

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال چهارم، شماره دوم (شماره پیاپی ۸)، زمستان ۱۴۰۰ | شاپای الکترونیک: ۴۰۲۶-۲۷۱۷

■ سخن سردبیر / رموز و آداب خودکفایی در حوزه سلامت

■ مروری روایتی / نگاهی به خدمات بهداری و بهداشت صنعت نفت در جنگ تحمیلی عراق علیه جمهوری اسلامی ایران

■ تحلیل روند موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران

■ نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی

بخش پنجم / سلامت معنوی و نسبت آن با امنیت پایدار ملی

■ مؤلفه‌های فرهنگ ایثار و شهادت در جامعه سلامت کشور

بخش چهارم / مبانی هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی

■ روش‌های بهبود عملکرد در نیروهای نظامی

■ مقاله پژوهشی / نقشه راه مدیریت رسانه در بلایا و فوریت‌ها / ایران ۱۴۰۴-۱۳۹۹

■ کاربرد سونوگرافی هدفمند شکم در اورژانس صحرایی



دارای رتبه
علمی - پژوهشی





نشریه علمی - پژوهشی

بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

سال چهارم، شماره دوم (شماره پیاپی ۸) زمستان ۱۴۰۰





مشخصات نشریه

نشریه علمی-پژوهشی بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت
شماره پیاپی ۸؛ زمستان ۱۴۰۰

■ **عنوان فارسی:** نشریه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت

■ **عنوان لاتین:** Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

■ **شاپای الکترونیک:** ۲۷۱۷-۴۰۲۶

■ **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، سیدرحیم صفوی، محمدتقی طهماسبی، محمدرضا ظفرقندی، حسن عراقی زاده، نصراله فتحیان، احمد عبداللهی قمی، جلیل عرب خردمند، بهرام عین الهی، ایرج فاضل، عباس فروتن، مصطفی قانعی، سید محمد رضا کالانتر معتمدی، محمدحسین لشکری، سیدعلیرضا مرندی، علی اصغر ملا، شعبان مهرورز، علی مهرابی توانا، امیر نظامی اصل، احمدعلی نوربالا تفتی.

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

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

■ **محل انتشار:** تهران

■ **تلفن:** ۰۲۱-۸۸۶۰۶۷۲۸-۸۸۶۰۶۱۵۲

■ **نمابر:** ۰۲۱-۸۸۰۵۲۶۸۴

■ **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:** ۱۹۳۹۵-۵۴۸۷

■ **سایت نشریه:** www.jmedbehrazm.ir

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

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



فهرست

- ۸۲-۸۳ ۱- سخن سردبیر: رموز و آداب خودکفایی در حوزه سلامت
- ۸۴-۹۱ ۲- مروری روایتی: نگاهی به خدمات بهداری و بهداشت صنعت نفت در جنگ تحمیلی عراق علیه جمهوری اسلامی ایران
- ۹۲-۱۰۸ ۳- تحلیل روند موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران
- ۱۰۹-۱۱۶ ۴- نقش سلامت در امنیت و توسعه پایدار ملی: بخش پنجم / سلامت معنوی و نسبت آن با امنیت پایدار ملی
- ۱۱۷-۱۲۳ ۵- مؤلفه‌های فرهنگ ایثار و شهادت در جامعه سلامت کشور: بخش چهارم / مبانی هستی-شناختی و معرفت‌شناختی
- ۱۲۴-۱۳۶ ۶- روش‌های بهبود عملکرد در نیروهای نظامی
- ۱۳۷-۱۴۴ ۷- مقاله پژوهشی: نقشه راه مدیریت رسانه در بلایا و فوریت‌ها: ایران ۱۴۰۴-۱۳۹۹
- ۱۴۵-۱۴۸ ۸- کاربرد سونوگرافی هدفمند شکم در اورژانس صحرایی

رموز و آداب خودکفایی در حوزه سلامت

Secrets and Etiquette of Self-Sufficiency in the Field of Health

خودکفایی در حوزه حیاتی و ضروری سلامت، از اهداف آرمانی و تبلور شعار اصلی انقلاب اسلامی، یعنی «استقلال» است. خودکفایی از اساسی‌ترین ارکان استقلال اقتصادی است. امام خمینی (ره) باور به استقلال و اعتماد به نفس و توجه به تولید داخلی را شرط اساسی تحقق آن می‌دانند. مقام معظم رهبری فرموده‌اند: اقتدار و آبروی کشور در «خودکفایی» است و باید نیازهای مهم کشور را خودمان تولید و تأمین کنیم. تحقق اصل خودکفایی در نظام سلامت، مستلزم برخورداری از یک نظام علمی و مدیریتی کارآمد، پویا، پایدار و مقاوم است. راهبردهای خودکفایی در این نوشته بطور اجمال پیشنهاد شده است.

معیارها و راهبردهای تحقق خودکفایی در علوم و

فنون سلامت

راهبردهای سیاست‌گذاری

- ۱- التزام به حاکمیت موازین اسلامی و ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی و در رأس آن‌ها قاعده نفی سبیل و اخلاق محوری در فعالیت‌های اقتصادی سلامت و انضباط مالی.
- ۲- برقراری هماهنگی بین سیاست‌ها، راهبردها و اقدامات کلان در حوزه‌های تولید، توزیع و مصرف کالاها و خدمات سلامت با رویکرد عدالت تولیدی و توزیعی.
- ۳- تأکید بر توسعه درونگرا با تکیه بر قابلیت‌های درونی (حمایت‌گرا).
- ۴- اهتمام به توسعه برونگرا (حضور در عرصه‌های تجاری فراملی).
- ۵- شناسایی و به‌کارگیری ظرفیت‌های علمی، فنی و اقتصادی سلامت برای دسترسی به توان آفندی.
- ۶- رصد برنامه‌های تحریم، مدیریت مخاطرات اقتصادی، تهیه طرح‌های واکنش هوشمند، فعال، سریع و به‌هنگام در برابر مخاطرات و اختلال‌های داخلی و خارجی و دستیابی به توان پدافندی.
- ۷- حمایت از کالاها و تولیدات ملی.
- ۸- ایجاد، نگهداشت و افزایش ذخایر راهبردی سلامت.

راهبردهای فرهنگی

- ۱- عزم ملی، اراده قوی، همت والا، تعهد، ایمان، اعتقاد به نظام اسلامی و توکل بر خداوند.
- ۲- فرهنگ‌سازی تجربیات، دستاوردها و ابتکارات حضور ارزشمند جامعه سلامت در دفاع مقدس.

- ۳- ایجاد و تقویت روحیه خودباوری و خودانگیزی در جوانان.
- ۴- تحمل مشقات و تقویت اعتماد به نفس ملی.
- ۵- ترویج و تحکیم روحیه و رویه مقاومت در همه شئون نظام سلامت، بویژه در شرایط بحرانی، تحریم و غیر مترقبه.
- ۶- ترویج و تحکیم و پایبندی به شیوه جهاد علمی در نظام علم و فناوری سلامت.
- ۷- اجتناب از مصرف‌گرایی، اسراف و نکوهش تجمل‌گرایی.
- ۸- پیشگیری و کنترل تقاضاهای القایی و اهتمام به اصلاح تقاضاهای عمومی به کالاها و خدماتی که ضروری نبوده و بعضاً سلامت را به خطر می‌اندازند.
- ۹- شفافیت و سالم‌سازی اقتصاد سلامت و پاسخگویی اجتماعی.
- ۱۰- مبارزه با فساد و هر نوع سوء استفاده.
- ۱۱- اهتمام به راهبردهای مهمی نظیر بهره‌وری، هزینه اثربخشی.
- ۱۲- تقویت، توانمندی و بازدهی نیروی کار.

راهبردهای مدیریتی

- ۱- انتخاب «تقوا و امانتداری» در سپردن امور و مسئولیت‌ها به مدیران دانا و متخصص.
- ۲- «اعتماد به جوانان» و سپردن مسئولیت‌ها به جوانان شایسته و نخبه و خلاق، کارآمد، پرانگیزه و خستگی ناپذیر.
- ۳- ظرفیت‌شناسی و فعلیت بخشی به ظرفیت‌ها، بویژه ظرفیت‌های انسانی و تخصصی، مواد اولیه و تقویت زیرساخت‌ها.
- ۴- بهره‌گیری حداکثری از استعدادها و توانمندی‌های انسانی داخلی و امکانات تولیدی.
- ۵- اهتمام به بهبود شاخص‌ها.
- ۶- دستیابی به علوم و فناوری‌های ضروری سلامت و روزآمدی مستمر آن‌ها.
- ۷- نهادینه‌سازی راهبرد ارزیابی فناوری سلامت.
- ۸- بسترسازی حقوقی.
- ۹- پایبندی به برنامه‌ریزی راهبردی برای نیل به خودکفایی در همه سطوح از سیاست‌گذاری تا برنامه‌ریزی اجرایی.
- ۱۰- در اولویت قرار دادن تولید کالاها و محصولات و فناوری‌های راهبردی سلامت و تولیدات مرتبط با نیازهای اولیه آحاد جامعه.
- ۱۱- اشتغال‌زایی و کارآفرینی.
- ۱۲- استفاده از ظرفیت وسیع مردمی و ارتقای همبستگی ملی.
- ۱۳- اهتمام به ارتقای کیفی کالاها و محصولات و داروهای داخلی

ملزومات و تجهیزات پزشکی، بازمهندسی ساختارهای موجود، ادغام نهادهای موازی و سایر راهبردهای معتبر، امکانپذیر است و باید به عنوان ضرورتی ملی و اجتناب ناپذیر در برنامه های توسعه فرهنگی و اجتماعی تدبیر گردد. تربیت نیروی انسانی توانمند، خودباور، مبتکر و متناسب با نیازهای مختلف سلامت، تأمین مالی پایدار، نظارت دقیق و استقرار نظام شایسته سالار، از دیگر الزامات است.

محمدعلی محقق

استاد جراحی سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
Mohamad Ali Mohagheghi
Professor of Cancer Surgery, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran

منابع

1. Etemadi M, Emamgholipoor S, Pourreza A, Tabrizchi N, Hosseini SJ, Mohammad Shahedi M, et al. Strategies for Achieving a Resilient Economy in Health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(3):250-66. [In Persian]
2. Ahmadi AM. Emancipation from dependent economy (self-sufficiency) Imam Khomeini's strategy in the field of economy. Tehran: Imam Khomeini Editing and Publishing Institute, 2001. [In Persian]

- و ترویج "ترجیح کالاهای داخلی بر خارجی" در جامعه.
- ۱۴- مدیریت و پیشگیری از ناهنجاری های نظیر رکود اقتصادی، فقر و بیکاری، قانون گریزی، قاچاق داروها و کالاهای سلامت، رانت خواری، سوء استفاده، خام فروشی، تبلیغات کاذب، انحصار طلبی، فرارهای مالیاتی و هرنوع سوء استفاده از موقعیت ... و تبدیل تهدیدها به فرصت ...
- ۱۵- اتخاذ دیپلماسی مقتدر و مستقل اقتصادی و تجاری.

راهبردهای علمی و فناوری

- ۱- شناسایی، حمایت، هدایت و به کارگیری نخبگان و ایجاد فضای اعتماد و آرامش برای آنان.
 - ۲- اهتمام به تولید دانش بنیان در حوزه سلامت.
 - ۳- اهتمام به کسب اقتدار علمی، از طریق ارتقای سرمایه انسانی سلامت و سایر الزامات.
 - ۴- رهیافت شیوه های معتبر و مبتنی بر شواهد برای قطع وابستگی در خدمات و کالاهای سلامت.
 - ۵- اتخاذ راهبرد علمی برای اصلاح الگوی تجویز و مصرف در نظام سلامت.
- خودکفایی و تولید دانش بنیان در زمینه دارو، مواد زیستی، تجهیزات پزشکی و همه کالاهای خدمات سلامت، با عزم و اراده ملی، التزام سیاسی و فرهنگی سیاستگذاران و مسئولان، تقویت زیرساخت های ارتباطات، اطلاعات و خدمات الکترونیک، رعایت کیفیت و استاندارد بین المللی، حمایت از شرکت های دانش بنیان، تقویت زیرساخت های تولید فرآورده ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و

A look into Health Services of the Oil Industry in the Iran-Iraq War

Ali Yazdi Nezhad ^{1*}

1- General Practitioner, Researcher of Contemporary Iranian Medical History, Tehran, Iran

Received: 18 June 2021 Accepted: 1 October 2021

Abstract

Background and Aim: Oil-rich regions of Iran are generally located in the south and southwest of the country. The lands that were unfortunately repeatedly subjected to the most brutal bombardments and attacks by the enemy army during the eight-year Iran-Iraq war lost many children and suffered great damage and destruction. These widespread attacks also left many injured. Prompt and proper health care for the wounded, wounded, and war victims required a coherent organization that Iran's military structures lacked, especially in the early days of the war, for the reasons discussed in this study. For this reason, the Oil Health Organization, which was one of the most advanced health structures in the country, especially in the southern regions of Iran, was able to provide valuable services to the wounded and wounded of the war, including civilians, soldiers, volunteer fighters and even the Iraqi army.

Methods: This article is a historical review in which oral history has been used extensively. Unfortunately, in the articles and books written about Combat Medicine in Iran, there is no mention of the role of oil health and the author has not reached them. The present study only addresses some of these valuable services.

Results: Using a handful of sources and talking to several people involved in the oil industry and working in the field of treatment, data about hospitals, people working in these hospitals, and the results of their sacrifices were obtained. This, above all, is a sign of their self-sacrifice and devotion.

Conclusion: In the early days of the Iran-Iraq war, the oil industry was one of the centers that provided various services to the war wounded; including various hospitals of the oil industry. But unfortunately, there is very little data available in this area. In order to collect and transmit this data to future generations, it is necessary to make a concerted effort to document the health services of the oil industry during the Iran-Iraq war. This article is a suggestion to start this way.

Keywords: Iran Oil Industry, Health and Wellness, The Wounded of the Iran-Iraq War.

* Corresponding Author: Ali Yazdi Nezhad

Address: Researcher of Contemporary Iranian Medical History,
Tehran, Iran.

E-mail: infi@mirmah.com

نگاهی به خدمات بهداری و بهداشت صنعت نفت در جنگ تحمیلی عراق علیه جمهوری اسلامی ایران

علی یزدی نژاد^{۱*}

۱- پزشک عمومی، پژوهشگر تاریخ پزشکی معاصر ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۳/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: مناطق نفت خیز ایران، عموماً در جنوب و جنوب غربی این کشور جای دارند. سرزمین‌هایی که شوربختانه در جریان جنگ هشت ساله ایران و عراق بارها مورد بی‌رحمانه‌ترین بمباران‌ها و حملات ارتش دشمن قرار گرفته، فرزندان زیادی را از دست دادند و متحمل خسارات و ویرانی‌های زیادی شدند. این حملات گسترده، مجروحین زیادی نیز بر جای گذاشت. رسیدگی سریع و صحیح بهداشتی و درمانی به مجروحین، مصدومین و جنگ‌زدگان نیازمند تشکیلاتی منسجم بود که ساختارهای نظامی ایران بنا به دلایلی که در این پژوهش بدان پرداخته نشده است بویژه در روزهای نخست جنگ، از آن کم‌بهره بودند. با وجود مقالات و کتب منتشره متعدد در خصوص طب رزمی در دوران دفاع مقدس، گزارشی از تشکیلات بهداری و بهداشت نفت ایران و نقش آن در این مقطع زمانی به دست نگارنده نرسیده است. لذا با این هدف، بررسی خدمات بهداری صنعت نفت مورد نظر قرار گرفت. **روش‌ها:** این مقاله یک بررسی تاریخی است که در آن از روش تاریخ شفاهی با انجام مصاحبه با اشخاص مرتبط با موضوع مقاله به‌طور گسترده استفاده شده است.

یافته‌ها: با استفاده از چند منبع انگشت شمار و گفتگو با چند تن از دست‌اندرکاران عرصه صنعت نفت و شاغل به کار در حوزه درمان، داده‌هایی درباره بیمارستان‌ها، افراد مشغول به کار در این بیمارستان‌ها و نتایج مرتبط بر فداکاری‌های آنان به دست آمد، که بیش از هر چیز نشان از ایثار و از خود گذشتگی آنان دارد.

نتیجه‌گیری: در آغازین روزهای جنگ ایران و عراق، حوزه بهداشت و درمان صنعت نفت از جمله مراکزی بود که خدمات متعددی به مجروحان جنگی ارائه داد؛ از جمله بیمارستان‌های مختلف صنعت نفت. اما متأسفانه داده‌های بسیار کمی در این زمینه موجود است. با هدف جمع‌آوری و انتقال این داده‌ها به نسل‌های بعدی، لازم است کوشش منسجمی در جهت مستندسازی خدمات بهداشت و درمان صنعت نفت در طول جنگ ایران و عراق انجام شود. این مقاله، پیشنهادی برای آغاز این راه است.

کلیدواژه‌ها: صنعت نفت ایران، بهداری و بهداشت صنعت نفت، مجروحین جنگ ایران و عراق.

* نویسنده مسئول: علی یزدی نژاد

آدرس: پژوهشگر تاریخ پزشکی معاصر ایران، تهران، ایران.

ایمیل: infi@mirmah.com

مقدمه

تششکیلات صنعت نفت ایران که یکی از بزرگترین صنایع نفتی در جهان به‌شمار می‌آید، عموماً در مناطق نفت‌خیزی که در جنوب و جنوب غربی کشور جای دارند، تمرکز یافته است. سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت که هم‌اکنون بیش از یکصد و ده سال از شکل‌گیری آن می‌گذرد؛ در طی این سال‌ها، نه تنها به کارکنان این صنعت از هر نژاد و ملیت و نیز مردم بومی خدمات زیادی ارائه نموده است؛ بلکه بارها در شرایط سخت به یاری متولیان امور بهداشت و درمان کشور آمده که از مهمترین این موارد می‌توان به پایه‌گذاری تشکیلاتی منسجم برای مبارزه با بیماری سل و ریشه‌کنی تراخم و مالاریا در جنوب کشور و همچنین خدمات ارزنده در دوران جنگ هشت‌ساله ایران و عراق (۱۳۶۷-۱۳۵۹ خورشیدی) اشاره نمود (۱).

متأسفانه در مقالات و کتاب‌هایی که تاکنون درمورد طب رزمی (Combat Medicine) در ایران نگاشته شده، اشاره‌ای به نقش بهداری و بهداشت نفت نشده و یا نگارنده به آن‌ها دست نیافته است. پژوهش حاضر تنها به گوشه‌هایی از این خدمات ارزشمند اختصاص دارد. در نوشتار پیش‌روی سعی شده است تا به جزئیات برخی از خدمات این سازمان در طی هشت سال جنگ که نگارنده به منابع آن‌ها دست یافته است با رویکردی تاریخ‌نگارانه پرداخته شود.

روش‌ها

این گزارش، مقاله‌ای مروری و گذشته‌نگر با نگاهی تاریخی و بر پایه منابع کتابخانه‌ای و تاریخ شفاهی است و بخش‌هایی از آن با استناد به کتاب‌هایی که تاکنون درباره تاریخچه بهداشت و درمان صنعت نفت ایران و نقش آن در دگرگونی‌ها، شرایط مختلف و بحران‌های گوناگون بهداشتی و درمانی در کشور نگاشته شده، به رشته تحریر درآمده است. علاوه بر مجموعه‌هایی که بر مبنای مصاحبه با کارکنان صنعت نفت که در مناطق جنگی حضور داشته‌اند، خاطرات یکی از جراحان ایرانی که در دوره جنگ، جراح بیمارستان نفت آبادان بوده است و نیز یکی از پزشکان هندی که در دوران جنگ به عنوان جراح در بیمارستان‌های مسجدسلیمان و آبادان خدمت نموده است، مصاحبه با مدیر اداری- مالی وقت بهداری و بهداشت تهران و عضو ستاد جذب جانبازان در شرکت ملی نفت، تنها بانوی پرستار اتاق عمل مسجدسلیمان در آغاز جنگ و همچنین یکی از کارشناسان پیشین امور ایثارگران سازمان بهداشت و درمان نفت و در نهایت بررسی پرونده شهادت این سازمان که در اداره امور ایثارگران سازمان مذکور موجود می‌باشد، برای تدوین این مقاله مورد استفاده قرار گرفته‌اند. استناد به مصاحبه شفاهی با افراد آگاه در این زمینه از ویژگی‌های مقاله حاضر است.

در شبکه جهانی (اینترنت) به زبان فارسی و انگلیسی، داده‌های قابل اعتمادی در مورد خدمات بهداری و بهداشت صنعت نفت در جریان جنگ ایران و عراق به‌دست نیامد.

نتایج

نگاهی به روزهای آغازین جنگ ایران و عراق

ارتش عراق که از ابتدای سال ۱۳۵۹ تحرکات مشکوک خود را در مرزهای ایران آغاز کرده بود، در ۳۱ شهریور ۱۳۵۹ (۲۲ سپتامبر ۱۹۸۰) رسماً به ایران حمله کرد. نیروهای عراقی به گونه‌ای برنامه‌ریزی کرده بودند که بتوانند نواحی بزرگی از غرب و جنوب غرب ایران را اشغال کنند. در نخستین روزهای حمله ارتش عراق به خاک ایران، حدود سی‌هزار کیلومتر مربع از خاک ایران به اشغال ارتش عراق درآمد. طی دو روز نخست حمله، نیروهای عراقی به هیچ یگان نظامی که حتی در حد تیپ هم باشد، روبرو نشدند. در واقع آن زمان ایران فقط دو لشکر از نیروهای مسلح و دو لشکر موتوریزه پیاده‌نظام در غرب کشور داشت که آن‌ها هم همگی از مرزها فاصله داشتند. نیروی زمینی ارتش عراق از سه جبهه، یورش خود را به ایران آغاز کرد. سپاه اول از جبهه شمالی به سوی قصر شیرین، سپاه دوم از جبهه میانی به طرف مهران و سپاه سوم از جبهه جنوبی به سوی خوزستان حمله‌ور شدند. عراق در پی تصرف شهر مرزی خرمشهر و پس از آن آبادان، اهواز، دزفول و سوسنگرد بود. پس از تصرف خرمشهر، ارتش عراق موفق شد در اواخر آبان ۱۳۵۹ شهر آبادان را که مهمترین شهر در مناطق نفت‌خیز ایران به‌شمار می‌آمد در محاصره بگیرد، اما با مقاومت مردمی روبرو شد و در تصرف سوسنگرد و اهواز با شکست مواجه گردید. این جنگ تا سال ۱۳۶۷ ادامه یافت.

مناطق نفت‌خیز ایران در جریان جنگ

مناطق نفت‌خیز ایران از مهمترین اهداف ارتش مهاجم عراق به‌حساب می‌آمدند. صدام حسین -رئیس جمهور وقت عراق- فکر می‌کرد که تصرف خوزستان به واسطه آن که بخش مهمی از آن را ایرانیان عرب‌زبان تشکیل می‌دهند به آسانی امکانپذیر است؛ و از سوی دیگر با انهدام تأسیسات نفتی ایران می‌تواند شاه‌رگ اقتصادی این کشور را قطع نموده و از این طریق ایران را با مشکلات عمده اقتصادی مواجه سازد. به همین دلیل، از روز نخست جنگ، اقدام به حملات گسترده‌ای به این مناطق کرد و آن را تا پایان جنگ ادامه داد. آبادان که اولین پالایشگاه نفتی خاورمیانه را در خود جای داده است و در آن روزگار مهمترین شهر صنعتی ایران به‌شمار می‌آمد؛ مسجد سلیمان "مهد صنعت خاورمیانه" (۲) که نخستین میدان نفتی ایران در آن کشف شده بود؛ اهواز به عنوان مرکز فعالیت‌های اداری و سازمانی صنعت نفت ایران؛ جزیره خارک از توابع استان بوشهر که مهمترین پایانه صادرات نفتی ایران محسوب می‌شد، گچساران که امروز در استان کهگیلویه و بویراحمد قرار دارد و تأسیسات نفتی پیشرفته‌ای را در خود جای داده است، از جمله مهمترین شهرهایی بودند که صدام حسین دستور بمباران و حمله به آن‌ها را صادر کرده بود.

در روز سی و یکم شهریور ۱۳۵۹ یعنی روزی که ارتش عراق رسماً حمله خود را به ایران آغاز کرد، آبادان و جزیره خارک (۳) مورد حمله موشکی و حملات هوایی قرار گرفتند و سایر مناطق نفت‌خیز،

این تشکیلات پس از ملی شدن صنعت نفت گسترده تر شد و به امکانات تشخیصی و درمانی پیشرفته تری مجهز گردید، به ترتیبی که در آغاز جنگ، بیمارستان های مسجدسلیمان و آبادان نقش بسیار مهمی را در اداره وضعیت مجروحین و مصدومین در خط مقدم جنگ داشتند و بیمارستان مرکزی نفت تهران به عنوان پشتیبانی محکم برای بیمارانی که از مناطق جنگی به تهران اعزام می شدند، نقش ایفا می نمود.

پس از سال ۱۳۵۷، تعداد اندکی پزشک و پرستار هندی در تشکیلات بهداری و بهداشت مسجدسلیمان و آبادان مشغول کار بودند تا این که جنگ ایران و عراق آغاز شد. همزمان با شروع جنگ، این گروه پزشکی خدمات شایانی ارائه داد. تعدادی از آنان در سال ۱۳۶۳ ایران را ترک کردند و بقیه پرسنل غیرایرانی نیز تا اوایل سال ۱۳۷۴ در بیمارستان مسجدسلیمان به خدمت خود ادامه دادند و سپس از ایران رفتند (۶).

از میان مناطق نفت خیز ایران که در تیررس دشمن عراقی قرار داشتند شش شهر مسجدسلیمان، آبادان، اهواز، آغا جاری، گچساران و ماهشهر دارای بیمارستان بودند که از میان آن ها بیمارستان های آبادان و مسجدسلیمان نقش مهمتری در مدیریت و رسیدگی به مجروحین جنگی داشتند.

در ادامه به خدمات بیمارستان های آبادان و مسجدسلیمان که نگارنده توانسته است اطلاعات بیشتری درمورد آن ها به دست آورد پرداخته شده است. یادآور می شود که بیشتر اطلاعات بیمارستان نفت آبادان از خاطرات ایرج محبوب، جراح وقت بیمارستان نفت آبادان به دست آمده است.

بیمارستان نفت آبادان

بیمارستان نفت آبادان یکی از مجهزترین بیمارستان های کشور در سال ۱۳۵۹ به حساب می آمد. بیمارستان در طرف شرقی پالایشگاه آبادان قرار داشت و با خیابانی به پالایشگاه متصل می شد.

مساحت بیمارستان آبادان در آن زمان حداقل یک کیلومتر در یک کیلومتر بود. بیمارستان دو بخش داشت. بیمارستان شماره یک که بیشتر شامل بخش سرپایی، درمانگاه ها، بخش های پاراکلینیکی، اتاق انتظار و بخش های اداری و مدیریتی بود و بیمارستان شماره دو که خود دو طبقه بود و اتاق های عمل در آن قرار داشتند. علاوه بر بخش ها که عموماً یک طبقه بوده و در حیاط بیمارستان قرار داشتند، چند قسمت دیگر نیز در بیمارستان وجود داشت؛ از جمله قسمت بزرگی به نام جراح خانه شماره ۳ که امکانات یک اتاق عمل کامل را داشت و برای انجام جراحی های کوچک مثل کشیدن ناخن، بخیه زدن زخم های سطحی، درآوردن غدد چربی کوچک و غیره که می شد با بی حسی موضعی انجام داد، مورد استفاده قرار می گرفت (۷).

در سال های پیش از انقلاب، سه بیمارستان در آبادان وجود داشت: بیمارستان شرکت نفت آبادان، بیمارستانی در محله احمدآباد آبادان نزدیک رودخانه کارون که شیر و خورشید وقت آن را اداره می کرد و

اسکله های نفتی و نفتکش های ایرانی نیز از این حملات مصون نماندند. بمباران ها و موشک باران های مناطق نفت خیز سبب شد تا حداکثر، امکان صادرات یک میلیون بشکه نفت از پایانه جزیره خارک در آغاز جنگ وجود داشته باشد که به عنوان تنها منبع درآمد کشور به خارج صادر می شد (۴). در روزهای آغازین جنگ، سپاه پاسداران که به تازگی ایجاد شده بود، فاقد هرگونه امکانات بهداشتی و درمانی بود و ارتش هم به دلیل تحولات گسترده ای که در رأس آن ایجاد شده بود، هنوز قوام و نظم لازم را به خود نگرفته و از انسجام مدیریتی لازم برای مقابله و دفاع در برابر چنین هجوم گسترده و غافلگیرکننده ای برخوردار نبود (۴).

[در این شرایط] وزارت بهداری که پاسخگوی تأمین نیازهای بهداشتی - درمانی مردم هم نبود؛ حال باید به خیل عظیم مجروحان از خط مقدم گرفته تا پس از اعزام آنان به اقصی نقاط کشور ارائه خدمت می نمود. همچنین لازم بود به آن دسته از ساکنین شهرهایی که به دلیل بمباران و موشک باران شهرهای خود را ترک کرده و به دره ها و دامنه های کوه ها و صحرای پناه برده و پراکنده شده بودند، انواع خدمات بهداشتی - درمانی و از جمله تأمین آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فضولات را ارائه می کرد (۴).

بنابراین، وجود تشکیلات پیشرفته بهداشتی و درمانی در بدنه صنعت نفت می توانست نقش مهمی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مجروحین جنگ و مردم بومی داشته باشد. در سال ۱۳۵۹ حدود ۷۰ سال از کشف نخستین چاه نفت در میدان نفتون در مسجدسلیمان می گذشت و بهداری و بهداشت نفت که مقارن با حفاری و کشف نخستین چاه نفت در ایران شکل گرفته بود به تشکیلات منظم و گسترده ای تبدیل شده بود که نه تنها در مناطق نفت خیز ایران، بلکه در کشورهای هم جوار نیز کم نظیر به نظر می رسید. اکتشاف نفت در ایران به سال ۱۹۰۸ میلادی (خرداد ۱۲۸۷ خورشیدی) برمی گردد (۱). شرایط سخت آب و هوایی حاکم بر مناطق نفت خیز ایران سبب شد تا شرکت نفت داری (William Knox Dary) در سال ۱۲۸۶ خورشیدی، یعنی یکسال پیش از کشف نخستین چاه نفت، به فکر جذب پزشک مجربی به نام موریس یانگ (Dr. M. Young) برای همراهی گروه حفاری شرکت نفت داری در مسجد سلیمان که شرایط آب و هوایی و بهداشتی نامناسبی داشت، بیافند. یانگ را می توان پایه گذار تشکیلات بهداشتی و درمانی نفت ایران دانست. او نخستین بیمارستان نفت در خاورمیانه را در مسجدسلیمان در سال ۱۹۱۴ میلادی (۱۲۹۳ شمسی) بنا نهاد. سبک معماری این بیمارستان برگرفته از معماری خاص کشورهای غربی بود (۱).

بعدها تدریجاً بر امکانات بهداشت و درمان نفت افزوده شد. در بولتنی بی تاریخ که احتمالاً حدود ۹۵ سال پیش از سوی اداره نفت انگلیس و ایران در مطبوعه روشنائی (طهران) به چاپ رسیده، آمده است: "... کمپانی، سه مریضخانه جامع به طرز جدید بنا و به خرج خود آن ها را اداره می نماید و از این راه وسایل جدید طبی به جهت عموم اهالی و مستخدمین کمپانی فراهم نموده است. در خود طهران، کمپانی در مساعدت با یک مریضخانه دیگری شرکت جسته و ... " (۵).

(Triage) یاد می‌شود و انجام این اقدام و اقدامات دیگری از این قبیل در آن روزگار، بسیار ارزشمند و تعجب‌برانگیز است.

بیمارستان‌های نفت در روزهای آغازین جنگ تنها توسط پزشکان و دیگر نیروهای بهداری و بهداشت نفت اداره می‌شد و خبری از حضور نیروهای داوطلب و طرحی نبود تا این‌که پس از چند ماه، نیروهای داوطلب و طرحی سازماندهی‌شده و به مناطق جنگی اعزام شدند و بخشی از آنان در بیمارستان‌های نفت به کار مشغول گردیدند (۹).

در روز نخست جنگ، پالایشگاه آبادان مورد بمباران قرار گرفت و بیمارستان نفت آبادان از همان ساعات نخست، نقش مهم رسیدگی به مجروحین را عهده‌دار شد. ایرج محبوب که خود در آن زمان یکی از جراحان بیمارستان نفت آبادان بود، در خاطراتش می‌نویسد: “تیم جراحی بلافاصله دست به کار شد و مجروحان را بر حسب شدت جراحت‌شان به اتاق عمل بردیم. ما سه اتاق عمل و پنج جراح داشتیم: دکتر جواد پروین، رئیس بخش جراحی، دکتر لینکلن تمارز، دکتر عنایت کریمی، دکتر سیروس صابر که به تازگی استخدام شده بود و یک دکتر هندی به نام دکتر شاه که دو ماه قبل استخدام شده بود، [به علاوه]، پنج دستیار جراح بودیم: من، دکتر حسین جلالی، دکتر شاه‌نظریان، دکتر یونسی و دکتر منصور صفایی. رئیس بخش رادیولوژی هم دکتر سیروس اهتمامی بود (۷).

“به نظر می‌رسد محبوب، دکتر شاه، جراح هندی که در آغاچاری خدمت می‌کرد را با دکتر رولندز که به تازگی به بیمارستان نفت آبادان آمده بود، اشتباه گرفته است.”

نگارنده که در سال ۱۳۷۴ به‌صورت قراردادی در بهداشت و درمان صنعت نفت تهران مشغول به کار شدم سعادیت دیدار آقای دکتر جواد پروین را که دیگر دوران سالمندی را می‌گذراند و بعد از بازنشستگی به‌صورت قراردادی برای انجام جراحی‌های سرپایی با بهداشت و درمان نفت تهران همکاری می‌کرد، یافتیم. ایشان در آن زمان هم هنوز جراحی بسیار جدی و منظم بود و کارهایش را با نظم و ترتیب خاص خود انجام می‌داد.

بیمارستان نفت آبادان در سال‌های جنگ بارها مورد حملات هوایی و اصابت خمپاره و بمب قرار گرفت. در همان روزهای اول جنگ برخورد خمپاره به حیاط بیمارستان نفت آبادان موجب مجروح شدن چند تن از پزشکان از جمله دکتر ریاضی، دکتر جواهری و دکتر غانم -متخصص گوش و حلق و بینی- و چند نفر دیگر از کارکنان بیمارستان مذکور گردید، اما در این میان جراحت و میزان مصدومیت دکتر غانم چشمگیرتر بود. او دچار قطع انگشت شست دست و شکستگی‌های متعددی در استخوان ران شده بود (۷).

در روزهای نخست جنگ، هنوز ستاد تخلیه مجروحان راه‌اندازی نشده و تمام بخش‌های بیمارستان نفت آبادان تبدیل به بخش جراحی شده بود و تمام جراحان و دستیاران جراحی [شبان‌روز] در بیمارستان بودند و در راهروهای منتهی به اتاق عمل می‌خوابیدند (۷).

با وجود همه موانع، خدمت‌رسانی به مجروحین جنگ همچنان ادامه داشت. مجروحین متعاقب انجام اقدامات اولیه و جراحی‌های مورد نیاز و پس از تثبیت وضعیت به بیمارستان‌های دیگر شهرها و

بیمارستانی در بلوار بین آبادان و خرمشهر به نام بیمارستان آرین که خصوصی بود. این بیمارستان بعد از انقلاب به بیمارستان طالقانی تغییر نام یافت.

بیمارستان‌های شهری همانند بیمارستان‌های فوق در طول جنگ بویژه در ماه‌های نخست، خدمات زیادی به نیروهای نظامی و مردم مناطق جنگی ارائه نمودند. برخی از بیمارستان‌ها از جمله بیمارستان طالقانی آبادان به دلیل نزدیک بودن به خط مقدم نبرد، شرایط عملیاتی پیدا کرده بود و توسط نیروهای داوطلب و متخصص پزشکی اداره می‌شد.

بیمارستان نفت آبادان در جریان جنگ

آبادان در روز سی و یک شهریور سال ۱۳۵۹ یعنی روزی که به‌عنوان تاریخ آغاز جنگ ایران و عراق شناخته می‌شود، مورد حملات هوایی دشمن قرار گرفت. وینفورد رولندز -جراح وقت بیمارستان نفت آبادان- در مورد این روز چنین می‌نویسد: “حدود ده روز از آمدن به آبادان نگذشته بود که جنگ بین عراق و ایران شروع شد. در آن دوشنبه سرنوشت‌ساز، بیست و دوم سپتامبر ۱۹۸۰ (۳۱ شهریور ۱۳۵۹) ... ناگهان به یادم آمد که آن روز نوبت کاری من است ... مرد جوانی روی برانکارد دراز کشیده و در حالی که پای راست او با باندی خون‌آلود بسته شده بود فریاد می‌زد ... انتقال او را که شاید اولین مصدوم جنگ [در آبادان] بود به اتاق عمل انجام دادم. فقط قطع عضو تنها راه چاره و نجات جان او بود. این به احتمال زیاد نخستین مورد جراحی بود که روی مجروحین جنگ ایران و عراق انجام می‌شد (۸).

