقوه روایت‌های مختلف و متکثر، نوع رویکرد، راهبرد و تاکتیک‌های مدیریت بحران را متفاوت از قبل کرده است. درک بموقع این تغییرات، داشتن انعطاف و انتخاب رویکرد و راهبرد به اقتضای شرایط، نه تنها تبعات و پیامدهای منفی بحران‌ها را کاهش می‌دهد بلکه حتی تهدیدها را به فرصت تبدیل و جلوی سوژه‌سازی‌ها و سو

قوی ملی، وحدت هدف و استراتژی و همچنین هماهنگی با سایر کشورها، برای منابع و پاسخ‌های هماهنگ فراهم می‌شود (۱۹).

ارتباطات و کار تیمی

ارتباطات مؤثر، ویژگی اصلی رهبران موفق در طی یک بحران بهداشت عمومی است. زیرا حتی کارآمدترین و بهترین استراتژی‌ها، ممکن است با ارتباطات ناکافی یا ناکارآمد در سطح دولت‌ها بی اثر باشند. در حقیقت، ارتباط ضعیف ممکن است تهدید موجود را تشدید کند. برنامه‌هایی که مقامات ملی به کار می‌گیرند باید منعکس‌کننده یک رویکرد متفکرانه، مؤثر، آموزنده و مبتنی بر شواهد باشد. به طور کلی، ارتباطات در ایجاد اعتماد، تدوین دستورالعمل‌ها و اصول مؤثر و اطمینان از پیشگیری و مهار بیماری‌ها کلیدی است (۲۰).

نیز کار تیمی مؤثر، نتایج بالینی را بهبود می‌بخشد و از ویژگی‌های برجسته رهبری بالینی است. رهبران بالینی خوب دارای مهارت‌های رهبری تیمی هستند، از جمله درک اینکه چگونه مهارت‌ها و منابع جمعی یک تیم را برای تولید مراقبت‌های بالینی به کار بگیرند، برتر از آنچه هر یک از اعضای تیم می‌تواند به صورت جداگانه ارائه دهد. تشویق ارتباط و همکاری بین اعضای تیم و در بین تیم‌ها برای به حداکثر رساندن عملکرد تیم، جهت دهی تیم‌ها، تفویض مسئولیت، تشویق اقدام هدفمند و پیروی از رهبری دیگران در صورت لزوم برای تحقق اهداف تیم بسیار مهم می‌باشد (۲۱).

آزادی عمل

در حوزه نظامی، فرماندهان زیر مجموعه، تیم‌ها و افراد قادر هستند از آزادی عملی که برای دستیابی به اهداف لازم می‌باشد برخوردار شوند. این آزادی عمل متکی بر این است که پرسنل دارای توانایی لازم برای عمل باشند، در حالی که آن‌ها دانش، انگیزه و توانایی لازم را برای انجام این کار داشته باشند. آزادی که به یک سازمان، تیم یا فرد وابسته داده می‌شود، باید واضح و روشن باشد، برای وظیفه‌ای که به آن‌ها محول می‌شود و متناسب با توانایی‌های آن‌ها باشد (۱۴).

اعتماد

اعتماد برای کار گروهی ضروری است و باعث ایجاد روابط متقابل و مشترک بین رهبران و پیروان می‌شود. ایجاد این اعتماد ممکن است بزرگترین چالش در اجرای فرمان مأموریت در بحران ویروس کرونا باشد، اما سرعت وقایع به گونه‌ای است که فرصت کافی را برای همه بازیگران (رهبران و پیروان) برای کسب آن فراهم می‌کند (۱۴).

نوآوری به هنگام بحران

سرعت در نوآوری به هنگام بحران یکی از درس‌های نظامی در شرایط کرونا است. ما در حال حاضر درگیر جنگ جهانی علیه ویروس کرونا هستیم. این جنگ بر خلاف جنگ‌هایی مثل عراق و افغانستان، یک جنگ انتخابی نیست، بلکه جنگ بقای ملی است. همچنین این جنگ در یک کشور دورافتاده انجام نمی‌شود، بلکه یک جنگ خانگی

است که به طور مستقیم بر روی هر شهروند تأثیر می‌گذارد. ارتش دارای دو فرهنگ غالب است، فرهنگ “عملیاتی” که با تحمل ریسک توصیف می‌شود و فرهنگ “پایه محکم” که فرهنگی بروکراتیک، به شدت قانونمند و ریسک‌گریز است. هیچ ارتشی بدون ریسک کردن حتی یک نبرد را هم پیروز نشده است. از همین رو، نوآوری در سرعت نیازمند ریسک‌پذیری و میل به اقدام با اطلاعات “به اندازه خوب” است. تحقیقات آکادمیک و کمال‌گرایی در یک بحران می‌تواند دشمن عملگرایی باشد. به قول معروف، ۸۰٪ بموقع بهتر از ۱۰۰٪ خیلی دیر است (۲۲).

رهبر انقلاب در این خصوص فرمودند: “طلاب، دانشجویان جهادی و هزاران بسیجی کارهایی کردند که دنیا را در مقابله با کرونا به تعجب واداشت”. “نیروهای مسلح از تمام توان خود استفاده کردند و در زمینه علمی و کشفیات و ساخت و ساز و همچنین تولید امکانات بهداشتی و درمانی خدمات ارزشمندی داشتند”. (بیانات رهبری، سخنرانی ۱۳۹۹/۲/۲۱)

فرصت‌های کرونا

گذشته از آسیب‌ها و تهدیدهای این همه‌گیری، فرصت‌های زیادی از جمله برای مقوله رهبری بحران فراهم شده است. تجربیاتی که ما در این زمینه به دست می‌آوریم و فعالیتی که مردم می‌کنند، دستگاه‌ها می‌کنند و در واقع یک رزمایش عمومی در این زمینه انجام می‌گیرد، این می‌تواند یک دستاورد باشد. اگر این دستاوردها را داشته باشیم، بلا برای ما تبدیل می‌شود به نعمت، تهدید تبدیل می‌شود به فرصت؛ که خوشبختانه من شنیدم در مردم هم از این قبیل همکاری‌ها و محبت‌ها زیاد هست (بیانات رهبری پس از کاشت نهال در آستانه روز درختکاری ۱۳۹۸/۱۲/۱۳).