او همچنین می‌نویسد: “... همه پزشکان بیمارستان با تمام وجود در حال مراقبت و رسیدگی به مجروحین بودند. به سرعت تک تک مجروحین را دیدم و به ارزیابی آن‌ها پرداختم؛ و سپس به سراغ رئیس بخش جراحی رفتم و با او در مورد وخامت اوضاع صحبت کردم. به دنبال این گفتگو، تمام پزشکان فراخوانده شدند و پس از بحث و تبادل نظر، تصمیم بر این شد که “پروتکلی” را معین کرده و بر پایه آن طبق برنامه‌ای هماهنگ عمل کنیم. بر این اساس؛ هر جراح به همراه دو پرستار و دو نیروی خدماتی، یک واحد (Unit) را تشکیل داده و سرپرستی مجروحین را می‌پذیرفت و پس از انجام اقدامات اولیه، رئیس بخش جراحی که مسئولیت مجموعه اتاق‌های عمل بر عهده او بود؛ در هر مورد تصمیم‌گیری می‌کرد. تصمیم او، نهایی بود. در آن زمان، غیر از رئیس بخش جراحی، چهار جراح دیگر نیز در بیمارستان بودند (۸).

بر پایه این گفتار، بیمارستان‌های نفت در مناطق جنگی پیش از سایر بخش‌های بهداشتی و درمانی کشور خدمات خود را به مجروحین جنگ و مردم مناطق جنگی آغاز کردند و تا پایان این جنگ طولانی، لحظه‌ای از خدمات انسانی خود فروگذار ننمودند.

به علاوه؛ آنچه رولندز در روز نخست جنگ از آن یاد می‌کند، نکته بسیار مهمی در زمینه گروه‌بندی و اولویت‌دهی به مجروحین بر پایه وخامت حال‌شان است که در پزشکی اورژانس از آن با عنوان تریاژ

به بیمارستان سرازیر می‌شد؛ بیمارستان شیروخورشید (هلال احمر کنونی) را زده بودند و آن بیمارستان از گردونه خارج شده بود (۷). این وضعیت همچنان ادامه داشت و پزشکان نفت کماکان از سایر مناطق ایران برای دوره‌های یکماهه به اهواز، آبادان و مسجدسلیمان اعزام می‌شدند. پزشکان عمومی نفت نیز [مانند سایر پزشکان] برای طرح یکماهه به بیمارستان‌های مناطق جنگی اعزام می‌گردیدند. این بمباران‌ها و حملات ادامه داشت تا در روز ۲۲ بهمن ۱۳۶۲، عراق شروع به گلوله‌باران شهرهای ایران از جمله آبادان کرد و با شدتی باورنکردنی شهر را به توپ و خمپاره و خمسه‌خمسه بست. در این بمباران، اتاق عمل بیمارستان [نفت آبادان] خراب شد و جابجایی عمل جراحی نبود. محبوب می‌نویسد: تا اواخر اسفند ۱۳۶۲ به عنوان تنها جراح، همراه یک دکتر بیهوشی و تکنسین‌ها در بیمارستان آبادان ماندم. شدت خسارات بیمارستان به حدی بود که دیگر نمی‌شد مانند گذشته به مجروحان خدمت ارائه داد؛ ولی بیمارستان طالقانی هنوز دایر بود و از طرف [وزارت] بهداری اداره می‌شد (۷). در زمینه فداکاری‌های پزشکان بخش جراحی بیمارستان نفت آبادان به خاطره‌ای برخوردیم که ذکر آن خالی از لطف نیست. وینفورد رولندز جراح هندی بیمارستان آبادان در کتاب خاطرات خود که آن را در سال ۲۰۰۹ میلادی در هندوستان منتشر نموده، می‌نویسد: "... یک روز رئیس بخش جراحی [دکتر جواد پروین] و پزشک دیگری نزد من آمدند و گفتند فعلاً خبری از بمباران نیست. یکی از آمبولانس‌ها در حال انتقال بیمار است. شما باید با او همراه شده و از این‌جا دور شوید. عجله کنید. ناخودآگاه گفتم: "پس شما چی؟" او گفت: "شما در کشور ما میهمان هستید و نباید سختی‌های این‌جا را تحمل کنید. به کشور خود بازگردید؛ به نزد خانواده خود بروید و مطمئن باشید که ما همواره به خوبی از شما یاد و قدردانی خواهیم کرد" (۸). به این ترتیب رولندز از آبادان که خط مقدم جنگ به حساب می‌آمد خارج شد، اما از ایران نرفت، بلکه به بیمارستان نفت مسجدسلیمان رفت و در آن‌جا خدمات ارزنده‌ای به کارکنان صنعت نفت و مجروحین جنگی نمود.

بیمارستان نفت مسجدسلیمان در جریان جنگ

بیمارستان نفت مسجدسلیمان، که نخستین بیمارستان در تشکیلات صنعت نفت بود، توسط موریس یانگ بنا شد. بعد از بیمارستان مسجدسلیمان، بیمارستان نفت آغاچاری، آبادان، گچساران، ماهشهر و اهواز ساخته شدند. معماری این بیمارستان به سبک غربی بود و به بیمارستان ۱۴۶ تاختخواهی نیز شهرت داشت. در سال ۱۳۵۹ خورشیدی، بیمارستان نفت مسجدسلیمان دارای بخش‌های اصلی (جراحی، داخلی، زنان و زایمان و کودکان)، اتاق عمل، پلی‌کلینیک تخصصی، آزمایشگاه و رادیولوژی، داروخانه، آموزشگاه بهیاری و خوابگاه پرستاری بود که در مجاورت بیمارستان قرار داشت. از روزهای آغازین جنگ تا سال ۱۳۶۱، ریاست بهداری و بهداشت مسجدسلیمان و بیمارستان آن بر عهده مهدی طباطبایی

استان‌ها انتقال می‌یافتند. بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداری در اهواز و بیمارستان نفت تهران نیز پذیرای بسیاری از این بیماران بودند. پس از به اسارت درآمدن وزیر نفت وقت، مهندس جواد تندگویان، در نهم آبان‌ماه ۱۳۵۹، مهندس سیدمحمد غرضی به عنوان وزیر نفت برگزیده شدند. ایشان مدت کوتاهی پس از آن‌که به عنوان وزیر نفت برگزیده شد، محمدحسین مقدسی را به عنوان رئیس کل بهداری و بهداشت وزارت نفت منصوب نمود و مقدسی نیز پس از دو هفته محمدحسن طریقت منفرد را به ریاست بهداری و بهداشت نفت تهران انتخاب کرد. ریاست بیمارستان در آن زمان بر عهده دکتر دیبا بود. در آن سال دو بخش پنجاه تاختخواهی در بیمارستان نفت تهران برای بیمارانی که از مناطق جنگی به تهران اعزام می‌شدند، تدارک دیده شد که تقریباً تا پایان جنگ به خدمت‌رسانی به مجروحین پرداخت (۹).

در روزهای نخست جنگ، دولتشاهی ریاست بهداری نفت آبادان را بر عهده داشت و ریاست بیمارستان بر عهده دکتر ژاک لازار بود. در طی این سال‌ها، پزشکان نفت نیز همانند سایر پزشکان، در قالب طرح‌های یکماهه به مناطق جنگی اعزام شده و به خدمت‌رسانی مشغول بودند. بیشتر این پزشکان به بیمارستان‌های نفت رفته و در آن بیمارستان‌ها به خدمت مشغول می‌شدند؛ یکی از جراحان قابل‌ی که از بهداری نفت تهران به بیمارستان آبادان آمده بود، دکتر شاپور هاتف بود (۷).

پزشکان دیگر نیز که از سوی وزارت بهداری اعزام می‌شدند گاه در اختیار بهداری و بهداشت نفت قرار می‌گرفتند. محبوب در خاطراتش می‌نویسد: "... بسیار تحسین‌آمیز همه دست به دست هم داده و در تمام موارد همه به کمک هم می‌آمدند، از جمله همکاری بین بیمارستان‌ها و تبادل بیمار و پزشک. در آن مدت چند تیم جراحی و امدادگر از وزارت بهداری و بهداشت به آبادان اعزام شده و در بیمارستان‌های مختلف تقسیم شدند. بیشترین تعداد را به بیمارستان ما [نفت آبادان] فرستادند (۷).

بیمارستان‌های آبادان، همزمان به مجروحین خرمشهر نیز خدمات درمانی ارائه می‌دادند و بیمارستان نفت آبادان نیز در این میان نقش ارزنده‌ای داشت. اغلب کسانی را که در خرمشهر مجروح می‌شدند در بیمارستان خرمشهر (بیمارستان مهر) و تعدادی را نیز در بیمارستان آراین آبادان (طالقانی) معالجه می‌کردند و گاهی نیز عده‌ای را به بیمارستان ما می‌آوردند (۷).

متأسفانه در روز چهارم آبان ۱۳۵۹، خرمشهر سقوط کرد و آبادان نیز به محاصره نیروهای دشمن درآمد. هدف اصلی نیروهای عراقی اشغال آبادان بود. آن‌ها از طریق بیابان‌ها و جاده ماهشهر به آبادان، تا چند کیلومتری آبادان پیش‌روی کردند و در تاریخ هشتم آبان ۱۳۵۹ آبادان را به محاصره خود درآوردند. حصر آبادان تا ۵ مهرماه سال ۱۳۶۰ به درازا کشید.

در این مدت، آبادان بارها مورد حملات هوایی و توپخانه دشمن قرار گرفت و در هر مرحله، بخشی از پالایشگاه و بیمارستان نفت آبادان صدمه دید. هربار که شهر مورد حمله قرار می‌گرفت، سیل مجروحان

بود و پس از ایشان آقایان بسحاق زاده، خسرو جهانگیریان، ارسطو و حمدی زاده این مسئولیت را عهده دار شدند (۶).

تقریباً یک ماه پس از آغاز جنگ، یعنی در سی ام مهرماه ۱۳۵۹، مسجدسلیمان مورد اصابت موشک های اسکاد B که نسل A آن توسط هیتلر در جنگ جهانی دوم استفاده شده بود، قرار گرفت. بار مداوای این مجروحان بر دوش دو بیمارستان نفت و ۲۲ بهمن این شهر افتاد. به واسطه نزدیک بودن بیمارستان نفت نسبت به بیمارستان ۲۲ بهمن، بیشتر مجروحین را به این بیمارستان منتقل می کردند.

در جریان حمله موشکی سی ام مهرماه، ۱۲۰ نفر از مردم مسجدسلیمان به شهادت رسیدند و ۲۴۴ نفر نیز مجروح شدند (۶). خانم سکینه کاووسی تنها پرستار اتاق عمل بیمارستان نفت مسجدسلیمان در سال ۱۳۵۹ چنین می گوید: "... تمامی جاده ها به خاطر بمباران ها بسته شده بود و هرکس با هر وسیله ای که می شد مجروحین را به بیمارستان منتقل می کرد. در آن زمان ۶ پرستار و ۱۴ جهادگر در بیمارستان حضور داشتند و من تنها پرستار اتاق عمل بودم.

بیمارستان در وضعیت آماده باش بود و صحنه های بسیار دلخراشی دیده می شد. به خاطر تعداد زیاد شهدا، سردخانه بیمارستان جوابگو نبود و ما مجبور به تخلیه سالن انتظار بخش OPD و آماده کردن آن برای قرارگرفتن اجساد شهدا شدیم. بعد از گذشت یک روز، یخ هایی که در کنار جنازه شهدا بود آب شده، خونابه تمام سالن را پر کرد. بعد از تحویل اجساد شهدا، سالن انتظار ضد عفونی گردید و برای مراقبت از مجروحین آماده شد (۶).

در آن زمان تنها جراح این بیمارستان حسین غفاری بود که خدمات ارزشمندی به مجروحین جنگ نمود و به تنهایی بار سنگین جراحی مجروحین غیرنظامی ناشی از بمباران ها و موشک باران ها و نیز مجروحین نظامی و دیگر رزمندگان را به دوش کشید. او پس از مدت ها کار شبانه روزی، بخش جراحی بیمارستان مسجدسلیمان را به رولندز که از آبادان به مسجدسلیمان آمده بود سپرد و خود به عنوان جراح ارشد، راهی بیمارستان نفت تهران شد. او در سن ۵۰ سالگی بر اثر ابتلا به سرطان لوزالمعده در تهران درگذشت (۶).

رولندز پس از غفاری مسئولیت بخش جراحی بیمارستان نفت مسجدسلیمان را عهده دار شد و تا دی ماه سال ۱۳۶۲ که به کشور خود، هندوستان - بازگشت، جراح اصلی این بیمارستان به حساب می آمد.

در این سال ها، بیمارانی که صدمات عمده تری داشتند و امکان ارائه کامل خدمات به آن ها وجود نداشت، پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت حیاتی، با آمبولانس و یا هلی کوپتر با اسکورت طبی به بیمارستان های شهرهای دیگری چون اهواز، تهران و اصفهان انتقال می یافتند. به علاوه در سال های جنگ، جراحان بیمارستان نفت تهران از جمله دکتر دیبا، دکتر حاجیلری، دکتر رضا استوار، دکتر مدیری، دکتر مؤمن و دستیاران بخش جراحی نفت به صورت دوره ای به مسجدسلیمان [و آبادان] آمده و به درمان مجروحین و

سایر بیماران می پرداختند.

همچنین پزشکان شهرهای دیگری مانند تهران، اصفهان، مشهد، تبریز و ... نیز گاه از سوی وزارت بهداشتی به بیمارستان مسجدسلیمان اعزام شده و طرح یک ماهه خود را در آن جا می گذراندند (۶).

یادآوری این نکته مهم است که کارکنان سایر شرکت های زیر مجموعه صنعت نفت و سایر آحاد مردم نیز به عنوان نیروهای امدادی داوطلب [یا با عناوینی چون امدادگر و جهادگر] کمک های شایانی به همکاران خود در بهداشتی و بهداشت نفت می نمودند (۳).

در کنار همه این ها، برخی از پزشکان و پرستاران با وجود بازنشستگی، داوطلبانه در مناطق جنگی ماندند و به خدمات خود به مجروحین جنگ ادامه دادند. یکی از این چهره های برجسته، زنده یاد علی نهاوندی (۱۲۹۳ - ۱۳۸۸ خورشیدی) بود. معاون اداری و مالی مناطق نفت خیز در مردادماه سال ۱۳۵۹ به استناد بخشنامه شهید محمدعلی رجایی، نخست وزیر وقت، مبنی بر عدم به کارگیری نیروهای بازنشسته در شرکت ها و سازمان ها به نهاوندی ابلاغ کرد که از تاریخ ۱۳۵۹/۶/۱ به خدمات پیمانی وی پایان داده خواهد شد؛ [اما] شرایط جنگی و وضعیت خاص مناطق نفت خیز و نیاز شدید شهر و منطقه به پزشک متخصص باعث شد تا حاجت شمس پور، رئیس وقت امور اداری و اجتماعی شرکت ملی نفت منطقه مسجدسلیمان، سیدضیاء هادوی، رئیس بهداشتی و بهداشت مناطق نفت خیز اهواز و مهدی طباطبایی، رئیس بهداشتی و بهداشت شرکت نفت منطقه مسجدسلیمان، در نامه های جداگانه ای، درخواست تمدید قرارداد استفاده از خدمات نهاوندی را داشته باشند.

نهاوندی، خود نیز در سال ۱۳۶۰ به ریاست بهداشتی و بهداشت منطقه مسجدسلیمان چنین نوشت: "اینجانب علی نهاوندی، کارمند پیمانی شرکت نفت ساکن مسجدسلیمان با وجودی که در شرکت نفت این شهرستان بازنشسته شده ام، به علت کمبود پزشک متخصص چشم و نیازی که به خدمات اینجانب می باشد، در رابطه با تراکم جنگ زدگان آواره جهت همکاری حاضر شده ام در این مؤسسه به طور پیمانی خدمت خود را ادامه دهم و هرگاه نیازی به وجود نباشد، این شهرستان را ترک نموده و به تهران مراجعت نمایم. توضیحاً بنده جز یک خانه در تهران، خانه دیگری ندارم و در این شهرستان نیز خانه سازمانی در اختیارم می باشد. با تقدیم احترام. علی نهاوندی تاریخ ۱۳۶۰/۸/۱۸"

[دکتر] نهاوندی در طول جنگ تحمیلی در مسجدسلیمان ماند و ضمن ارائه خدمات پزشکی به مجروحان جنگی در بیمارستان نفت مسجدسلیمان، به کمپ های جنگ زدگان که در حاشیه شهر ایجاد شده بود، نیز سرکشی می کرد. وی همچنین در شرایط سخت جنگی از سرکشی به بیمارستان های دیگر مناطق نفت خیز نیز غافل نبود و به نوبت به این شهرها نیز سرکشی می کرد (۱۰).

شهدای بهداشتی و بهداشت نفت

براساس اسنادی که در امور ایثارگران سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت موجود است، آمار شهدای این سازمان در جریان جنگ

منابع

1. Sardaripour M, Yazdi Nezhad A. The Story of Simorgh Petroleum. 2nd Edition. Tehran: Mirmah Publication; 2012. [In Persian]
2. Khodvardian F. Khuzestan, Civilization and Petroleum. First Edition. Dela Publication; 2014. [In Persian]
3. Siah Rag (a collection of memoirs of the Retirees of the Karoon Oil and Gas Exploitation Company). Public Relations of the Karoon Oil and Gas Exploitation Company. First Edition, 2016. [In Persian]
4. Foroutan SA. A Perspective On the Medical History of the Sacred Defence. First Edition. Sureh-Mehr Publication; 2017. [In Persian]
5. Abbadan. Anglo-Iranian Oil Company. Bita Publication.
6. A conversation with Mrs. Sakineh Kavousi. The operating room nurse of Naft Hospital in Masjed Soleyman during the years of the Iran-Iraq war, 2021. [In Persian]
7. Mahjoub I. The Day I Wept in the Operating Room. First Edition. Sureh-Mehr Publication; 2020. [In Persian]
8. Rollands W. Iran That I Saw, Lived in and Loved. S. V. Press, Neyyattinkara, First Edition, India, 2009.
9. A conversation with Mr. Seyed Ramezan Mohsenpour. The administrative-financial manager of health and sanitation of Tehran petroleum during the first years of the Iran-Iraq war, 2021. [In Persian]
10. Khodadadian F. People-lover physician at Oil Hospital: A glimpse at late Ali Nahavandi life and services. Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine. 2020;10:9-16. [In Persian]
11. A telephone conversation with Mr. Gholam Zamani. The former expert on veterans' affairs of the oil industry health and treatment organization, 2021. [In Persian]

هشت ساله ایران و عراق ۱۳ نفر می باشد (۱۱) که عکس و نیز مختصری از زندگی هریک از این ۱۳ تن در اختیار نگارنده قرار دارد. با این همه نگارنده در منابع دیگر به اسامی شهدایی برخورده است که نامشان در فهرست ۱۳ نفره مذکور دیده نمی شود. به عنوان نمونه، رولندز در کتاب خاطراتش از نخستین روزهای جنگ در بیمارستان نفت آبادان از کمک بهیاری به نام آقای انصاری یاد می کند که بر اثر بمباران به شهادت رسیده است (۸) و یا گفته می شود که دکتر اسفندیار داراییان زمانی که از مأموریت یکماهه از بهداری جنوب به تهران بازمی گشته، در اثر تصادف اتومبیل در حین مأموریت به شهادت رسیده است؛ در حالی که نام ایشان در فهرست مذکور دیده نمی شود. به هر حال این مطالب نیاز به راستی آزمایی دارد و همچنین به نظر می رسد فهرست شهدای بهداری و بهداشت نفت در جریان جنگ نیازمند بررسی بیشتری باشد، زیرا نوع رابطه استخدامی کارکنانی که به شهادت رسیده اند با شرکت ملی نفت و یا عدم درج نام آنها در فهرست شهدا در بنیاد شهید می تواند علت این عدم همخوانی باشد.

نتیجه گیری

بیمارستان های شهری از جمله بیمارستان های شرکت ملی نفت ایران در شهرهای مناطق نفت خیز جنوب ایران؛ بویژه در روزها و ماه های آغازین جنگ و تا پیش از تأسیس بیمارستان های صحرایی و حتی تا پایان جنگ، نقشی حیاتی و ارزنده در خدمت رسانی به مجروحین جنگ و مردم مناطق درگیر در این جنگ هشت ساله داشته اند که متأسفانه کمتر بدان پرداخته شده است. بی تردید پرداختن به این بخش مهم از طب رزمی در جریان جنگ ایران و عراق نه تنها از بُعد تاریخ پزشکی معاصر ایران حائز اهمیت است، بلکه می تواند نقش الگوهای ساختارمند و منظمی چون تشکیلات منسجم بهداشت و درمان صنعت نفت را در بدنه بهداشت و درمان کشور به ویژه در جریان بحران ها و وقایع غیرمترقبه بیان دارد و ضرورت حفظ و نگاهداری از چنین ساختارهای ارزشمندی را به متولیان سلامت در کشور گوشزد نموده و آن را به عنوان الگویی کارآمد، کاربردی و موفق به نسل های بعدی معرفی نماید.

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

Analysis of Thematic Trend of the War Trauma Articles in Iran

Hamzehali Nourmohammadi^{1*}, Ali Sharafi², Arezoo Masoomi³, Jalil Arabkheradmand⁴

1- Associate Professor of Information and Knowledge Management, Shahed University, Tehran, Iran

2- Ph.D. of Information and Knowledge Management at Tehran University and Master of Science in Central Library of Shahed University, Tehran, Iran

3- Master of Science in Central Library, Shahed University, Tehran, Iran

4- Neurosurgeon, Defence Health Research Center, Tehran, Iran

Received: 27 June 2021 Accepted: 9 October 2021

Abstract

Background and Aim: The purpose of this study is to analyze the research trends of war trauma in Iran.

Methods: This research applied that done by content analysis and bibliometric method. The study population consisted of 893 articles published in the subject areas of war Trauma in Iran from 1981-2017. Data were collected using checklists and analyzed by Excel software.

Results: Research findings showed that the trend of publishing and cooperation of authors of war trauma articles in Iran is upward that most of them published by Mohammad Reza Soroush (68 articles), Mostafa Ghanei (42 articles), Batoul Mousavi (35 articles), Toubia Ghazanfari (31 articles), and Mehdi Masoumi (28 articles) published in the journals of Teb-e-Janbaz, Military Medicine, and Kowsar Medical Journals. Also, the subject approach of articles are in the fields of management (planning and policy to deal with war crises), services (providing welfare, and health services), research (identifying and discovering the causes of diseases caused by War), treatment (surgery, injection, psychotherapy, and psychiatry), medicine (effectiveness of effective drugs for war patients), diseases (identification of various diseases caused by war), Health (identifying the factors affecting the health of the wounded, disabled, veterans, prisoners and freedmen, exercise and its effects) and war reports (about the war and its effects) on the wounded, disabled, veterans, prisoners and freedmen. In addition, these articles have changed their approach from medical issues and medical services to psychological issues, and their most important subject gaps are in the fields of infrastructure, managerial, scientific, economic, and cultural.

Conclusion: The results showed that analysis of the trend of war trauma research in Iran is important for pathology and identification of gaps and challenges and can lead to correct scientific policy in this field.

Keywords: Trauma, War, Iran.

* **Corresponding Author:** Hamzehali Nourmohammadi
Address: Information and Knowledge Management, Shahed University, Tehran, Iran.
E-mail: nourmohammadi@shahed.ac.ir

تحلیل روند موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران

حمزه‌علی نورمحمدی^{۱*}، علی شرفی^۲، آرزو معصومی^۳، جلیل عرب‌خردمند^۴

۱- دانشیار گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲- دکترای مدیریت اطلاعات و دانش دانشگاه تهران و کارشناس ارشد مرکز اسناد و مدارک علمی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد مرکز اسناد و مدارک علمی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۴- متخصص جراحی مغز و اعصاب- مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش تحلیل روند موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران است. **روش‌ها:** این پژوهش با روش تحلیل محتوا و کتاب‌سنجی انجام شده است. جامعه پژوهش شامل ۸۹۳ عنوان مقاله منتشر شده در مجلات علمی از سال ۱۳۶۰ تا سال ۱۳۹۶ است. گردآوری اطلاعات با چک‌لیست و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار اکسل انجام شده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که روند نشر و همکاری نویسندگان مقاله‌های ترومای جنگی در ایران صعودی است که بیشتر آنها توسط محمدرضا سروش (۶۸ مقاله)، مصطفی قانعی (۴۲ مقاله)، بتول موسوی (۳۵ مقاله)، طوبی غضنفری (۳۱ مقاله) و مهدی معصومی (۲۸ مقاله) در مجله‌های طب جانباز، طب نظامی و مجله پزشکی کوثر منتشر شده‌اند. همچنین رویکرد موضوعی مقاله‌ها در حوزه‌های مدیریت (برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برای مواجهه با بحران‌های ناشی از جنگ)، خدمات (ارائه خدمات رفاهی، بهداشتی و درمانی)، پژوهش (شناسایی و کشف علل بیماری‌های ناشی از جنگ)، درمان (جراحی، تزریق، روان‌درمانی و روانپزشکی)، دارو (اثرگذاری داروهای مؤثر برای بیماران جنگی)، بیماری‌ها (شناسایی انواع بیماری‌های ناشی از جنگ)، سلامت (شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت مجروحین، معلولین، جانبازان، اسیران و آزادگان، ورزش و اثرات آن) و گزارش‌های جنگی (درباره جنگ و آثار آن) بر روی مجروحین، معلولین، جانبازان، اسیران و آزادگان است. علاوه بر این مقاله‌ها از مسائل پزشکی و خدمات پزشکی به مسائل روان‌شناسی و روان‌شناختی تغییر رویکرد داده‌اند و مهم‌ترین شکاف‌های موضوعی آن‌ها در حوزه‌های زیرساختی، مدیریتی، علمی، اقتصادی و فرهنگی است.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد که تحلیل روند پژوهش‌های ترومای جنگی در ایران برای آسیب‌شناسی و شناسایی شکاف‌ها و چالش‌های موجود در این زمینه مهم است و می‌تواند به سیاستگذاری علمی درست در این زمینه منجر شود.

کلیدواژه‌ها: تروما، جنگ، ایران.

* نویسنده مسئول: حمزه‌علی نورمحمدی

آدرس: گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

ایمیل: nourmohammadi@shahed.ac.ir

مقدمه

تروما (Trauma) به آسیب بدنی در اثر مواجهه حاد با انرژی خارجی مستقیم یا غیرمستقیم که از آستانه تحمل فیزیولوژیک بدن بیشتر باشد گفته می‌شود (۱). واژه تروما یا آسیب هم برای توصیف عامل استرس‌زا و هم به عنوان واکنش‌های شدید خارج از تجربه معمول به آن عامل استرس‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد. پاسخ به تروما، تجربه‌ای است که می‌تواند بسیار آشفته‌کننده و یا غیرقابل کنترل باشد و پیامدهای فوری و یا طولانی‌مدت را به همراه داشته باشد. تروما، تجربه‌ای هیجانی شدیدی است که ممکن است اثرات نامطلوب روان‌شناسی، فیزیکی و اجتماعی را به دنبال داشته باشد و پیامدهای آن از حد معمول فراتر رود و نیازمند مداخلات مؤثر باشد. دامنه وسیعی از رویدادها ممکن است تروما را موجب شوند که معمولاً در سه طبقه‌بندی بررسی می‌شوند. رویدادهایی که توسط بشر از روی عمد صورت می‌گیرد؛ رویدادهای غیرعمدی که توسط بشر انجام می‌شود؛ و فجایع طبیعی. بهبود اثرات رویدادهایی که به وسیله انسان از روی عمد ایجاد می‌شود، در مقایسه با رویدادهای غیرعمدی، دشوارتر است (۲). یکی از مهمترین انواع تروماها، تروماهای دوران جنگ است. از زمان آغاز جنگ تحمیلی عراق علیه ایران تا اکنون پژوهش‌های زیادی در حوزه ترومای جنگی در ایران انجام شده است (۳). درواقع شاید بتوان گفت که ترومای جنگی یکی از مهمترین مباحث دنیای سلامت جامعه امروز ایران است که از آن به عنوان یکی از اصلی‌ترین چالش‌های حوزه سلامت یاد می‌شود. ترومای نظامی دارای الگوی آسیب‌های چند بُعدی است و مدیریت مجروحان ترومای جنگی و توسعه دانش‌های مرتبط با آن برای حفظ و ارتقای آمادگی حوزه طب نظامی ضروری است. نقشه علم ترومای نظامی اطلاعاتی از موضوعات اصلی را در اختیار کاربران و مسئولین سیستم‌های سلامت نظامی قرار می‌دهد. باتوجه به تهدید وسیع جنگ‌های نامتقارن و حوادث تروریستی، توسعه دانش ترومای نظامی مرتبط با موضوعات این نقشه در نظام مراقبت‌های نظامی به‌کار گرفته شود (۴).

مطالعه کتاب‌سنجانه مقاله‌ها به عنوان مهمترین منابع علمی این حوزه و تحلیل شکاف‌های موضوعی آن‌ها و پی بردن به تغییر رویکرد موضوعات و نیز محتوای اطلاعاتی آن‌ها در حوزه‌های ترومای جنگی ضروری است چراکه آگاهی از موضوعات منابع منتشره باعث غنی‌تر شدن مبانی نظری و علمی این حوزه‌ها و تولید دانش جدید در این زمینه‌ها خواهد شد. همچنین سبب آگاهی از دیدگاه‌ها، نگرش‌ها، ایدئولوژی‌ها و نظریه‌های جدید دانشمندان، محققان، اساتید و دانشجویان شده و رشد و بالندگی و آگاهی جامعه علمی و بهبود وضعیت پژوهش و توسعه دانش در این حوزه‌ها خواهد شد ولی بی‌توجهی به شکاف‌های موضوعی مقاله‌ها و نقش کاربردی موضوعات آن‌ها در این حوزه‌ها، اطلاع‌رسانی ضعیف و منتشر نشدن محتوایشان باعث از دست رفتن هزینه و زمان شده و زمینه کار موضوعات تکراری را فراهم می‌سازد (۵).

با افزایش تلفات جنگی عراق علیه ایران به مرور زمان، مشکلات

ناشی از ترومای جنگی روز به روز در ایران بیشتر شد و زمینه‌های لازم برای انجام پژوهش در این حوزه را فراهم کرد. به عبارت دیگر نگرانی جامعه سلامت کشور از عواقب ناشی از ترومای جنگی سبب شد تا جامعه علمی کشور برای کاهش عواقب ناشی از ترومای جنگی دست به تحقیقات گسترده‌ای بزنند و نتایج آثار خودشان را برای جلوگیری از بیماری‌های ناشی از ترومای جنگی در محمل‌های اطلاعاتی علمی مانند مجلات منتشر کنند. درواقع نشر آثار پژوهشگران این حوزه در قالب مقاله در مجلات علمی می‌تواند به شناسایی انواع مسائل و مشکلات و بیماری‌های موجود در این زمینه و راه‌های مقابله با آن‌ها، انتخاب موضوعات کاربردی برای پژوهش، خبرگان، ترویج علم این حوزه، منابع علمی معتبر این حوزه، تخصیص و افزایش اعتبارات پژوهشی، وضعیت نشر علمی، پوشش موضوعی و محتوای پژوهش‌های منتشر شده در این حوزه‌ها منجر شده و زمینه‌های لازم برای جلوگیری از انجام پژوهش‌های تکراری و سیاستگذاری‌های درست علمی در این زمینه را فراهم نماید. بنابراین هدف این پژوهش شناسایی و تعیین روند نشر مقاله‌ها، پوشش موضوعی آن‌ها، بیشترین پژوهش‌های تروما در رشته‌های دیگر و پی بردن به تغییر رویکرد و تحلیل شکاف موضوعی مقاله‌ها است تا از این طریق بتواند مانع انجام پژوهش‌های تکراری در حوزه‌های ترومای جنگی شده و زمینه آگاهی از تغییرات و تحولات و توسعه و پیشرفت این حوزه‌ها را برای تصمیم‌گیری‌های بهتر در آینده فراهم سازد و به پرسش‌های زیر پاسخ دهد.

- ۱- روند نشر مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه است؟
- ۲- مهمترین نویسندگان مقاله‌های ترومای جنگی در ایران کدامند؟
- ۳- میزان همکاری نویسندگان مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه است؟
- ۴- مهمترین مجلات علمی برای نشر مقاله‌های ترومای جنگی در ایران کدامند؟
- ۵- پوشش موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه است؟
- ۶- مهمترین بیماری‌های ناشی از ترومای جنگی در ایران کدامند؟
- ۷- تغییر رویکرد موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه است؟
- ۸- شکاف‌های موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران کدامند؟

رحیمی موفر و همکاران در پژوهشی با عنوان تیم تروما، نشان دادند که بهترین راهکار جهت ارتقای بهینه عاقبت بیماران ترومایی به‌خصوص بیماران آسیب دیده شدید، ارائه خدمات درمانی در قالب یک تیم تخصصی تروما است که فعالیت این تیم در قالب یک سیستم منسجم به نام سیستم تروما بهترین پاسخ را در بردارد (۶). فروش و همکاران در پژوهشی نشان دادند که قطع عضو اندام تحتانی در جانبازان یکی از نموده‌های اصلی ترومای جنگی است که با سطح فعالیت‌های پیچیده زندگی روزمره آن‌ها رابطه معناداری دارد. بنابراین می‌توان گفت که برنامه‌های توانبخشی می‌تواند به ارتقاء و استقلال

Mark و همکاران در پژوهشی با عنوان رشد پس از سانحه در جنگ: بررسی سیستماتیک، نشان دادند که حمایت خانوادگی و اجتماعی زیاد، معنویت، میزان اقلیت نژادی و قومی بودن و افکار ناخوشایند با رشد پس از سانحه نظامیان رابطه دارد (۱۳). Khan و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر انواع ترومای نظامی بر خودکشی زنان جانباز، نشان دادند که مجروح شدن، از دست دادن نزدیکان، تهدید جانی، مشاهده قتل، مشاهده مجروحان، کشته شدن در جنگ، آزار جنسی و تجاوز جنسی از مهمترین عوامل اثرگذار بر خودکشی زنان جانباز ناشی از ترومای جنگی هستند (۱۴). با بررسی پژوهش‌های انجام شده می‌توان دریافت که ارائه خدمات درمانی در قالب یک سیستم منسجم، برنامه‌های توانبخشی برای ارتقاء و استقلال عملکرد جانبازان، آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری، آموزش‌های مهارتی، استانداردهای کیفیت زندگی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی، جراحی، مدیریت مجروحان و مصدومان برای جلوگیری از ترومای جنگی یا نظامی مؤثر هستند و عواملی مانند مجروحیت، اختلالات استرسی پس از آسیب، افسردگی و شکستگی، تجاوز جنسی، آزار جنسی، احساس خطر کشته شدن، و دیدن کشته یا مصدوم شدن دیگران می‌توانند به افزایش علائم ترومای جنگی یا نظامی منجر شوند. بنابراین هدف این پژوهش تحلیل رویکرد مقاله‌های ترومای جنگی در ایران برای شناسایی موضوعات و مؤلفه‌های مهم در این زمینه است.

روش‌ها

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی است و از روش تحلیل محتوا و کتاب‌سنجی برای تعیین روند نشر، تعداد نویسندگان و همکاری میان آن‌ها، مهمترین نشریات و پوشش موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی استفاده کرده است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۸۹۳ عنوان مقاله فارسی نوشته شده در حوزه‌های مختلف ترومای جنگی در ایران است که توسط کنشگران علمی حوزه‌های مختلف علم در ۱۳۷ نشریه علمی پژوهشی توسط ۱۸۷۸ نویسنده در محدوده زمانی ۳۶ ساله (۱۳۹۶-۱۳۶۰) منتشر شده‌اند. همچنین مبنای تعیین روند نشر مقاله‌ها در ایران اولین مقاله تخصصی نوشته شده در زمینه ترومای جنگی در ایران است. برای گردآوری اطلاعات مقاله‌های ترومای جنگی، با استفاده از کلیدواژه‌های تروما و ترومای جنگی و نظامی به جستجو در سایتهای پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف مانند سایت کتابخانه ملی، پایگاه استنادی جهان اسلام، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک نشریات ایران، سایت مجلات علمی، مرکز تحقیقات و سیاست علمی کشور و موتورهای جستجوی عمومی پرداخته شد. علاوه بر این پس از گردآوری اطلاعات برای تعیین روند نشر مقاله‌ها، تعداد نویسندگان و همکاری میان آن‌ها و نشریات مهم از اطلاعات کتاب‌شناختی مقاله‌ها استفاده شد و برای تعیین پوشش موضوعی آن‌ها، رویکرد علمی، روش‌شناسی، جامعه و نمونه پژوهش و محدوده جغرافیایی پژوهش‌های انجام شده، واژه‌های موضوعی از عناوین، کلیدواژه‌ها و چکیده آن‌ها انتخاب

عملکرد جانبازان قطع هر دو اندام تحتانی در انجام فعالیت‌های پیچیده روزمره زندگی به آن‌ها کمک کند (۷). ابوالمعالی و همکاران در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری و آموزش طرح‌واره‌محور بر تعدیل علائم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، نشان دادند که آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری، و آموزش متمرکز بر طرح‌واره موجب تعدیل علائم ترومای ثانویه و مؤلفه‌های آن (برانگیختگی، مزاحمت و اجتناب) می‌شوند و استفاده از هر دو روش به روان‌شناسان و درمانگران توصیه می‌شود (۸).

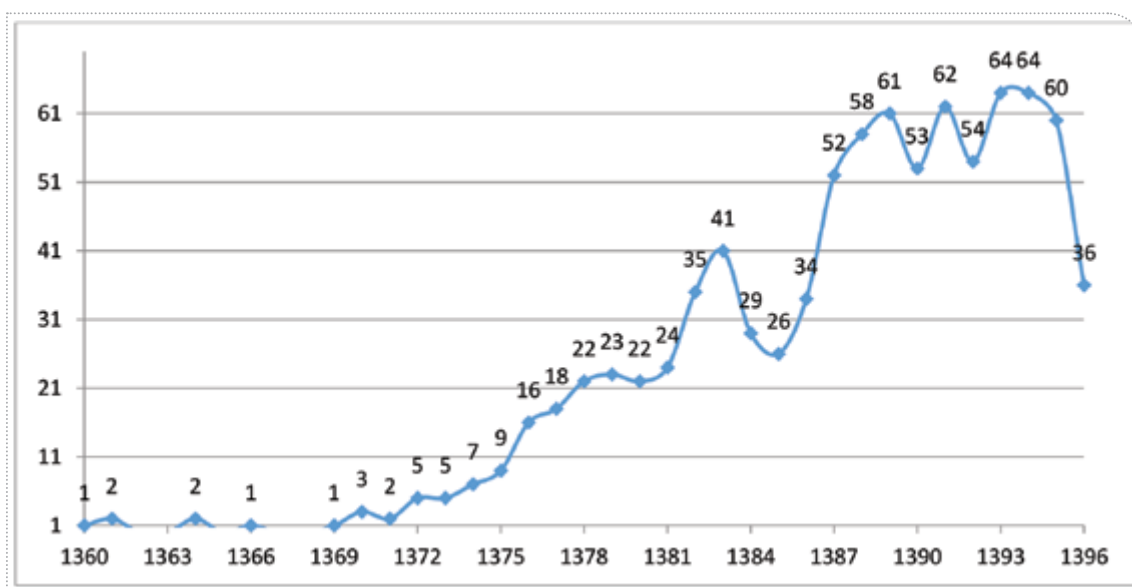
رئیس‌زاده و کرمعلی در پژوهشی به ترسیم نقشه علمی مقالات حوزه ترومای نظامی با استفاده از تحلیل هم‌واژگانی در پایگاه مدلاین در بازه زمانی ۲۰۱۷-۲۰۰۰ پرداختند و نشان دادند که رشد تولیدات علمی این حوزه صعودی بوده و نرخ رشد نسبتاً ثابتی داشته است. همچنین مفاهیم عمومی از قبیل: کهنه سربازان، مدیریت مجروحان و مصدومان و دلایل مجروحیت و واژگانی شامل: اختلالات استرس پس از آسیب، جراحی، افسردگی و شکستگی از پرکاربردترین موضوعات این حوزه به شمار می‌روند. علاوه بر این نتایج تحلیل هم‌واژگانی در مقالات بیانگر تمرکز موضوعات در زمینه‌های PTSD، نوع زخم، مدیریت مجروحان، شرایط رزم و تجارب جنگ‌هایی مانند عراق و افغانستان بوده است. ساختار موضوعی تولیدات علمی ترومای نظامی در طول زمان تغییر یافته و به صورتی پویا بر اساس مسایل و مشکلات نیروهای نظامی در حوزه آسیب‌ها و تجارب جنگ‌های اخیر رویکرد مطالعات نیز تحت تأثیر قرار گرفته است (۴). عبدالملکی و همکاران در پژوهشی با عنوان پیش‌بینی رشد پس از تروما بر اساس صمیمیت خانواده و کیفیت زندگی کاری معلمان جانباز، نشان دادند که بین صمیمیت و کیفیت زندگی کاری و رشد پس از تروما رابطه وجود دارد و از میان استانداردهای کیفیت زندگی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی بیشترین درصد قابلیت پیش‌بینی رضایت زناشویی در زنان را دارد و رشد پس از تروما بر اساس صمیمیت و کیفیت زندگی کاری معلمان پیش‌بینی می‌شود (۹).

Dekel & Solomon در پژوهشی نشان دادند که یک سوم جانبازان جنگی دچار علائم اختلال استرس پس از ضربه شده‌اند، این اختلال علاوه بر مشکلات فراوانی که برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند تأثیرات منفی بر خانواده و به تبع آن بر جامعه دارد (۱۰). Woolley و همکاران در پژوهشی با عنوان درس‌های جهانی: توسعه مراقبت‌های ترومای نظامی و درس‌هایی برای عمل غیرنظامی، نشان دادند که آموزش قبل از اعزام نیروهای نظامی یا کادر پزشکی شامل آموزش مهارت‌های اضافی، آموزش تیمی و جمعی آن‌ها نقش مهمی را در جلوگیری از ترومای نظامی دارد (۱۱). Goldstein و همکاران در پژوهشی با عنوان تأثیر ترومای نظامی بر استرس و افسردگی پس از سانحه در زنان جانباز، نشان دادند که تجاوز جنسی، آزار جنسی، احساس خطر کشته شدن، و دیدن کشته یا مصدوم شدن دیگران عوامل مؤثر بر بر استرس و افسردگی پس از سانحه در زنان جانباز هستند (۱۲).

نتایج

پاسخ پرسش اول: روند نشر مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه است؟

براساس یافته‌های نمودار ۱ می‌توان دریافت که روند نشر مقاله‌های تروما در ایران از سال ۱۳۹۶-۱۳۶۰ صعودی بوده است و بیشترین تعداد مقاله با ۶۴ عنوان در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ منتشر شده و در سال‌های ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۵، ۱۳۶۷ و ۱۳۶۸ نیز مقاله‌ای منتشر نشده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که تا سال ۱۳۷۱ فقط ۱۱ عنوان مقاله منتشر شده است که شاید دلایل آن را در تعداد کم پژوهشگران، مراکز علمی و دانشگاهی، بی‌توجهی به مسئله تروما توسط کنشگران علمی و یا عدم آگاهی از پیامدهای تروما در آن سال‌ها دانست.



نمودار ۱- روند نشر مقاله‌های تروما در ایران

مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه است؟

براساس یافته‌های جدول ۲، تعداد ۱۳۵ نفر از نویسندگان مقاله‌های ترومای جنگی، ۳۱۹۵ بار با هم در نگارش ۷۹۸ مقاله همکاری داشته‌اند و بیشترین همکاری میان آن‌ها به ترتیب مربوط به آثار ۴ نویسنده‌ای (۸۰۰ نفر)، آثار ۳ نویسنده‌ای (۶۲۴ نفر)، آثار ۵ نویسنده‌ای (۵۷۰ نفر)، آثار ۶ نویسنده‌ای (۳۳۰ نفر)، آثار ۲ نویسنده‌ای (۳۱۰ نفر) و آثار ۷ نویسنده‌ای (۲۰۳ نفر) است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که از میان ۸۹۳ اثر منتشر شده فقط ۹۵ عنوان از آن‌ها بدون همکاری نوشته شده‌اند و تک نویسنده‌ای هستند که از آوردن آن‌ها در جدول خودداری شده است. علاوه بر این یافته‌ها نشان می‌دهند تعداد ۷۹۸ مقاله از ۸۹۳ مقاله منتشر شده با همکاری میان نویسندگان با یکدیگر نوشته شده است که این امر نشانگر همکاری بیشتر نویسندگان این حوزه با یکدیگر است.

و موضوعات در حوزه‌های هشت‌گانه (مدیریت، خدمات، پژوهش، درمان، دارو، بیماری‌ها، سلامت، ورزش و گزارش‌ها) براساس نظر متخصصان مربوط گنجانده شد. علاوه بر این برای تعیین تغییر رویکرد موضوعی مقاله‌ها از سه دوره زمانی (۱۳۶۰-۱۳۷۱)، (۱۳۷۱-۱۳۸۳) و (۱۳۸۳-۱۳۹۶) و برای تعیین شکاف‌های موضوعی آن‌ها از تحلیل عناوین، چکیده، کلیدواژه‌های مقاله‌ها براساس موضوعات هشت‌گانه و مبتنی بر دیدگاه متخصصان این حوزه پرداخته شد تا شکاف‌های موضوعی استخراج شوند و در نهایت برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و ترسیم جداول و نمودارها از نرم افزار آماری Excel استفاده شد.

پاسخ پرسش دوم: مهمترین نویسندگان مقاله‌های ترومای جنگی در ایران کدامند؟

براساس یافته‌های جدول ۱، تعداد ۲۶ نفر از نویسندگان ۵۰۴ مقاله از ۸۹۳ مقاله را منتشر کرده‌اند که تقریباً بیش از نیمی از آثار منتشر شده توسط آن‌ها را نشان می‌دهد و محمدرضا سروش (۶۸ مقاله)، مصطفی قانع (۴۲ مقاله)، بتول موسوی (۳۵ مقاله)، طوبی غضنفری (۳۱ مقاله) و مهدی معصومی (۲۸ مقاله) به ترتیب مهمترین نویسندگان مقاله‌های ترومای جنگی در ایران هستند و نویسندگان دیگر در جایگاه بعدی قرار دارند. لازم به ذکر است که به دلیل زیاد بودن تعداد نویسندگان مقاله‌ها (۱۸۷۸ نفر) فقط نام نویسندگانی که بیشتر از ۱۰ مقاله منتشر کرده‌اند، آورده شده است.

پاسخ پرسش سوم: میزان همکاری نویسندگان

پاسخ پرسش چهارم: مهمترین مجلات علمی برای نشر

مقاله‌های ترومای جنگی در ایران کدامند؟

براساس یافته‌های نمودار ۲ بیشترین مقاله‌های ترومای جنگی

جدول ۱. مهمترین نویسندگان ترومای جنگی

ردیف	نام نویسنده	تعداد مقاله
۱	محمدرضا سروش	۶۸
۲	مصطفی قانعی	۴۲
۳	بتول موسوی	۳۵
۴	طوبی غضنفری	۳۱
۵	مهدی معصومی	۲۸
۶	سقراط فقیه زاده	۲۴
۷	احسان مدیریان	۲۳
۸	عباس عبادی	۱۹
۹	سیدعباس تولایی	۱۸
۱۰	شهریار خاطری	۱۷
۱۱	محمد مهدی نقی زاده	۱۶
۱۲	وحید نجاتی	۱۵
۱۳	زهره گنج پرور	۱۵
۱۴	جعفر اصلانی	۱۵
۱۵	سیدعباس فروتن	۱۵
۱۶	شروین آثاری	۱۳
۱۷	سیدمسعود داوودی	۱۲
۱۸	مجید شهرتی	۱۲
۱۹	غلامرضا کرمی	۱۲
۲۰	یونس پناهی	۱۱
۲۱	مسعود ثقفی نیا	۱۱
۲۲	خسرو جدیدی	۱۱
۲۳	محمود نجفی	۱۱
۲۴	خدا بخش احمدی نوده	۱۰
۲۵	رضا امینی	۱۰
۲۶	محمد علی جوادی	۱۰
جمع	*	۵۰۴

جدول ۲. میزان همکاری نویسندگان مقاله‌های ترومای جنگی

ردیف	تعداد آثار	تعداد نویسنده	تعداد همکار
۱	۱	۲۳	۲۳
۲	۱	۲۱	۲۱
۳	۱	۱۴	۱۴
۴	۲	۱۲	۲۴
۵	۱	۱۱	۱۱
۶	۶	۱۰	۶۰
۷	۵	۹	۴۵
۸	۲۰	۸	۱۶۰
۹	۲۹	۷	۲۰۳
۱۰	۵۵	۶	۳۳۰
۱۱	۱۱۴	۵	۵۷۰
۱۲	۲۰۰	۴	۸۰۰
۱۳	۲۰۸	۳	۶۲۴
۱۴	۱۵۵	۲	۳۱۰
جمع	۷۹۸	۱۳۵	۳۱۹۵

در ایران به ترتیب در مجله‌های طب جانباز (۲۵۸ عنوان)، طب نظامی (۱۴۲ عنوان) و مجله پزشکی کوثر (۵۶ عنوان) منتشر شده‌اند. لازم به ذکر است که به دلیل زیاد بودن تعداد مجله‌ها (۱۳۷ عنوان) از آوردن مجله‌هایی که کمتر از ۷ عنوان مقاله منتشر کرده‌اند، خودداری شده است.

پاسخ پرسش پنجم: پوشش موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه است؟

مدیریت

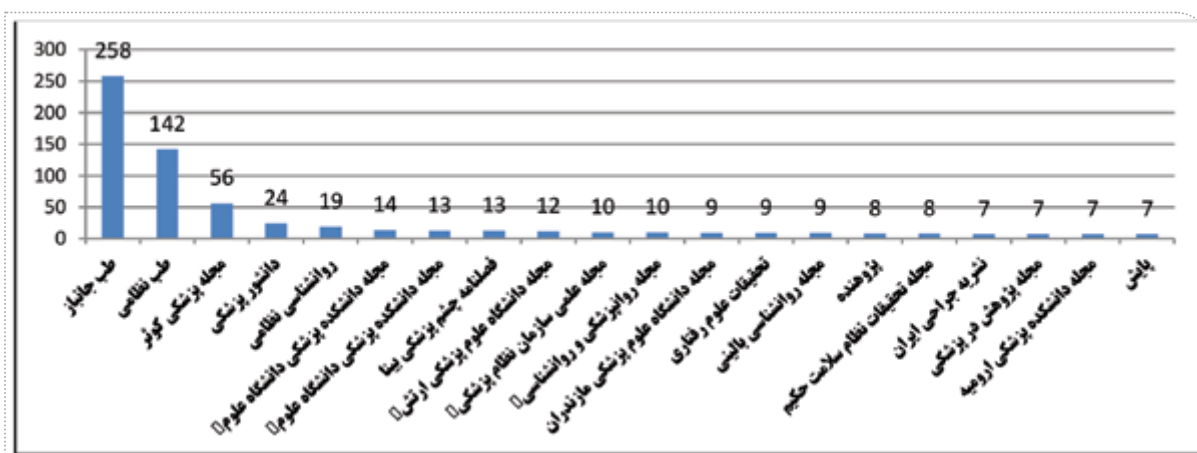
برنامه کشوری بهداشت روانی و مجروحین روانپزشکی جنگی، سازه‌های مستحکم بیمارستانی در فعالیتهای پزشکی، بررسی واحدهای بهداشتی جانبازان، اصول رسیدگی به مشکلات روانی جانبازان، رضایت جانبازان از روند کار کمیسیون پزشکی تعیین درصد، ارزیابی برنامه کاهش آسیب در کلینیک‌های بیماری‌های رفتاری (مثلثی)، راهبردهای کنترل افکار در علائم اختلال استرس پس از سانحه مزمن، طراحی باغ‌های شفا بخش برای جانبازان، مناسب‌سازی پیاده‌راه‌ها و تجهیزات شهری برای جانبازان و معلولان، مدیریت اطلاعات بالینی بیماری‌های روانی ناشی از جنگ، ارزیابی نقش آموزش پیشگیری و مراقبت از مصدوم ترومایی، نظام اطلاعات بالینی بیماری‌های روانی ناشی از جنگ و زیر سیستم‌های نظام سلامت ایثارگران.

خدمات

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر علائم روان شناختی جانبازان، آموزش مبتنی بر قصه زندگی بر افزایش سازگاری زناشویی زوجین ایثارگر، ارتباط بین رضایت شغلی با سلامت روانی در جانبازان

شناختی- رفتاری، آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان، رضایتمندی خانواده شهدا از بیمه تکمیلی در دریافت خدمات پاراکلینیک، رضایتمندی کودکان قربانی مین از خدمات ارائه‌شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران، خدمات سلامت روان از راه دور جانبازان، اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر فراوانی نشخوارهای فکری، ارتقای شایستگی ارتباطی کارکنان جانباز و ایثارگر در پرتو هوش عاطفی، وضعیت فضای شهری برای حضور معلولان و جانبازان و تسهیل‌کننده‌های تطابق کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در جنگ.

شیمیایی، بررسی تأثیر آموزش مصون سازی در مقابل استرس، تأثیر مواجهه با محل رویداد آسیب‌زا، اسپرومتری و کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقاء-دهنده سلامت، اثر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر اساس الگوی ارتقاء سلامت، آموزش مهارت‌های مقابله دینی بر تاب‌آوری، انطباق‌پذیری و مدیریت فشار روانی، بکارگیری سیستم‌های سلامت روان از راه دور برای جانبازان، نیازهای بنیادی روانشناختی و سلامت روان جانبازان، اثر بخشی آموزش مؤلفه‌های فراشناختی، بر کاهش نشانگان استرس، ارائه خدمات سلامت روان از راه دور، طراحی سیستم تصمیم یار تشخیص آسیب ریوی، آموزش مدیریت استرس به شیوه درمان



نمودار ۲. مهمترین مجلات علمی ترومای جنگی

استرس ضربه ثانوی، هدف در زندگی با سلامت عمومی در ایثارگران، الگوهای سازگاری، رضایت زناشویی با باورهای دینی، هوش هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای، بازنگری سبک زندگی در تطابق با قطع عضو در بیماران ترومایی، بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی، سلامت روان جانبازان براساس بهزیستی معنوی، کیفیت زندگی جانبازان نابینا، اثربخشی پردازش شناختی در کاهش خشم و خصومت جانبازان، پیامدهای درمانگری پردازش شناختی بر زیست نشانگرهای قلبی-عروقی، کیفیت خواب مصدومان شیمیایی، شناخت درمانی بر درمان بیماران مبتلا به PTSD، تجارب جانبازان شیمیایی، حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی همسران جانبازان، فعالیت‌های روزمره نوجوانان قربانی مین و مهمات عمل نکرده، مدل علی فراشناختی اختلال مزمن استرس، صفات شخصیت و رضایت زناشویی در جانبازان، ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش-بینی علائم جسمانی سازی، شاخص‌های استرس اکسایشی، اثربخشی افشای هیجانی نوشتاری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان جانبازان، بهبود حافظه‌های کلامی و کاری در جانبازان، پدیدارشناسی تجارب زندگی جانبازان، ویژگی‌های روانسنجی هوش معنوی در جانبازان جسمی، تأثیر موسیقی درمانی بر افسردگی جانبازان، تجارب همسران

پژوهش

الگوهای ارتباطی همسران جانباز، شاخص‌های ریوی مصدومین شیمیایی، عملکرد حافظه بالینی در جانبازان نابینا، میزان وابستگی به توجه در زندگی روزانه در نابینایان، ابعاد و زمینه‌های احساس ناامنی در همسران ایثارگر، ذهن آگاهی و عملکردهای اجرایی در جانبازان نابینا، سبک‌های دلبستگی و میزان تاب‌آوری همسران جانبازان، رابطه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل شخصیت، زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان، رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز، رضایت از زندگی جانبازان، اثربخشی زوج درمانی، پیامد بارداری همسران جانبازان اعصاب و روان، وضعیت حافظه در بین جانبازان مبتلا به اختلال استرس، عملکرد حافظه در فرزندان نوجوان جانبازان مبتلا به اختلال استرس، مدل‌یابی تاب‌آوری خانواده جانباز، تحلیل مطالعات انجام شده در زمینه سلامت روانی جانبازان، اعتماد اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در بین جانبازان، بازدارنده شناختی و رفتاری در جانبازان با و بدون اختلال تپیدگی، عملکرد حافظه آیتم و منبع جانبازان مبتلا به اختلال استرس، مهارت‌های تفکر انتقادی و گرایش به تفکر انتقادی، کیفیت نظام ارزشی و باورهای خودکارآمدی، یافته‌ها، تنگناها و جهت‌گیری‌های پژوهش در حوزه سلامت روانی، مقیاس

اعصاب زیرزبانی دو طرف، اثربخشی ترکیب درمانی آزیترامایسین و پردنیزولون، پرتونگاری قفسه سینه در جانبازان شیمیایی، مبارزه با مالاریا، پیشگیری از وقوع همه‌گیری بیماری‌های عفونی، نحوه مراقبت از خود و وضعیت جسمی، پیوند آلوگرافت بافت لیمبوس، تأثیر تحریک الکتریکی و وضعیت مفصل زانو بر روی پاسخ‌های قلبی عروقی، تأثیر استفاده از عصاهای مختلف بر میزان انرژی مصرفی، مبارزه با حشرات و دیگر بندپایان، شیوه‌های مقابله با استرس، روش فلوسیتومتری، تجزیه محتوی DNA، اسپری سالیوآمول و ترکیب آن با اپی‌تروپیوم بروماید، تأثیر چسب‌های با پوشش هیدروکولوئیدی با کرم فنی توین و پانسمان ساده، درمان زخم فشاری بیماران پاراپلژیک نخاعی، درمان تشنج ناشی از تروما به مجسمه مجروحین، درمان مبتلایان به مجروحین صرعی، تأثیر زمان در ترومای عروق، درمان موفق ضایعه انسدادی ریه مصدومین شیمیایی، پیوند آلوگرافت بافت لیمبوس از دهنده زنده در جانبازان شیمیایی، نتایج ویتروکتومی در بیماران دارای جسم بیگانه داخل شبکیه‌ای، اثر درمانی کورتیکواستروئید تزریقی، مقاومت آنتی‌بیوتیکی در بیماران با ضایعات ریوی، پیوند سلول‌های بنیادی لیمبوس، عوامل مؤثر بر موفقیت درمان در جانبازان قطع نخاع به روش ICSI، درمان بی‌اختیاری ادراری در جانبازان ضایعه نخاعی، هیپوکسمی زودرس پس از عمل با محل جراحی، رکمترین دبریدمان یا بستن ساده زخم به عنوان، درمان قطع اندام تحتانی در جانبازان جنگ تحمیلی، مصرف اکسیژن و حداکثر ضربان قلب در مصدومین شیمیایی، اندازه‌گیری غلظت ویتامین‌های C و A، نتایج درمان ضایعات عصب سیاتیک، ترکیب یک درصد فنل و منتول در درمان ضایعات مزمن خارش-دهنده پوستی، اثر لیزر کم‌توان در درمان زخم‌های فشاری جانبازان نخاعی، تأثیر فنول و منتول موضعی در بهبود ضایعه‌های مزمن پوستی خارش‌دار، اثربخشی درمان رفتاری-فراشناختی، استخوان-سازی خودانگیز در فک پایین، پلیسومنوگرافی، کار درمانی بر جانبازان، نتایج درمان شوک ناشی از تروما، تأثیرات کوتاه مدت فیزیوتراپی تنفسی بر شاخص‌های اسپیرومتری در جانبازان شیمیایی، درمان یک مورد زخم فشاری مقاوم به درمان‌های متداول، مروری بر درمان دارویی کابوس‌های شبانه در اختلال استرس، نقش لیزر کم‌توان در مقایسه با درمان‌های متداول در سندرم تونل مچ دستی جانبازان با ضایعات، نمایش اثرات موتاسیون‌زایی گاز خردل و متابولیت‌های آن در مجروحین شیمیایی، اثربخشی درمان چندوجهی بر کاهش تنیدگی و افزایش شاخص‌های سلامت در جانبازان، درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سلامت، مدل مراقبتی مشارکتی، درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی، روش حساسیت‌زدایی توام با حرکات چشم و پردازش مجدد، آنالیز ژنومیک مولکول C-fos، ارزیابی بالینی ارتوپدی و توانبخشی جانبازان قطع عضو، اثربخشی درمان بازآفرینی خیالی و پردازش مجدد، کاهش سطح آشفتگی ذهنی، شیوه‌های مقابله با استرس، پیش‌بینی بیماری‌های ریوی در جانبازان شیمیایی، استفاده از بیومارکرهای IL-2، IL-4، IL-10، IFN- γ شیوه‌های مقابله، اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و نشانه‌های تنیدگی مزمن،

در توانمندسازی مصدومان شیمیایی، رابطه معنویت و بخشودگی با انسجام و سازگاری خانوادگی، علل مرگ و میر در جانبازان مرد میانسال و سالمند ایرانی، اعتیاد به اینترنت و مؤلفه‌های سلامت عمومی در فرزندان جانبازان، کیفیت زندگی و تعارض کار-خانواده بین کارگران جانباز و غیرجانباز، هوش هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس، تاب‌آوری در ورزشکاران معلول و جانباز، نشانگرهای زیستی پاسخ‌های قلبی-عروقی در میان جانبازان، ارتباط تجارب معنوی روزانه با استرس ادراک شده، ارتباط بین هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ، ارتباط حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی همسران جانبازان، ارتباط خودکارآمدی با استرس ادراک شده در همسران جانبازان، اثربخشی فعالیت‌های جسمانی بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی درد در جانبازان، اثربخشی مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر بهبود رابطه، تاریخ نگاری تحولات بهداری رزمی، میزان خستگی با پارامترهای اسپیرومتری، ابعاد مختلف سازگاری در جانبازان نابینای محروم از یک چشم، بهداشت روان در یک جمعیت از جانبازان اعصاب و روان و همسران آنان، سلامت روانی خانواده‌های شاهد و ایثارگر، اثر عوامل اقتصادی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی و شادمانی ذهنی، صحت نگارش مقالات مرتبط با کیفیت زندگی در جانبازان، پیش‌بینی اضطراب صفتی رقابتی، پرخاشگری رقابتی و خشم رقابتی، تحلیل اختلالات حسی-حرکتی ناشی از استرس پس از ضربه، رابطه باورهای مذهبی و راهبردهای رویارویی با استرس، رابطه ذهن آگاهی و توانایی‌های شناختی در جانبازان نابینای ورزشکار، حمایت و استرس اجتماعی در بین جانبازان قطع نخاع، میانجیگری فرسودگی شغلی و بدبینی سازمانی، سرمایه روانشناختی و بهزیستی روان جانبازان، همه‌گیری‌شناسی نشانگان افسردگی، اضطراب و تنیدگی در همسران جانباز، وضعیت سلامت جانبازان نخاعی سالمند، نقش سرشت عاطفی و هیجانی در پیش‌بینی سلامت روان، احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان خانواده شهدا، علل مرگ و عوامل مؤثر بر آن در جانبازان ایرانی و افکار خودکار و بهزیستی روانی در جانبازان، خسارت‌های ناشی از حوادث انفجار مین و مهمات منفجر نشده، شرایط جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، خسارات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران، خسارات انسانی ناشی از جنگ شیمیایی عراق علیه ایران، خطاهای انسانی در عملیات مین زدایی، انفجار مین و مهمات عمل نکرده، کاهش مرگ و میر ناشی از مین.

درمان

جراحی مصدومان جنگ، تزریق ناکوتیک‌ها، ارزیابی اعتبار معیارهای (PTSD)، جراحی‌های ارتوگناتیک، ایمپلنت‌های دندان، تست‌های فونکسیون ریوی در مجروحین جنگی، نتایج درمانی ترومای شکم، الکتروآکولاسیون در درمان ناباروری، اعمال جراحی بر ضایعات جنگی عصب رانی، بازسازی مدرن فکین، چگونگی درمان تروماهای نافذ کولون، روش‌های درمانی سیستم اوروژنیتال، نتایج پیوند

هولوگرافیک بر علائم برانگیختگی، اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش خشم و خصومت در میان جانبازان، اثربخشی امید درمانی بر تاب‌آوری و خوش‌بینی فرزندان جانبازان و اثربخشی روش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر کاهش نشانگان.

دارو

داروهای ضد جنون قدیمی و جدید، تأثیر داروی سیلدنافیل بر بهبود بیماران دچار فشار خون ریوی، فرآیند مصرف دارو در جانبازان شیمیایی، تداخلات دارویی در جانبازان و مجروحین جنگی، اثر نالیدیکسیک اسید و نیتروفرانتوئین با آمینوگلیکوزیدها در عفونت ادراری، اثرات بلند مدت سولفور موستارد بر کیفیت خواب، درمان ناتوانی جنسی با داروهای وازواکتیو، تأثیر ژل پروستاگلاندین در ایجاد نعوذ در بیماران جانباز نخاعی، اثر پرازوسین بر کابوس‌های شبانه اختلال استرس، اثر سیپروهپتادین بر کابوس‌های شبانه اختلال استرس، اثر کلونیدین و پرازوسین بر کابوس‌های اختلال استرس، قطره آویشن بر وضعیت تنفسی مبتلایان به برونشیت شیمیایی، اثرات اریترومايسين با دز کم و طولانی مدت در بهبود وضعیت تنفسی مصدومین، عوارض جانبی دز کم و طولانی مدت اریترومايسين در درمان ضایعات مزمن ریوی، بررسی مقایسه‌ای اثربخشی بتامتازون و کرم Unna's Boot، اثر داروهای ین، ستریزین و داکسپین در درمان خارش مزمن ناشی از سولفور موستارد، اثربخشی سرتاید در مقایسه با بکلومتازون و سالبوتامول در درمان برونشیت، تأثیر داکسپین با هیدروکسی‌زین در درمان ضایعات خارش دار، استفاده مرضی از دارو و مواد، تأثیر پرازوسین بر روی علائم کلینیکی اختلال استرس و پروتئین تام در سرم جانبازان شیمیایی.

بیماری‌ها

شیوع اختلالات رفتاری و روانی، آسیب‌ها و بیماری‌های روانی، تی‌بی‌توس در مجروحین جنگی، آلودگی به گاز خردل، مسمومیت با خردل گوگردار، ژینکوماستی در جانبازان قطع نخاع، عوارض قلبی ناشی از استرس بمباران، اندیکاسیون‌های جابجایی تاندون، فلج عصب رادیال در اندام فوقانی، تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی، سنگ‌های ادراری در جانبازان نخاعی، اختلال استرس‌زاپس از ضربه، فیستول‌های شریانی وریدی، اجسام خارجی در سیستم ادراری، اختلالات روانپزشکی شایع گروهی، ضایعات قفسه صدری مجروحین، شکستگی‌های باز، سرطان‌های ناشی از گاز خردل، اثر گاز خردل بر روی آنتی‌ژن‌های گروه‌های خونی، بیماری‌های ناشی از گاز خردل (ریوی، تنفسی، چشمی، قلبی، پوستی، ذهنی)، بیماران مبتلا به آسیب نخاعی، شکستگی فک پایین، اتونومیک دیس رفלקسی، نارسایی شنوایی، ضایعات احشاء در جراحات نافذ شکم، شیوع افسردگی و عوامل آن در جانبازان، عوارض و ضایعات پوستی در مجروحین و مصدومین شیمیایی، عوارض دیررس پوستی، تأثیر گاز خردل بر تحرک‌پذیری الکتریکی اریتروسیت‌های انسانی، اختلالات شنوایی در مجروحین جنگی، اثرات دراز مدت گازهای

لوکالیزاسیون پروتئین هم اکسیژناز، روش‌های ایمن‌سازی در برابر استرس، روش‌های تعیین میزان نقص عضو دائم، رایحه‌درمانی، اثربخشی گشتالت درمانی و شناخت درمانی، پیوند قرینه لایه‌ای در درمان کراتیت ناشی از گاز خردل، مواجهه با گاز شیمیایی خردل، شیوه‌های مقابله و نشانه‌های تنیدگی مزمن با استفاده مرضی از دارو و مواد، روش‌های جراحی پیوند سلول‌های بنیادی اپیتلیوم و پیوند قرینه، اثربخشی گروه درمانی یک پارچه توحیدی و شناختی رفتاری، پروتکل‌های پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در مجروحین جنگی و جانبازان، تأثیر وضعیت‌های فیت خوب و بد سوکت پی تی بی سوپراکونیدیلار بر نحوه توزیع فشار، نتایج درمان جراحی ایمپلنت‌های جایگذاری شده، تعیین درمان آنتی‌بیوتیک تجربی در جانبازان مبتلا به استئومیلیت مزمن، اثربخشی سه روش دارو درمانی، شناخت درمانی گروهی و حساسیت‌زدایی، اثربخشی درمان حل مسئله، مواجهه‌سازی و ترکیبی بر کیفیت زندگی جانبازان، پیوند قرینه نفوذی و لایه‌ای در درمان کراتیت ناشی از گاز خردل، اثربخشی روش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر کاهش نشانگان، اثربخشی مداخله رفتاری - شناختی متمرکز بر تروما، تأثیر فیت نامناسب و مناسب میان استمپ و سوکت بر پارامترهای حرکتی افراد قطع عضو، تأثیر استیروئید لوکال در برونشکتازی ناشی از گاز موستارد و جراحی مغز در حالت هوشیاری کامل، اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی، افزودن هومیوپاتی به درمان‌های معمول جانبازان، گشتالت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش علائم اختلال استرس، اثربخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی، اثربخشی گشتالت درمانی به شیوه گروهی، تأثیر پروتز با کاسه متناسب بر ویژگی‌های راه رفتن، استفاده از ارتز و پروتز در نوجوانان قربانی مین و مهمات، راهکار بالینی پیشگیری، تشخیص و درمان آسیب‌های چشمی زودرس و تأخیری، تحریک الکتریکی مستقیم مغز از ورای جمجمه بر سلامت روان جانبازان، درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی، تأثیر قطر و طول ایمپلنت بر میزان بقای آن در جانبازان، سطح سائیتوکاین IL-21، پیوند کلیه، سنجش شنوایی و تجویز سمعک جانبازان، تأثیر حساسیت‌زدایی بر کاهش میزان اضطراب، روش تزریق اسپرم به داخل تخمک در جانبازان و غیر جانبازان نابارور، تأثیر طب سوزنی بر روی نقاط ماش‌های شانه در بیماران مبتلا به سندرم درد عضلانی، تأثیر روان‌نمایشگری بر ویژگی‌های روانی جانبازان اسکیزوفرنیای مزمن، اثربخشی بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری به شیوه گروهی، راهبردهای کنترل فکر و باورهای مرتبط با نگرانی با علائم استرس، تأثیر قطر ایمپلنت در میزان بقای آن در جانبازان، تشخیص‌های بالینی بیماران بستری و سرپایی جانبازان، شناخت تجربه بستری مجدد و عوامل اصلی مؤثر بر آن، ارزیابی پروتز افراد دارای قطع عضو اندام تحتانی، اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان، اثربخشی برنامه مهارت‌های هیجانی - اجتماعی بر کنترل خشم و توانایی حل مسئله اجتماعی، اثربخشی پسخوراند عصبی بر اضطراب، افسردگی و نشانه‌های اختلال استرس، اثربخشی درمان پردازش مجدد

بی حرکتی در جانبازان نخاعی، عوارض جسمانی ناشی از حوادث نخاعی، بررسی عوارض ریوی حاملگی در همسران مصدومین شیمیایی، شیوع و شدت افسردگی جانبازان، نقش عوامل جنگی شیمیایی در ایجاد نورویاتی محیطی، تغییر و تأثیر وضعیت‌های مختلف بدنی بر پارامترهای منتخب همودینامیک جانبازان شیمیایی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم استرس در زندگی جانبازان، اسکار ناشی از گاز خردل در ناحیه ران به همراه آنژیوم گیلاسی، کاهش رشد مو و اختلال پیگمانتاسیون، الگوی مرگومیر دیررس در جانبازان شیمیایی، بررسی آسیب‌های ناشی از مین‌های خنثی نشده ضد نفر و راه‌های کاهش آن، انسداد مزمن ریوی، اثر گازهای شیمیایی (به‌طور عمده موستارد) روی نوتروفیل‌های مصدومان شیمیایی، تأثیر طب فشاری بر مشکلات تنفسی، شیوع کاهش شنوایی در دانشجویان پزشکی، صدمات ناشی از برخورد با مین، بروز عیوب انکساری در جانبازان شیمیایی، پوکی استخوان در بیماران آسمی شیمیایی، بیماران مبتلا به آسم، شیوع HBs Ag در خانم‌های باردار - جانبازان، استئوپروزیس در جانبازان قطع نخاعی، کارسینوم پاپیلری کیست تیروگلوکوس، کراتیت مزمن و کراتیت با شروع دیررس ناشی از گاز خردل گوگردی، دیابت قندی در جانبازان اعصاب و روان، شیوع استئوپروزیس در مبتلایان به آسم، وقوع همزمان پسروریازیس و بولوز پمفیگویی، هپاتیت D و B، استئوپروز منطقه‌ای در جانبازان، اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک در جانبازان، تظاهرات دهانی مصدومین شیمیایی با گاز خردل، معلولیت جانبازان، لیشمانیوز جلدی، سطح سرمی میزان منیزیم در بین مصدومان شیمیایی آسماتیک، گونه‌های فعال اکسیژن‌دار در عوارض دیررس چشمی گازخردل، مواجهه با عامل خردل گوگردی و سرطان در رزمندگان، شیوع تومورهای پوستی در جانبازان شیمیایی، شیوع دردهای عضلانی استخوانی در جانبازان نابینا، عوامل خطر در سرطان خون حاد در کودکان جانبازان، شیوع پوکی استخوان در جانبازان ضایعه نخاعی، هیپوگنادیسم و سطح سرمی تستسترون آزاد در مصدومین شیمیایی، یافته‌های اوتولوژیک در جانبازان جنگ تحمیلی، برونشکتازی در اثر گاز خردل، بروز آنژیوم‌های گیلاسی متعدد و بزرگ، مصرف سیگار و ارتباط آن با یافته‌های ریوی در برونشلیت مزمن ناشی از گاز خردل، مسمومیت با عوامل شیمیایی جنگی اعصاب، نمایه توده بدن در جانبازان شیمیایی، آتروفی و پوکی‌کلدرما به دنبال تماس پوستی، عوارض دیررس چشمی، ریوی، پوستی و اعصاب و روان، فعالیت آلانین آمینوترانسفراز در جانبازان شیمیایی، بررسی وجود آمفیزم به کمک تست عملکرد ریوی، توموگرافی کامپیوتری قفسه سینه، عوارض طولانی مدت تخلیه چشم، ضایعات ناشی از اصابت گلوله و ترکش، مرکل سل کارسینوما در جوشگاه گاز خردل، اندازه‌گیری تراکم معدنی استخوان، شیوع ارگانوسم‌های ایجادکننده عفونت ادراری در جانبازان، ارزیابی سطح سرمی نیتریک اکساید، ارزیابی مشکلات ارتوپدی، بررسی اعتبار جانمایی سایتوکاین‌های 1 Th و 2 Th، اعتبار زیست‌نشانگان‌ها با استفاده از رهیافت بی‌زی، معیار پرنیتاس و کاربرد آن در بیماری‌های