آموزش و توانمندسازی

توانمندسازی از طریق “فرماندهی مأموریت” فراهم می‌شود. مؤلفه‌های اصلی فرماندهی مأموریت، وحدت رویه، آزادی عمل، اعتماد، درک متقابل و تصمیم‌گیری سریع است (۱۴).

سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده در حال حاضر از کمبود رهبران بالینی در خط مقدم رنج می‌برد. دقیقاً به این دلیل که سیستم آموزشی، توسعه رهبری را به طور مداوم و صریح در اولویت قرار نمی‌دهد سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده به نسل اول رهبران بالینی خط مقدم نیاز دارد که نه تنها به دانش پزشکی بلکه با مهارت‌های لازم برای هدایت، مدیریت و بهبود مستمر نحوه مراقبت مجهز باشند. سرانجام، یافتن زمان برای آموزش رهبری در برنامه‌های فشرده آموزشی پزشکان، چالش دیگری برای ارائه این آموزش به پزشکان است که عملاً برنامه‌ریزی آموزشی توسعه رهبری را دشوار می‌نماید (۲۳). آموزش همگانی درباره راه‌های شیوع و شیوه‌های پیشگیری به صورت محله محور و با استفاده از ظرفیت مساجد و بسیج و البته با محوریت وزارت بهداشت و همکاری وزارت ارشاد و صداوسیما و لزوم تصویب جرائم سختگیرانه برای افرادی

نتیجه‌گیری

نوع رهبری متفاوت، هوشمندانه و شجاعانه فرماندهی معظم کل قوا (مدظله العالی) با ویژگی‌های شجاعت، جلب مشارکت همه قسمت‌های دولتی و غیردولتی، هوشمندی، قاطعیت، اعتماد به نفس بالا، استفاده از ظرفیت‌های دینی و ملی، دادن انگیزه و آرامش به عوامل بحران، ارتباط سریع، فوری و بی‌واسطه با مدیران بحران، پیگیری مطالبات مردم و یادآوری وظایف بخش‌های مختلف از مهمترین مؤلفه‌های مؤثر در مدیریت این بحران پیچیده و گسترده در جمهوری اسلامی ایران بوده است و در راستای اجرای سیاست‌ها و راهبردهای ابلاغی فرمانده معظم کل قوا نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران با تشکیل قرارگاه بهداشتی و درمانی امام رضا (ع) توانسته‌اند با هماهنگی و همکاری با برنامه‌های ستاد ملی مبارزه با کرونا کمک شایانی به مدیریت و کنترل این بیماری در کشور نموده‌اند. با مقایسه اقدامات انجام شده توسط نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران با سایر کشورها با لحاظ امکانات مالی و تجهیزاتی، این اقدامات در حوزه پیشگیری، بهداشتی و درمانی با توجه به رتبه ایران در موارد ابتلا و مرگ و میر کووید-۱۹، از اقدامات مؤثر و مطلوب محسوب شده و می‌تواند به عنوان الگوی مناسب برای سایر کشورها مورد استفاده قرار گیرد.

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

منابع

1. Clausewitz CV, Graham JJ, Harman G. On war. London, United Kingdom: Repeater; 2019.
2. Reported Cases and Deaths by Country or Territory. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. Lipsitch M, Sverdlow DL, Finelli L. Defining the epidemiology of Covid-19—studies needed. New England Journal of Medicine. 2020;382(13):1194-6. doi:10.1056/NEJMp2002125
4. Kalkman JP. Military crisis responses to COVID-19. Journal of Contingencies and Crisis Management. 2021;29(1):99-103. doi.org/10.1111/1468-5973.12328
5. Thomas MS. Leadership in pandemics. Christian Journal for Global Health. 2020;7(1):2-6.
6. Anders RL. What can we learn from US military nursing and COVID-19?. Nursing Inquiry. 2020;27(4):e12384. doi:10.1111/nin.12384
7. Mostafavi H, Rashidian A, Arab M, Mahdavi MR, Ashtarian K. Health priority setting in Iran: Evaluating against the social values framework. Global Journal of Health Science. 2016;8(10):53834.

که مرتکب تخلفات بزرگ از ضوابط بهداشتی می‌شوند از توصیه‌های دیگر رهبر انقلاب اسلامی به مسئولان برای مقابله با کرونا بود (بیانات رهبری، سخنرانی ۱۳۹۹/۸/۳).

توسل و توجه به پروردگار

این بلا به نظر ما بالای آنچنان بزرگی نیست، از این بلاها بزرگتر هم وجود داشته و دارد، خودمان هم در کشور مواردی را مشاهده کرده‌ایم. می‌تواند با دعا، با توسلات و با طلب شفاعت و وساطت از ائمه اطهار (علیهم السّلام) و طلب کمک از آن بزرگواران و توسل به ائمه اطهار (علیهم السّلام) و به رسول و نبی مکرم اسلام خیلی از مشکلات را برطرف کنند.

حالا اگر به طور مشخص هم آدم بخواهد توصیه کند، من توصیه می‌کنم دعای هفتم صحیفه سجّادیه را که در مفاتیح هم هست این دعا: يَا مَنْ تُحَلُّ بِهِ عَقْدُ الْمَكَارِهِ وَ يَا مَنْ يُفَقَّأُ بِهِ حَدُّ الشَّدَائِدِ؛ این دعا دعای خیلی خوب و خوش مضمونی است، با توجه به معنا این دعا را بخوانند و با این الفاظ زیبا از خدای متعال بخواهند (بیانات رهبری پس از کاشت نهال در آستانه روز درختکاری ۱۳۹۸/۱۲/۱۳).