شیمیایی جنگی بر دستگاه تنفسی، همه‌گیری شناختی اختلالات روانی در جانبازان، بررسی عملکرد لنفوسیت، فلور هوازی در خلط قربانیان گازهای جنگی مبتلا به برونشیت، شیوع آسیب‌های مکانیکی سیستم اورژانسی، عوارض تناسلی و باروری در جانبازان شیمیایی، نحوه ایجاد تروماهای نافذ شکم و تریاز، درد در جانبازان قطع نخاع، صدمات دستگاه صفراوی در مجروحین جنگی، آثار دراز مدت جنگ‌افزارهای شیمیایی بر روی تست‌های عملکرد، شاخص‌های ایمونولوژیک در مصدومین شیمیایی، اثر گاز خردل بر شمارش زیرگروه‌های لنفوسیت، عوارض تأخیری ناشی از کاربرد سلاح‌های شیمیایی، ترومای شکم در جنگ، صدمات عروق محیطی در مجروحین جنگ، لوسمی میلوئیدی مزمن در مصدومین گازهای شیمیایی، سرواییدمیولوژی بیماری تب پشه خاکی، اثرات محافظتی آنتاگونیست‌های ماده، کلاپس یک طرفه ریه در جریان مصدومیت با گاز خردل، اثرات و عوارض درمان خوراکی، اختلال عملکرد نوزاد در جانبازان، تغییرات شکل‌شناسی سلول‌های خون محیطی، صدمات و ضایعات عروقی در مجروحین، ضایعات ناشی از گرما، علل اختلالات مفصل فکی گیجگاهی، عوارض مزمن روند تغییر سلول‌های خونی، عوارض اعمال جراحی شکمی، آسیب‌های فراموش شده به دنبال لاپاراتومی، بیماری‌های قارچی جانبازان، جانبازان قطع عضو اندام تحتانی، شیوع پرفشاری خون، ارتباط ایمنوگلوبولین‌های سرمی با اگرما در مصدومین شیمیایی، اختلالات عصبی - اسکلتی - عضلانی میچ و پا، ابعاد روانشناختی و سطح اضطراب ناشی از ناباروری، تجزیه اسپرم جانبازان قطع نخاعی، میزان کاتکول آمین - های ادراری در مجروحین جنگی، واکنش متقابل گاز خردل و سیستم ایمنی، آنوریکسم‌ها و فیستول‌های شریانی - وریدی عروق خارج از مجمله، صدمات نافذ سر و گردن، اثر سلاح‌های شیمیایی بر سیستم آندوکراین، بررسی آسیب‌های وارده بر مجروحین جنگی، بیماری‌های قارچی سطحی و جلدی، بررسی تعداد و عملکرد سلول‌های 4T و 8T، عوارض ناشی از ترومای پانکراس، نقش بلند مدت گازهای شیمیایی بر سلول‌ها و شاخص - های خونی، وزوز گوش، جراحت جنگی، آلودگی به ویروس نوع هپاتیت B، کاهش تعداد ضربان قلب جانبازان پاراپلژیک، شاخص‌های سطحی گرانولوسیت‌ها، منوسیت‌ها و لنفوسیت‌های T و B، آستنواسپریمی در اسپرم‌های به‌دست آمده به روش الکترواجاکولاسیون، تشنج ناشی از تروما به مجمله، شاخص‌های ایمنی هومورال و هورمون تیروئید، شیوع آلودگی به ویروس هپاتیت B و C، ترومای رکتوم در بیماران، مشکلات تنفسی، وضعیت ایمنی سلول‌های رده مونوسیتی، اختلالات در چرخه یاخته‌ای گلوبول‌های سفید، هماتوکریت قابل قبول، بدخیمی‌های خون و آنمی آپلاستیک و سولفور موستارد، سلول‌های خونی و مقدار آنتی‌تنانوس آنتی‌بادی، آمپوتاسیون اندام تحتانی، عوارض مزمن گاز شیمیایی خردل، ارزیابی سیستم آندوکراین بیماران مورد مواجهه با گاز خردل گوگردی، بررسی اپیدمیولوژیک سرانجام حاملگی همسران جانبازان، ضایعات دیررس چشمی با ناتوانی عملی ریه، ضایعات عصبی ناحیه دم اسب، عوارض

پوستی، بررسی بیان ژن مهارکننده بافتی نوع یک، بررسی در سلول‌های T کمکی و سیتوتوکسیک در خون محیطی، شیوع اختلالات عضلانی استخوانی در جانبازان نابینا، آسیب‌های سیستم شنوایی در مصدومین انفجار، فعالیت آنزیم سوپراکسید دیسموتاز خارج سلولی در ضایعه‌های ریوی، اریتم و ملانین در ضایعات مزمن پوستی، میزان شیوع ضایعات آکنه مانند در مجروحین شیمیایی، ناتوانی جنسی و باروری در جانبازان، ویژگی‌های بالینی و پاراکلینیک استئومیلیت مزمن در جانبازان، بروز بازال سل کارسینوماهای متعدد در یک مجروح سلاح‌های شیمیایی، بروز تأخیری آنوریسسم کاذب شریان پوپلیته پس از ترومای نافذ، توزیع آناتومیک مجروحیت‌های جنگی، قطع دو طرفه اندام فوقانی ناشی از مین و مواد منفجرنده، مشکلات عضلانی، مفصلی اسکلتی اندام‌های فوقانی و ستون فقرات گردنی در جانبازان نخاعی، آسیب شنوایی ناشی از نویز و ضربه صوتی، آسیب‌شناسی قرنیه گیرندگان بعد از جراحی پیوند قرنیه، اپیدمیولوژی ضایعات و کشته شدگان ناشی از مین و مواد انفجاری، بررسی آثار گازهای شیمیایی بر روی اندکس‌های خون، سطح سرمی mmp9، بررسی علائم روانپزشکی در جانبازان جسمی و شیمیایی، ضایعات بافت نرم دهانی در جانبازان شیمیایی، میزان تقارن امواج مغز در الکتروانسفالوگرافی بیماران، بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری در جانبازان، تحمل فعالیتی، و میزان تنگی نفس در جانبازان شیمیایی ریوی، شاخص‌های تهویه‌ای در مصدومین، صدمات منجر به مرگ ناشی از انفجار مهمات، فوتیپ و فعالیت آلفایک آنتی‌تریپسین در پلاسما جانبازان شیمیایی، آلوئولار میکرولبیتایزیس ریه، مشکلات ارتوپدی در جانبازان، علائم روانپزشکی در جانبازان جسمی و شیمیایی، ویژگی‌های آبرودینامیک گفتار، ارزیابی ایمونوهیستوشیمی توزیع بافتی گلوکوتایون، شیوع بیماری‌های مزمن در جانبازان اعصاب و روان، عوارض طولانی مدت ناشی از قطع اندام تحتانی در جانبازان، عوارض مزمن عضلانی - اسکلتی در جانباز با قطع، ژن فاکتور رشد تغییردهنده بتا، کاهش سلول‌های بنیادی لیمبوس در کراتوپاتی مزمن، مطالعه هیستوپاتولوژیک آثار تأخیری گاز خردل بر چشم، تراکم معدنی استخوان در مصدومان شیمیایی و بیماران آسماتیک غیرشیمیایی، سندرم کاریپال تونل در جانبازان جنگ تحمیلی، اتونومیک دیسرفلکسی در جانبازان، فلور میکروبی لبه پلک جانبازان شیمیایی مبتلا به بلغاریت مزمن، بیان ژن NF-kB، تغییرات پارامترهای تنفسی جانبازان شیمیایی، شدت PTSD جانباز با میزان سطح اینترلوکین ۱۹ در سرم جانبازان شیمیایی با مشکلات ریوی، شاخص توده بدن (BMI)، عوارض بلندمدت ناشی از قطع عضو و میزان رضایت از پروتز در جانبازان، رخداد تشنج و عوامل مؤثر بر آن میان جانبازان، بیان ژن TGF- β ، عوارض پوستی حاد و مزمن تماس با سولفور موستارد، ماتریکس متالوپروتئینازها و مهارکننده‌های آن‌ها، صدمات جسمی در مصدومین ناشی از انفجار مین، تعیین عوامل خطر بر فاصله زمانی وقوع امواج صرعی، عوامل مؤثر بر دیسشارژ و رخداد تشنج، سندرم اتونومیک دیسرفلکسی، نارسایی کنش‌های اجرایی در بیماران، ناهنجاری‌های ستون فقرات و شاخص‌های

اسپیرومتری جانبازان، بررسی سطح IL-22 در سرم جانبازان شیمیایی، بررسی سطح کمواین CXCL12 SDF-1 α ، فانتوم لیمب (عضو خیالی) و همبسته‌های آن در گروهی از جانبازان، آمبولیزاسیون به‌وسیله کویل در فیستول شریانی وریدی ناشی از تروما، عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی، اختلالات سطح چشم، ارتباط بین سطوح سرمی اینترلوکین ۱۸ و پروتئین اتصال به آن با بروز کهیر مزمن، پلی‌مورفیسم C $\rightarrow$ T، شدت علائم اختلال فشار عصبی پس از سانحه، ارزیابی بیان ژن TLR4، اثر خردل گوگردی بر روی بقای سلولی و شکست DNA، بروز اختلالات پیگمانتاسیون در جانبازان شیمیایی، شیوع اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلالات شخصیت، شیوع عوارض مزمن گاز خردل بر بافت نرم دهانی، مشکلات استامپ در استفاده از پروتز در جانبازان، میزان بیان ژن CXCL10، تغییرات رادیوگرافیک ستون فقرات کمری و لگن، دینامیسم‌های هومیوپاتی و فراوانی تشدید علائم جانبازان مبتلا به افسردگی، دیابت نوع ۲ در جانبازان مرد ایرانی، بیان ژن CXCL10، فاکتورهای خطر قلبی عروقی و سندرم متابولیک در جانبازان، آنالیز متابولومیکس بر اساس رزونانس مغناطیس هسته در بیماران، اپیدمیولوژی آسیب‌های اندام تحتانی در جانبازان مبتلا به اختلالات عصبی، اسکلتی و عضلانی، سابقه مجروحیت جنگی در ابتلا به HCB، مشکلات روانشناختی و روانی کودکان و فرزندان شهدا، ارزیابی مشکلات روانپزشکی در جانبازان، بیماری تب پشه خاکی، مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی جانبازان قطع نخاعی، شیوع دردهای خیالی در بیماران دچار ضایعه نخاعی، شیوع اختلالات افسردگی و اضطرابی در فرزندان جانبازان، علائم روانپزشکی در جانبازان جسمی و شیمیایی، اختلالات خواب در جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی، عملکرد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، هیجان ابراز شده، افسردگی و فشار روانی، پدیده تحرک از نوع لمسی در یک بیمار مبتلا به اختلال استرس مزمن، مبتلایان به هپاتیت ویروسی، آنوریسسم تروماتیک سرخرگ پری کلوزال مغزی، ارتباط اینترلوکین ۴ و اینترلوکین ۶ با بروز اختلالات رنگدانه‌ای.

سلامت

وضعیت و شاخص‌های سلامت دهان و دندان جانبازان، شیوع چاقی و اضافه وزن در جانبازان و معلولین، علل عود اعتیاد و عوامل مرتبط با آن در جانبازان، وضعیت دریافت انرژی از ریز مغذی‌ها و ارتباط، وضعیت سلامت و سطح فعالیت جانبازان قطع عضو، مشکلات سلامت در آزادگان، دانش و توان جانبازان شیمیایی، عزت نفس و بهزیستی روانی در جانبازان، کارایی شناختی مردان نابینا اکتسابی، مشکلات سلامت جانبازان شیمیایی، وضعیت سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان، دریافت انرژی از درشت مغذی‌ها و ارتباط آن با شاخص‌های آنترپوومتری، سلامت روانی در مصدومین شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی، ارتباط سطح سلامت عمومی با کیفیت خواب جانبازان، توانمندسازی روانشناختی با

فعالیت‌های روزمره در جانبازان با قطع عضو اندام تحتانی، آسیب‌های ورزشی در ورزشکاران جانباز و معلول، تمرین هوایی منتخب با چرخ کارسنج، تجویز ورزشی، سطوح نیازهای انگیزشی ورزشکاران جانباز، عزت نفس و بهزیستی روانی در جانبازان ورزشکار گروهی و انفرادی، تمرین هوایی منتخب بر عملکرد ریوی، عوامل هموتولوژیکی زنان جانباز شیمیایی، اثر فعالیت ورزشی در نحوه گذراندن اوقات فراغت جانبازان و معلولین، درد و قدرت شانه و ارتباط بین آن‌ها در جانبازان ویلچری ورزشکار و غیرورزشکار، راستای ستون فقرات جانبازان ضایعه نخاعی ورزشکار، عوامل بازدارنده فعالیت بدنی با مراحل تغییر رفتار ورزشی در جانبازان و معلولین، تأثیر فعالیت ورزشی هوایی بر برخی عوامل قلبی عروقی و تنفسی و لپیدی جانبازان، تغییرات حسی دوطرفه در زانو جانبازان ورزشکار، هوش هیجانی والیابالیست‌های جانباز و معلول، پیش‌بینی کارکردهای شناختی و انگیزشی تصویرسازی ورزشی، تأثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی جانبازان، رضایتمندی از ابعاد بدنی و اضطراب جسمانی - اجتماعی جانبازان ورزشکار، تأثیر تمرینات تنفسی بر حجم ریوی و میزان خستگی جانبازان، فواصل متفاوت تمرین آسای بر فرآیند تحکیم مبتنی بر ثبات در حافظه حرکتی پنهان، سرسختی ذهنی، روش‌های مقابله با استرس و خوش‌بینی در بازیکنان والیبال جانباز، هوش معنوی ورزشکاران جانباز، بازتوانی‌های بدنی، شناختی و ترکیبی بر توجه و حافظه جانبازان، تأثیر ورزش‌های تنفسی بر عملکرد ریوی جانبازان، اثر ورزش بر تغییرات لاکتات خون و بزاق در مصدومین شیمیایی، فعالیت‌های ورزشی جانبازان، نحوه شرکت در فعالیت‌های تفریحی - ورزشی و شغلی.

گزارش‌های جنگی

گزارشی از مصدومین شیمیایی، یادداشت‌های پزشکی از جنگ شیمیایی، بازبینی پژوهش‌های منتشر شده در زمینه روانشناسی و روانپزشکی جنگ ایران و عراق، یادداشت‌هایی از بهداشت جنگ، تجربیاتی در زمینه بیهوشی مجروحین، وضعیت بیماری‌ها در آزادگان، گزارش یافته‌های رادیولوژیک آسیب‌های عروقی، مروری بر تجربیات بهداری سپاه در دوران دفاع مقدس، نحوه پرونده‌نویسی و انتقال اطلاعات، خودگزارشی مشکلات رفتاری هیجانی در نوجوانان قربانی مین و مهمات، عوامل مرتبط با ناسازگاری زناشویی در جانبازان، مروری بر تظاهرات بالینی و عوارض دیررس گازهای شیمیایی سولفور mustard و نیتروژن mustard، اشکالات درمانی مجروحین جنگی اعزامی، یافته‌های اپیدمیولوژیک با عوارض دیررس بیماری‌های ناشی از گاز خردل، کیفیت زندگی آسیب‌دیدگان بمباران شیمیایی، سابقه مجروحیت جنگی، ضایعات ناشی از اصابت گلوله و ترکش بر اساس اسناد پزشکی، یافته‌های رادیولوژیک تروما، عوامل خطر بستری مجدد جانبازان شیمیایی، مشخصات کلیدی کشته‌شدگان توسط انفجار مین‌های فراموش شده، گزارشی از نیازسنجی سلامت جانبازان نابینا، شاخص‌های تنفس گفتاری در مجروحین شیمیایی، وضعیت نگهداری پرونده‌های پزشکی مجروحان جنگ تحمیلی و تبیین تجربه‌ها و

میزان تنیدگی جانبازان شاغل، فعالیت جسمانی معلولین و جانبازان، سلامت روانشناختی جانبازان، نقش معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان جانبازان، کارآیی خانواده و سلامت عمومی ایثارگران، سطح استقلال در فعالیت‌های روزمره جانبازان نابینای سالمند، فعالیت‌های پیچیده روزمره زندگی، وضعیت عاطفی و خانوادگی مصدومین بمباران شیمیایی، سلامت عمومی جانبازان، فعالیت‌های اجتماعی - اقتصادی، سازگاری عاطفی و اجتماعی جانبازان محروم از یک چشم، تعیین ارتباط بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی، سلامت روان در مصدومان شیمیایی شدید چشمی، تأثیر بیکاری بر سلامت عمومی جانبازان مشمول حالت اشتغال و مشکلات سلامت در جانبازان شیمیایی چشمی، گرایش‌های روانی جانبازان، روش‌های مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی در جانبازان، همه‌گیر شناسی خودکشی موفق، سیمای بالینی تعدادی از مصدومین روانی ناشی، بُعد روانی کیفیت زندگی جانبازان، پرخاشگری، اضطراب و رشد اجتماعی در فرزندان نوجوان جانبازان، علائم اختلالات روانی در اسرای عراقی، عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی تشدید علائم روانپزشکی جانبازان اعصاب و روان، عوامل روانشناختی مرتبط با تجرد جانبازان مؤنث، کیفیت خواب در جانبازان شیمیایی، نگرش مذهبی و رابطه پدر فرزند با سازگاری اجتماعی در فرزندان جانباز، سلامت روانی همسران و فرزندان جانبازان، خانواده‌های ایثارگر و شهید، اختلالات درد به دنبال آسیب اعصاب محیطی، وضعیت سلامت روانی جانبازان شیمیایی ناشی از گاز خردل، کیفیت ذهنی خواب جانبازان شیمیایی، متغیرهای مرتبط به خودکشی در جانبازان متوفی، خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس، علائم روانشناختی و عزت نفس در جانبازان شیمیایی، همبستگی علائم روانشناختی و اعتماد به نفس در جانبازان شیمیایی، حل تعارض و آرام‌سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان، ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانباز، نمرخ روانی همسران شاغل جانبازان، بخشایش و رضایت زناشویی در مردان مبتلا به اختلال استرس، اختلال کنش جنسی در بین جانبازان شیمیایی، وضعیت شناختی جانبازان نابینا، منابع سازگاری در مصدومین شیمیایی، ویژگی‌های فردی در همسران جانبازان شیمیایی، رابطه فعالیت اقتصادی - اجتماعی با کاهش مشکلات روانشناختی جانبازان، هنجاریابی مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه، بررسی اختلالات بلند مدت عضو باقیمانده، سنجش افسردگی، عملکرد حافظه بیماران مبتلا به اختلال استرس، کارکردهای اجرایی شناختی مغز، اضطراب رایانه‌ای با انگیزه پیشرفت تحصیلی، عزت نفس و جنسیت دانشجویان جانباز، وضعیت سازگاری در جانبازان محروم از یک چشم، ذهن آگاهی جانبازان نابینا، پیامدهای زندگی با اختلال استرس پس از ضربه، پیامدهای روانی - اجتماعی بمباران شیمیایی بر آسیب‌دیدگان، ارتباط بین خودمتمایزسازی و سلامت روانی و طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه در جانبازان، فعالیت جسمانی و نمایه توده بدنی در جانبازان شیمیایی، اثر تمرین ورزشی بر تعادل ایستای جانبازان با قطع عضو یکطرفه، ویژگی‌های قلبی عروقی جانبازان ورزشکار و غیر ورزشکار،

پاسخ پرسش هفتم: تغییر رویکرد موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران چگونه بوده است؟

براساس یافته‌های جدول ۴ مهمترین رویکرد مقاله‌های ترومای

جدول ۳. بیماری‌های ناشی از ترومای جنگی در ایران

انواع بیماری‌ها	فراوانی	انواع بیماری‌ها	فراوانی
روانی	۱۴۹	ذهنی	۲۰
نخاعی	۱۱۰	جنسی	۱۹
ریوی	۱۰۱	جسمانی	۱۷
قطع عضو	۶۹	عاطفی	۱۶
تنفسی	۶۷	دهان و دندان	۱۶
پوستی	۴۹	مسمومیتی	۱۵
چشمی	۴۶	ناباروری	۱۴
خونی	۴۳	تناسلی	۱۱
استخوانی	۳۵	حاملگی	۷
عصبی	۳۳	فلجی	۷
شنوایی	۲۹	شکستگی	۷
شکمی	۲۵	گزیدگی	۶
عروقی	۲۳	عفونی	۵
لنفای	۲۳	قارچی	۵
قلبی	۲۱	گرم‌زدگی	۳

خاطرات معنوی کارکنان بهداشت و درمان در دفاع مقدس. براساس یافته‌های فوق مهمترین موضوعات مقاله‌های ترومای جنگی در ایران مربوط به مدیریت (برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برای مواجهه با بحران‌های ناشی از جنگ)، خدمات (ارائه خدمات رفاهی، بهداشتی و درمانی)، پژوهش (شناسایی و کشف علل بیماری‌های ناشی از جنگ)، درمان (جراحی، تزریق، روان‌درمانی و روانپزشکی)، دارو (اثربخشی داروهای مؤثر برای بیماران جنگی)، بیماری‌ها (شناسایی انواع بیماری‌های ناشی از جنگ)، ورزش (اثرات ورزش بر روی سلامتی بیماران جنگی)، سلامت (شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت مجروحین، معلولین، جانبازان، اسیران و آزادگان) و گزارش‌های جنگی (درباره جنگ و آثار آن) بر روی مجروحین، معلولین، جانبازان، اسیران و آزادگان است.

پاسخ پرسش ششم: مهمترین بیماری‌های ناشی از ترومای جنگی کدامند؟

براساس یافته‌های جدول ۳ مهمترین بیماری‌های ناشی از ترومای جنگی در ایران به ترتیب شامل بیماری‌های روانی، نخاعی، ریوی، قطع عضو، تنفسی، پوستی، چشمی، خونی، استخوانی، عصبی، شنوایی، شکمی، عروقی، لنفاوی، قلبی، ذهنی، جنسی، جسمانی، عاطفی، دهان و دندان، مسمومیتی، ناباروری، تناسلی، حاملگی، فلجی، شکستگی، گزیدگی، عفونی، قارچی و گرم‌زدگی است.

جدول ۴. تغییر رویکردهای موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران

دوره زمانی	رویکرد موضوعی مقاله‌ها	تمرکز	رویکرد علمی	روش‌شناسی	جامعه و نمونه	محدوده جغرافیایی
۱۳۶۰-۷۱	درمان مجروحان و مصدومان جنگی، انواع بیماری‌های ناشی از جنگ، بیماری‌های ناشی از گازهای شیمیایی،	شناسایی و درمان مجروحان و مصدومان جنگی	روانشناسی و پزشکی	کمی و کیفی (پیمایشی و موردی)	مصدومان، معلولان، مجروحان، جانبازان، اسیران و آزادگان، جامعه پزشکی	اهواز، رشت، مازندران،
۸۳-۱۳۷۲	شیوع بیماری‌های روانی ناشی از جنگ، تدوین برنامه کشوری بهداشت روانی مجروحین جنگی، بررسی انواع بیماری‌های ناشی از جنگ، درمان و جراحی مجروحان جنگی، یادداشت‌ها و گزارش‌های جنگی، روش‌های مقابله با بیماری‌های ناشی از جنگ، روانشناسی و روانپزشکی جنگ، عوارض ناشی از ترومای جنگی، خودکشی جانبازان، پیشگیری از بیماری‌های عفونی، مراقبت از جانبازان، حمایت عاطفی و اجتماعی از جانبازان، بررسی شاخص‌های ایمنی در جانبازان، تجربیات امداد و نجات، اثرات ورزش بر روی جانبازان، تأثیر عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی بر روی تشدید بیماری‌های جانبازان، تجرد جانبازان، نگرش جانبازان نسبت به مسائل خود، سازگاری اجتماعی،	شناسایی علل بیماری‌های ناشی از جنگ، مقابله با بیماری‌ها، حمایت از جانبازان و امداد رسانی به آن‌ها	روانشناسی، پزشکی، روانپزشکی، دندانپزشکی و چشم‌پزشکی	کمی و کیفی (پیمایشی، اقدام‌پژوهی، تجربی، تحلیل سیستماتیک، تحلیل محتوا و موردی)	مصدومان، معلولان، مجروحان، جانبازان، اسیران و آزادگان، خانواده‌های جانبازان، رزمندگان، شهیدان، ارتشیان و سپاهیان	مشهد، گیلان، کرمان، تبریز، تهران، اصفهان، مازندران، ساری، یزد، بابل، همدان، اهواز، اراک، چهارمهرال و لرستان، قم، بوشهر، خوزستان، چالوس، سردشت،

دوره زمانی	رویکرد موضوعی مقاله‌ها	تمرکز	رویکرد علمی	روش شناسی	جامعه و نمونه	محدوده جغرافیایی	
۱۳۸۴-۹۶	عوارض ناشی از بیماری‌های ناشی از جنگ، سلامت روانی جانبازان و خانواده‌های آن‌ها، رعایت حقوقی جانبازان، تأثیر معلولیت جانبازان بر زندگی آنها، کیفیت زندگی جانبازان، علل مرگ و میر جانبازان، رضایت‌مندی جانبازان از خدمات ارائه شده به آنها، ناسازگاری زناشویی در جانبازان، عوامل خودکشی جانبازان، تأثیر آموزش حل تعارض بر کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های آنها، وضعیت تحصیلی خانواده‌های جانبازان، اثربخشی درمان رفتاری-فراشناختی، اعتماد و عزت نفس جانبازان، تأثیر ورزش بر عملکرد جانبازان، مدیریت اطلاعات بالینی جانبازان، تأثیر کاردرمانی جانبازان، شاغل بودن جانبازان، رضایت زناشویی، مشکلات روانپزشکی جانبازان، آموزش پیشگیری از بیماری‌های ناشی از تروما، آموزش مهارت‌های بهداشتی روانی، عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش جانبازان، نیازسنجی سلامت جانبازان، رضایت از خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی در جانبازان، نیازهای آموزشی امدادگران، فعالیت‌های روزمره جانبازان، بهزیستی روانی جانبازان، نظام اطلاعات بالینی بیمه‌های روانی، آسیب‌های ورزشی در ورزشکاران جانباز، همه‌گیرشناسی سوء مصرف و وابستگی به مواد در مجروحان جنگی، مدل‌های مراقبتی جانبازان، عملکرد حافظه بالینی در جانبازان، نیازهای انگیزشی ورزشکاران جانباز، شاخص‌های سلامت دهان و دندان، علل عود اعتیاد و عوامل مرتبط با آن در جانبازان، وضعیت تغذیه جانبازان، کیفیت خدمات مراکز بهداشتی درمانی، تأثیر رایج درمانی بر اضطراب دانشجویان جانباز، اثر بخشی گشتالت درمانی و شناخت درمانی بر کیفیت زندگی جانبازان، اثربخشی زوج‌درمانی در جانبازان، آموزش خودتنظیمی، ذهن آگاهی جانبازان، پیوند سلول‌های بنیادی، اعتماد اجتماعی جانبازان، سلامت معنوی و اضطراب اجتماعی در جانبازان شیمیایی، کیفیت نظام ارزشی و باورهای خودکارآمدی در فرزندان جانبازان، دارو درمانی، شناخت درمانی گروهی و حساسیت زدایی، نیازهای درمانی جانبازان، انجام پژوهش‌های سلامت جانبازان، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان، استفاده از سیستم‌های سلامت روان از راه دور برای جانبازان، سازگاری عاطفی و اجتماعی جانبازان، پیامدهای درمانگری پردازش شناختی، تبیین تجارب جانبازان شیمیایی، اولویت‌بندی نیازهای جانبازان، موسیقی درمانی، ورزش‌های گروهی جانبازان، آسیب‌های روانشناختی جانبازان، هوش معنوی و هیجانی جانبازان، تاب‌آوری جانبازان، تاریخ نگاری تحولات بهداری رزمی، خدمات سلامت روان از راه دور، توجه به خدمات زیربنایی جانبازان.	توجه به مسائل روانی و روانشناختی جانبازان، احترام به حق و حقوق جانبازان، توجه به کیفیت زندگی آنها، ارائه خدمات رفاهی به آن‌ها، رضایت‌مندی جانبازان از انواع خدمات، تأثیر آموزش روانی جانبازان، نوین درمان، توانمندسازی مجروحان و جانبازان، توانمندسازی نیروهای خدمتگذار به جانبازان، نیازسنجی سلامت مجروحان و جانبازان، توانمندسازی خدمات‌دهندگان به جانبازان، نظام سلامت جانبازان، ایجاد سیستم‌های سلامت جانبازان	روانشناسی، پزشکی، روانپزشکی، دندانپزشکی و چشم‌پزشکی و دینی	کمی و کیفی (پیمایشی، پدیدارشناسی، تحلیل محتوا، تجربی، گزند، تئوری و موردی)	جانبازان، مجروحان، خانواده‌های شهدا و جانبازان، رزمندگان، بسیجیان، ارتشیان و سپاهیان، پزشکان، دانشجویان، دانش آموزان، کارکنان	اصفهان، اردبیل، تهران، بابل، کرمان، خراسان، شیراز، ایلام، گلستان، سردشت، چهارمهل، یزد، مازندران، قم، بوشهر، گرگان، خراسان رضوی، زاهدان، شهر ری، بیرجند، ارومیه، زنجان، همدان، یاسوج، اهواز، مازندران، مشهد،	

حمایت از جانبازان و امدادرسانی به آن‌ها بوده است. علاوه بر این مهمترین رویکرد مقاله‌ها از سال ۱۳۹۶-۱۳۸۴ توجه به مسائل روانی و روان‌شناختی جانبازان، احترام به حق و حقوق جانبازان، توجه به کیفیت زندگی و ارائه خدمات رفاهی به آنان، رضایت‌مندی جانبازان از انواع خدمات، روش‌های نوین درمان، توانمندسازی مصدومان،

جنگی در ایران از سال ۱۳۷۱-۱۳۶۰ بیشتر مربوط به مسائل پزشکی و روانی و شناسایی و درمان مصدومان، مجروحان و جانبازان بوده است. همچنین رویکرد علمی مقاله‌ها از سال ۱۳۸۳-۱۳۷۲ به سمت روان‌شناسی، پزشکی، روان‌پزشکی، دندانپزشکی و چشم‌پزشکی و شناسایی علل بیماری‌های ناشی از جنگ، مقابله با بیماری‌ها،

آزادگان، اسیران، سپاهیان، ارتشیان، رزمندگان، بسیجیان، خانواده‌های ایثارگران و شهیدان، دانشجویان و دانش‌آموزان در شهرهای مختلف بوده است. به طور کلی از یافته‌های جدول ۵ می‌توان دریافت

مجروحان و جانبازان، توانمندسازی نیروهای خدمتگذار به جانبازان، نیازسنجی سلامت جانبازان، توجه به شاخص‌های سلامت جانبازان و ایجاد سیستم‌های سلامت جانبازان ملاحظه می‌شود. جامعه آماری انتخاب شده برای پژوهش‌های ترومای جنگی در ایران شامل پزشکان، پرستاران، جانبازان، معلولان، مجروحان، مصدومان،

جدول ۵. شکاف‌های موضوعی مقالات ترومای جنگی در ایران

ردیف	موضوع	شکاف‌های موضوعی مقاله‌ها
۱	زیرساختی	نبود فناوری‌های بروز و هوشمند، عدم استفاده از فناوری‌های هوشمند، نبود سیستم‌های یکپارچه و جامع اطلاع‌رسانی جانبازان، استفاده نادرست از امکانات موجود، نبود زیرساخت‌های آموزشی لازم برای توانمندسازی جانبازان، نبود امکانات رفاهی، درمانی و تفریحی برای جانبازان، نبود قوانین یکپارچه حمایت از جانبازان، اسیران، آزادگان، خانواده‌های شهداء، نبود پایگاه جامع اطلاع‌رسانی و خدمات‌رسانی به جانبازان.
۲	مدیریتی	عدم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی درست، بی‌توجهی مدیران به حقوق جانبازان و خانواده‌های آنان، توجه به مسائل شغلی جانبازان، عدم استفاده از دانش جانبازان برای اداره امور جنگی، توزیع عادلانه امکانات، بی‌توجهی به نقش مدیریتی جانبازان در عرصه‌های مختلف، بی‌توجهی به اشتغال جانبازان، بی‌توجهی به ظرفیت‌های ورزشی جانبازان، نبود وحدت رویه مدیریتی
۳	علمی	نداشتن دانش بروز برای حل مسائل پزشکی جانبازان، نبود پزشکان و متخصصان لازم و کافی، عدم استفاده از علم و دانش متخصصان جوامع دیگر، عدم همکاری متخصصان و پزشکان برای حل مشکل جانبازان، نبود تعاملات بین‌المللی متخصصان داخلی و خارجی برای همفکری در حوزه‌های مختلف علمی، برگزاری دوره‌های علمی و آموزشی برای جانبازان، بی‌توجهی به پژوهش‌های کاربردی در این حوزه
۴	اقتصادی	نبود منابع مالی کافی برای ارائه انواع خدمات به جانبازان، تأمین منابع مالی، تحریم‌های اقتصادی، سرمایه‌گذاری برای کسب و کارهای جانبازان، آسیب‌شناسی موانع اقتصادی، عدم حمایت از سازمان‌های خدمتگذار به جانبازان، عدم پشتیبانی از متخصصان برای انجام پژوهش‌های علمی در این حوزه، عدم اختصاص منابع مالی لازم برای استخدام به کارگیری متخصصان پزشکی در این حوزه.
۵	فرهنگی	فرهنگ‌سازی برای ارتقای جایگاه جانبازان، توجه به جایگاه اجتماعی جانبازان، ایثارگران و خانواده‌های شهداء، فرهنگ‌سازی فرهنگ ایثار و شهادت، آسیب‌شناسی مسائل فرهنگی، اجتماعی و رفاهی جانبازان و خانواده‌های آنان، بی‌توجهی به تحصیل و دانش‌افزایی جانبازان

و خانواده‌های آن‌ها و بی‌توجهی به تحصیل و دانش‌افزایی جانبازان است.

که تغییر رویکرد موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۹۶ از مسائل پزشکی و خدمات پزشکی آغاز شده و به مسائل روان‌شناسی و روان‌شناختی تغییر رویکرد داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل محتوای مقاله‌های ترومای جنگی در ایران نشان می‌دهد که روند نشر مقاله‌ها، تعداد نویسندگان و همکاری میان آنان و تعداد نشریات این حوزه در ایران صعودی بوده و بیشتر پژوهش‌ها با رویکرد کمی (پیمایشی، تجربی و تحلیل محتوای کمی) و کیفی (موردی، اقدام‌پژوهشی، گرند تئوری، پدیدارشناسی، تحلیل محتوای کیفی و تحلیل سیستماتیک) به بررسی مسائل (شهیدان، جانبازان، رزمندگان، مصدومان، مجروحان، معلولان، اسیران، آزادگان، ارتشیان، سپاهیان، بسیجیان و خانواده‌های آن‌ها، جامعه علمی و پزشکی دیگر با جنگ) در بیشتر نقاط کشور بویژه مناطق جنگی پرداخته‌اند. اما تعداد آثار منتشره در این زمینه نسبت به پیامدهای مخرب جنگ عراق علیه ایران کم است و توجه بیشتری نسبت به موضوعات ترومای جنگی در ایران نشده است که شاید دلایل آن را در نبود متخصصان علمی، عدم پشتیبانی و حمایت از پژوهشگران برای

پاسخ پرسش هشتم: شکاف‌های موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران کدامند؟

براساس یافته‌های جدول ۵ مهمترین شکاف‌های موضوعی مقاله‌های ترومای جنگی در ایران در حوزه‌های زیرساختی (نبود فناوری‌های مناسب، سیستم‌های یکپارچه، زیرساخت‌های آموزشی، خدماتی و تفریحی)؛ مدیریتی (عدم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی درست، بی‌توجهی به حقوق جانبازان، توزیع ناعادلانه امکانات و نبود وحدت رویه مدیریتی)؛ علمی (نبود دانش نوآورانه، نبود متخصصان، عدم همکاری متخصصان و نبود پژوهش‌های کاربردی)؛ اقتصادی (نبود منابع مالی لازم و کافی برای ارائه خدمات و بکارگیری متخصصان و عدم حمایت از متخصصان و سازمان‌های خدمتگذار به جانبازان)؛ و فرهنگی (فرهنگ‌سازی، توجه به جایگاه اجتماعی جانبازان، آسیب‌شناسی مسائل فرهنگی، اجتماعی و رفاهی جانبازان

مورد بحث و بررسی قرار نگرفته است. شاید دلایل آن را در انگیزه فردی کنشگران علمی در انتشار آثار، عدم انتشار نتایج این گونه موضوعات پژوهشی در قالب مقاله و یا عدم دسترسی به نتایج پژوهشی این حوزه‌ها دانست. به طور کلی تحلیل مقاله‌های ترومای جنگی در ایران نشان می‌دهد که رویکرد موضوعی مقاله‌ها تقریباً مشابه هم بوده که نشان‌دهنده همگرایی کنشگران علمی این حوزه‌ها به موضوعات انجام شده برای الگوبرداری از آن‌ها بوده که شاید دلایل آن را در آشنایی کم کنشگران علمی این حوزه با زبان‌های خارجی، متون و منابع علمی این حوزه، تعداد اندک مجلات دانشگاهی برای انتشار بروندهای علمی این حوزه، بی‌انگیزگی کنشگران علمی، نداشتن خلاقیت در ارائه موضوعات کاربردی و جدید، عدم نیازسنجی پژوهشی و شناسایی نیازهای پژوهشگران، استناد نکردن به تحقیقات انجام شده قبلی، همکاری نکردن بین واحدها و افراد سازمان در انجام تحقیق، آشنا نبودن کنشگران علمی به مبانی مفهومی و نظریه‌های علمی در حوزه‌های ترومای جنگی برای انتخاب موضوع از منابع و متون مختلف علمی، شناخت کم از آخرین پیشرفت‌های علمی این حوزه‌ها و نبود منابع متنوع و متعدد علمی در این حوزه دانست.