رعایت فرایض دینی

رهبر انقلاب به صراحت رعایت مقررات و دستورالعمل‌ها را «فریضه» دانسته و گفته‌اند «یقیناً هر چیزی که کمک کند به سلامت جامعه و عدم شیوع این بیماری یک حسنه است و در نقطه مقابل هر چیزی که کمک کند به شیوع این بیماری، یک سیئه است» در همین راستا گفتار و رفتار رهبر انقلاب در مهیا کردن شرایط تعطیلی اماکن مذهبی و حتی حرم‌های مطهر بموقع، بی سابقه، ضروری، مدبرانه، دلسوزانه و برای تأمین سلامت مردم بوده است و جلوی بسیاری از حرف و حدیث‌های بدخواهان هم سد شده است. بی تردید این نوع رفتار و صراحت گفتار و حمایت خود و مجموعه تحت امر نهاد رهبری، راه را مثل گذشته برای مسئولان باز و بهانه هرگونه فرار از مسئولیت را از آنان سلب کرده است.

پایبندی به مقررات دولتی

«خدای متعال ما را موظف کرده که نسبت به سلامت خودمان و سلامت دیگران، سلامت مردم، احساس مسئولیت کنیم؛ بنابراین توصیه اول این است که ما کاملاً رعایت مقرراتی را که مسئولین برای ما مشخص می‌کنند، برای خودمان فریضه بدانیم و لازم بدانیم و عمل کنیم» (بیانات رهبری پس از کاشت نهال در آستانه روز درختکاری ۱۳۹۸/۱۲/۱۳).

رهبر انقلاب و فرمانده معظم کل قوا از منابع انسانی درگیر در بحران کرونا حمایت کردند که این حمایت موجب دلگرمی شده و استمرار خدمات سریع و صحیح را تضمین و تأمین کرده است. ایشان به کرات و به مناسبت‌های مختلف وزارت بهداشت را در صف مقدم مبارزه با کرونا دانسته و از همه دستگاه‌ها خواسته‌اند همه امکانات را در اختیار آن قرار دهند.

improve virtual leadership. Australian Journal of General Practice. 2020;49.

17. National incident over coronavirus allows NHSE to command local resources. Available from: <https://www.hsj.co.uk/quality-and-performance/nationalincident-over-coronavirus-allows-nhse-to-commandlocal-resources/7027045.article> [accessed 3 March 2020]

18. Public Health Scotland. Management of public health incidents: guidance on the roles and responsibilities of NHS led incident management teams. 2020.

19. What the world can learn from regional responses to COVID-19. World Economic Forum. [accessed 1 May 2020] Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2020/05/covid-19-what-the-world-can-learn-from-regional-responses/>

20. National Library of Medicine. Summary table of recommended actions, World Health Organization, 2009 [accessed 8 May 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143063/table/ch5.t1/>

21. Stanton E, Lemer C, Mountford J, editors. Clinical leadership: bridging the divide. Quay Books; 2010.

22. Hodgetts BT. Innovating at PACE during crisis—military lessons for the COVID environment. BMJ Leader. 2020;4:105-8. doi:10.1136/leader-2020-000267

23. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

8. Collins DB, Holton III EF. The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982 to 2001. Human Resource Development Quarterly. 2004;15(2):217-48. doi:10.1002/hrdq.1099

9. Jetly R, Vermetten E, Easterbrook B, Lanius R, McKinnon M. Going to “War”: Military Approach as the Antidote to Defeating COVID-19. Military Behavioral Health. 2020;8(3):243-7. doi:10.1080/21635781.2020.1765911

10. Kouzes J, Posner B. The leadership challenge: How to make extraordinary things happen. Atlanta, GA: Better World Books; 2012.

11. Miller H, Berk CC. JC Penney Could Join a Growing List of Bankruptcies during the Coronavirus Pandemic. CNBC; 2020.

12. Danziger P. List of Retail Companies on Bankruptcy Watch Is Growing Fast amid Coronavirus Crisis. Library Catalog: www. forbes. com Section: Business; 2020.

13. Cowie LW. The Black Death and peasants' revolt. Wayland; 1972.

14. Pearce AP, Naumann DN, O'Reilly D. Mission command: applying principles of military leadership to the SARS-CoV-2 (COVID-19) crisis. BMJ Military Health. 2021;167(1):3-4. doi:10.1136/bmj.military-2020-001485

15. Walsh S, Johnson O. Getting to zero: a doctor and a diplomat on the Ebola frontline. Bloomsbury Publishing; 2018.

16. Saltman DC. Is COVID-19 an opportunity to

Management of Chest Trauma Caused by Gunshot Wounds and Lessons Learned

Hamidreza Javadzade¹, Mohammad Javad Behzadnia^{1*}

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

Received: 27 May 2021 Accepted: 16 August 2021

Abstract

Introduction: Chest injuries account for nearly a quarter of all deaths from trauma - after head and neck injuries. Although rapid and immediate interventions at the scene of the accident are generally necessary, the importance of time at the scene of the accident should always be considered as one of the priorities in transferring the injured to higher hospital levels. Generally, pre-hospital management and transfer in the case of war victims may be somewhat different from urban injuries, because the type and severity of injuries are different and significant.

Case Report: A 34-year-old combatant was shot following his activities in the war zone and was taken to the field hospital within half an hour after the injury. He had been shot in the left side of the body, which penetrated the right side of the chest. At the time of his visit, the victim was conscious and speaking, complaining of abdominal pain and shortness of breath.

Results: Since many cases of pneumothorax have a traumatic origin, special attention is needed in the diagnosis of simple or tension pneumothorax; especially in the manner of chest injuries. This may be done in an urban trauma with a more regular assessment than in combat situations. However, bullet-induced chest trauma is much more difficult and therefore more important in a crowded, stressful, and life-threatening condition on the battlefield.

Conclusion: Damage prevention is always considered the first step. The use of personal protection equipment (PPE) such as bulletproof vests could be somewhat preventive. In case of chest injuries, special chest wound dressing adhesives and especially asherman chest seals could be useful.

Keywords: Trauma, Chest, Pneumothorax, Chest Tube, Abdominal Injury.

* Corresponding Author: Mohammad Javad Behzadnia

Address: Trauma Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: Behzadnia@bmsu.ac.ir

مدیریت ترومای قفسه سینه ناشی از گلوله جنگی و درس آموخته‌ها

حمیدرضا جوادزاده^۱، محمد جواد بهزادنی^{*}^۱ مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵

چکیده

مقدمه: آسیب‌های قفسه سینه تقریباً یک چهارم تمام مرگ و میرهای ناشی از تروما - بعد از آسیب‌های سر و گردن - را به خود اختصاص می‌دهد. هر چند مداخلات سریع و فوری در صحنه حادثه عموماً لازم است ولی همواره بایستی به اهمیت زمان در صحنه حادثه به عنوان یکی از اولویت‌های اورژانس‌ها در انتقال مصدوم به سطوح بالاتر بیمارستانی توجه داشت. عموماً مدیریت و انتقال پیش بیمارستانی در مورد مصدومین جنگی ممکن است تا حدودی با مصدومین شهری متفاوت باشد؛ چه اینکه نوع و شدت آسیب‌ها متفاوت و قابل توجه است.

معرفی بیمار: مصدوم آقای ۳۴ ساله، رزمنده‌ای که به دنبال فعالیت در منطقه جنگی، مورد اصابت گلوله قرار گرفته بود و در حدود نیم ساعت بعد از آسیب دیدگی به اورژانس بیمارستان صحرایی منتقل شد. در معاینه مشخص شد که وی مورد اصابت گلوله به پهلوی چپ قرار گرفته که از سمت راست قفسه سینه خارج شده بود. در بدو مراجعه، مصدوم هوشیار بود و صحبت می‌کرد، از درد در ناحیه شکم و تنگی نفس شاکی بود. با توجه به کاهش صداهای ریه راست، ابتدا برای وی لوله سینه‌ای تعبیه گردید. در ادامه ارزیابی‌ها، مصدوم به اتاق عمل منتقل و پارگی روده و دیافراگم ترمیم گردید. وی پس از طی دوره نقاهت و با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

یافته‌ها: از آنجا که بسیاری از موارد پنوموتوراکس دارای منشا تروماتیک می‌باشند، بنابراین در آسیب‌های وارده به قفسه سینه و تشخیص تروماهای منجر به پنوموتوراکس توجه ویژه‌ای در تشخیص پنوموتوراکس ساده و یا فشارنده لازم است. چه بسا این امر در یک ترومای شهری که عموماً دارای مدیریت منظم‌تری در شرایط ارزیابی اورژانسی است نسبت به شرایط جنگی بهتر صورت می‌گیرد. ولی در تروماهای قفسه سینه ناشی از گلوله جنگی در شرایط پر ازدحام، پر استرس و تهدیدکننده حیات در میدان جنگ بسیار مشکل‌تر و به همین دلیل حائز اهمیت بیشتری است.

نتیجه‌گیری: اولین اقدام، پیشگیری از آسیب است. استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مانند جلیقه ضد گلوله می‌تواند تا حدودی از این آسیب جلوگیری کند. در وهله بعد و در صورت بروز آسیب قفسه سینه می‌توان به وسیله چسب‌های مخصوص پانسمان زخم قفسه سینه و خصوصاً چسب‌های دریچه دار (Asherman chest seal) از ورود بیشتر هوا جلوگیری نمود.

کلیدواژه‌ها: تروما، قفسه سینه، پنوموتوراکس، لوله سینه‌ای، آسیب شکم.

* نویسنده مسئول: محمد جواد بهزادنی

آدرس: مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (عج)، تهران، ایران.

ایمیل: Behzadnia@bmsu.ac.ir

مقدمه



شکل ۱- استفاده از پانسمان دریچه دار

ژنرالیزه داشت اما، علایم تحریک پریتون و ریباند وجود نداشت. پس از تعیبه دو رگ بزرگ و شروع یک لیتر سرم نرمال سالین، آنتی بیوتیک وسیع الطیف سفتریاکسون ۲ گرم و مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم به همراه تزریق تتابولین انجام شد. با توجه به درد بیمار، از مسکن مخدر (مورفین ۵ میلی گرم) به صورت وریدی استفاده گردید و آزمایشات CBC، BUN، Cr، PT، PTT، INR، U/A درخواست شد.

با توجه به تنگی نفس شدید و کاهش صداهای ریوی مصدوم، لوله سینه‌ای (Chest tube) در فضای ۵ بین دنده‌ای سمت راست، قرار داده شد. بعد از قرار دادن لوله سینه‌ای، تنگی نفس مصدوم بهتر شد. همچنین، (رزرو) ۲ واحد Packed cell برای مصدوم درخواست شد. با توجه به مسیر گلوله و شروع علایم تحریک پریتون و گاردینگ شکمی، بلافاصله مصدوم به اتاق عمل منتقل گردید. در اتاق عمل، ضمن تشخیص، پارگی کولون و روده کوچک و دیافراگم توسط جراح عمومی ترمیم شد (شکل ۲).

پس از جراحی و ترمیم، درن داخل شکمی تعبیه شد ولی به علت کوچک بودن سوراخ و تمیز بودن شکم، کولستومی تعبیه نشد. لوله سینه‌ای (Chest tube) مصدوم بعد از ۵ روز کشیده شد. وی با حال عمومی خوب و بعد از ده روز از بیمارستان ترخیص شد. مصدوم بعد از یک دوره پیگیری (Follow up) ۶ ماهه، خوشبختانه هیچ مشکلی نداشت.

همچون همیشه اولین اقدام، پیگیری از آسیب است. استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مانند جلیقه ضد گلوله می‌تواند تا حدودی از این آسیب جلوگیری کند. در وهله بعد و در صورت بروز آسیب قفسه سینه می‌توان به وسیله چسب‌های مخصوص پانسمان زخم قفسه سینه و خصوصاً چسب‌های دریچه‌دار (Asherman chest seal) از ورود بیشتر هوا جلوگیری نمود.

قدم بعدی در درمان، نیدل توراکوستومی در فضای دوم بین دنده‌ای خط میدکلاویکلار (Mid clavicular line) و یا فضای پنجم بین دنده‌ای خط میداکزیلر (Mid axillary line) می‌باشد.