علاوه بر این نتایج نشان داد که بیشترین پژوهش‌های حوزه‌های ترومای جنگی در ایران در حوزه‌های پزشکی، روان-شناسی، روانپزشکی، دندانپزشکی است که شاید علت این امر را در ماهیت موضوعات پژوهشی این حوزه دانست. به طور کلی می‌توان گفت که تحلیل محتوای مقالات منتشرشده در حوزه ترومای جنگی برای شناسایی عوامل، عناصر و مؤلفه‌های مهم جهت جلوگیری از پیامدهای ترومای جنگی و سیاستگذاری‌های علمی درست در این زمینه مؤثر هستند. بنابراین برای خلق آثار علمی معتبر و سیاستگذاری درست در این حوزه‌ها در ایران پیشنهاد می‌شود: زیرساخت‌های لازم برای انجام پژوهش در این حوزه فراهم شود؛ مدیریت علمی برای نیازسنجی پژوهشی در تمام حوزه‌های ترومای جنگی در ایران انجام شود؛ به ایجاد نشریات علمی معتبر به زبان انگلیسی در سطح بین‌المللی پرداخته شود؛ سیاستگذاران علمی این حوزه به تسهیل و تسریع فرایندهای نشر مقاله در نشریات داخلی و خارجی توجه کنند؛ انگیزه‌های لازم برای همکاری علمی بیشتر نویسندگان داخلی و خارجی ایجاد شود؛ به رفع موانع فرهنگی و اقتصادی موجود در این حوزه اقدام شود؛ از انجام طرح‌ها و پایان‌نامه‌ها در حوزه‌های ترومای جنگی حمایت شود؛ نخبگان، متخصصان، محققان، دانشجویان و اساتید برای چاپ آثار مؤثر و ارزشمند در مجلات معتبر بین‌المللی تشویق شوند؛ همایش‌ها و کنفرانس‌های بین‌المللی برای معرفی حوزه‌های پژوهشی جدید و اولویت‌های پژوهشی این حوزه‌ها برگزار شده و از آن‌ها حمایت شود؛ تعامل و همکاری بین مؤسسات و دانشگاه‌ها برای انجام پژوهش‌های این حوزه‌ها بیشتر شود؛ به موضوعات کاربردی بیشتر پرداخته شود؛ به آسیب‌شناسی پژوهش‌های این حوزه متناسب با پیشرفت‌های کنونی پرداخته شود؛ مراکز علمی مرتبط با تروما دانش‌بنیان شوند؛ راهنمایی‌های لازم

انجام پژوهش، نبود نشریات کافی در این زمینه، انجام پژوهش‌های تکراری و مشابه، عدم توجه پژوهشگران به موضوعات کاربردی، عدم همکاری میان کنشگران علمی با یکدیگر برای انتشار آثار علمی، فردمحوری کنشگران علمی، نبود زیرساخت‌های لازم مانند تجهیزات پزشکی بروز برای انجام پژوهش، بی‌توجهی نهادهای و مراکز علمی به ترومای جنگی و عواقب آن، نبود پایگاه اطلاعاتی جامع از پژوهش‌های انجام شده، شناسایی نکردن اولویت‌های پژوهشی این حوزه توسط نهادهای اثرگذار در این زمینه، عدم استفاده از دانش متخصصان، بی-توجهی مسئولان حوزه‌های سیاستگذاری علمی، عدم همکاری سازمان‌ها و دانشگاه‌ها در ارائه اطلاعات و داده‌های علمی، استفاده نکردن از منابع روزآمد علمی در نگارش مقالات و حمایت نکردن از مؤسسات و نهادهای مسئول برای نشر این گونه آثار دانست. بنابراین کنشگران علمی این حوزه باید با انجام پژوهش‌های کیفی و ارائه

دیدگاه‌ها، نگرش‌ها، ایده‌ها و نظریات جدید، کاربردی و عملیاتی به شناسایی خلاءهای پژوهشی موجود در این حوزه پرداخته و به رشد و توسعه آن‌ها کمک کنند و زمینه ارائه محتوای اطلاعاتی غنی و روزآمد در مقالات این حوزه‌ها را فراهم آورند.

همچنین نتایج پژوهش از لحاظ رویکرد موضوعی نشان داد که موضوعات مقاله‌های نوشته شده در حوزه‌های ترومای جنگی بیشتر به مدیریت بحران‌های ناشی از جنگ، نحوه ارائه خدمات رفاهی، بهداشتی و درمانی به جانبازان، شناسایی انواع بیماری‌ها و روش‌های درمان آن‌ها، اثرات دارویی و نقش آن‌ها در کاهش و جلوگیری از بیماری‌های ناشی از جنگ، توجه به بهداشت و سلامت جانبازان، سرمایه‌گذاری برای انجام پژوهش‌های ترومای جنگی و توجه به گزارش‌های جنگی است که این نتایج، یافته‌های پژوهش‌های رحیمی موقر و همکاران (۱۳۸۶)؛ سروش و همکاران (۱۳۹۱)؛ ابوالمعالی و همکاران (۱۳۹۵)؛ رئیس‌زاده و کرملی (۱۳۹۷)؛ عبدالملکی و همکاران (۱۴۰۰)؛ Dekel & Solomon (۲۰۰۷)؛ Woolley و همکاران (۲۰۱۷)؛ Goldstein و همکاران (۲۰۱۷)؛ Mark و همکاران (۲۰۱۸)؛ Khan و همکاران (۲۰۱۹) را تأیید می‌کند.

اما موضوعاتی مانند نبود فناوری‌های مناسب، سیستم‌های یکپارچه، زیرساخت‌های آموزشی، خدماتی و تفریحی، عدم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی درست، بی‌توجهی به حقوق جانبازان، توزیع ناعادلانه امکانات و نبود وحدت رویه مدیریتی، نبود دانش نوآورانه، نبود متخصصان، عدم همکاری متخصصان و نبود پژوهش‌های کاربردی، نبود منابع مالی لازم و کافی برای ارائه خدمات و بکارگیری متخصصان و عدم حمایت از متخصصان و سازمان‌های خدمت‌گزار به جانبازان، فرهنگ‌سازی، توجه به جایگاه اجتماعی جانبازان، آسیب‌شناسی مسائل فرهنگی، اجتماعی و رفاهی جانبازان و خانواده‌های آنان، و بی‌توجهی به تحصیل و دانش‌افزایی جانبازان از مهمترین شکاف‌های موضوعی مقاله‌های منتشرشده در حوزه ترومای جنگی در ایران است که توسط کنشگران علمی این حوزه

7. Soroush MR, Ganjparvar Z, Masoumi M, Mousavi B. Instrumental activity of daily living in war related bilateral lower limb amputation. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2012;4(16):1-7. [In Persian]
8. Abolmaali K, Pourgavasaraei M, Kamal A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral techniques training and schemes-based training on the adjustment of secondary trauma symptoms in spouses of veterans with post-traumatic stress disorder. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2016;15(2):187-200. [In Persian]
9. Abdolmaleki S, Mashayekh M, Sanaei Zakir B. Prediction of post-traumatic growth based on family intimacy and quality of work life in disabled veteran teachers. *Journal of Military Psychology*. 2020;11(43):57-70. [In Persian]
10. Dekel R, Solomon Z. Secondary traumatization among wives of war veterans with PTSD. *Combat stress injury: Theory, research, and management*. 2007;34:137-57.
11. Woolley T, Round JA, Ingram M. Global lessons: developing military trauma care and lessons for civilian practice. *British Journal of Anaesthesia*. 2017;119(suppl_1):i135-42.
12. Goldstein LA, Dinh J, Donalson R, Hebenstreit CL, Maguen S. Impact of military trauma exposures on posttraumatic stress and depression in female veterans. *Psychiatry Research*. 2017;249:281-5.
13. Mark KM, Stevelink SA, Choi J, Fear NT. Post-traumatic growth in the military: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2018;75(12):904-15.
14. Khan AJ, Li Y, Dinh JV, Donalson R, Hebenstreit CL, Maguen S. Examining the impact of different types of military trauma on suicidality in women veterans. *Psychiatry Research*. 2019;274:7-11.

دانشجویان توسط اساتید برای انتخاب موضوع از منابع اطلاعاتی مختلف مانند متون غیرفارسی انجام شود؛ متخصصان این حوزه کنشگران علمی را به سمت حوزه‌های پژوهشی جدیدتر هدایت کرده و جهت‌گیری موضوعات پژوهشی رشته را به سمت نیازهای اجتماعی و پاسخگویی صحیح به آن‌ها پیش ببرند؛ و یک پایگاه اطلاعاتی تخصصی برای مقاله‌های این حوزه طراحی شود تا به کنشگران علمی در انتخاب موضوع و جبران خلاءهای پژوهشی و جلوگیری از انجام پژوهش‌های تکراری کمک کند.

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

منابع

1. Baker SP, O'Neill B, Li GG, Ginsburg MJ. *The injury fact book*. 2nd ed, Oxford University Press, USA; 1992.
2. Schiraldi GR. *The post-traumatic stress disorder sourcebook*. 5th ed, New York: McGraw-Hill; 2009.
3. Bagherinezhad M. *The conceptualization of trauma in the Iranian sample and the evaluation of the effectiveness of emotion-oriented trauma treatment based on the conceptualization of trauma in the Iranian sample*. Master's thesis in psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, 2020.
4. Raeeszadeh M, Karamali M. Scientific mapping of military trauma papers using co-word analysis in Medline. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(5):476-87. [In Persian]
5. Dayani, MH. Thesis, an abandoned unknown treasure. *Library and Information Sciences*. 1989;2(8):1-16. [In Persian]
6. Rahimi-Movaghar V, Zargar M, Sabet Diveshli B, Karbakhsh Davari M. Trauma team. *Teb va Tazkiye Journal*. 2007;16(4):40-8. [In Persian]

The Role of Health in National Security and Sustainable Development

Section 5: Spiritual Health and Its Relationship with Sustainable National Security

Seyyed Yahya Safavi^{1*}, Mohammad Ali Mohageghi²

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: 7 July 2021 Accepted: 1 November 2021

Abstract

Background and Aim: Spiritual security is under sustainable national security. There is a close relationship between comprehensive health, including the spiritual dimension, and national security. Spiritual aspects of Health and Security have been investigated in this study.

Methods: Library research method used in this study. The data analysis was qualitative and explanatory (causal), and interpretive.

Results: Spiritual security and spiritual health, in the “Islamic-Iranian model of progress”, are necessary and obligatory for each other. Spiritual health, the most important dimension of comprehensive health, is effective in, and necessary for, national security and sustainable development of society, too.

Conclusion: Spiritual aspects of “Health” and “Security”, are two divine blessings, precious and irreplaceable havens, in human societies. Belief in God, strengthening the attributes of faith, and righteous actions, are the main origin of security actions and also the main mechanism for obtaining and promoting spiritual health.

Keywords: Security, Spiritual Security, National Security, Health, Spiritual Health, Spirituality.

* **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 پنجم: سلامت معنوی و نسبت آن با امنیت پایدار ملی

سیدیحیی صفوی^{۱*}، محمدعلی محقق^۲

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

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

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: امنیت معنوی، در ذیل امنیت پایدار ملی قرار دارد و رابطه وثیق آن با سلامت همه جانبه، دربرگیرنده مبانی، اهداف، اصول و ارزش‌های ناظر بر سلامت معنوی اسلامی است. در این مطالعه نسبت «سلامت معنوی در رویکرد اسلامی»، و در تعامل با اصل سلامت همه جانبه، با «امنیت پایدار ملی» مورد بررسی قرار گرفته و راهبردها و راهکارهای تحکیم و تعالی آن ارائه شده است.

روش‌ها: روش مطالعه، «کتابخانه‌ای» و تجزیه و تحلیل داده‌ها، «کیفی» و از نوع «تبیینی» (علی) و «تفسیری» است.

یافته‌ها: امنیت معنوی و سلامت معنوی، در الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت، لازم و ملزوم یکدیگر و تحکیم و تعمیق رابطه دوسویه آن‌ها، باعث پیشرفت و تعالی می‌باشد. سلامت معنوی در منظومه سلامت همه‌جانبه، معنی و مفهوم پیدا می‌کند و هماهنگ با سایر ابعاد فیزیکی (جسمانی)، روانی و اجتماعی سلامت، در امنیت ملی و توسعه پایدار جامعه، تأثیرگذار است.

نتیجه‌گیری: سلامت و امنیت دو نعمت الهی و دو ودیعه گرانبار و بی‌بدیل در جوامع انسانی هستند. ایمان به خداوند و تقویت صفات ایمانی، و عمل صالح، اصلی‌ترین خاستگاه صدور کنش‌های امنیت‌زا و همچنین اصلی‌ترین ساز و کار حصول و ارتقای سلامت معنوی است. در تأمین، نگهداشت و ارتقای بُعد معنوی سلامت و تحکیم و اعتلای رابطه آن با امنیت پایدار ملی، هدف، شناخت و حفظ ارزش‌های دیرپای انسانی و اسلامی است که در ارائه آموزش، پژوهش، بهداشت، درمان و توانبخشی سلامت، همواره باید رعایت شوند و دائماً افزایش یافته تا مراتب بالاتری از آن‌ها حاصل گردد.

کلیدواژه‌ها: امنیت، امنیت معنوی، امنیت ملی، سلامت، سلامت معنوی، معنویت.

* نویسنده مسئول: سیدیحیی صفوی

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

ایمیل: yahyasafavi@gmail.com

مقدمه

امنیت و سلامت، رابطه‌ای همه‌جانبه و تنگاتنگ با یکدیگر دارند. پیامبر اکرم (ص) فرموده‌اند: «نِعْمَتَانِ مَجْهُولَتَانِ الْأَمْنُ وَالْعَافِيَةُ؛ دو نعمت است که ناشناخته است: امنیت و تندرستی». (الخصال، شیخ صدوق، ج ۱، ص ۳۴). این ارتباط دربرگیرنده همه ابعاد امنیت از سویی و همه ابعاد سلامت از جانب دیگر است. در خصوص ارتباط امنیت با سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، مطالعات زیادی انجام شده و مستندات جامعی موجود است. بررسی ارتباط امنیت با بُعد معنوی سلامت، مورد توجه این بخش از مطالعه است.

امنیت پایدار همه‌جانبه است و متولیان آن علاوه بر سازمان‌های نظامی و قضایی، سایر سازمان‌ها و حتی مردم هستند و به یک بیان تمام‌آحاد جامعه را دربرمی‌گیرد. از ابعاد مهم آن، امنیت معنوی است که لازمه آن برخورداری آحاد جامعه از سلامت همه‌جانبه، به‌ویژه بُعد معنوی سلامت است. امنیت در مفهوم کامل و جامع، از مهمترین و اساسی‌ترین نیازهای جامعه است. اگر امنیت نباشد، هیچ کاری حتی عبادت خداوند هم برای مردم امکان‌پذیر نیست. بنابراین، ضرورت وجود امنیت برای تداوم حیات جامعه و فعالیت‌های اقتصادی، علمی و اجتماعی مورد تأکید است (۱). امنیت ملی با دستیابی به شرایطی ویژه، تهدیدهای بالقوه یا بالفعل داخلی و خارجی را با امکانات خود دفع و نفوذ سیاسی و اقتصادی بیگانه را اجازه نمی‌دهد. مهمترین مؤلفه‌های امنیت، خودکفایی و استقلال اقتصادی، اتحاد و همبستگی ملی، قدرت دفاعی و نظامی، رهبری و ولایت فقیه، گسترش و تعمیق معارف دینی، قانونگذاری و قانون‌مداری، مشارکت عمومی، حفظ یکپارچگی سیاسی نظامی، وحدت ملی و یکپارچگی ملت با نظام سیاسی یکپارچه ملی، می‌باشد (۲).

در قرآن و روایات اسلامی، امنیت در کنار و ملازم با سلامت بیان شده است. این امر دلالت بر اهمیت و ضرورت وجود و تأمین و تأثیر امنیت در سایر شئون زندگی بشر دارد. امنیت و سلامت از نعمت‌های بزرگ الهی و ودایع مسئولیت‌آفرینی هستند که در زندگی دنیوی موجب رشد و تعالی و در قیامت، انسان در مورد آن‌ها مورد پرسش قرار خواهد گرفت. اینکه در روایات معصومین علیهم‌السلام، امنیت در کنار سلامتی بیان شده است، از اهمیت و ضرورت وجود و تأمین و تأثیر امنیت در سایر شئون زندگی بشر حکایت دارد.

از منظر امام خمینی (ره)، منابع تأمین امنیت داخلی عبارتند از وحدت، ایمان و معنویت. از ارکان امنیت داخلی در اندیشه بنیان‌گذار فقید جمهوری اسلامی، موارد مهمی شامل جایگاه ولایت فقیه و رهبری، صیانت از اسلامیت نظام، پایگاه مردمی نظام، رعایت اصل استقلال، التزام به قانون (قانون‌گرایی)، قابل تأکید است (۳). راهبرد مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی)، در همراهی امنیت و منافع ملی با وحدت اسلامی برای احداث جامعه‌ای برخوردار از سلامت معنوی است (۲).

روش‌ها

مطالعه حاضر بر مبنای مطالعه «کتابخانه‌ای» انجام پذیرفته و تجزیه و تحلیل داده‌های آن «کیفی» و از نوع «تبیینی» (علّی) و «تفسیری» است.

نتایج
ادبیات نظری

معنوی یعنی منسوب به معنا، حالتی است که در ارتباط با خداوند تبارک‌وتعالی تحقق پیدا می‌کند. ویژگی معنویت اسلامی انسان‌باوری است و انسان را شایسته و سزاوار رسیدن به قرب الهی می‌داند و او را بی‌واسطه در رابطه با خداوند، دارای استعداد خلافت الهی و تجلی اسماء و صفات الهی معرفی می‌کند (ویکی فقه). معنویت از فضایل قابل اکتساب انسانی است. با کسب این فضایل و هدایت به سوی صفات و ملکات مطلوب، انسان مظهر و تجلی‌گاه صفات الهی شده، خالق خود را به بالاترین وجه ممکن درک می‌کند. معنویت اسلامی، جلوه‌ای از عقلانیت است و در عین حال که نوعی حالت و وضعیت قلبی و درونی است، بر ملاک عقلانی و عقل‌پسند نیز استوار است (۴). در ادبیات اسلامی، معنویت جوهره اصلی دینداری و زیربنای عبادات و اخلاقیات و محور اصلی سبک زندگی اسلامی است (۵).

هدف معنویت از دیدگاه اسلام قرب الهی و جلوه‌گر شدن آن در همه ابعاد، شئون و لحظات زندگی است و بعضی مضامین و مصادیق آن به شرح ذیل است (۶):

- اعتقاد به وجود لایتنانه‌ی و توانایی برقراری ارتباط با این منشاء لایتنانه‌ی هستی و ارتباط و رشد پاینده با خداوند، که پشتوانه درونی فضیلت‌ها و رفتارهای اخلاقی است؛
- معناداری زندگی روزمره و کل زندگی و اعتقاد به معاد؛
- زلال بودن حقیقت انسان از گناه (به‌صورت اختیاری)؛
- عقلانی بودن استنباط‌ها و تصمیم‌گیری‌ها و دور بودن از هواهای نفسانی؛
- حیات پاک و پاکیزه‌ای که در اثر عمل صالح به‌دست می‌آید و زدودن ناپاکی‌ها و فسادها؛
- ارتباط با ابعاد مختلف عالم پیرامون (خود- دیگران- طبیعت) و احترام به آن‌ها؛
- استفاده از موارد بالا برای احساس رضایت، امید به زندگی، نشاط، رضایتمندی و مانند آن‌ها؛
- استفاده از موارد بالا برای بهبودی سلامت جسم و روان و کمک به ارتقای سلامت جامعه؛

سلامت معنوی بُعدی از سلامت همه‌جانبه است که در اثر اعتقاد و التزام عملی به بُعد معنویت برای انسان پدید می‌آید، و فارغ از ارزش و اهمیت ذاتی خود، با دیگر ابعاد سلامت، در ارتباط کامل و مؤثر قرار دارد. این بُعد مهم از سلامت، در رویکرد اسلامی، وضعیتی است که در آن بینش، گرایش و کنش فردی، خانوادگی و اجتماعی انسان، در راستای قرب و رضای الهی قرار می‌گیرد. سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامت در ارتباط است و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. نقش سلامت معنوی در ارتقای سلامت و پیشگیری و حتی درمان بیماری‌ها و معضلات جسمی، روانی و اجتماعی انکارناپذیر است. سلامت معنوی بنیادی‌ترین نیاز وجودی در نظام تکوین (از قبل از تولد تا مرگ) و نظام تشریع (از تکامل ابتدایی تا انتهای) انسان است. این بُعد از سلامت، دارای کلیدی با عنوان زیست‌معنادر و زندگی هدف‌دار توحیدی و کید اعتدال مزاج قوای ادراکی و تحریکی است ... سلامت معنوی از مؤلفه‌هایی نظیر امنیت، کرامت و

سعادت تشکیل شده و معطوف به جان مایه‌های فطری همراه با بینش، شهود باطنی و معنایابی از متن زندگی است. خاستگاه اصلی سلامت معنوی، قلب و بُعد درونی انسان است (۷).

امنیت نیز به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای بشری، همواره مورد توجه بوده است.

امنیت معنوی عبارت است از «آرامش روحی و اعتماد به خدا که در اثر ایمان خالص و یقین و یاد خدا به وجود می‌آید» (۸) و انسان به حصول ثواب و ایمنی از عذاب الهی امیدوار می‌گردد (۹). در دیدگاه قرآنی این بُعد از امنیت زمانی حاصل می‌شود که در جوامع انسانی ایمان به خداوند رواج داشته و عدالت اجتماعی برقرار باشد (امنیت معنوی: ویکی پرسش).

امنیت معنوی سرچشمه و مبنای اصلی کلیه ابعاد امنیت، ایمان است و میان این ابعاد پیوند و توازن عمیقی برقرار است. همانند سلامت معنوی، امنیت معنوی نیز در نهایت در ایمان و اعتقادات معنوی و الهی ریشه دارد. همچنان که نا امنی، سرانجام ریشه‌اش به بیایمانی و صفات متقابل ایمان مانند شرک، کفر، ظلم، استکبار و نظایر آن بر می‌گردد (۱۰). قلب سلیم از تعابیر زیبای قرآنی است که تعابیر مفهومی آن با سلامت معنوی هماهنگی دارد. بعضی از توصیفات معنایی برگزیده در مورد مفهوم قلب سلیم در روایات اسلامی:

- امام صادق (ع): «قلب سالم قلبی است که پروردگارش را دیدار کند در حالی که احدی جز او در خود نداشته باشد و هر دلی که در آن شرک یا شک باشد منحط است» (الکافی، کلینی رازی، تصحیح و تعلیق علی اکبر غفاری، بیروت، دارصعب و دارالتعارف، چاپ سوم، جلد دوم، ۱۴۰۱ هـ.ق).
- امام علی (ع): «هرگاه خداوند بنده‌ای را دوست بدارد، قلب سلیم را رزق و روزی‌اش نماید» (غیر الحکم و درر الکلم). آن حضرت همچنین فرموده‌اند: «قلبت برای تو سالم نخواهد شد مگر آن‌گاه که برای مؤمنان همان پسندی که برای خود می‌پسندی (بحار الانوار).
- امام حسن مجتبی (ع): «سالم‌ترین قلب‌ها قلبی است که از شبهات پاک باشد» (تحف العقول).
- امام باقر (ع): سلامت قلب را بالاترین سلامت شمرده و فرموده‌اند: «هیچ دانشی چون سلامت‌جویی نیست و هیچ سلامتی چون سلامت قلب نیست» (بحار الانوار).

بعضی مؤلفه‌های معنوی امنیت و سلامت در تعابیر قرآنی و روایی

کلمه سلام از حیث لغوی و همانطور که راغب در مفردات گفته، ابراز سلامت‌خواهی از افات ظاهری و باطنی است، و این معنا در همه مشتقات این کلمه یعنی سلام، سلامت، اسلام، تسلیم و غیره جاری است. دو کلمه سلام و سلامت یک معنا دارند. واژه‌های «سلام» و «امن» نیز تقارب معنایی دارند (۱۱). ایمان به خداوند؛ انجام اعمال شایسته؛ جانشینی خداوند در زمین؛ استقرار آئینی که مورد پسند خداوند است؛ مبدل نمودن بیم و خوف با آرامش و ایمنی، از مفاهیم ناب قرآنی مرتبط با امنیت و سلامت است. اگر کانونی‌ترین مفهوم در قرآن ایمان است، شاید کانونی‌ترین موضوع روابط انسانی، امنیت باشد (۱۲). در

ادامه به بعضی مؤلفه‌های مفهومی اشاره می‌شود:

- «امنیت» در زمره امدادهای الهی: «سپس، بعد از آن غم و محنت، آرامشی (به صورت) خوابی سبک بر شما نازل کرد» (سوره آل عمران، ۱۵۳).
- استقرار حاکمیت خداوند و حکومت صالحان و طرح امامت: «خداوند به کسانی از شما که ایمان آورده‌اند و کارهای شایسته کرده‌اند، وعده داده است که آنان را در این سرزمین جانشین گردانند، چنانکه امت‌های صالح پیامبران سلف جانشین (پیشینیان) خود شدند و علاوه بر خلافت، دین پسندیده آنان را (که اسلام واقعی است) بر همه ادیان تمکین و تسلط عطا کند و به همه مؤمنان پس از ترس و اندیشه از دشمنان، ایمنی کامل دهد که مرا به یگانگی بدون هیچ شائبه شرک و ریا پرستش نمایند» (سوره نور، ۵۵).
- امنیت ثمره ایمان و مؤمنان شایسته امنیت: «اوست خدایی که آرامش را در دل‌های مؤمنان جای داد تا ایمانی بر ایمان‌شان بیفزاید» (سوره فتح، ۴).
- تأمین امنیت از اهداف مهم جهاد: «با کافران جهاد کنید تا فتنه و فساد از روی زمین برطرف شود و دین فقط دین الهی باشد» (سوره بقره، ۱۹۳).
- بهشت خداوند، جایگاه امنیت و سلامت: «ادْخُلُوهَا بِسَلَامٍ آمِنِينَ؛ (به آن‌ها خطاب شود که) با درود و سلام و با کمال ایمنی و احترام به بهشت اید وارد شوید» (سوره حجر، ۴۶).
- آرامش (سکینه) در پرتو ایمان: در ۳ آیه قرآن، نزول سکینه و آرامش اثر ایمان شمرده شده است (توبه، ۲۶؛ فتح، ۲۶، ۴). با ایمان اضطراب و بحران روحی و رنج درونی و رعب و وحشت از بین می‌رود.
- ایمان ضامن تأسیس و پایداری جامعه سالم: «الذاریات، ۵۶؛ اعراف، ۵۹، ۸۵، ۷۳، ۶۵؛ هود، ۸۴، ۶۱، ۵۰؛ مؤمنون، ۲۳؛ نمل، ۴۵ و عنکبوت، ۳...».
- قلب سلیم سازنده جامعه سالم: «شعراء، ۸۹ و صافات، ۸۴».

اهمیت، ضرورت و مصادیق و آثار امنیت و سلامت معنوی در آیات و روایات اسلامی

ضرورت امنیت: پیامبر اعظم (ص) در مورد امنیت می‌فرمایند: «لَا خَيْرَ فِي الْوَطَنِ إِلَّا مَعَ الْأَمْنِ وَالسُّرُورِ؛ وطنی که امنیت و شادی در آن نیست خیری در آن نیست» (بحار الانوار، ج ۷۴، ص ۵۸). امام صادق (ع) فرموده است: «(کمال) نعمت دنیا، امنیت و تندرستی است و کمال نعمت آخرت، وارد شدن به بهشت است و بنده‌ای که به بهشت نرود هرگز نعمت بر او تمام نشده است» (معانی الأخبار: ۴۰۸ / ۸۷).

اهمیت امنیت: امن دانستن خانه کعبه و شهر مکه توسط خداوند، بر اهمیت صفت امنیت دلالت دارد. خداوند در سوره مبارکه ابراهیم فرموده است: «و اذ قال ابراهيم رب اجعل هذا البلد آمناً؛ و (به یادآور) زمانی را که ابراهیم گفت: پروردگارا! این شهر (مکه) را امن قرار ده و من و فرزندانم را از اینکه بت‌ها را بپرستیم دور بدار». در آیه ۱۲۵ سوره بقره نیز فرموده است: «و (به یادآور) هنگامی که خانه (ی کعبه) را محل

أَمَّنُوا وَتَمَثَّلُوا لِقُلُوبِهِمْ بِذِكْرِ اللَّهِ إِلَّا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ (هدایت شدگان) کسانی هستند که ایمان آورده و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد. بدانید که تنها با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد». ایمان به خداوند آثار معنوی فراوانی در بر دارد (۱۵):

- بهجت، انبساط خاطر، خوش‌بینی به جهان، روشندلی، امیدواری و آرامش خاطر
 - بهبود روابط اجتماعی
 - کاهش ناراحتی‌ها
- آثار سلامت معنوی: افراد سالم معنوی، در پرتو ایمان و عمل صالح، از عطایای الهی مودت و محبت برخوردار می‌شوند و قلوب دیگران به آن‌ها گرایش می‌یابد. خداوند در آیه ۹۶ سوره مبارکه مریم چنین فرموده است: «إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ سَيَجْعَلُ لَهُمُ الرَّحْمَنُ وُدًّا؛ همانا کسانی که ایمان آورده و کارهای شایسته انجام داده‌اند، به زودی خدای رحمان برای آنان محبتی (در دل‌ها) قرار می‌دهد».
- اهداف امنیت معنوی: از دیدگاه قرآن امنیت یکی از اهداف استقرار حاکمیت خداوند و خلافت صالحان است مضافاً این‌که تأمین امنیت از اهداف جهاد قلمداد شده و احساس امنیت از خصائص مؤمن است. الگوی الهام بخش معنویت در اسلام: از آنجا که وجود نورانی پیامبر اعظم (ص) الگو و اسوه و کمال معنویت می‌باشند، تأمل در صفات معنوی پیامبر نور و رحمت در قرآن مجید، برای درک و شناخت صحیح و کامل، راهنما خواهد بود. فضایل معنوی پیامبر اسلام در قرآن با صفاتی مانند عبودیت، اطاعت، اخلاص، استغفار، سجده، رکوع، شکر، تسبیح، تقرب، توکل، توصیف شده است.

نظریه امنیتی اسلام و ارتباط آن با سلامت و معنویت

در این نظریه با توجه به مبانی هستی‌شناسی اسلام، امنیت، مفهومی گسترده، متوازن و عمیق دارد که ابعاد مختلف زندگی انسان را شامل می‌شود و به قلمروی خاص، محدود نیست (از جمله معنویت و سلامت). نقطه آغازین این امنیت در وجود انسان‌ها نهفته است، که در صورت تحقق، جامعه ملی و نظام بین‌المللی را تحت تأثیر خود قرار داده، در سایه این امنیت، سایر ابعاد امنیت نیز تأمین و حفظ خواهند شد؛ حتی تأکید بر نیروی نظامی قوی و جنگ در اسلام برای ایجاد و حفظ امنیت و صلح است (۱۶). سطوح امنیت در اسلام: در نظریه اسلامی، امنیت دارای سطوح «مادی و معنوی» (با توجه به ماهیت)؛ «فردی و اجتماعی» (با توجه به محدوده اجرای امنیت)، و «داخلی و بین‌المللی» است (همان):

- سطح مادی (دنیوی) امنیت ناظر بر مصالح دنیوی مسلمانان یا جامعه اسلامی است و شاخص‌های ناظر بر آن مواردی نظیر رشد و توسعه (اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، سیاسی) و عدالت اجتماعی می‌باشند.
- سطح معنوی امنیت که ملهم از بعد متعالی وجود انسانی و مبتنی بر اصل اعتقادی کرامت انسان است، که تعالی معنوی، کمال اخلاقی و در نهایت سعادت ابدی انسان را پی‌جویی می‌کنند. شاخص‌های ناظر بر آن مواردی نظیر ایمان و توکل بر خداوند است.
- سطح فردی (امنیت فردی)، حالتی است که در آن فرد فارغ از

رجوع و اجتماع و مرکز امن برای مردم قرار دادیم...». در این آیات و بسیاری آیات دیگر، امنیت، شرط لازم برای زندگی معرفی شده است.

شهر امن و سالم در تعبیر قرآن

خداوند در آیه ۱۱۲ سوره مبارکه نحل فرموده است: «خداوند (برای شما) قریه‌ای را مثال می‌زند که امن و آرام بود، روزی از هر سو فراوان می‌رسید، اما (مردم آن قریه) نعمت‌های خدا را ناسپاسی کردند، پس خداوند به (سزای) آنچه انجام می‌دادند، پوشش فراگیر گرسنگی و ترس را بر آنان چشاند». امنیت و آرامش در رأس نعمت‌ها و زمینه توسعه در رزق و اقتصاد جامعه می‌باشد و کفران نعمت باعث زوال آن است. شهر امن اسلامی یکی از ساحت‌های عینی مفهوم شهر اسلامی است. بعضی مؤلفه‌های شهر امن برخاسته از ارزش‌ها و تعالیم وحیانی اسلام عبارتند از (۱۳):

- بر پایه اصول ارزشی دین مبین اسلام و الگوهای ارزشی اسلامی بنا نهاده شده.
 - با بازآفرینی مفاهیم زندگی، امنیت، سلامتی و پاکی، هدایتگر و مروج این مفاهیم برای بلاد دیگر است.
 - در ذات و صفات و افعال، امنیت و سلامت را تأمین، تحکیم و ارتقاء می‌بخشد.
 - زمینه‌ساز حیات مدنی مبتنی بر فرهنگ دینی با تقویت ابعاد معنوی در کنار حیات مادی شهروندان است.
 - مهمترین مؤلفه انسانی شهر امن، حضور و فعالیت انسان‌های با ایمان است که عامل به شریعت و دستورات خداوند هستند، که مهمترین آن اجرای عدالت و نفی ظلم است. این انسان‌ها هم خودشان امنیت دارند و هم در اجتماع امنیت ساز هستند.
 - نعمت‌های حاصله در پرتو امنیت، باید قدر دانسته شوند (مراقبت از ارزش‌ها و پایبندی به اصول و موازین دینی)، فقر اقتصادی و ناامنی اجتماعی، از نشانه‌های بی‌اعتنایی جامعه به اصول دینی است.
- شرط تحقق امنیت: در آیه ۵۵ سوره نور، یکی از اهداف استقرار حاکمیت خدا و حکومت صالحان و طرح کلی امامت را، تحقق امنیت معرفی کرده است: «خداوند به کسانی که ایمان آورده و کارهای شایسته انجام داده‌اند، وعده داده است که حتماً آنان را در زمین جانشین قرار دهد، همان‌گونه که کسانی پیش از ایشان را جانشین کرد، و قطعاً دینی را که خداوند برای آنان پسندیده است، برای آنان استقرار و اقتدار بخشد و از بی‌ترس‌شان امنیت را جایگزین کند، تا (تنها) مرا بپرستند و چیزی را برای من شریک نگیرند، و هر کس بعد از این، کفر ورزد پس آنان همان فاسقانند». کلید و رمز لیاقت برای به‌دست گرفتن حکومت گسترده حق، ایمان و عمل صالح است. هدف از حکومت اهل ایمان، استقرار دین الهی در زمین و رسیدن به توحید و امنیت کامل است. بر اساس سنت قرآنی، به اهل ایمان و عمل صالح، نوید امنیت و از میان رفتن تمام اسباب خوف، ترس و وحشت داده شده است؛ امنیتی که دیگر از منافقین و کید آنان، و از کفار و جلوگیری‌هایشان بیمی نداشته باشند و خدای را آزادانه عبادت کنند و چیزی را شریک او قرار ندهند (۱۴).
- آثار امنیت معنوی: در آیه ۲۸ سوره مبارکه رعد چنین آمده است: «الَّذِينَ

رهبر معظم انقلاب آیت الله خامنه‌ای در بیانیه گام دوم انقلاب معنویت را هم‌ردیف ارزش‌های والای دینی آزادی، اخلاق، عدالت، استقلال، عزت، عقلانیت، و برادری، از شعارهای جهانی، فطری، درخشان و همیشه زنده انقلاب اسلامی اعلام فرموده‌اند. افزایش چشمگیر معنویت و اخلاق در فضای عمومی جامعه را از ثمرات انقلاب اسلامی برشمرده‌اند که افزایش، ترویج و اهتمام دائمی برای ارتقای این ودایع گرانبار را بر مسئولین و مردم واجب دانسته‌اند. در این بیانیه معنویت به معنی برجسته کردن ارزش‌های معنوی از قبیل: اخلاص، ایثار، توکل، ایمان در خود و در جامعه است، و اخلاق به معنی رعایت فضیلت‌هایی چون خیرخواهی، گذشت، کمک به نیازمند، راستگویی، شجاعت، تواضع، اعتمادبه‌نفس و دیگر خلقیات نیکو است. معنویت و اخلاق، جهت‌دهنده همه حرکت‌ها و فعالیت‌های فردی و اجتماعی و نیاز اصلی جامعه است؛ بودن آن‌ها، محیط زندگی را حتی با کمبودهای مادی، بهشت می‌سازد و نبودن آن حتی با برخورداری مادی، جهنم می‌آفریند. بر اساس رهنمودهای معمار کبیر انقلاب اسلامی و رهبر معظم انقلاب، تأمین، نگهداشت و ارتقای مستمر امنیت و سلامت معنوی، به‌صورت متعامل و با بهره‌گیری از ظرفیت‌های معنوی و اخلاق اسلامی در جامعه، برای عموم مسئولان امنیت و سلامت کشور، آحاد نگاهبانان و تأمین‌کنندگان امنیت و سلامت و آحاد جامعه، فرض و فریضه است و عدول از آن هرگز پذیرفتنی نیست.

در مرور منابع، مطالعاتی که رابطه امنیت و سلامت معنوی را به‌صورت ویژه بررسی نموده باشند، کمتر یافت می‌شود. اغلب مطالعات، بعضی مصادیق و شاخص‌های این ارتباط را در ذیل نسبت امنیت با سلامت اجتماعی، بررسی نموده‌اند. «سلامت معنوی از ابعادی است که لازمه تعالی در سایر ابعاد و تضمین -کننده تحقق انسان سالم در جوامع سعادتمند و برخوردار از توسعه و امنیت پایدار است. بازسازی و تعالی شخصیت معنوی انسان، هدف اصلی رسالت همه انبیاء الهی و خاصه دیانت مقدس اسلام است» (۱۸). «در اسلام نوعی تعامل دوجانبه بین رفع نیازهای مادی و معنوی، برای رسیدن به هدف توسعه وجود دارد (۱۹). امنیت حاصله در پرتو سلامت معنوی، با رویکرد اسلامی، از نوع امنیت ایجابی (ماهیتی «تأسیسی») است و مفاهیمی فراتر از «نبودن تهدید» را شامل می‌شود. طبق اصل بیست و دوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران: «حیثیت، جان، حقوق، مسکن، شغل اشخاص از تعرض مصون است مگر در مواردی که قانون تجویز کند». «این سطح از امنیت در وضعیتی وجود دارد که جامعه به مرحله قابل قبولی از اطمینان برای تحصیل و پاسداری از منافعش دست‌یافته باشد. امنیت در این دیدگاه، توانایی و شرایط عینی را شامل می‌شود که در آن بستر می‌توان به منافع همگانی دست یافت. گفتنی است که مطابق این تفسیر، مفهوم امنیت حتی نسبت به منافع عمومی نیز از اولویت برخوردار است؛ زیرا تحقق یا عدم تحقق منافع جمعی در گرو بود یا نبود امنیت است (۲۰). یکی از مراتب سلامت معنوی در سطح جامعه که موجبات امنیت پایدار را فراهم می‌سازد، حضور دین و نهادینه شدن باورها و اعتقادات و تسری و تحقق دستورات دینی در سازمان‌ها و نهادها و همه شئون جامعه است.

ترس آسیب رسیدن به جان یا مال یا آبروی خود یا از دست دادن آن‌ها زندگی می‌کند. معیارهای آن مواردی از قبیل عدالت‌ورزی؛ عدم تعدی و تجاوز به حقوق دیگران؛ و حفظ حرمت و کرامت انسان است.

- سطح اجتماعی (امنیت اجتماعی)، حالت فراغت همگانی از تهدید ... در تمامی یا در بخشی از جامعه است و با معیارهایی نظیر عدالت‌ورزی؛ رفع فقر؛ تأمین رفاه و معیشت مردم و رعایت حرمت و حقوق انسان‌ها، قابل ارزیابی است.
- سطح داخلی (امنیت ملی) که دارای ابعاد سیاسی - نظامی؛ فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی است. معیارهای ارزیابی این سطح در نوشتجات قبلی مطرح شده است.
- سطح بین‌المللی (امنیت بین‌المللی) که با تکیه بر اصول مشترک و پایبندی به پیمان‌ها و تعهدات بین‌المللی شکل می‌گیرد و تهدیدات آن با اصل جهاد مدیریت می‌شود.

بحث

امنیت و همه ابعاد آن با سلامت و همه ابعاد آن رابطه‌ای تنگاتنگ و هم‌افزا دارند. امام خمینی (ره) فرموده‌اند: دولت اسلام باید مردم را مطمئن کند که در همه چیز، در سرمایه‌هایشان، در کسبشان، در کارخانه‌هایشان، در همه چیز، مردم در آرامش باشند. در اندیشه امام اگرچه بُعد مادی و معنوی امنیت از هم جدا نیستند، بُعد معنوی، فرهنگی و اعتقادی امنیت، بر بُعد مادی آن رجحان دارد. بر این اساس، سلامت معنوی، یکی از آثار امنیت معنوی و از عوامل تأمین‌کننده، تقویت‌کننده و ارتقاءدهنده آن به‌شمار می‌رود. همانطور که تأمین، نگهداشت و ارتقای ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی سلامت، مرهون وجود امنیت و ثبات و ارتقای آن می‌باشد، سلامت معنوی نیز مرهون وجود و ثبات و ارتقای امنیت خواهد بود. در اندیشه امام راحل، فلسفه خلقت بشر و ارسال رسل (بعثت انبیاء) و تشکیل اجتماعات سیاسی، تحقق امنیت معنوی است (۱۷). در اندیشه بنیانگذار جمهوری اسلامی ایران، امنیت (و سلامت)، ابزارهایی برای تأمین هدفی ارزشمند هستند و آن همانا حفظ اسلام و تعالی انسان است. اگر بعد اعتقادی و فرهنگی و معنوی در جامعه قوی باشد، تهدیدات اثری نخواهند داشت. حتی اگر امنیت مادی (و سلامت جسمانی) افراد از بین برود، آن‌ها احساس ناامنی نمی‌کنند، زیرا هدف و غایت نهایی پابرجاست (۱۷). در بررسی سیره زندگی ایشان، این معنا به عیان ثابت شده است. این انسان‌های والا، علی‌رغم رنج و مرارت ناشی از آسیب‌دیدگی‌های جسمانی، از سطح بالایی از سلامت معنوی برخوردارند. امام خمینی (ره) هدف و غایت نهایی از امنیت در جامعه اسلامی را با عباراتی بلند و شگرف بیان می‌فرمایند:

- ما خودمان را باید فدا کنیم برای اسلام، آمل و آرزوهایمان را باید فدا کنیم برای اسلام (صحیفه امام، جلد ۱: ۳۰۷)
- تکلیف ما این است که از اسلام صیانت کنیم و حفظ کنیم اسلام را (صحیفه امام، جلد ۱۳: ۲۵۱)
- من به تمام دنیا با قاطعیت اعلام می‌کنم که اگر جهان -خواران بخواهند در مقابل دین ما بایستند، ما در مقابل همه دنیای آنان خواهیم ایستاد (صحیفه امام، جلد ۲۰: ۳۲۵).

Promotion. 2022;6(2):265-73. [In Persian]

8. Naraghi A. Meraj al-Saada. The fourth position, the chapter on expressing trust in God. Tehran: Payam Moghadas Publication; 2015.

9. Tabarsi F. Majam al-Bayan. Beirut: Dar ol-Ma'rifah; 1408 A.H. [In Arabic]

10. Akhavaan kazemi B. Security and its dimensions in the Quran. Journal of Figh and Usul. 2007;39(1): 11-38. [In Persian]

11. Akhavaan kazemi B. The security model in the security school of the Islamic Republic of Iran. Journal of Security Horizons. 2020;8(26):105-34. [In Persian]

12. Afrakhteh A. Soft and spiritual security in the view of the Qur'an and the Prophet. In the 5th National Conference on Humanities and Management Studies, Tehran; 2018. Available from: <https://civilica.com/doc/1047078/> [In Persian]

13. Balai Oskuee A, Keynejad M, Zakipour N. Manifesting the Concept of Water in the Paradise of Quran and Persian Garden. Journal of Researches in Islamic Architecture. 2020;8(1):125-52. [In Persian]

14. Tabatabai MH. Tafsir al-Mizan. Qom: eslami publication, 1989.

15. Paryad R, Salahshouri A, Pariyad F. Explaining the health and mental security of man in the Quran. National Health Conference According to the Quran, 2016. [In Persian]

16. Esmaili M, Khajesarvi G. Investigating the concept of security in the infallibility of infants: a case study of content analysis of sufficient principles. International Relations Research. 2017;7(25):235-59. [In Persian]

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

18. Sajjadi SJ, Mazaheriseif H, Simforosh N, Shamsmurkani B, Azizi F, Moghadamnia SH, et al. Islamic spiritual health in the health higher education system. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2018;1(1):31-8. [In Persian]

19. Rezaei A. Development indicators from the perspective of Islam, the Constitution of the Islamic Republic of Iran and Imam Khomeini. Political Knowledge. 2010;125-48. [In Persian]

20. Navidnia M. An introduction to social security. Research Institute of Strategic Studies. 2003;6(19): 55-78. [In Persian]

21. Chenari M, Kazemizadeh Z. The place of spiritual health in Islamic lifestyle. 2017. Available from: <https://smanavi.kmu.ac.ir> [In Persian]

22. Shafiey Nia MS, Farsi MR. The role of security in the Iranian Islamic model of progress (with emphasis on spirituality). Journal of National Security. 2020;10(35):265-90.

نتیجه گیری

بر اساس معارف الهی و قرآنی، هرگونه و هر مرتبه از امنیت، و هر میزان و مرتبه از سلامت معنوی، در نهایت، در ایمان و اعتقادات معنوی و الهی ریشه دارد. متقابلاً هرگونه ناامنی در هر عرصه‌ای، و هر نوع از بیماری معنوی، بالاخره ریشه‌اش در ضعف ایمانی یا مراتب بی‌ایمانی و صفات متقابل ایمان مانند شرک، کفر، ظلم، استکبار و نظایر آن برمی‌گردد (۱۰). ایمان و اعتقادات معنوی و الهی و عمل صالح، ریشه و سرچشمه و مبنای اصلی تمام ابعاد مرتبط با امنیت و سلامت معنوی، و سازوکارهای تأمین، تحکیم و ارتقای آن‌ها بوده، بین این ابعاد و سازوکارها، هم‌پیوندی و توازنی عمیق برقرار است. ایمن واقعی کسی است که در برابر ناامنی‌ها، ناملایمات و ناکامی‌های محیط بیرون، احساس امنیت، آرامش و کامیابی از درون داشته باشد. سلامت معنوی (حاصله در پرتو امنیت معنوی)، محور اصلی سبک زندگی اسلامی است. از مهمترین معیارهای سبک زندگی سالم اسلامی، ایمان و عمل صالح، به نوبه خود لازمه نیل به حیات طیبه یا کامل‌ترین مرتبه سبک زندگی سالم اسلامی است (۲۱). الگوی اسلامی پیشرفت، الگویی مبتنی بر مبانی معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی و روش‌شناختی اسلامی است (۲۲). با شناخت و نهادینه‌سازی الزامات و کارکردهای امنیت و سلامت و همه ابعاد مرتبط و بویژه بُعد معنوی آن‌ها، در تدوین و اجرای الگوی پیشرفت، موجبات ایجاد جامعه‌ای امن و سالم، فراهم خواهد شد، که به‌نوبه خود موجبات پیشرفت را تأمین و تضمین خواهد ساخت.

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

منابع

1. Abdollahi M. The strategy of the supreme leader in matching security and national interests with islamic unity in line with spiritual health of the society. Islamic Life Journal. 2022;6(1):250-5. [In Persian]
2. Mohammadi M. Components of national security. Available from ghatreh.com. [In Persian]
3. Salar M. Components of security in Imam Khomeini's (RA) thought. Islamic Revolutionary Thought, 2007. [In Persian]
4. Ebrahimi Dinani GH. Rationality and spirituality in Islam an interview with Dr. Dinani. Journal of Seven Heavens. 2004;5(20):9-30. [In Persian]
5. Chenari M, Kazemizadeh Z. Achieving health spirituality under the Quran teachings and Islamic lifestyle. Journal of Islamic Studies in the Field of Health. 2017;1(1):11-22. [In Persian]
6. Sajadi SJ. Conceptualization and explanation of the term spiritual health. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2021;4(3):236-9. [In Persian]
7. Roodgar M. Spiritual conduct foundations of spiritual health. Iranian Journal of Culture and Health

The Components of Culture of Self-Sacrifice and Martyrdom in the Country's Health Society

Part 4: Ontological and Epistemological Foundations

Fatemeh Ranjbar¹, Seyed Mohammad Reza Kalantar Motamedi², Mohammad Hossein Niknam³, Abbas Forootan², Saeed Bayyenat^{4*}

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

2- Scientific Vice Chancellor of the Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

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

Received: 7 July 2021 Accepted: 2 November 2021

Abstract

Background and Aim: Ontological and epistemological foundations in the field of self-sacrifice and martyrdom culture are referred to the collection of Islamic knowledge that are used to determine the aims, principles, areas, stages, factors, obstacles, and methods of sacrifice and martyrdom culture which are explained and investigated in the field of nature of being, the reason for being, and the purpose of being.

Methods: This study was performed by the library study method and searching related keywords in Persian and English databases, and the main topics were extracted and categorized.

Results: Among the most important foundations of the ontology of the social system of the Holy Qur'an, the principle of monotheism, purposefulness, being hierarchical, the existence of mutual relations in the universe, and obedience of the legislative system to the developmental system can be mentioned, and the summary findings can be the main basis of the values of the self-sacrifice and martyrdom culture.

Conclusion: The main basis of these values in Islam is the three principles of monotheism, justice, and resurrection. Self-sacrifice and martyrdom are formed through the Islamic values established in society, and until Islamic values and axes are not dominant in society, it is not possible to expect the formation of a self-sacrifice and martyrdom culture in society.

Keywords: Self-Sacrifice, Martyrdom, Culture, Culture of Self-Sacrifice and Martyrdom.

* Corresponding Author: Saeed Bayyenat

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

E-mail: sbayyenat@yahoo.com

مؤلفه‌های فرهنگ ایثار و شهادت در جامعه سلامت کشور بخش چهارم: مبانی هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی

فاطمه رنجبر^۱، سید محمدرضا کلانتر معتمدی^۲، محمدحسین نیکنام^۳، عباس فروتن^۴، سعید بینات^{*}

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

۲- معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

۳- گروه ایمونولوژی، مرکز تحقیقات ایمونولوژی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

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

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: مبانی هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی در حوزه فرهنگ ایثار و شهادت به مجموعه معارف اسلامی اطلاق می‌شوند که برای تعیین اهداف، اصول، ساحت‌ها، مراحل، عوامل، موانع و روش‌های فرهنگ ایثار و شهادت مورد استفاده قرار می‌گیرند که در حوزه ماهیت هستی، چرایی هستی و غایت هستی تبیین و بررسی می‌گردد.

روش‌ها: این مطالعه با استفاده از روش مطالعه کتابخانه‌ای و جستجوی کلمات کلیدی و مرتبط موضوعی در پایگاه‌های داده‌ای فارسی و انگلیسی انجام شد و موضوعات اصلی استخراج و دسته‌بندی گردید.

یافته‌ها: از مهمترین مبانی هستی‌شناسی نظام اجتماعی قرآن مجید، اصل توحید، غایت‌مندی، هدفمندی، سلسله مراتبی بودن، وجود روابط متقابل در جهان هستی، تبعیت نظام تشریع از نظام تکوین را می‌توان نام برد و خلاصه یافته‌ها می‌تواند مبنای اصلی ارزش‌های فرهنگ ایثار و شهادت باشد.

نتیجه‌گیری: مبنای اصلی این ارزش‌ها در اسلام، سه اصل توحید، عدل و معاد است. ایثار و شهادت از طریق ارزش‌های اسلامی مستقر در جامعه شکل می‌گیرد و تا زمانی که ارزش‌ها و محورهای اسلامی در جامعه حاکم نباشد، نمی‌توان انتظار شکل‌گیری فرهنگ ایثار و شهادت را در جامعه داشت.

کلیدواژه‌ها: ایثار، شهادت، فرهنگ، فرهنگ ایثار و شهادت.

* نویسنده مسئول: سعید بینات

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

ایمیل: sbayyenat@yahoo.com

مقدمه

هستی‌شناسی، برجسته‌ترین مسئله از مسائل جهان بینی، مسئولیت تنظیم و ارائه پاسخ به پرسش‌های ناظر به هستی، مبدأ هستی، جریان هستی و مقصد هستی را بر عهده دارد و منشاء اعتبارهای الهی و انسانی را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. در جهان بینی الهی مبتنی بر اسلام، اعتقاد به توحید، وحی و نبوت و معاد از اصول مسلم و ارکان جهان شناختی و موجب هدایت انسان به جانب خیر، کمال و سعادت به شمار می‌رود (۱).

ایثار به معنای از خود گذشتن و مقدم داشتن دیگران بر خود، از ارزش‌های متعالی اسلامی است. در مکتب اسلام، شهادت، کامل‌ترین مصداق ایثار شمرده می‌شود و داشتن روحیه شهادت طلبی، بهره‌مندی از ملکه ایثار خواهد بود. قرآن کریم با تعبیری زیبا از روحیه شهادت طلبی، آن را هنر مردانی می‌داند که زندگی آخرت و رضایت و خشنودی حق تعالی را بر زندگی محدود ناپایدار دنیا برگزیدند: «کسانی که حیات دنیا را با آخرت معامله می‌کنند باید در راه خدا بجنگند و کسی که در راه خدا می‌جنگد، کشته شود یا پیروز شود، به زودی پاداش عظیمی به او عنایت خواهیم کرد (نساء/ ۷۴، ۴)» (۲). «روحیه شهادت طلبی این قابلیت را دارد که افراد و جامعه اسلامی را به درجه‌ای از ایمان و معرفت برساند که در عالم، جز خدای خود کسی را منشاء اثر حقیقی ندانند. پس از غیر او نمی‌هراسند و نسبت به انجام تکالیف و اوامر او نیز کوشا خواهند بود» (۳).

فرهنگ جهاد از نظر جهان شناختی، جهان‌شناسی‌های ماتریالیستی و فلسفی را پشت سر گذاشته و به حریم کبریا «انا لله و انا الیه راجعون» وارد گشته است. ما از خدا هستیم و به سوی او باز می‌گردیم. چطور آمدن و چطور بودن و چطور بازگشتن مهمترین سؤالات این جهان بینی هستند. هویت اصیل انسانی تنها در صورتی تجلی می‌یابد که انسان در خدمت حق تعالی، خلق خدا، مجاهده در راه خدا و صراط مستقیم باشد. انحراف از صراط مستقیم، «مغضوب‌علیهم» و «ضالین» و شقاوت است. راه مستقیم، راه کمال و سعادت است. ملتی که این راه را طی کند سعادت‌مند می‌باشد (۴).

امام خمینی (ره) پیروزی سالکین راه خدا را مرهون خلوص نیت آنان، ایمان سرشار و عزم استوارشان می‌داند. جهاد و شهادت تفسیر مسیر از ملک تا ملکوت است. بنابراین جهان بینی فرهنگ جهاد و شهادت، توحیدی است. جهاد و شهادت بازگشت عالم طبیعت به غیب و تجلی غیب است (۴).

ادبیات نظری

«هستی‌شناسی»، مطالعه فلسفی طبیعت، هستی، شدن، وجود یا حقیقت است. «خداشناسی» و «انسان‌شناسی» زیر مجموعه «هستی‌شناسی» محسوب می‌شوند؛ مهمترین مبانی هستی‌شناسی اسلام عبارتند از: رئالیسم معرفتی، نیازمندی عالم امکان، هدفمندی هستی، سیرتکاملی جهان ماده، حاکمیت نظام علت و معلول و سبب و مسبب بر جهان هستی، فناپذیری جهان طبیعت و ایمان به غیب (۵).

هستی‌شناسی (Ontology)، قلمرویی از دانش فلسفی است که موضوع اصلی آن تبیین چیستی و چرایی واقعیت وجود (بیان ماهیت هستی و علت غایی آن) است. در مبانی نظری تحول بنیادین در نظام تعلیم و تربیت رسمی عمومی جمهوری اسلامی ایران، مهمترین مبانی هستی‌شناسی به شرح ذیل معرفی و توصیف شده‌اند:

- جهان هستی واقعیت دارد؛ ولی هستی به طبیعت منحصر نیست.
 - خداوند مبداء و منشاء جهان و یگانه مالک، مدبر و رب حقیقی همه موجودات عالم است.
 - ویژگی ذاتی جهان موجودات (عالم امکان)، فقر و نیاز محض به واجب‌الوجود است. این فقر ذاتی سبب می‌شود موجودات نه تنها در پیدایش، بلکه در بقا نیز به ذات غنی واجب‌الوجود به‌طور ابدی محتاج بمانند.
 - در جهان هستی در عین وحدت، کثرت وجود دارد اما کثرتی غیر اصیل که در نهایت به وحدت باز می‌گردد.
 - آفرینش جهان هستی، غایتمند و خداوند غایت همه موجودات است.
 - خداوند خیر بنیادین هستی است و همه موجودات عالم را به سوی کمال شایسته آن‌ها هدایت می‌کند. لذا تمام موجودات جهان هستی از هدایت الهی برخوردارند.
 - جهان آفرینش از نظام احسن برخوردار و اراده و سنن الهی بر جهان هستی حاکم است.
 - نظام علت و معلول و سبب و مسبب بر جهان هستی حاکم است.
 - جهان آفرینش دارای نظامی یک پارچه و سراسر آن آیت و نشانه علم و قدرت و حکمت و مهر نامتناهی خداوند است.
 - عالم ماده و همه موجودات وابسته به آن وجود تدریجی و در زمان دارند و همواره در حال شدن و دگرگونی و حرکت مداوم‌اند.
 - جهان طبیعت و همه واقعیت‌های آن، اموری در حال تراحم، محدود، پایان‌پذیر و فناشدنی هستند.
- معرفت دینی واژه‌ای مرکب از معرفت و دین است؛ و آن معرفتی است که مخاطبان یک دین و خردمندان، از آن دین دارند و آن فهمی است که با مراجعه به منابع دین به‌دست می‌آید (۶).
- معرفت‌شناسی دینی عبارت است از مجموعه شناخت‌ها درباره بخش‌های مختلف دین که عالمان و اندیشه‌مندان دینی بدان نایل شده و از دین برگرفته‌اند. مهمترین و اساسی‌ترین مباحث معرفت‌شناسی دینی، مبحث ارزش معرفت دینی است؛ بدین معنا که چگونه می‌توان در معرفت‌های دینی، معرفت‌های صادق و حقیقی را از معرفت‌های کاذب و غیرحقیقی تمیز داد؟ آیا معیاری برای کشف حقایق دین وجود دارد؟ معرفت‌شناسی دینی یک حوزه میان رشته‌ای است و با مسائل دین‌پژوهی نیز، ارتباطی عمیق و تنگاتنگ داشته، زیربنای بسیاری از مسائل فلسفه دین و دین‌پژوهی را باید در آن و نیز معرفت‌شناسی عام جستجو نمود (ویکی فقه، دانشنامه حوزه‌ی) موضوع معرفت‌شناسی دینی معرفت دینی است و معرفت دینی مفهوم عامی است که بر تمام گزاره‌های گرفته شده از شریعت، اطلاق می‌شود؛ در نتیجه، معارف فقهی، کلامی، تفسیری، حدیثی و

... همگی مصادیق معرفت دینی به‌شمار می‌آیند.

پیشینه در منابع اسلامی

مبانی هستی‌شناسی فرهنگ ایثار و شهادت در قرآن کریم

اهم مبانی هستی‌شناختی از منظر قرآن کریم را در عناوینی چون «مخلوق بودن هستی، فقر نظام هستی، قانون‌مندی تکوینی، ابزارانگاری هستی، تداوم هستی پس از مرگ، مادی و فرامادی بودن هستی» می‌توان یافت (۷).

گزیده‌ای از آیات قرآنی در این ارتباط ارائه شده است (۸):

- هستی‌شناسی قرآن بر مبنای توحید استوار است: «اگر در آسمان و زمین غیر از خدای یکتا خدایانی وجود داشت همانا خلل و فساد در آسمان و زمین راه می‌یافت، پس (از نظم ثابت عالم) بدانید که پادشاه ملک وجود خدای یکتاست و از توصیف و اوهام مشرکان پاک و منزّه است (انبیاء/۲۲)».
- جهان آفرینش هدفمند و غایتمند است (معاد): «هان ای روح آرام یافته! به سوی پروردگارت بازگرد که تو از او راضی و او از تو راضی است. پس در زمره بندگان من درآی و به بهشت من داخل شو (فجر/۳۰-۲۸)».
- مخلوق بودن هستی با برنامه‌ریزی و زمان‌بندی: «خالق و پروردگار شما به حقیقت خداست که جهان را از آسمان‌ها و زمین بر اساس تفسیر المیزان. در شش روز (یعنی مقدار زمان شش روز یا شش مرتبه وجودی) خلق فرمود. آن‌گاه ذات مقدسش بر عرش فرمانروایی قرار گرفت، امر آفرینش را نیکو ترتیب می‌دهد (یونس/۳)».
- استمرار و توالی آفرینش: «ما آسمان‌ها و زمین و آنچه را بین آن‌هاست جز به حق (و برای حکمت و مصلحت خلق) و جز در وقت معین نیافریده‌ایم».
- گسترش و تکامل جهان: کل هستی و اجزای آن که هر دو عالم غیب و شهود هستند پیوسته در حال گسترش همه‌جانبه هستند- چنان‌که در آیه ۴۷ سوره الذاریات می‌فرماید: «وَالسَّمَاءَ بَنَيْنَاهَا يَافًّی وَ إِنَّا لَمُوسِعُونَ» آسمان را با دست و توانایی خاص خود آفریدیم و ما گسترش دهنده آن هستیم و در آیه ۲۱ سوره الحجر نیز فرموده است «وَإِنْ مِنْ شَيْءٍ إِلَّا عِنْدَنَا خَزَائِنُهُ وَمَا نُنَزِّلُهُ إِلَّا بِقَدَرٍ مَّعْلُومٍ» و هیچ چیز نیست مگر آنکه گنجینه‌های آن نزد ماست و ما آن را جز به اندازه‌ای معین فرو نمی‌فرستیم (۹).
- وجود روابط متقابل در جهان هستی: «به خاطر کارهایی که مردم انجام داده‌اند، فساد در خشکی و دریا آشکار شده است، تا (خداوند) کیفر بعضی اعمالشان را به آنان بچشاند، شاید (به سوی حق) بازگردند (روم/۴۱)». اعمال انسان، در طبیعت اثر می‌گذارد. اعمال ناروای انسان، مانع از سودبخشی آب و خاک و عامل بروز پدیده‌های ناگوار است.
- تشریع بر اساس تکوین است: (قوانین اسلامی (عالم تشریع) با فطرت و خصوصیات تکوینی انسان هماهنگ است): «پس با

گرایش به حق به این دین روی بیاور، (این) فطرت الهی است که خداوند مردم را بر اساس آن آفریده است، برای آفرینش الهی دگرگونی نیست، این است دین پایدار، ولی بیشتر مردم نمی‌دانند (روم/۳۰)».

- شهید زنده است: «کشته شدگان در راه خدا را مرده نخوانید بلکه آنان زنده‌اند و لکن شما درک نمی‌کنید (بقره، ۱۵۴)».
- شهیدان نزد خداوند پاداشی عظیم دارند: «و هرکس در راه خدا بجنگد، پس کشته شود یا پیروز گردد به زودی پاداشی بزرگی به او خواهیم داد (نساء/۷۴)».
- مراتب والای شهیدان در درگاه الهی: «کسانی که پیشگام و سبقت گیرندگان در راه دین و جهاد در راه دین خدا هستند (واقع/۱۰). آن‌ها مقربان درگاه الهی‌اند و کسانی‌اند که به مقام قرب الهی نزدیک‌اند (واقع/۱۱)، شفاعت‌کنندگان درگاه احدیت (آل عمران/۱۸) همنشین با پیامبران و اولیاءالله (نساء/۷۲)، دریافت‌کنندگان رحمت و پاداش عظیم (نساء/۹۰، ۹۶) رستگارانند (واقع/۱۱- نساء/۷۴) (۱۰)».
- سایر مبانی و مؤلفه‌های فرهنگ ایثار و شهادت در قرآن مجید ستاری ساربانقلی در مطالعه‌ای، آموزه‌های فرهنگی شهادت با بهره‌گیری از متن قرآن کریم را به شرح زیر برشمرده است (۱۱):
 - ♦ زنده بودن ویژه شهید
 - ♦ سفارش ویژه خداوند به جهاد و شهادت
 - ♦ ارزش‌گذاری ویژه خداوند به شهادت و جهاد
 - ♦ ایمان، هجرت و جهاد با مال و جان، مفاهیم قرین شهادت در قرآن کریم
 - ♦ خدامحوری، فی سبیل الله بودن، اخلاص نیت و گسترش تفکر توحیدی و رعایت تقوا و عدالت
 - ♦ تحمل رنج‌ها و شداید و صبر و استقامت و پایداری و حق‌مداری فی سبیل الله
 - ♦ رفع فتنه و شر
 - ♦ رهاسازی مستضعفان موحد
 - ♦ اطاعت از خدا و رسول و مقام ولایت
 - ♦ رعایت عهد و پیمان حتی با کافران
 - ♦ پرهیز از درگیری و کشمکش بین خود
 - ♦ پرهیز از تجاوز از حدود الهی و قطع دنیا دوستی و ریا به منزله آفات شهادت طلبی
 - ♦ نشاط و امید به رحمت حق
- «هستی‌شناسی در سبک زندگی افراد مؤثر است. هر فرد چه به‌صورت آگاهانه و چه به‌صورت ناآگاهانه، هرگونه نگاهی و نظری که به عالم هستی دارد، مسیر و اهداف و خود را بر اساس آن طراحی می‌کند. هستی‌شناسی اسلامی و الهی نیز همین گونه است. هراندازه جهان بینی انسان‌ها و گروه‌ها و جامعه‌های متفاوت با این امر تطابق داشته باشد و هماهنگ باشد و در قوانین و مقررات با این نگرش نگاه کنند به همین میزان سبک زندگی‌شان و مشی حیات‌شان مرحله‌به‌مرحله اسلامی‌تر می‌گردد تا آرام آرام انسان و جوامع الهی می‌شوند (۱۲).

مبانی هستی‌شناسی ایثار و شهادت در احادیث معتبر اسلامی

در احادیث و سخنان ائمه اطهار علیهم‌السلام، نسبت به هستی‌شناسی از دو وجود بحث می‌شود: یکی خالق و دیگری مخلوق؛ چراکه هستی و جهان آفرینش مظهر صنّ الهی و عظمت خالقیت حق تعالی است (۱۳).

مبانی ایثار و شهادت در کلام امام علی علیه‌السلام

- طالب شهادت در کلام امام علی (ع) «الرائح الی الله» نام گرفته است؛ یعنی کسی که به سوی خدا بال گشاده، جانب او پرواز می‌کند و چنان تشنه‌ای که آب می‌جوید، مشتاق آرام گرفتن در آغوش خدا است (خطبه ۱۸۱ نهج البلاغه).
- امام علی (ع) در سخنانی می‌فرماید: «هرکس خود را بشناسد، خدایش را شناخته است (عیون الحکم و المواعظ، ص ۴۳۰)» بنابراین خودشناسی مقدمه خداشناسی است.
- درباره‌ی جهاد فی سبیل الله و ترغیب یارانش به این امر، می‌فرماید: «جهاد دری است از درهای بهشت که خداوند آن را به روی خواص دوستان خود گشوده و لباس تقوا و پرهیزگاری است و زره محکم حق تعالی و سپر قوی او است. پس هرگاه از آن دوری کند، خداوند جامه ذلت و ردای بلا را بر او می‌پوشاند» (خطبه ۲۷ نهج البلاغه).
- «گواهی می‌دهم که آسمان‌ها و زمین و آنچه در میان آن دو هست، نشانه‌هایی است که بر تو دلالت می‌کند و شاهدهایی است که بر آنچه فرا می‌خوانی، شهادت می‌دهد» (شرح نهج البلاغه، ج ۲۰، ص ۲۵۵).

فطرت از قوی‌ترین برهان‌های خداشناسی در توصیف امام حسن مجتبی علیه‌السلام

آن حضرت فرمود: «خداوند متعال وجودی است که همه موجودات در نیازمندی و سختی‌ها به او پناه می‌برند، بویژه هنگامی که امید از غیر او قطع گردد و همه وسائط و اسباب را ناچیز ببیند. [یعنی فطرت خداشناسی، انسان را در تنگناها به سوی واجب الوجود هدایت می‌کند] این که می‌گویی: «بسم الله...»؛ یعنی یاری و کمک می‌خواهم در همه کارهایم از خداوندی که عبادت (خضوع و کرنش) برای غیرش سزاوار نیست، او فریادری است که به هنگام دادخواهی دستگیری می‌نماید، و اگر کسی بخواندش پاسخ می‌گوید».

تجلی مبانی معرفت‌شناسی اسلام در نامه امام حسین علیه‌السلام به محمدابن حنفیه

سید و سالار شهیدان در نامه‌ای، در جواب به نصیحت خیرخواهانه برادرشان محمدابن حنفیه، انگیزه خود را از قیام چنین تقریر فرمودند: «بسم الله الرحمن الرحیم؛ این وصیتی است از حسین بن علی بن ابی‌طالب به برادرش محمد، معروف به ابن حنفیه: حسین شهادت می‌دهد که معبودی جز خدای یگانه‌ای که شریکی ندارد

نیست، و محمد بنده و فرستاده اوست که از جانب حق به حق مبعوث شده است و این که بهشت و دوزخ حق است و روز رستاخیز- بدون شک- خواهد آمد، و خداوند خفتگان در قبرها را بر می‌انگیزد، و من از سر مستی و طغیان و فساد انگیزی و ستمکاری قیام نکردم، تنها برای اصلاح در امتّ جدّم به پا خواستم. می‌خواهم امر به معروف و نهی از منکر کنم و به روش جدّم و پدرم علی بن ابی‌طالب (علیه السلام) رفتار نمایم. هر کس سخن حقّ مرا پذیرفت، پس خداوند به پذیرش (و پاداش) آن سزاوارتر است، و هر کس دعوت مرا نپذیرفت، صبر می‌کنم تا خداوند میان من و این مردم به حق داورى کند که او بهترین داوران است. این وصیت من است به تو ای برادر! توفیق من جز از ناحیه خداوند نیست. بر او توکل می‌کنم و بازگشتم به سوی اوست» (۱۴).

باز شناساندن اسلام واقعی از اسلام صوری و احیای اسلام ناب محمدی (ﷺ) در برابر اسلام تحریف شده اموی، هدف متعالی قیام سیدالشهداء (ع) بوده است. در سخنان امام حسین (ع) و یاران او، مفاهیم بلندی از فرهنگ ایثار و شهادت در محورهای خداشناسی، رسالت انبیاء، نقش وحی و قرآن در زندگی، اصالت دین و گمراهی بدعت‌گذاران، زندگی ابدی و حیات پس از مرگ، بهشت و جهنم، حساب و جزا و عذاب، شفاعت، حقانیت امامان برای ولایت و خلافت، وظیفه مردم نسبت به حج الهی، نفاق دنیاپرستان، استفاده از عقاید دینی برای اغفال مردم و ... دیده می‌شود (مبانی دینی فرهنگ ایثار و شهادت- پایگاه اطلاع‌رسانی فرهنگ ایثار و شهادت).

«امام زین العابدین (ع) در سخنی، رابطه انسان با هستی‌شناختی را در مجاری بندگی خداوند تبیین می‌کند و این که انسان از این طریق رابطه خود را با خالق جهان به بهترین نحو تنظیم نمایند: «ای بندگان خدا! از خدا پروا دارید، و بیندیشید و برای آنچه از برای آن آفریده شده‌اید، کار کنید؛ زیرا خداوند، شما را بیهوده نیافریده و بی‌هدف، رهایتان نکرده است؛ [بلکه] او خود را به شما شناساند، و پیامبرش را سوی شما فرستاد، و کتابش را بر شما فرو فرستاد که در آن است حلال و حرام او، و حجت‌ها و مثال‌هایش. پس، از خدا پروا کنید؛ زیرا که پروردگارتان بر شما حجت آورده و فرموده است: «آیا برای او دو چشم قرار ندادیم، و یک زبان و دو لب؟ و دو راه (حقّ و باطل) را به او نشان دادیم (بلد/ ۱۰-۸) این، حجتی است بر شما. پس تا می‌توانید، پروای خدا دارید، که هیچ نیرویی نیست، مگر به یاری خدا، و توکل شاید کرد، جز بر او (تحف العقول، ص ۲۷۴)» (۱۳).