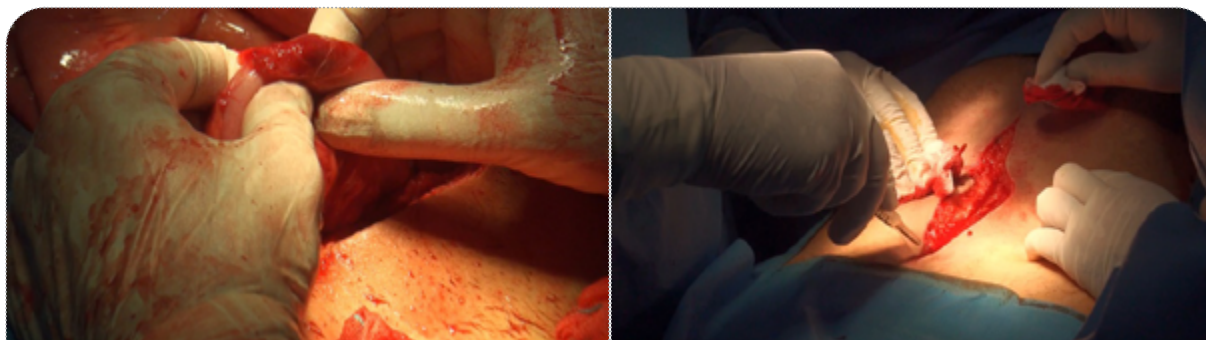
نیدل مخصوص سوراخ کردن قفسه سینه در یک پوشش استریل قرار دارد و می‌توان از آن برای کریکتوتیرویدوتومی هم استفاده کرد (شکل ۳ و ۴).

آسیب‌های قفسه سینه تقریباً یک چهارم تمام مرگ و میرهای ناشی از تروما - بعد از آسیب‌های سر و گردن - را به خود اختصاص می‌دهد. هرچند اقدامات انجام گرفته در سیستم‌های مختلف درمانی ممکن است اندکی متفاوت باشد ولی اصول عمومی برخورد با مصدومین ترومایی بر اساس پروتکل‌های استاندارد بین‌المللی و از جمله ترومایی (Advance trauma life support) یا ATLS انجام می‌شود (۱). هرچند مداخلات سریع و فوری در صحنه حادثه عموماً لازم است ولی همواره بایستی به اهمیت زمان در صحنه حادثه به عنوان یکی از اولویت‌های اورژانس‌ها در انتقال مصدوم به سطوح بالاتر بیمارستانی توجه داشت. عموماً مدیریت و انتقال پیش بیمارستانی به سطح امکانات تیم‌های امدادگر و نوع خدمات آن‌ها وابسته است ولی این مطلب در مورد مصدومین جنگی ممکن است تا حدودی با مصدومین شهری متفاوت باشد؛ اقدامات اولیه در تروماهای شهری و در برخورد با مصدوم، می‌تواند شامل مدیریت غیرتهاجمی راه هوایی، احیا قلبی ریوی، دفیبریلاسیون و کنترل خونریزی، بی‌حرکت‌سازی ستون فقرات و حتی آتل‌گیری اندام‌های شکسته باشد؛ در حالی که همه این اقدامات در میدان جنگ عموماً عملی نمی‌باشد. البته، برخی موارد از اولویت بسیار بالاتری برخوردار هستند. از جمله این موارد می‌توان به کنترل خونریزی به عنوان یک اولویت و شایع‌ترین عامل مرگ و میر قابل پیگیری در صحنه‌های جنگ اشاره کرد. انتقال مصدوم به سطوح بالاتر ارائه خدمات و حتی پس از پایداری علایم حیاتی، ممکن است در صحنه نبرد به راحتی ممکن نباشد و به امکانات موجود از قبیل وجود وسایل حمل و نقل زمینی، هوایی و حتی دریایی و همچنین امنیت زمینی و هوایی صحنه نبرد، بستگی زیادی دارد (۱).

گزارش مورد

اهمیت این موضوع را با مصدومی واقعی مرور می‌کنیم. آقایی ۳۴ ساله، رزمنده‌ای که به دنبال فعالیت در منطقه جنگی، مورد اصابت گلوله قرار گرفته بود و در حدود نیم ساعت بعد از آسیب دیدگی به اورژانس بیمارستان صحرایی منتقل شد. علایم حیاتی اولیه مصدوم در بدو ورود شامل: GCS: ۱۵/۱۵، T: ۳۷، RR: ۲۸، Sat O₂: ۸۲٪، PR: ۱۱۰ و BP: ۹۰/۱۳۰ بود. در اورژانس پیش بیمارستانی برای این مصدوم از پانسمان Chest seal دریچه‌دار استفاده شده بود (شکل ۱).

مصدوم بلافاصله در اورژانس مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. اصابت گلوله به پهلوی چپ بود که از سمت راست قفسه سینه خارج شده بود. در بدو مراجعه، مصدوم هوشیار بود و صحبت می‌کرد، از درد در ناحیه شکم و تنگی نفس شاکی بود. در معاینه قفسه سینه کاهش صداهای ریه راست مشهود بود. شکم تندرست



شکل ۲- پارگی روده در اثر ترومای جنگی و ترمیم جراحی

لوله‌گذاری قفسه سینه در مواقعی که علایم بیمار به سمت دیسترس تنفسی، برجسته شدن عروق گردن، کاهش صداهای ریوی و کاهش اکسیژن خون و گاهی در موارد شدیدتر کاهش فشار خون پیش برود، الزامی می‌گردد (شکل ۵).

در آسیب‌های قفسه سینه، در تروماهای شهری و یا جنگی و در مواردی مانند موج انفجار، قفسه سینه آسیب می‌بیند. این آسیب ممکن است نافذ باشد، مثل زخم چاقو و یا سر نیزه، زخم گلوله‌های کلت کمری و یا سلاح جنگی با سرعت بالا مثل کلاشینکف و یا mp۵، یا آسیب‌های بسته قفسه سینه، که به دنبال پنوموتوراکس، هموتوراکس و شیلوتوراکس ممکن است، باعث اختلال در تبادل اکسیژناسیون قفسه سینه شود. فضای داخل قفسه سینه یک فضای بسته است. ریه توسط پرده جنب (پلور) و مایع جنب در بین دو لایه آن جهت سهولت حرکت، تنفس و دم و بازدم محافظت می‌شود. اگر پرده جنب یا ریه سوراخ شود، هوا -به علت فشار منفی موجود- از فضای بیرون، به داخل قفسه سینه راه پیدا می‌کند. سوراخ زخم به شکل یک دریچه عمل می‌کند. هوا معمولاً با دم وارد می‌شود و در بازدم، عضلات و بافت روی جدار زخم می‌چسبد و باعث می‌شود هوا را خارج نکند. با تجمع هوا پنوموتوراکس کم کم به یک پنوموتوراکس فشارنده تبدیل خواهد شد و باعث فشار بر ورودی خون به قلب شده و بیمار دچار ایست قلبی خواهد شد.

در صورت رخداد پنوموتوراکس یا هموتوراکس شدید، حتماً لازم است لوله‌گذاری انجام شود. اما در موارد زیر بایستی احتیاطات صورت گیرد. درموردی چون عفونت شدید پوست و یا تجمع موضعی مایع یا چرک و یا اختلال انعقادی شدید بایستی تا جای ممکن، شرایط اصلاح شود و بعد لوله‌گذاری صورت گیرد. جهت اطمینان از صحت قرارگیری صحیح لوله سینه‌ای از CXR می‌توان استفاده کرد.

بحث

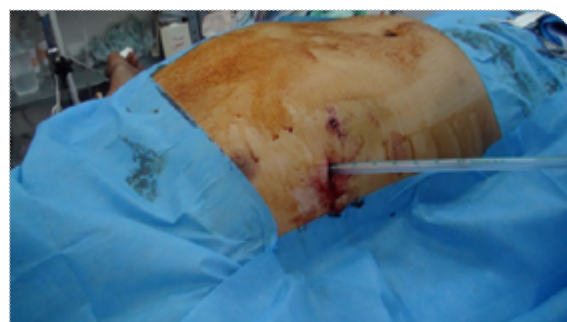
استفاده از تکنیک‌های پیشرفته‌تر چون مدیریت و مداخله راه هوایی پیشرفته (لوله‌گذاری راه هوایی) نیز ممکن است در بخشی از تروماهای شهری و توسط پرسنل آموزش دیده اورژانس انجام شود ولی این کار در صحنه نبرد با توجه به شرایط و به خصوص در منطقه داغ، غیر ممکن می‌باشد. بنابراین اولویت‌ها و نیازهای برخورد با



شکل ۳- نیدل مخصوص توراکوستومی



شکل ۴- چگونگی استفاده از نیدل جهت توراکوستومی



شکل ۵- محل قرار دادن لوله سینه‌ای در این مصدوم

بدین ترتیب در پست امداد، درمان موقت با تخلیه هوا (decompression) در ناحیه فضای بین دنده‌ای دوم در خط مید کلاویکلار است.

مصدومین جنگی ممکن است در پاره‌ای مواقع متفاوت باشد. در یک مطالعه که به مقایسه مکانیسم‌های آسیب ناشی از گلوله با زخم‌های ناشی از چاقو به شکم پرداخته است. میزان لاپاراتومی‌های درمانی در زخم‌های ناشی از ضربه چاقو ۶۹ درصد و در زخم‌های ناشی از گلوله حدود ۹۱ درصد بوده است. میزان دقت ارزیابی بالینی در تشخیص‌های نیازمند جراحی، در زخم‌های ناشی از گلوله و ناشی از ضربه چاقو تقریباً یکسان و حدود ۹۲ درصد بوده است. در این مطالعه میزان مورتالیتته کلی ۷۲ درصد و موربیدیتی غیرکشنده ۲۲ درصد گزارش شده است. این مطالعه که در یک جمعیت شهری در کیپ تاون آفریقای جنوبی در طی دو سال صورت گرفته بود به اهمیت ارزیابی اولیه و ثانویه و لزوم ارزیابی نیاز به جراحی فوری در مصدومین ترومای شکمی تاکید داشته است (۲).

پنوموتوراکس (Pneumothorax) به عنوان یک ضایعه ناشی از تروما به قفسه سینه که منجر به اختلال در اکسیژناسیون، ونتیلیاسیون و یا هر دوی آن‌ها می‌شود می‌تواند از تظاهر بدون علامت تا موارد کشنده را شامل شود. از آنجا که بسیاری از موارد پنوموتوراکس دارای منشا تروماتیک می‌باشند، بنابراین در آسیب‌های وارده به قفسه سینه و تشخیص تروماهای منجر به پنوموتوراکس توجه ویژه‌ای در تشخیص پنوموتوراکس ساده و یا فشارنده لازم است. چه بسا این امر در یک ترومای شهری که عموماً دارای مدیریت منظم‌تری در شرایط ارزیابی اورژانسی است نسبت به شرایط جنگی بهتر صورت می‌گیرد. ولی در تروماهای قفسه سینه ناشی از گلوله جنگی در شرایط پر ازدحام، پر استرس و تهدیدکننده حیات در میدان جنگ بسیار مشکل‌تر و به همین دلیل حائز اهمیت بیشتری است (۳).

ترومای نافذ به شکم در بسیاری موارد می‌تواند سبب آسیب به روده کوچک، روده بزرگ، کبد و عروق داخل شکمی شود. وقتی که آسیب از فاصله نزدیک‌تری و با انرژی کینتیک بالاتر صورت گیرد طبعاً بسیار شدیدتر و امکان آسیب حتی در فواصل بیشتری از محل ورود ترومای نافذ وجود دارد. این مسئله می‌تواند تا حد زیادی، تفاوت و اهمیت بیشتر آسیب‌های ناشی از گلوله جنگی و ترکش‌ها را در مقایسه با آسیب ناشی از اصابت چاقو به شکم مشخص کند (۴).