تفسیر آیات هستی‌شناسی در کلام امام محمد باقر علیه‌السلام

از سدید صیرفی، روایت شده که گفت: شنیدم که حمران بن اعیان از حضرت محمد باقر (ع) درباره آیه «بَدِيعَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ...» (البقرة، ۲/۱۱۷)؛ او آفریننده آسمان‌ها و زمین است. پرسید؟ حضرت در جواب فرمود: «خداوند تمامی چیزها را با علم خویش بدون مشابه قبلی آفرید، آسمان‌ها و زمین‌ها را آفرید در حالی که قبل از آن، آسمان و زمینی نبود. آیا نشنیده‌ای قول خداوند متعال

اسلامی مستقر در جامعه شکل می‌گیرد و تا زمانی که ارزش‌ها و محورهای اسلامی در جامعه حاکم نباشد، نمی‌توان انتظار شکل‌گیری فرهنگ ایثار و شهادت را در جامعه داشت. تحقق این مبانی بر اساس ایمان به خدا و پیامبران و پیشوایان معصوم، کسب رضایت خدا، ریشه کن نمودن باطل، و از بین رفتن گناهان می‌باشد (۱۸).

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

منابع

1. Rahnamaei SA. An introduction to the philosophy of education. Second edition, Qom: Publication of Imam Khomeini Education and Research Institute; 2009. [In Persian]
2. Bayati N. Analysis of self-sacrifice and martyrdom in holy defense. National Conference of Self-sacrifice and Martyrdom and Development of the Country, Razi University, Kermanshah; 2010. [In Persian]
3. Zabih A. Red mysticism. Islamic Research Center of Broadcasting; 2005. [In Persian]
4. The foundations, effects, and damages of the culture of jihad and martyrdom from the Imam's point of view. Available from: <https://rasekhoon.net/article/show/188124> [In Persian]
5. Azimi Shoushtari A, MircheraghKhani H. Islam and the ontological foundations of humanities. The first International Conference on Humanities and Islamic Studies; 2017. [In Persian]
6. Fa'ali MT. An Introduction to Religious and Contemporary Epistemology. Qom: Maaref Publications. [In Persian]
7. Abedi M. The Ontological Bases of the Holy Qur'an and Their Outcome in the Islamic Politics from the Perspective of Allameh Tabataba'i. Qabasat. 2017;22(85):1-27. [In Persian]
8. Ghazizadeh K, Khiyri H, Ghanbarpoor M. Ontology principles of the social system based on Al-Mizan Quranic terpretation the Quran Tafsir al-Mizan.Theological-Doctrinal Research. 2015;5(18): 103-28. [In Persian]
9. Ontology from the perspective of the Holy Quran. Shafaqna, International Shia News Agency, 2017. Available from: <https://fa.shafaqna.com/?p=539719> [In Persian]
10. Sattari Sarbangholi H. The culture of martyrdom in the Holy Quran. Cultural Engineering. 2012;6 (65/66):16-40. [In Persian]

را که فرمود: «و کان عرشه علی الماء» (هود/۱۱، ۷)؛ یعنی عرش خداوند پیش از آفرینش آسمان و زمین بر روی آب مستقر بوده پس حمران عرض کرد: آیا قول خداوند متعال در قرآن را که فرمود: «عالم الغیب فلا یتظهر علی غیبه أحد» (الجن/۲۶، ۷۲)، ملاحظه فرموده‌ای؟ حضرت فرمود: «آری، می‌دانم و در ادامه آن آیه: «إلا من ارتضی من رسول» (الجن/۲۷، ۷۲)، ذکر شده است. سوگند به خدا که محمد (ﷺ) از برگزیدگان خداوند است و اما تفسیر «عالم الغیب» این است که خداوند تواناست به مقدراتی که از مخلوقاتش پنهان است و آن‌ها را در علم خودش، پیش از آفرینش و پیش از آن که به فرشتگان فرمان دهد، در عالم قضا می‌آفریند و این علمی است که در نزد خداوند است و زمانی که اراده کند، لباس وجود بر آن می‌پوشاند و زمانی که بدهد و تغییر در علم خدا حاصل شود از آن صرف نظر می‌کند. اما علمی که خداوند آن را در عالم قضا و قدر آفریده و آن را امضا کرده است، آن علمی است که به حضرت رسول (ﷺ) و سپس به ما اهل بیت (ع) رسیده است (تاریخ طبری / ۴۵۶، ۵؛ الکامل فی التاریخ / ۴، ۲۰۹-۲۰۷)

امام صادق (ع) می‌فرماید: «خدای عزوجلّ بندگان را نیافرید مگر برای آن‌که او را بشناسند، و چون شناختند به عبادت و بندگی او بپردازند، و چون بنده او شدند با این عبادت از عبادت جز او بی‌نیاز شوند» (علل الشرائع، ج ۱، ص ۹).

بحث

هستی‌شناسی یا علم الوجود؛ بررسی حقیقت «هستی»، و مقوله «وجود» است. مکتب تربیتی اسلام بر شالوده‌های ایمان به خداوند، و سایر اصول و فروع دین مبین اسلام استوار است. در اسلام، آنچه منجر به شهادت، یعنی مرگ آگاهانه در راه هدف مقدس می‌گردد، به صورت یک اصل درآمده و نام آن «جهاد» است. مجاهد فی سبیل الله که در راه انجام وظیفه و پاسداری از دین خدا و ارزش‌های الهی گام بر می‌دارد و اگر در این راه به فیض عظمای شهادت نایل گردد، به سعادت ابدی و زندگی جاوید در محضر ربوبی حق رسیده است (۱۵). ایثار به معنای مقدم داشتن دیگری بر خود و برگزیدن و برتری دادن است و در اسلام از پیش زمینه‌هایی چون اخلاص و نیت خدایی و هدفمندی برخوردار و بیانگر رشد و معرفت انسانی است (۱۶).

ایثار و شهادت ریشه در اخلاص و ایمان و معنویت مردم جامعه دارد و موجب گسترش اخلاق و معنویت آن در سطح جامعه می‌شود. این فرهنگ با احیاء فریضه امر به معروف و نهی از منکر و تأکید بر محوریت مسائل اخلاقی و معنوی، موجبات ایجاد روحیه صبر و استقامت در جامعه و علی‌الخصوص نسل جوان می‌شود. شهادت طلبی با اخلاق، انگیزه‌های معنوی، مبدأ و معاد، عرفان و ارزش‌های اسلامی رابطه مستقیم و تنگاتنگ دارد (۱۷).

نتیجه‌گیری

مبنای اصلی ایثار و شهادت بر اساس ارزش‌های اسلامی، سه اصل توحید، عدل و معاد است. ایثار و شهادت از طریق ارزش‌های

Persian]

16. Eslami Far A, Cheraghi H. The concept of self-sacrifice and manifestations of its examples. The National Conference on Self-sacrifice and Martyrdom; 2011. [In Persian]

17. Eslampanah M, Cheraghi N. The influence of the sacrifice and martyrdom culture in the development of morality and spirituality in society. National Conference of Self-sacrifice and Martyrdom and Development of the Country, Razi University, Kermanshah; 2010. [In Persian]

18. Mahmoodi Ghahsareh MA. Investigating the principles and basics of self-sacrifice and martyrdom in Shia thought. Internal Conference of Bagheral Uloom University. Available from: <http://kms.bou.ac.ir> [In Persian]

11. Shahandeh H. Theoretical foundations of the culture of self-sacrifice and martyrdom in verses, traditions, and religious culture. National conference on literature of sacrifice, art of martyrdom, 2010. [In Persian]

12. Javadi Amoli A. Tafsir Tasnim. Qom: Esra Publications; 2019. [In Persian]

13. Rezapour A. Ontology from the perspective of the Imams Athar (AS). Available from: <https://www.neshasteasatid.com/node/4782> [In Persian]

14. Imam Hussain (AS) and expressing his purposes in farewell to Muhammad Hanafiyyah. Available from: <https://makarem.ir/main.aspx?lid=0&mid=246587&typeinfo=25&catid=23115> [In Persian]

15. Alini M. Martyrdom and self-sacrifice in religious culture. The Second International Conference of Imam Khomeini(s) and the Ashura Culture, 1996. [In

Methods of Performance Enhancement in Military Forces

Abdol Majid Cheraghali*

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

Received: 30 July 2021 Accepted: 7 November 2021

Abstract

Background and Aim: In the past human beings have made great efforts to increase their physical capabilities by using different materials and methods. In the history of contemporary human wars, there are many signs of the use of materials by soldiers that prepared them for brutal battles. Even today, man still pursues this dream and intends to make himself a perfect and immortal being. In recent decades and in parallel with the growth of technology, this desire has been taken into consideration more quickly, especially in the military forces. Currently, the military forces use various methods to improve their soldiers' performance. The main goal of these measures is to increase the capabilities of the internal forces to overcome the enemy more easily.

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

Results: The use of methods to increase the capability of military forces has grown significantly in recent decades. These methods are mainly divided into two categories: the use of physical tools, robots, methods affecting the central nervous system, genetic changes, or the use of medicines and chemicals. However, due to the costs associated with the production of these extracorporeal skeletons, their use seems to be limited to military special forces. The use of medicines and chemicals is the most common method of improving the capabilities of military forces. They also try to interfere with the mental abilities of the troops in sensitive operational conditions by interfering with the human nervous system.

Conclusion: In the battlefields, military forces need to make quick decisions, be alert at an ideal level, strengthen memory and perform multiple tasks. However, paying too much attention to increasing the extraordinary capabilities of soldiers with the daily use of drugs or tools may fundamentally change the nature of future wars. The ever-increasing rate of development of ways to enhance the capabilities of soldiers may make the soldiers of the future to be people who have no sleep or fear, consume any kind of substance as food, communicate with each other through telepathy, and easily pass through physical barriers. Of course, the use of different methods of increasing the performance of the military forces has created many questions and uncertainties in terms of the health of the forces, their human behavior, and legal and ethical aspects.

Keywords: Military Forces, Performance Enhancement, Medicines.

* Corresponding Author: Abdol Majid Cheraghali

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

E-mail: majidcheraghali@gmail.com

روش‌های بهبود عملکرد در نیروهای نظامی

عبدالمجید چراغعلی*

۱- گروه فارماکولوژی و سم شناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۰۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: انسان همواره تلاش زیادی کرده است تا توانمندی‌های جسمانی خود را با استفاده از هر آنچه به ذهنش می‌رسیده است افزایش دهد. در تاریخ جنگ‌های معاصر بشری نیز نشانه‌های زیادی از کاربرد موادی توسط سربازان دارد که آن‌ها را برای نبردهای بی‌رحمانه آماده می‌کرده است. امروزه نیز انسان همچنان این آرزو را دنبال می‌کند و قصد دارد از خود موجودی بی‌نقص و نامیرا بسازد. در دهه‌های اخیر و به موازات رشد تکنولوژی این آرزو با سرعت بیشتری به خصوص در نیروهای نظامی با حدت و شدت بیشتری مورد توجه قرار گرفته است. در حال حاضر نیروهای نظامی از روش‌های بسیار متنوعی برای ارتقای عملکرد سربازان خود استفاده می‌کنند. هدف اصلی این اقدامات ضمن افزایش توانمندی‌های نیروهای خودی غلبه آسان‌تر بر دشمن است.

روش‌ها: در این مطالعه از روش بررسی متون منتشر شده در منابع قابل دسترس با بهره‌گیری از متون کتابخانه‌ای و پایگاه‌های رایانه‌ای استفاده شده است. مقالات منتشر شده در مورد روش‌های بهبود عملکرد نیروهای نظامی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: استفاده از روش‌های افزایش توانمندی نیروهای نظامی در دهه‌های اخیر رشد قابل توجهی داشته است. این روش‌ها عمدتاً به دو دسته استفاده از ابزارهای فیزیکی، ربات‌ها، روش‌های تأثیرگذار بر سیستم اعصاب مرکزی، تغییرات ژنتیکی و یا استفاده مستقیم از داروها و مواد شیمیایی تقسیم‌بندی می‌شوند. با این وجود به دلیل هزینه‌های مرتبط با تولید اسکلتهای خارج بدنی به نظر می‌رسد کاربرد آن‌ها در حال حاضر فقط محدود به نیروهای ویژه نظامی شود. استفاده از داروها و مواد شیمیایی متداول‌ترین روش ارتقای توانمندی در نیروهای نظامی است. همچنین تلاش می‌شود تا با دخالت در سیستم عصبی انسان در توانمندی‌های روانی نیروها در شرایط حساس عملیاتی تداخل نمایند.

نتیجه‌گیری: در میادین نبرد نیروهای نظامی نیازمند اتخاذ تصمیمات سریع، هوشیاری در سطح ایده‌آل، تقویت حافظه و اجرای مسئولیت‌های چندگانه هستند. با این وجود توجه بیش از اندازه به افزایش توانمندی‌های غیرعادی سربازان با استفاده روزانه از داروها و یا ابزارهایی مانند اسکلتهای خارج بدنی ممکن است اصولاً ماهیت جنگ‌های آینده را کاملاً متحول کند. سرعت روزافزون رشد روش‌های افزایش توانمندی سربازان ممکن است باعث شود که سربازان آینده افرادی باشند که خواب و ترس ندارند، هر نوع ماده‌ای را به عنوان غذا مصرف می‌کنند، از طریق تله‌پاتی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌نمایند و به راحتی از دیوارها و موانع فیزیکی عبور می‌کنند. البته استفاده از روش‌های مختلف افزایش عملکرد نیروهای نظامی سؤالات و ابهامات زیادی را از نظر سلامتی نیروها، رفتارهای انسانی آنان و جنبه‌های قانونی، حقوقی و اخلاقی ایجاد کرده است.

کلیدواژه‌ها: نیروهای نظامی، بهبود عملکرد، توانمندی، دارو.

* نویسنده مسئول: عبدالمجید چراغعلی

آدرس: گروه فارماکولوژی و سم شناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

ایمیل: majidcheraghali@gmail.com

مقدمه

بشر از نظر فیزیولوژی یکی از ضعیف‌ترین موجودات روی زمین است و برخلاف اغلب موجودات تقریباً هیچ توانایی فوق‌العاده فیزیولوژیکی ندارد. بشر توانایی پرواز کردن، شنا کردن در مسافت‌های طولانی، عبور کردن از موانع فیزیکی و یا حتی دویدن با سرعت بالا را ندارد. به گرسنگی و تشنگی بسیار حساس است و قدرت بینایی و شنوایی اش بسیار محدود است. تحمل او به سرما و گرما بسیار کم است و هیچ ابزار دفاعی و یا تهاجمی قابل توجهی از خود ندارد. نیازهای فیزیولوژیک انسان در مقایسه با سایر موجودات او را کاملاً به یک موجود ناتوان تبدیل کرده است. وابستگی شدید انسان به هوا، آب و غذا باعث شده است که انسان نتواند بیش از چند دقیقه بدون هوا، چند روز بدون آب و چند هفته بدون غذا زنده بماند. در حالی که موجوداتی وجود دارند که قادرند ماه‌ها بدون آب و غذا زندگی کنند. اما مهم‌تر از آب و غذا نیازی که عدم ارضاء آن انسان را کاملاً ناتوان می‌کند نیاز به خوابیدن است. فیزیولوژی بدن انسان به گونه‌ای است که اگر طی ۲-۳ روز خوابید قادر به انجام هیچ رفتار عاقلانه‌ای نخواهد بود.

با این وجود توانایی‌های بشر در ساخت و استفاده از ابزار و همچنین قدرت ارتباط برقرار کردن با هموعان خود، وی را به حاکم مطلق کره زمین تبدیل کرده است. توانایی بشر در ساخت و استفاده از ابزار نامحدود است و به اعتقاد بسیاری از اندیشمندان همین توانایی او نیز در نهایت باعث نابودی خودش و کره خاکی زیستگاهش خواهد شد. انسان با اتکاء به این توانایی، تعداد بسیار زیادی از موجودات بزرگتر از خود را نابود و در موارد زیادی حتی بخش عمده‌ای از آنان را منقرض کرده است. در این میان بسیاری از جانداران باقی‌مانده نیز محتاج حمایت بشر برای ادامه بقای خود هستند. اگرچه ابزارهای پیشرفته زیادی توسط بشر ساخته شده‌اند ولی این ابزارها همچنان باید توسط خود بشر با همان ضعف‌های فیزیولوژیکی اش به کار گرفته شوند. در حال حاضر ضعف انسان در مقابل گرسنگی، خستگی و خواب، از عوامل اصلی ناتوانایی او در استفاده بهینه از ابزارهای دقیق ساخته شده توسط خود اوست. ترس، اضطراب و اغتشاش شعور از مهم‌ترین نقایص فیزیولوژیک بشر هستند که عملکرد او را به‌خصوص در شرایط غیرعادی به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و او را ناتوان و آسیب‌پذیر می‌کنند.

به دلیل همین ضعف‌های جسمانی بشر در طول تاریخ خود همواره به دنبال راهی برای غلبه بر این ضعف‌های فیزیولوژیک و حتی مهم‌تر از آن‌ها "مرگ" بوده است. مرگ و مواجهه با آن، احتمالاً بنیادین‌ترین و تأثیرگذارترین تجربه زیستی انسان بوده و خواهد بود. انسان دریافته است که در طول زندگی خود حتماً یک بار آن را تجربه خواهد کرد و این امر نیز خود به ترس انسان از مواجهه شدن با صحنه‌های نبرد و خطر می‌افزاید. در افسانه‌ها و اساطیر، بشر همواره به دنبال راه‌هایی بوده است تا بتواند بر این ضعف‌های فیزیولوژیک خود غلبه کرده و حتی خود را نامیرا کند. انسان عصر گیلگمش و گرشاسب دنبال راه‌های بودند تا خود را مانند خدایان، رویین‌تن و نامیرا کنند.

انسان به دنبال رویین‌تنی دست به سیر آفاق و انفس می‌زند؛ از آب حیات تا خون اژدها، از گیاهی که در سرچشمه رودها می‌روید تا چشمه‌ای در پای کوه‌ها، از پیمان گرفتن برای صدمه ندیدن از موجودات تا ساختن قلعه‌ای که در آن دور از همه چیز زندگی کند نمونه‌هایی از رویین‌تنی وام گرفته شده از موجوداتی است که در نظر انسان عمری جاویدان، یا حداقل بسیار طولانی دارند، مانند آب و گیاه و مار در حماسه‌های گیلگمش و سیگورد و بالدور و آشیل و اسفندیار و گرشاسب مشاهده می‌شوند. اسفندیار، فرزند گشتاسب و یکی از مهم‌ترین پهلوانان اسطوره‌ای ایران طبق متون زرتشتی توسط خود زرتشت و به دعای خود او رویین‌تن می‌شود و چون هنگام غوطه خوردن در آب چشمانش را می‌بندد، تنها چشمانش آسیب‌پذیر می‌شود. مرگ اسفندیار توسط رستم به واسطه تیری که توسط رستم و به راهنمایی سیمرغ به چشمانش اصابت می‌کند بیانگر این اصل است که حتی انسان‌های رویین‌تن نیز نامیرا نیستند. از دیگر اسطوره‌های باستانی رویین‌تن می‌توان از آشیل نام برد. پهلوان حماسه‌های یونانی که در نوزادی در رود دنیای مردگان شست‌وشو می‌شود و چون پدر از پاشنه او را گرفته و در آب فرو برد، تنها پاشنه‌اش آسیب‌پذیر ماند. آشیل در نبرد تروا و پس از جنگاوری بسیار و کشتن بسیاری از پهلوانان تروا، با تیری زهرآلود که توسط خدای خورشید هدایت شد جان باخت.

وجود اینگونه افسانه‌های اساطیری تقریباً در تمام فرهنگ‌های بشری نشان از عمق آرزوی انسان‌ها برای رویین‌تن شدن دارد. اما اینگونه نبوده است که این خواسته فقط به افسانه‌ها محدود شده باشد. انسان در تمام تاریخ تلاش زیادی کرده است تا خود را با استفاده از هر آنچه به ذهنش می‌رسیده است رویین‌تن کند. سربازان رویین‌تن مهم‌ترین ابزار بشر برای پیروزی در جنگ‌ها بودند. در تاریخ جنگ‌های معاصر بشری نیز نشانه‌های زیادی از کاربرد موادی توسط سربازان دارد که آن‌ها را برای نبردهای بی‌رحمانه آماده می‌کرده است. مصرف قارچ آمانیتا توسط وایکینگ‌ها، خوردن تریاک به سربازان عثمانی، روش آسپارتان‌ها در پرورش فرزندان خود برای جنگ، استفاده سربازان پروسیایی و یا اینکاها از کوکائین و همچنین استفاده از ماری‌جوانا توسط زاپاتیست‌های مکزیکی و ... همه نشان آمال و آرزوی بشر در این خصوص دارد.

اگرچه آرزوی رویین‌تن شدن بشریت سابقه‌ای به قدمت خلقت خود بشر دارد اما در دهه‌های اخیر و به موازات رشد تکنولوژی این آرزو با سرعت بیشتری به سمت محقق شدن پیش رفته است. این امر به‌خصوص در نیروهای نظامی با حدت و شدت بیشتری مورد توجه قرار گرفته است. در حال حاضر نیروهای نظامی از روش‌های بسیار متنوعی برای ارتقای عملکرد سربازان خود استفاده می‌کنند. هدف اصلی این اقدامات ضمن افزایش توانمندی‌های نیروهای خودی، غلبه آسان‌تر بر دشمن است. اگرچه جنگ‌های مدرن دیگر در اغلب موارد نیازی به درگیری رودررو نیروها با هم ندارد ولی توانمندی نیروهای عملیاتی در استفاده بهینه از ابزارهای جنگی رمز پیروزی نیروهای عمل کننده در میدان نبرد است. امروز ارتش‌های دنیا به

خارج بدنی قادرند نیروهای رزمی را به "مردان آهنین" تبدیل کنند. بعضی از این اسکلت‌های خارج بدنی به نیروهای نظامی این امکان را می‌دهند که چند صد کیلو بار را با سرعت ده‌ها کیلومتر در ساعت در مسافت‌های طولانی و صعب‌العبور بدون نیاز به توقف یا استراحت حمل کنند. بعضی از انواع این اسکلت‌های خارج بدنی ویژگی‌های ضدگلوله نیز دارند و سربازان را در مقابل گلوله‌های جنگی نیز محافظت می‌کنند. با این وجود به دلیل هزینه‌های مرتبط با تولید این اسکلت‌های خارج بدنی به نظر می‌رسد کاربرد آن‌ها در حال حاضر فقط محدود به نیروهای ویژه نظامی شود.

در دسته دیگری از روش‌های افزایش توانمندی نیروها، تلاش می‌شود تا با دخالت در سیستم عصبی انسان در توانمندی‌های روانی نیروها در شرایط حساس عملیاتی تداخل نمایند. برای مثال دانشمندان در حال پژوهش بر روی روشی هستند که از طریق قراردادن سر انسان در داخل یک میدان مغناطیسی در نحوه عملکرد آن دخالت کنند. این روش که به نام TMS (Transcranial Magnetic Stimulation) شناخته می‌شود با نصب یک سیستم مغناطیسی به صورت کلاه بر روی سر افراد و انتقال پالس‌های مغناطیسی کنترل شده سطح فعالیت سیستم اعصاب مرکزی و احساسات فرد را به میزان مطلوب کنترل نمایند. مؤسسه تحقیقاتی وابسته به وزارت دفاع آمریکا (DARPA : Defense Advanced Research Projects Agency) پروژه‌های خود در بخش علوم اعصاب را بر روی موضوعات زیر متمرکز کرده است:

۱- امکان استفاده از علوم اعصاب در حفاظت و بازسازی سیستم اعصاب و روان سربازان؛ در این پروژه‌ها سعی شده است از روش‌هایی استفاده شود که بتوان به وسیله آن‌ها به سربازانی که در عملیات‌ها دچار آسیب‌های عصبی و یا روانی شده‌اند کمک کرد تا ضمن بهبودی سریع‌تر در اولین فرصت ممکن به صحنه‌های عملیات برگردند.

۲- امکان کاربرد علوم اعصاب به منظور ایجاد برتری برای سربازان در صحنه‌های نبرد؛ این بخش از تحقیقات شامل مواردی می‌شود که به وضوح توانمندی سربازان را در مواجهه با دشمن بهبود می‌بخشد. هدف این نوع پروژه‌ها تربیت سربازانی است که حداقل استرس و یا ترس را در میدان‌های نبرد تجربه کنند و اینکه چگونه تحریک نوروها می‌تواند بر مهارت‌های نظارت، تشخیص و نشانه‌گیری در نیروهای نظامی اثر بگذارد. به نظر می‌رسد این تحریک‌های مغزی می‌تواند روی وضعیت ادراک فرد مانند هوشیاری و دقت در شنیده‌ها یا انجام کارها اثر بگذارد.

۳- کاربرد علوم اعصاب در اصلاح روش‌های آموزش؛ در نبردهای آینده سرباز بودن کار آسانی نیست. این افراد باید در موقعیت‌های خطرناک با استفاده از هوش خود تصمیم‌های مهم گرفته و همچنین به زبان‌های بیگانه صحبت کنند و در عین حال بتوانند همه نوع وسیله اختصاصی و اسلحه را با خود حمل و استفاده کنند. یاد گرفتن همه این‌ها نیاز به آموزش‌های زیادی دارد. به همین دلیل مؤسسه تحقیقاتی وزارت دفاع آمریکا می‌خواهد یادگیری این مهارت‌ها را برای نیروهایش تسریع بخشد. از این رو پژوهشگران مرکز توسعه

دنبال آماده‌سازی سربازانی هستند که قادر باشند به راحتی از سد محدودیت‌های فیزیولوژیک بشری عبور کنند. آن‌ها به دنبال سربازانی هستند که بتوانند مانند ماهی در آب شنا کنند، مانند مارمولک از سطوح عمودی بالا روند، به سرعت یوزپلنگ بدوند، مانند عقاب تیز بین و قادر باشند برای روزها بدون خواب و غذا در صحنه‌های عملیات حضور داشته باشند. به این منظور بعضی ارتش‌های جهان از جمله ارتش ایالت متحده آمریکا بیش از یک میلیون دلار برای هر سرباز خود خرج می‌کند (۱). اما همین سرباز ممکن است به راحتی با یک گلوله ۱ دلاری کشته شود. بنابراین آرزوی چنین ارتش‌هایی آن است که کاری کنند تا سربازان آنها به راحتی "کشته" نشوند. از نظر فرماندهان نظامی یک سرباز خسته، عصبی و تحت استرس مانند یک تانک منهدم شده بی-مصرف خواهد بود. به همین دلیل بعضی از سازمان‌های نظامی از جمله پنتاگون هر سال صدها میلیون دلار در پروژه‌های مرتبط با افزایش توانمندی‌های سربازان هزینه می‌کنند. بشر امروز سعی کرده با استفاده از دانش‌های متفاوتی مانند علوم اعصاب، بیوتکنولوژی، دانش رباتیک و هوش مصنوعی برای جبران نقصان‌های فیزیولوژیک خود بهره بگیرد تا بتواند سربازان ایده‌آل آینده را در دسترس داشته باشد.

روش‌ها

در این مطالعه از روش بررسی متون منتشر شده در منابع قابل دسترس استفاده شده است. مقالات منتشر شده در مورد روش‌های بهبود عملکرد نیروهای نظامی (Military Performance Enhancement) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. در این مقاله، روش‌های مختلف مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند و خلاصه آن‌ها در بخش نتایج آورده شده‌اند.

نتایج

استفاده از روش‌های افزایش توانمندی نیروهای نظامی در دهه‌های اخیر رشد قابل توجهی داشته است. این روش‌ها عمدتاً به دو دسته استفاده از ابزارهای فیزیکی، ربات‌ها، روش‌های تأثیرگذار بر سیستم اعصاب مرکزی، تغییرات ژنتیکی و یا استفاده مستقیم از داروها و مواد شیمیایی تقسیم‌بندی می‌شوند. در روش اول توانمندی‌های سربازان با استفاده از ابزارهای خاص فیزیکی ارتقاء می‌یابد. یکی از ابزارهایی که اخیراً مورد توجه سازمان‌های نظامی قرار گرفته است، اسکلت‌های خارج بدنی (Exoskeleton) هستند. هدف اصلی از کاربرد این ابزار که در حال حاضر انواع بسیار متنوعی از آن‌ها در مراحل تحقیق و توسعه است، تقویت قوای جسمانی سربازان به منظور انجام مأموریت‌هایی است که سربازان صرفاً با اتکاء به قوای جسمانی فیزیولوژیک خود قادر به انجام آن‌ها نیستند. اسکلت‌های خارج بدنی انواع بسیار متنوعی دارند که کاربردهای متنوع پزشکی، درمانی، تفریحی و حتی نظامی دارند. بعضی از انواع این اسکلت‌های خارج بدنی از موتورهای مینیاتوری نیز استفاده می‌کنند که کارایی آن‌ها را به میزان زیادی افزایش می‌دهد. این اسکلت‌های

اولیه DARPA این است که بتواند با کمک داروها، سربازان را به مدت ۷ روز در میدان‌های نبرد به گونه‌ای بیدار و هوشیار نگه دارد که قادر باشند وظایف محوله را به خوبی به انجام برسانند. روشن است که چنین هدفی با استفاده از داروهای قدیمی مانند کافئین یا آمفتامین به‌دست نخواهد آمد.

نیروی هوایی ارتش آمریکا امکان فعالیت هوشیارانه به مدت ۷ روز مداوم را هدف اصلی برای خلبان‌های خود در نظر گرفته است. این نیرو قصد دارد با هدف قراردادن دائمی نیروهای دشمن خود فرصت استراحت و بازسازی را از آن‌ها سلب کند. با این وجود این استراتژی مستلزم آن است که نیروهای خودی قادر باشند طی این مدت بیدار بوده و هوشیارانه به مأموریت‌های خود بپردازند.

بیداری طولانی مدت باعث کاهش قدرت تمرکز فرد شده و زمان واکنش او را نیز طولانی می‌کند. افرادی که حتی به مدت ۲۴ ساعت از خواب کافی محروم شده‌اند حدود ۳۰-۲۵ درصد از توانایی‌های ذهنی خود را از دست می‌دهند. این امر به‌خصوص در مورد خلبانان بیشتر بوده و ممکن است تا حدود ۴۰ درصد توانایی‌های ذهنی آن‌ها از دست برود. ۳-۲ روز بی‌خوابی در این افراد تقریباً توانایی‌های ذهنی آن‌ها را به‌طور کامل از بین می‌برد. بی‌خوابی علاوه‌بر کاهش قدرت تمرکز باعث از دست رفتن حافظه کوتاه مدت، توانایی‌های فیزیکی، قدرت ارتباط کلامی و توانایی در تصمیم‌گیری نیز می‌شود. بنابراین خواب به موقع و منظم یکی از پیش شرط‌های کلیدی در عملکرد به‌موقع و مناسب نیروهای نظامی و به‌خصوص خلبانان نیروی هوایی است. از آنجا که به‌دلیل مأموریت‌های مداوم ممکن است امکان خواب به موقع و کافی از نیروهای نظامی گرفته شود، لازم است با تدوین پروتکل‌های مشخصی این نقیصه را برطرف کرد. اگر چه کاهش حجم بار عملیات‌ها، ایجاد حداکثر آمادگی جسمانی، استفاده از روش‌های سبک و متناوب ممکن است تا حدی به کاهش عوارض ناشی از بی‌خوابی‌ها کمک کند؛ ولی هیچ‌یک از این روش‌ها نمی‌تواند این عوارض را به‌صورت کامل کنترل کند. اگرچه نیروهای عملیاتی باید به گونه‌ای آموزش ببینند که در هر شرایطی با استفاده از فرصت‌های به‌دست آمده به خواب بروند. حتی اگر چنین فرصت‌هایی در مناطق عملیاتی ایجاد شود، معمولاً شرایط مناطق عملیاتی، کابین‌های خلبانی و پست‌های فرماندهی مکان‌هایی نیستند که امکان به خواب رفتن را برای نیروها فراهم کنند. بنابراین باید اصولاً با استفاده از داروها شرایطی را فراهم کرد تا نیروهای عملیاتی بتوانند به محض ایجاد فرصت مناسب برای خوابیدن با استفاده از این داروها سریعاً به خواب بروند.

تأثیرات منفی تنش بر سلامت شناختی، عاطفی و فیزیکی جنگجویان غیرقابل انکار است. پیشرفت‌های تکنولوژیکی اخیر در علوم اعصاب فرصتی را برای پیشگیری از این چالش‌ها به‌وجود آورده است. به همین دلیل مؤسسه DARPA در حال تحقیق بر روی برنامه جامعی است که بتواند مقاومت در مقابل استرس را در نیروهای نظامی افزایش دهد. برنامه مبارزه با استرس فعال، یک توصیف جامع و کمی از تأثیر استرس بر مغز را با استفاده از تکنولوژی‌های جدید و

تحقیقات وزارت دفاع آمریکا مشغول تحقیق برای پیدا کردن راهی به منظور تسهیل یادگیری از طریق تحریک الکتریکی سیستم عصبی هستند. این برنامه که TNT نام دارد به‌دنبال راهی بدون خطر برای تحریک نورون‌ها و تغییر انعطاف سیناپس‌ها است که می‌تواند شامل کاهش یا افزایش فعالیت سیناپس شود. با افزایش یا کاهش فعالیت سیناپس‌ها می‌توان توانایی انجام کارهای جدید یا ایجاد خاطره‌های جدید را فراهم نمود. محققین این مرکز اثر سلول‌های مختلف عصبی بر روی یادگیری را بررسی می‌کنند. تحقیقات قبلی این مؤسسه DARP بیشتر به دنبال بازیابی عملکرد از دست رفته بود، مانند بازیابی حافظه در کسانی که آسیب مغزی داشته‌اند. نتیجه این تحقیقات ممکن است به روشی منجر شود که با استفاده از دستگاه‌های عصبی مصنوعی مغز سربازان کنترل می‌شوند، که این امر باعث می‌شود سربازان از راه دور کنترل استفاده شود. این ویژگی‌های فوق‌العاده انسانی ممکن است از طریق ایمپلنت‌های کنترل حافظه به‌دست آیند.

برخلاف استفاده از این ابزارها که عمدتاً در مراحل تحقیقاتی هستند، امکان استفاده از داروها و مواد شیمیایی به عنوان بهبود دهنده توانمندی‌های سربازان بسیار پر مصرف شده است. این روش بهبود توانمندی سربازان معمولاً بسیار کم هزینه و راحت است و نیازی به ابزار و یا تکنولوژی خاصی ندارد. با این وجود این مواد تأثیر بسیار خوبی برای افزایش آمادگی و بهبود عملکرد نیروهای نظامی از خود نشان داده‌اند. به همین دلیل اغلب نیروهای نظامی کشورها در مواردی حتی به‌صورت روزمره از این داروها استفاده می‌کنند. نیروهای نظامی به‌دلیل آگاهی از محدودیت‌های فیزیولوژیک انسان همواره سعی کرده‌اند با مصرف این مواد قدرت و توانمندی خود را افزایش دهند (۲،۳).

مهمترین گروه این مواد شیمیایی ترکیباتی هستند که بر فعالیت سیستم اعصاب مرکزی (CNS) تأثیر می‌گذارند. هدف اصلی از مصرف این ترکیبات افزایش هوشیاری و کاهش خستگی و اضطراب سربازان در عملیات‌های رزمی است. همچنین این داروها به منظور کاهش خواب آلودگی سربازان به کار برده می‌شوند. اسناد منتشر شده از جنگ جهانی دوم نشان می‌دهد که سربازان دو طرف این جنگ به میزان وسیعی از ترکیبات محرک CNS استفاده می‌کردند. مصرف آمفتامین توسط سربازان آلمانی که در سال ۱۹۳۹ به لهستان حمله کردند از نمونه‌های بارز مصرف داروهای محرک CNS توسط نیروهای نظامی است. طی جنگ خلیج فارس و در جریان حمله نیروهای آمریکایی به نیروهای عراقی، خلبانان آمریکایی برای افزایش توان عملیاتی خود از قرص‌های آمفتامین استفاده می‌کردند. مصرف این قرص باعث افزایش هوشیاری آن‌ها طی پروازهای طولانی مدت می‌شد. میزان مصرف روزانه این دارو توسط خلبانان آمریکایی حدود ۱۰-۵ میلی‌گرم بوده است.

مؤسسه تحقیقاتی DARPA نیز پروژه‌های تحقیقاتی زیادی را در زمینه کاربرد داروها برای افزایش مقاومت سربازان به اثرات جسمانی و روانی ناشی از بیخوابی در صحنه‌های نبرد در دست اجرا دارد. هدف

متیل فنیدیت و بوپروپیون باعث افزایش برون‌ده قدرت و بهبود عملکرد فیزیکی می‌شوند.

۳- نوتروپیک‌ها (Nootropics): این داروها عمدتاً باعث بهبود حافظه و سایر جنبه‌های شناختی می‌شوند و بر روی عملکرد ذهن، حافظه، خلاقیت و یا انگیزه افراد تأثیر می‌گذارند. داروهای نوتروپیک تقویت‌کننده‌های ذهن و مغز (Cognitive enhancer) یا داروهای هوشمند نیز نامیده می‌شوند.