آسیب‌های تروماتیک به شکم می‌تواند دارای اتیولوژی‌های بسیار متنوع بوده و حتی منجر به آسیب‌های تهدیدکننده حیات از کار افتادگی چند ارگانی و حتی مرگ شود. در این میان زخم‌های ناشی از گلوله به شکم می‌تواند -بسته به ساختار آناتومیک آسیب‌دیده و قطعات گلوله و سرعت آن- در طیفی از زخم‌های کوچک تا آسیب‌های تروماتیک بسیار شدید متفاوت باشد. همواره باید در نظر داشت که در آسیب ناشی از گلوله جنگی در صحنه نبرد ممکن است در ابتدا تنها یک آسیب منفرد به نظر برسد در حالی که با توجه به ماهیت این نوع آسیب‌ها که از نوع تروماهای با انرژی بالا است می‌توانند به آسیب دیدگی ارگان‌های جانبی بیانجامد. در بسیاری از مواقع ممکن است یک آسیب قفسه سینه منجر به آسیب دیدگی وسیع شکمی و یا بالعکس یک آسیب ساده شکمی ناشی از ترومای جنگی منجر به آسیب شدید قفسه سینه، قلب و عروق و حتی دیافراگم گردد که

بایستی به آن‌ها توجه ویژه‌تری مبذول داشت (۵). هر چند آسیب ناشی از اصابت مستقیم گلوله به شکم می‌تواند در مسیر آسیب دیدگی سبب ایجاد اختلال در عروق و احشا شکمی گردد ولی نباید از احتمال آسیب به سایر ارگان‌های جانبی در اثر قطعات جدا شده و ترکش‌ها غافل شد.

آسیب‌های نافذ قفسه سینه به عنوان یک چالش پزشکی و جراحی در تروماهای نظامی و شهری مطرح‌اند. چه اینکه، تروماهای ناشی از گلوله و ترکش‌های انفجاری در مصدومین نظامی به وفور یافت می‌شود. در مصدومین نظامی آسیب دیده عموماً آسیب‌های قفسه سینه نسبت به موارد مشابه در آسیب‌های شهری بیشتر بوده و بسیاری نیازمند مداخلات فوری جراحی می‌باشند (۶).

هرچند آسیب‌های تروماتیک دیافراگم ندارند اما در ترومای بلانت به میزان ۱ تا ۷ درصد احتمال وقوع آسیب دیدگی دیافراگم وجود دارد. این میزان در ترومای نافذ حتی به ۱۵ درصد می‌رسد. تشخیص آسیب‌های دیافراگم در بسیاری مواقع مشکل و حتی با یافته‌های تصویربرداری ممکن است به راحتی مشخص نشود. در بسیاری مواقع موارد آسیب دیدگی دیافراگم خود را به صورت فتق‌های شکمی به داخل قفسه سینه نشان داده و حتی ممکن است مورتالیتته‌ای بین ۳۰ تا ۶۰ درصد داشته باشند. از این رو؛ همواره باید در تروماهای قفسه سینه و قسمت فوقانی شکم به فکر آسیب‌های احتمالی دیافراگم بود (۷).

واژه کنترل آسیب به کمک جراحی و یا به اصطلاح Damage control surgery که امروزه به صورت چشمگیری منجر به کاهش مرگ و میر مصدومیت‌های شدید شده است، از اهمیت ویژه‌ای در تروماهای قفسه سینه و شکم و از جمله تروماهای جنگی برخوردار می‌باشد. مواردی چون تشخیص جراح و بالین مصدوم نیز می‌تواند در این زمینه موثر باشد؛ آسیب‌های شدید عروق شکمی، مصدومان با علایم حیاتی ناپایدار (Unstable) همراه با آسیب‌های ناشی از گلوله به شکم و لگن و مواردی چون نیاز به بیش از ۱۰ واحد خون در مصدوم مولتیپل تروما که دچار هیپوترمی، اسیدوز شدید و یا مشکلات انعقادی شده از جمله شواهد مهمی است که نباید به راحتی نادیده گرفته شوند (۸).

آسیب‌های جنگی خود دارای مرگ و میر و عوارض زیادی در سراسر دنیاست؛ مصدومین با علائم ناپایدار حیاتی ممکن است بلافاصله نیاز به جراحی داشته باشند. در این میان با بررسی‌ها و ارزیابی‌های اولیه ممکن است برخی از این مصدومان نیاز به اقدامات ضروری‌تری چون گذاشتن لوله قفسه سینه (Chest tube) به عنوان یک اقدام اورژانسی داشته باشند (۹).

امروزه و بر طبق دستورالعمل‌های بین‌المللی، بسیاری از رویکردها و درس آموخته‌های حوزه طب نظامی در خدمت طب اورژانس شهری قرار گرفته است؛ تجاری چون کنترل خونریزی، بستن تورنیکه، بی حرکت‌سازی مصدوم و حتی چگونگی نقل و انتقال مصدومین از تجارب طب نظامی منبث شده است. با این اوصاف توجه ویژه به دستورالعمل‌های تروما در طب نظامی و حتی آموزش آن‌ها در

trauma centre. BMJ Military Health. 2021;167(1):33-9. doi:10.1136/jramc-2019-001159

7. Şentürk M, Çakır M, Akbulut MA, Yeşildağ K. Approach to Traumatic Diaphragm Injuries: Single Center Experience. Journal of Acute Medicine. 2021; 11(1):18-21. doi:10.6705/j.jacme.202103_11(1).0003

8. Roberts DJ, Bobrovitz N, Zygun DA, Kirkpatrick AW, Ball CG, Faris PD, et al. Evidence for use of damage control surgery and damage control interventions in civilian trauma patients: a systematic review. World Journal of Emergency Surgery. 2021;16(1):10. doi:10.1186/s13017-021-00352-5

9. Truesdell W, Gore A, Primakov D, Lieberman H, Jankowska D, Joshi G, et al. Ballistic and penetrating injuries of the chest. Journal of Thoracic Imaging. 2020;35(2):W51-9. doi:10.1097/RTI.0000000000000449

10. Marterre B, Shin J, Terzian WT. Shared decision-making in the context of uncertain care goals and outcomes: dissecting a penetrating abdominal trauma case complicated by enterocutaneous fistulae. The American Surgeon. 2020;86(11):1456-61. doi:10.1177/0003134820960051

دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی خود می‌تواند به آمادگی بیشتر پزشکان و پرستاران جوان با شرایط اورژانسی و تروماهای شهری نیز کمک کند (۱۰).

نتیجه‌گیری

در برخورد با مصدومان مشابه، قبل از هر رویکردی، توجه به اقدامات مناسب پیش بیمارستانی و احیا مصدوم از اولویت بالایی برخوردار است. در این مصدوم و با توجه به ترومای جنگی و آسیب اولیه به قفسه سینه، توجه به احتمال پنوموتوراکس (Pneumothorax) امری ضروری است. در صورت غفلت در ارزیابی و اقدامات مناسب پیش بیمارستانی در صحنه حادثه و به خصوص در تروماهای جنگی - حتی با وجود بهترین وسایل انتقال مصدوم به بهترین بیمارستان‌های صحرایی و یا شهری - دیگر نمی‌توان زمان از دست رفته برای اقدامات حیاتی را جبران کرد و به راحتی ممکن است یک رزمنده از دست برود. آنچه در این مصدوم و در کیس‌های مشابه آن در شرایط جنگی مهم و حائز اهمیت است، نوع مدیریت و درمان پیش بیمارستانی و جلوگیری از ایجاد عوارضی چون پنوموتوراکس فشارنده و مرگ مصدوم است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان بقیةالله (عج) تشکر می‌گردد.

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

منابع

1. Tobey N, Lopez RA, Waseem M. EMS chest injury. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022.
2. Sander A, Spence RT, McPherson D, Edu S, Nicol A, Navsaria P. A prospective audit of 805 consecutive patients with penetrating abdominal trauma: evolving beyond injury mechanism dictating management. Annals of surgery. 2022;275(2):e527-33. doi:10.1097/SLA.0000000000004045
3. Sajadi-Ernazarova KR, Martin J, Gupta N. Acute pneumothorax evaluation and treatment. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022.
4. Lotfollahzadeh S, Burns B. Penetrating abdominal trauma. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022.
5. Forbes J, Burns B. Abdominal Gunshot Wounds. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022.
6. Swiech A, Boddaert G, Daban JL, Falzone E, Ausset S, Boutonnet M. Penetrating thoracic injuries: a retrospective analysis from a French military



Table of Contents

1-	Along with the Sacred Defense: Moral and Spiritual Manifestations during the Corona Pandemic	4
2-	The Role of Health in Security and Sustainable National Development Section 4: Social Health and Its Relation to Sustainable National Security	5
3-	Induced Demand in Health Services	16
4-	The Position and Role of the Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran in the Iraq-Iran War (1980-1988)	24
5-	The Role and Position of Military Pharmacists in the Health System of the Armed Forces and Emergencies Caused by Crises	41
6-	Culture of Self-Sacrifice and Martyrdom Part 3: Harms and Threats and their Prevention	49
7-	Research on the Bibliography of Combat Medicine during the Iraq-Iran War	57
8-	Investigating the Role of Leadership and Command of the Armed Forces of the Islamic Republic of Iran in Countering COVID-19	65
9-	Management of Chest Trauma Caused by Gunshot Wounds and Lessons Learned	76



Journal Information

- **Publication Title:** Iranian Journal of Combat Medicine
- **Abbreviated title:** IJCM
- The Third Year - The First Number - Summer 2021
- **Content Type:** Scientific and research-based (Medicine and Military Trauma)
- **Inaugural edition:** Winter 2020
- **Frequency:** Bimonthly
- **Language:** Persian
- **Date of first issue:** Winter 2018
- **Affiliation:** BMSU
- **CEO:** Dr. Hassan Araghizadeh
- **President:** Dr. Seyed Masoud Khatami
- **Head of Combat Medicine Organization:** General Nasrollah Fathian
- **EIC:** Dr. Mohammad Ali Mohagheghi
- **Managing Editor:** Dr. Roknoddin Soltani Nejad
- **Editorial board (A-Z):** Ali Ebrahimi, Behrooz Tavana, Hasan Abolghassemi, Abolhasan Ahmadian, Mehdi Akhavan, Hasan Araghizadeh, Yunes Panahi, Saeed Bayenat, Abdolmajeed Cheraghali, Rahmatollah Hafezi, Vahid Hamidi, Solayman Haydari, Alireza Jalali, Khosro

Jadidi, Gholamreza Jalali, Hadi Khoshmohabat, Sadegh Rajaie, Nasser Simforoosh, Siavash Sehat, Seyed Rahim Safavi, Mohammad Taghi Tahmasbi, Mohammad Reza Zafarghandi, Jaleel Arab Kheradmand, Bahram Einollahi, Iraj Fazel, Abbas Forootan, Mostafa Ghanei, Seyed Mohammadreza Kalantar Motamedi, Mohammad Hosein Lashkari, Seyed Alireza Marandi, Ali Asghar Molla, Shaaban Mehrvarz, Ali Mehrabi Tavana, Amir Nezami Asl, Ahmad Ali Noorbala Tafti

- **Graphic Design:** IJCM Office
- **Farsi Editor of this volume:** Dr. Amir Mahdi Taleb
- **Place of publishing:** Tehran
- **Tel:** 021-88606728-88606152
- **Fax:** 021-88052684
- **Address:** BMSU Combat and Trauma Research Center
- **Zip Code:** 1435916961
- **PO Box:** 19395-5487
- **Email:** Jbehdarirazmi@gmail.com
- **Print:** Javan Newspaper



Scientific-Research Journal

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

The Forth Year, The One Number, Summer 2021







Scientific and Research-Based

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

The Forth Year, Number 1, Summer 2021

■ **The Role of Health in Security and Sustainable National Development Section**

4: Social Health and Its Relation to Sustainable National Security

■ **Induced Demand in Health Services**

■ **The Position and Role of the Red Crescent Society of
the Islamic Republic of Iran in the Iraq-Iran War (1980-1988)**

■ **The Role and Position of Military Pharmacists in the Health System of
the Armed Forces and Emergencies Caused by Crises**

■ **Culture of Self-Sacrifice and Martyrdom Part 3: Harms and Threats and their Prevention**

■ **Research on the Bibliography of Combat Medicine during the Iraq-Iran War**

■ **Investigating the Role of Leadership and Command of
the Armed Forces of the Islamic Republic of Iran in Countering COVID-19**

■ **Management of Chest Trauma Caused by Gunshot Wounds and Lessons Learned**