۴- تطبیق دهنده‌ها (Adaptogens): باعث پایداری فرایندهای فیزیولوژیک و بهبود هموستاز شده و حساسیت سلول‌ها به استرس را کاهش می‌دهند.

۵- ضد دردها (Pain killers): این داروها از طریق افزایش آستانه تحمل درد باعث افزایش توانمندی نیروهای نظامی می‌شوند. این داروها عمدتاً از گروه داروهای ضددردهای غیراستروئیدی و ضد دردهای مخدر هستند.

۶- آرام‌بخش‌ها و ضد اضطراب‌ها (Sedatives and anxiolytics): این داروها با کاهش اضطراب و تنش باعث تمرکز در افراد می‌شوند. بنزودیازپین‌ها، آنتاگونیست‌های گیرنده بتا مانند پروپروپولول و کانایس از ترکیبات متداول این خانواده هستند.

داروهای محرک

مطالعات نشان می‌دهند که محرک‌ها با مقادیر کم باعث تقویت ذهن و سیستم مغزی می‌شوند. این داروها عمدتاً از داروهایی هستند که به عنوان آگونیست مستقیم یا غیرمستقیم گیرنده‌های دوپامینی یا آدرنرژیک را در کورتکس تحریک می‌کنند. داروهای خانواده آفتماین داروهای شاخص این گروه هستند. این داروها باعث بهبود اشتیاق افراد به انجام یک کار خاص می‌شوند. متیل فنیدیت نیز اثرات مشابهی از خود نشان می‌دهد. آفتماین‌ها و سایر ترکیبات محرک سمپاتیک مانند افدرین، پسودوافدرین و فیل پروپانول آمین به منظور تقویت عملکرد استفاده شده‌اند. با این وجود اثرات محرک افدرین، پسودوافدرین و فیل پروپانول آمین بسیار کمتر از آفتماین‌ها است. آفتماین‌ها به صورت همزمان گیرنده‌های آدرنرژیک و دوپامینرژیک را فعال می‌کنند که نتیجه آن افزایش هوشیاری، تمرکز، تنفس، حافظه و روحیه تهاجمی است. البته امکان ایجاد اعتیاد به این ترکیبات باید مد نظر باشد. محرک‌های سیستم اعصاب مرکزی باعث افزایش هوشیاری و بهبود عملکرد ذهنی می‌شوند. بیش از ۵۰ سال است که این ترکیبات به عنوان داروهای افزایش‌دهنده شناخت برای بیماران روانی و همچنین به عنوان داروهای خط اول درمان برای اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD) مورد استفاده قرار گرفته‌اند. داروهای این گروه شامل آفتماین‌ها، متیل فنیدیت، پمولین و مدافینیل به میزان زیادی توسط نیروهای نظامی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

آفتماین

آفتماین و داروهای مشابه آن آمین‌های مشابه نوراپی نفرین هستند

پیشرفت‌های اخیر در نوروبیولوژی مولکولی، تصویر برداری عصبی و مدل‌سازی مسیر مولکولی ایجاد خواهد کرد. هدف این برنامه یک رویکرد پیشگیرانه برای کاهش استرس است که با شروع یک مدل حیاتی جامع ناشی از اثرات پیچیده چند عامل استرس‌زا در مغز آغاز می‌شود. این برنامه با هدف توسعه و اجرای مداخلات شناختی، رفتاری و دارویی که از تأثیرات زیان‌آور استرس در جنگجویان جلوگیری می‌کند، انجام خواهد شد.

بحث

استفاده از عوامل شیمیایی در بهبود عملکرد نیروهای نظامی

داروهای افزایش‌دهنده عملکرد که با نام مواد نیروزا نیز شناخته می‌شوند، ترکیباتی هستند که برای بهبود هرگونه فعالیت در انسان مورد استفاده قرار می‌گیرند. شناخته شده‌ترین موارد استفاده آن‌ها، پدیده دوپینگ در ورزش است که طی آن داروهای افزایش‌دهنده عملکرد بدنی توسط ورزشکاران یا بدن‌سازان مورد استفاده قرار می‌گیرد. استفاده از این ترکیبات منحصر به رقابت‌های ورزشی جدید نبوده و سابقه آن به قبل از میلاد مسیح بر می‌گردد که ورزشکاران یونان باستان و گلاادیاتورها از قارچ‌ها و گیاهان مختلف جهت افزایش توان سرعتی، استقامتی و اثرات ضد دردی آن‌ها استفاده می‌کرده‌اند. بهره‌گیری از ترکیبات افزایش‌دهنده عملکرد توسط نیروهای نظامی در جنگ‌های اخیر نیز به‌طور گسترده‌ای مورد توجه قرار داشته است، به‌طوری که در جنگ‌های خلیج فارس و افغانستان استفاده گسترده از دکستروآفتماین توسط خلبانان جنگنده‌های نیروی هوایی آمریکا گزارش شده است. همچنین در حمله آمریکا به کشور عراق نیز سربازان آمریکایی از داروی مدافینیل جهت افزایش عملکرد استفاده کرده‌اند. علاوه بر ارتش‌های جهان، استفاده گسترده از ترکیبات افزایش‌دهنده عملکرد توسط گروه‌های شبه نظامی تروریستی مانند داعش نیز در سال‌های اخیر گزارش شده است. البته باید توجه شود که کاربرد داروها ممکن است صرفاً برای افزایش توانمندی نیروها نباشد. گاهی اوقات از این داروها برای بازسازی و تقویت قوای جسمانی، بهبود سریع‌تر زخم‌ها و جراحات و بهبودی سریع به منظور بازگشت سریع‌تر نیروهای عملیاتی به صحنه نبرد استفاده می‌شود. داروهای مورد استفاده توسط نیروهای نظامی به چند دسته مهم تقسیم می‌شوند که در این بخش به مهمترین داروها و مواد شیمیایی مورد استفاده توسط نیروهای نظامی برای بهبود عملکرد اشاره می‌شود (۲،۳).

۱- محرک‌ها (Stimulants): این ترکیبات به منظور بهبود توجه و هوشیاری نیروها استفاده می‌شوند. محرک‌های مستقیم یا غیر مستقیم سیستم دوپامینرژیک می‌توانند باعث بهبود سطح توجه و هوشیاری (Cognition) و فعالیت عضلات شده و ضمن کاهش زمان عکس‌العمل و خستگی مفرط باعث افزایش شتاب شوند. افدرین، کافئین و آفتماین‌ها از این دسته داروها هستند.

۲- تقویت‌کننده‌های استقامت (Endurance): داروهایی مانند

است.

مدافینیل

مدافینیل برای اولین بار در اوایل دهه ۱۹۹۰ به عنوان دارویی برای القاء بیداری در فرانسه وارد بازار شد و برای درمان نارسکولپسی استفاده می‌شود. در سال ۲۰۰۳ سازمان غذا و دارو آمریکا این دارو را برای درمان نارسکولپسی بیش از حد در طول روز، اختلالات خواب به خاطر تغییرات در شیفت کاری و سندرم آپنه مورد تأیید قرار داد. مدافینیل در افرادی که نیاز به درمان با داروهای محرک دارند اثر بخشی بالینی بهتری نسبت به آمفتامین نشان داده است. به نظر می‌رسد که مدافینیل مانند سایر محرک‌ها ترشح مونوآمین‌ها و از جمله نوراپی‌نفرین، کاتکول آمین‌ها و دوپامین از پایانه‌های سیناپسی را افزایش می‌دهد. در یک مطالعه انجام شده در یک مرکز نظامی در کانادا به ۴۱ نفر از افراد نظامی که به مدت ۶۴ ساعت فعالیت شناختی مداوم و محرومیت از خواب داشتند به طور جداگانه به هر یک ۳۰۰ میلی گرم مدافینیل، ۲۰ میلی گرم دکستروآمفتامین یا یک دارونما در سه نوبت جداگانه تجویز شد. نتایج نشان دادند که هر دو داروی مدافینیل و آمفتامین باعث بهبود عملکرد شناختی و بهبود وضعیت خلق و خوی در مقایسه با دارونما شده‌اند اما مدافینیل عوارض جانبی کمتری از خود نشان داده است. محققان به این نتیجه رسیده‌اند که مدافینیل یک جایگزین خوب برای آمفتامین-ها برای بهبود خلق و خوی شناختی و بهبود عملکرد و محروم شدن از خواب در طول فعالیت‌های طولانی مدت است. در مطالعه انجام شده در سال ۱۹۹۹ در آمریکا اثر مدافینیل بر روی شش خلبان بالگرد مطالعه شد و با ایجاد شرایط شبیه‌سازی شده پرواز، اثرات شناختی، روانی، خلق و خوی رفتاری و تأثیرات آن بر روی فعالیت‌های سیستم عصبی مرکزی با توجه به محرومیت خواب این خلبانان مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش خلبانان در دو دوره جداگانه ۴۰ ساعته به طور مداوم بیدار ماندند که در یکی از دوره‌ها سه دوره مدافینیل با دوز ۲۰۰ میلی گرم دریافت کردند و در دوره دیگر برای آنان دارونما تجویز شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد مدافینیل تأثیر قابل توجهی بر اثرات ناشی از محرومیت از خواب ۴ تن از خلبانان بر روی مانورهای پروازشان گذاشت. در این بررسی نحوه عملکرد خلبانان در حرکت مستقیم و یا حرکت در سطوح مختلف، نحوه فرود، سرعت استاندارد در گردش به چپ، حرکت نزولی و حفظ تعادل در حرکت در سطوح پایین مورد بررسی قرار گرفته که نتایج به دست آمده نشان می‌دهد نحوه عملکرد خلبانان، زمانی که از دارونما استفاده کرده بودند بسیار ضعیف‌تر و با عدم تمرکز همراه بوده است.

متعاقب ورود مدافینیل به بازار دارویی جهان ترکیبات مشابه دیگری از این دارو نیز به بازار معرفی شده و یا در مراحل تحقیقاتی هستند. مهمترین این داروها فلودافینیل، فلودرافینیل و هیدرافینیل هستند. فلودافینیل حدود ده تا پانزده برابر قدرتمندتر از مدافینیل محسوب می‌شود. فلودرافینیل یک داروی بسیار هوشمند از این خانواده است که به تازگی در بعضی از کشورهای جهان در دسترس قرار گرفته

که معمولاً در درمان نارسکولپسی و اختلال ADHD مورد استفاده قرار می‌گیرند. آمفتامین‌ها با افزایش نوراپی‌نفرین و دوپامین اثرات خود را اعمال می‌کنند. آمفتامین‌ها به خوبی از طریق گوارش جذب شده و نیمه عمر آن‌ها بین ۵ تا ۳۰ ساعت است. متداول‌ترین مشتقات آمفتامینی، دکستروآمفتامین و متامفتامین می‌باشند که دکستروآمفتامین اثر بیشتری بر CNS داشته و اثرات کمتری بر سیستم قلبی عروقی دارد. نتایج منتشر شده نشان می‌دهد که مقدار مصرف ۲۰ میلی گرم از دکستروآمفتامین باعث از بین رفتن خواب آلودگی و بازگشت افراد به سطح طبیعی عملکرد و در نهایت باعث بهبود خواب می‌شود. نتایج این تحقیقات نشان داده‌اند مصرف آمفتامین می‌تواند هوشیاری را افزایش داده و باعث بالا بردن خلق و خوی و بهبود تمرکز نیز شود. البته آمفتامین نمی‌تواند خواب را به طور نامحدود به تعویق اندازد. در مطالعه انجام شده بر روی عملکرد خلبانانی که ۶۴ ساعت محروم از خواب بودند و میزان ۱۰ میلی گرم ۳ بار در روز دکستروآمفتامین (در نیمه شب، در ساعت ۰۴:۰۰ و در ساعت ۰۸:۰۰) مصرف کرده‌اند نشان دهنده بهبود عملکرد و هوشیاری در طول دوره‌های بیداری می‌باشد. همچنین بر اساس گزارش‌های موجود، این دارو برای حفظ مهارت پرواز، خلق و خوی روحی روانی و فعال‌سازی فیزیولوژیکی در خلبانان محروم از خواب نیز مؤثر بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دکستروآمفتامین یک مداخله مناسب برای رفع خستگی در عملیات‌های هوایی می‌باشد اما جایگزین برنامه استراحت خدمه پرواز نخواهد شد زیرا هیچ جایگزینی برای خواب آرام و کافی وجود ندارد. استفاده از داروی دکستروآمفتامین در ارتش‌های جهان از جنگ جهانی دوم تا سال‌های اخیر برای نیروهای نظامی و به خصوص خلبانان نیروی هوایی آمریکا به منظور افزایش تمرکز، هوشیاری و رفع خستگی در طی پرواز مورد تأیید بوده و تجویز می‌شده است اما به علت عوارض جانبی قابل توجه آن ارتش آمریکا مصرف این دارو را از سال ۲۰۱۲ با داروی مدافینیل جایگزین کرده است.

متیل فنیدات

این دارو برای درمان برخی بیماری‌های CNS از جمله ADHD در کودکان و نارسکولپسی مصرف شده است. این دارو به سرعت از طریق خوراکی جذب شده و نیمه عمر آن بین ۲ تا ۳ ساعت است. متیل فنیدات برای اولین بار در سال ۱۹۴۸ با نام تجاری ریتالین وارد بازار شد و در سال ۱۹۵۵ برای درمان ADHD مورد تأیید FDA قرار گرفت. اثرات فارماکولوژیک این دارو مشابه اثرات آمفتامین‌ها بوده و باعث افزایش بیداری، سطح هوشیاری و بهبود در عملکرد شناختی می‌شود. اثرات متیل فنیدات و پمولین بر عملکرد شناختی، خواب آلودگی ذهنی و عینی و همچنین خلق و خوی سربازان پس از ۶۲ ساعت محرومیت کامل از خواب مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این تحقیق که در آن پمولین با دز ۳۷/۵ میلی گرم در هر ۱۲ ساعت و متیل فنیدات با دز ۱۰ میلی گرم در هر ۶ ساعت تجویز شدند، نشان دادند که پمولین به طور قابل ملاحظه‌ای خواب آلودگی را کاهش داده و در مقایسه با متیل فنیدات برای رفع کم خوابی مؤثرتر بوده

است.

کافئین

کافئین به عنوان یک محرک نسبتاً ضعیف سیستم اعصاب مرکزی نیز به عنوان بهبود دهنده عملکرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. کافئین باعث افزایش سطح پلاسمایی اندورفین‌ها، کورتیزول، کاتکول آمین‌ها و لاکتات می‌شود. کافئین یکی از انواع متیل‌گزانتین‌ها است که در قهوه، کولا، کاکائو و چای یافت می‌شود. کافئین به عنوان یک محرک ملایم محرک سیستم اعصاب مرکزی، عضلات قلب و سیستم تنفسی بوده و تقریباً ۹۰ درصد انسان‌ها به‌طور روزانه از آن استفاده می‌کنند. به همین دلیل این ماده به عنوان عمومی‌ترین ترکیب سایکواکتیو جهان شناخته شده است. کافئین تقریباً به‌طور کامل از طریق گوارش جذب شده و وارد جریان خون می‌شود، بیشترین جذب کافئین از نوشیدنی یا غذاها در ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از مصرف می‌باشد. مقادیر مصرف کم کافئین (حدود ۶۰ میلی گرم) بر روی عملکردهای شناختی مربوط به هوشیاری و خلق و خو تأثیر می‌گذارد. کافئین با دز ۲۵۰-۱۵۰ میلی گرم باعث افزایش هوشیاری در فرد شده و عملکرد حرکتی را بهبود می‌بخشد. کافئین تأثیر خود را از طریق بلوکه کردن گیرنده آدنوزین در مغز و سایر ارگان‌ها انجام می‌دهد که این مهمترین مکانیسم عملکرد آن است. این توانایی کافئین در غلظت‌های پایین آن (بعد از مصرف یک فنجان قهوه) قابل مشاهده است. تاکنون مطالعات متعددی از استفاده کافئین بر روی سربازان در عملیات نظامی انجام شده است. در یکی از مطالعات مؤسسه تحقیقات ارتش ایالات متحده دزهای ۱۵۰، ۳۰۰ و ۶۰۰ میلی گرم در هر ۷۰ کیلوگرم وزن بدن را برای داوطلبانی که ۴۹ ساعت نخوابیده بودند تجویز و مجموعه‌ای از آزمایش‌های رفتاری را بر روی آن‌ها انجام داد. نتایج نشان داد که کافئین در دزهای مختلف به‌طور قابل توجهی باعث کاهش خواب و بهبود چند جانبه عملکرد شناختی، از جمله زمان واکنش و استدلال منطقی خواهد شد. مطالعه دیگری بر روی کارآموزان نیروی دریایی ارتش انجام شد که در آن کارآموزان در معرض استرس شدید محیطی، جسمی و روحی قرار گرفتند و به مدت ۳ روز از خواب محروم شدند. در این مطالعه، کافئین در دزهای ۲۰۰ و ۳۰۰ میلی گرم اثر مثبتی بر روی هوشیاری و عملکرد شناختی داشته است. همچنین کافئین برخی از جنبه‌های تیراندازی را در این مطالعه بهبود داده است. گزارشی در سال ۱۹۹۴ توسط کمیته تحقیقات تغذیه نظامی آمریکا منتشر شد که توصیه کرده حداقل دز کافئین ۱۰۰ میلی گرم و حداکثر دز آن باید ۶۰۰ میلی گرم باشد. آدامس‌های حاوی کافئین نیز به منظور ارتقای سطح هوشیاری نیروهای نظامی مورد استفاده قرار گرفته است. این آدامس‌ها برای بهبود عملکرد شناختی در مأموریت‌های شبیه‌سازی شده مورد آزمایش قرار گرفته است. این آدامس‌ها توسط خلبانان جنگنده‌های نیروی هوایی آمریکا نیز استفاده می‌شود.

تیروزین

اسید آمینه تیروزین پیش‌ساز کاتکول آمین‌ها است که می‌تواند از بسیاری از تغییرات شناختی ناشی از استرس شدید حاد جلوگیری کند. تیروزین بعضی از اثرات نامطلوب شناختی ناشی از استرس حاد را کاهش می‌دهد. تاکنون چندین مطالعه بر روی سربازان و ملوانان نیروی دریایی و همچنین خلبانان ارتش ایالات متحده به منظور بررسی اثرات تیروزین در کاهش پیامدهای رفتاری ناشی از قرار گرفتن در معرض استرس شدید انجام شده است. بر اساس نتایج این مطالعات تیروزین اثرات مفیدی در شرایط مختلف محیطی نامطلوب، از جمله سرما، هیپوکسی و استرس روانشناختی از خود نشان داده است. دز ۱۰۰ میلی گرم بر کیلوگرم وزن بدن از تیروزین، در هوای سرد و ارتفاع بالا به‌طور قابل توجهی بهبود عملکرد شناختی را بدنبال داشته و علائم مربوط به سرما و هیپوکسی را کاهش داده است. مصرف تیروزین در خلبانانی که یک شبانه روز پرواز سخت داشتند با دز ۱۰۰ میلی گرم بر کیلوگرم وزن بدن نیز نشان‌دهنده افزایش عملکرد آن‌ها بوده است. با این وجود اثرات این ماده به اندازه اثرات محرک کافئین یا آمفتامین نمی‌باشد.

داروهای مؤثر بر خواب (Sleep promoting compounds) نیروهای نظامی

میزان کافی خواب و با کیفیت مناسب یکی از اساسی‌ترین نیازمندی‌های بشر برای ادامه طبیعی فعالیت‌های خود است. با این وجود معمولاً بنا به دلایل زیادی امکان خوابیدن در مناطق عملیاتی و یا برای نیروهای دخیل در عملیات فراهم نمی‌شود. شرایط این مناطق از نظر ایجاد سر و صدا، دما و راحتی فیزیکی به گونه‌ای نیست که بتوان به خواب رفت. همچنین نیروهای عملیاتی ممکن است به دلیل استرس، اضطراب و بیم و هراس نتوانند بخوابند. حتی اگر شرایط فیزیکی اجازه خوابیدن را به نیروها بدهد ممکن است فرصت خوابیدن در زمانی ایجاد شود که ساعت بیولوژیکی بدن، آمادگی خوابیدن را ندارد.

خستگی مفرط باعث از دست رفتن توجه و ضعف عملکرد در اعمالی می‌شود که نیاز به دقت و توجه کافی ذهنی دارند. برای این شرایط باید داروهایی را در اختیار نیروهای عملیاتی قرار داد تا با استفاده از آن‌ها از چنین فرصت‌هایی بهره‌برداری کرده و کمبودهای خواب خود را جبران کنند. در حال حاضر داروهای گروه بنزودیازپین‌ها از مناسب‌ترین داروهایی هستند که در این شرایط می‌توانند به نیروهای عملیاتی کمک کنند. در میان این داروها تمازپام، زولپیدم و زالپلون بیشترین کاربرد را دارند. انتخاب داروها در این شرایط باید توسط داروساز نظامی شاغل در این نیروها و با توجه به خصوصیات فارماکولوژیکی داروها و نیازهای نیروها انتخاب شوند. با توجه به تفاوت‌های فارماکوکینتیکی این داروها انتخاب نامناسب آن‌ها ممکن است باعث بدتر شدن شرایط نیروهای عملیاتی گردد. اغلب این داروها برای نیروهای آماده به عملیات مناسب نیستند چون بیدار کردن افراد در شرایطی که هنوز تحت تأثیر این داروها هستند باعث

طول مدت خواب را افزایش می‌دهد. در یک مطالعه در حوزه نظامی یک دز ۰/۰۵ میلی گرمی برای ۶۸ سرباز حاضر در یک پرواز تجویز و پس از ۸ ساعت عملکرد سربازان بررسی شده است. آزمایش‌های رفتاری انجام شده نشان می‌دهد این دارو مدت زمان و تداوم خواب نظامیان را بهبود داده است. با این حال اختلالات معنی داری نیز در عملکرد حافظه مشاهده شده است. بنابراین این دز از تریازولام برای سربازان مناسب نبوده و بلافاصله بعد از ورود به بدن باعث اختلالات تمرکزی می‌شود. در یک آزمایش دیگر اثرات تریازولام و فلورازپام بر خواب آلودگی، عملکرد عینی و خلق و خوی سربازان بررسی شده است. در این مطالعه برای هر یک از سربازان ۰/۵ میلی گرم تریازولام و ۳۰ میلی گرم فلورازپام تجویز شد. افرادی که تریازولام دریافت کرده بودند به سختی از خواب بیدار شده ولی قادر به برگشت به حالت خواب و خوابیدن سریع می‌باشند و افرادی که فلورازپام را دریافت کردند دچار نقص در هوشیاری شده بودند.

تمازپام

این دارو از دهه ۸۰ میلادی توسط نیروهای نظامی بریتانیا مورد استفاده قرار گرفته است. این دارو قادر است حدود ۸ ساعت خواب ایجاد کند که کاملاً منطبق بر نیازهای فیزیولوژیک فرد است. پرسنلی که مجبور به بیداری در شب هستند به دلیل عدم امکان خواب کافی در طول روز قبل ممکن است در شیفت شب خود به خواب بروند. بنابراین استفاده از تمازپام به دلیل نیمه عمر طولانی آن برای خوابیدن نسبتاً طولانی در روز، شرایط بیدار ماندن در شب را برای نیروهای شیفت شب فراهم می‌کند. تمازپام معمولاً بین ۳۰-۱۵ میلی گرم استفاده می‌شود. مصرف این دارو همچنین برای خوابیدن افرادی که چندین ساعت بر خلاف ساعت بیولوژیک خود مسافرت می‌کنند و قاعدتاً باعث برهم خوردن خواب آن‌ها خواهد شد نیز مفید خواهد بود. در مجموع باید تأکید کرد که تمازپام داروی خواب‌آوری مناسبی برای افرادی که به خوابی حدود ۸ ساعت نیاز دارند و قرار نیست در این فاصله نیز به صورت غیرمنتظره بیدار شوند مفید است. با این وجود مصرف این دارو نباید بیش از ۳-۲ روز ادامه یابد و در صورت مصرف طولانی مدت تر قطع مصرف آن باید به صورت تدریجی صورت پذیرد.

زولپیدم

یک ترکیب غیر بنزودیازپینی است که همانند ترکیبات بنزودیازپینی به گیرنده‌های GABA متصل شده و اثرات آن نیز شبیه ترکیبات بنزودیازپینی می‌باشد. از عوارض جانبی آن می‌توان آرام بخش بودن در طول روز، اختلالات شناختی و ادراکی بویژه فراموشی جلورونده را نام برد. استفاده طولانی مدت از آن نیز باعث وابستگی و برگشتن بی خوابی می‌باشد. این دارو به سرعت عمل می‌کند و فردی که تحت تأثیر آن قرار دارد ممکن است در میانه انجام کاری چرت بزند. آن‌ها همچنین باید این دارو را زمانی مصرف کنند که برای خوابیدن حاضر شده باشند. پژوهشگرانی در ارتش فرانسه که این آزمایش را اجرا کردند به این نتیجه رسیدند که این دارو برای مأموریت‌های نظامی

به هم خوردن شرایط ذهنی و ایجاد عدم تعادل در فرد خواهد شد که ممکن است نتیجه آن برای نیروهای عملیاتی فاجعه بار باشد. داروهای آرامبخش و خواب‌آور جهت تقویت یا حفظ عملکرد سیستم اعصاب مرکزی و همچنین برای ترویج خواب در زمان مورد نظر بارها در عملیات های نظامی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ترکیبات خواب‌آور جهت سرعت بخشیدن به ریتم شبانه‌روزی برای وقتی که واحدهای نظامی از چندین منطقه عملیاتی مختلف عبور می‌کنند یا در زمانی که عملیات از روز به شب تغییر می‌کند نیز می‌توانند مفید باشند. بسیاری از داروهایی که دارای خواص خواب‌آور می‌باشند باعث اثرات ضد اضطرابی قوی نیز هستند که چنین ویژگی‌هایی می‌تواند در میدان جنگ یا در سایر عملیات‌های شدید مفید باشند. با این حال، اثرات خواب‌آوری و آرام بخشی این ترکیبات بر عملکرد ذهنی قابل بحث است. همچنین استفاده از این داروها برای کنترل PTSD (Post traumatic stress disorder) نیز یکی از کاربردهای شایع آن‌ها است. در این روش تلاش می‌شود اختلالات متعاقب عملیات‌های نظامی در سربازان کنترل شود تا آن‌ها را برای ورود مجدد به صحنه‌های نبرد آماده کند. مهمترین داروهایی از این گروه که تاکنون در حوزه نظامی مورد استفاده قرار گرفته‌اند شامل بنزودیازپین‌ها، ملاتونین و تریپتوفان هستند که در این بخش به آنها اشاره می‌شود. هنگام استفاده از داروهای خواب‌آور در نیروهای نظامی باید به موارد زیر توجه کرد:

- ۱- داروهای خواب‌آور عموماً نباید در نیروهای آماده برای عملیات و یا افرادی که مجبور هستند به طور متناوب برای انجام وظیفه از خواب بیدار شوند استفاده شود.
- ۲- بروز عوارضی مانند ناخوشی صبحگاهی (Morning hangover) که ممکن است باعث بروز تداخل در اجرای وظایف شود مانند سرگیجه و فراموشی که شیوع خیلی کمی دارند با مصرف این داروها گزارش شده‌اند.
- ۳- به دلیل احتمال پاسخ فردی به هر یک از این داروها بهتر است ابتدا یک مقدار مصرف اولیه به عنوان مقدار مصرف آزمایشی (Test dose) در هر فرد استفاده شود.
- ۴- لازم است توجه شود که این داروها عموماً توانایی عملکرد ذهنی را افزایش نمی‌دهند و صرفاً آن را در افراد محروم شده از خواب به حالت عادی بر می‌گردانند.

بنزودیازپین‌ها

این داروها محلول در چربی بوده و متابولیت آن‌ها در بدن اثرات بالینی طولانی مدت دارد. بنابراین در انتخاب یک نوع خاص از بنزودیازپین‌ها داروساز نظامی باید سرعت و مدت زمان کلی فعالیت را بررسی کند. بنزودیازپین‌ها دارای اثرات ضد اضطرابی، آرام بخشی و خواب‌آوری هستند.

تریازولام

تریازولام یکی از بنزودیازپین‌ها است که به طور قابل توجهی تداوم و

روزانه خواهد شد. نیمه‌عمر کوتاه زالیپون (حدود ۱ ساعت) این دارو را برای خوابی کوتاه مدت بسیار ایده‌آل می‌کند. این دارو نیز مانند زولپیدم برای شروع خواب در کارکنانی که بر خلاف ساعت بیولوژیک خود مسافرت می‌کنند بسیار مؤثر است.

ملاتونین

ملاتونین می‌تواند جایگزینی برای داروهای خواب‌آور و بهبود عملکرد باشد. ملاتونین در انسان توسط غده پینه‌آل که عمدتاً شب‌ها فعالیت دارد ترشح می‌شود. ملاتونین نیمه‌عمر کوتاهی دارد. این هورمون خواص القای خواب را حتی زمانی که در دزهای ۰/۱ میلی گرم تجویز می‌شود دارد. یک مطالعه در ارتش آمریکا نشان داده که ۱۰ میلی گرم ملاتونین هر روز قبل از خواب می‌تواند هوشیاری و کیفیت خواب را افزایش دهد. بر خلاف بنزودیازپین‌ها، ملاتونین اثر سوء بر حافظه ندارد و اثرات سوء کمتری بر عملکرد شناختی دارد.

تریپتوفان

اسید آمینه تریپتوفان یکی از پیش‌سازهای انتقال‌دهنده عصبی است که بر روی رفتار تأثیر گذاشته و اثراتی مشابه داروهای آرامبخش را دارد. تریپتوفان تقریباً در تمام مواد غذایی حاوی پروتئین وجود دارد و پیش‌ساز ناقل عصبی سروتونین است. مطالعات نشان داده‌اند که استفاده آن به صورت خالص و مقدار مصرف کافی می‌تواند اثر خواب‌آوری و آرامش‌بخشی ایجاد نماید. با این حال به نظر نمی‌رسد که اثر خواب‌آوری تریپتوفان بلافاصله بعد از مصرف قابل مشاهده باشد. همچنین به نظر نمی‌رسد که تریپتوفان توانایی بیشتری از داروهای خواب‌آور داشته باشد اما می‌تواند به عنوان کمک خواب در سناریوهای عملیاتی به عنوان مثال زمانی که سربازان از وفور پرواز رنج می‌برند مورد استفاده قرار گیرد. مطالعاتی در نیرو دریایی ایالات متحده نشان داده که تجویز تریپتوفان قبل از اعزام هوایی سربازان باعث تسریع ریتم‌های فیزیولوژیک روزانه شده است.

داروهای افزایش‌دهنده‌های قدرت بدنی

هدف از کاربرد این داروها افزایش قدرت فیزیکی و عملکرد عضلانی نیروهای نظامی است. این گروه از داروها عمدتاً از دسته هورمون‌های جنسی مردانه هستند که به میزان زیادی توسط ورزشکاران و بدن‌سازان نیز استفاده می‌شوند. گزارش شده که در خلال جنگ جهانی دوم، بودجه‌های تحقیقاتی صرف‌شده برای این نوع داروها بیشتر از بودجه‌های تحقیقاتی آنتی‌بیوتیک‌ها بوده است. پس از جنگ جهانی دوم استفاده از این ترکیبات به سرعت گسترش یافت به طوری که ورزشکاران آشکارا از استروئیدهای آنابولیک برای افزایش عملکرد فیزیکی خود استفاده می‌کردند. البته آثار مضر این ترکیبات بر روی کبد، قلب و عروق، کلیه‌ها، سیستم هورمونی، تولید مثل و وضعیت روانی از جمله محدودیت‌های استفاده آن‌ها در دراز مدت است.

مناسب است. این دارو همچنین برای مصرف خدمه پرواز مورد تأیید نیروی هوایی ایالات متحده قرار گرفته و از این دارو برای مقابله با هوایمزدگی استفاده می‌کنند. استفاده از آن برای مسافران این امکان را فراهم می‌کند که در زمان عبور از تعداد زیادی از مناطق زمانی، تغییرات حاصل در چرخه خواب و بیداری خود را به‌طور مؤثری جبران کنند. یکی دیگر از آزمایش‌های ارتش ایالات متحده، عملکرد انسان در حداقل ۳۸ ساعت بیداری مداوم را مورد آزمایش قرار داده است. در این رابطه که آیا چرت زدن‌های کوتاه مدت حاصل از مصرف زولپیدم در شرایط جنگی می‌تواند مفید باشد یا خیر، نتایج متناقضی به‌دست آمد. محققان فرانسوی دریافتند که این دارو برای بهبود کیفیت خواب در فشار هوای کم موجود در ارتفاعات بالا (۴۰۰۰ متر) مفید است و این در حالی است که استفاده از آن هیچ مشکل تنفسی ایجاد نمی‌کند. یافته اخیر نه تنها به کوهنوردان بلکه برای هوانوردان و فضانوردان نیز مفید است. بسیاری از داروهای بی‌خوابی یک اثر بازگشتی ایجاد می‌کنند به این معنی که پس از توقف در مصرف این داروها، بدتر از همیشه، بی‌خوابی مجدد ایجاد می‌شود. با وجود این، تأثیر مذکور با زولپیدم به‌ندرت مشاهده شده است.

این دارو برای خواب کمتر از ۸ ساعت مناسب است. بنابراین در صورتی که امکان دارد فرد مجبور به بیدار شدن از خواب زودتر از ۸ ساعت شود بهتر است از زولپیدم استفاده کند و نه تمازپام. ویژگی مناسب زولپیدم ایجاد سریع‌تر خواب به‌خصوص در ساعاتی از شبانه روز است که از نظر فیزیولوژیک زمان مناسبی برای خواب نیست. بنابراین در صورتی که در طول روز فرصتی برای خوابیدن نیروها ایجاد شود چون به‌طور طبیعی بدن آمادگی خوابیدن ندارند بهتر است از زولپیدم برای استفاده از فرصت پیش‌آمده استفاده کرد. نیمه‌عمر کوتاه زولپیدم (۲/۵ ساعت) این مزیت را برای این دارو ایجاد کرده است که طول خواب کوتاه‌تری ایجاد کند. با این نیمه‌عمر کوتاه‌تر عوارض بعد از خواب کمتری ایجاد خواهد کرد.

این دارو برای شروع خواب شبانه نیروها بسیار مؤثر است. مطالعات انجام شده بر روی خلبانانی که به مدت ۳۸ ساعت نخوابیده بودند نشان داده است که مصرف زولپیدم بعد از ایجاد خواب مناسب عملکرد آن‌ها را بدون هیچ‌گونه عارضه جانبی قابل توجهی بهبود بخشیده است. این دارو همچنین برای ایجاد خواب در نیروهایی که برخلاف ساعت مسافرت می‌کنند نیز بسیار مناسب است.

زالیپون

این دارو برای ایجاد خواب‌های کوتاه ۲-۱ ساعته به‌خصوص برای نیروهایی که می‌خواهند صبح زود آماده فعالیت باشند و می‌خواهند مدت زمان خواب کافی شبانه داشته باشند بسیار مفید است. این دارو به‌خصوص برای مواردی مناسب است که کارکنان می‌خواهند چند ساعت زودتر از ساعت متداول خواب خود بخواب رفته و به همین میزان نیز صبح زودتر از خواب بیدار شوند. تأخیر در به خواب رفتن برای این افراد همراه با بیدار شدن در صبح زود باعث کوتاه شدن چند ساعته طول خواب و در نتیجه کاهش کارایی آن‌ها طی مأموریت‌های

استروئیدهای آندروژنیک آنابولیک

استروئیدهای آنابولیک شناخته‌ترین داروهای افزایش عملکرد هستند که توسط ورزشکاران استفاده شده‌اند. تستوسترون و مشتقات صناعی آن مهمترین استروئیدهای آنابولیک هستند که سبب افزایش رشد ماهیچه‌های اسکلتی و خصوصیات مردانه می‌شوند. برای اولین بار در سال ۱۹۳۹ محققان متوجه شدند که تزریق تستوسترون و مشتقات آن می‌تواند باعث افزایش عملکرد ورزشکاران شود. تستوسترون اثراتی شامل سنتز پروتئین، افزایش سرخوشی و کاهش سوخت و ساز بدن را دارد. البته این ترکیبات دارای عوارض قابل توجهی مانند آتروفی بیضه و رشد سینه‌ها در مردان نیز هستند. عوارض دیگر شامل اثرات قلبی و عروقی می‌باشد که می‌تواند باعث لخته شدن خون در قلب و در نهایت منجر به مرگ شود. همچنین این ترکیبات در دز بالا باعث آسیب‌های جدی به کبد و قلب می‌شوند. در یک مطالعه که بر روی سربازان انجام شده، محققان مشاهده کرده‌اند که با افزایش سطح سه برابری تستوسترون نسبت به مقدار طبیعی آن در بدن، افزایش وزن به مقدار ۲/۵ تا ۳/۵ کیلوگرم طی ۶ تا ۱۲ هفته رخ داده است. گزارش‌های دیگر نیز افزایش وزن، افزایش توده ماهیچه‌ها و در نتیجه افزایش قدرت بدنی در اثر عملکرد فیزیکی استروئیدهای آنابولیک را تایید کرده‌اند اما به این نکته نیز اشاره شده که این مسئله می‌تواند از طریق بهبود جیره‌های غذایی نیز انجام پذیرد. با این وجود افزایش عملکرد سربازان زن هنگام استفاده از استروئیدها قابل توجه بوده است. این ترکیبات در جنگ جهانی دوم توسط سربازان به منظور افزایش نیروی تهاجمی آن‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. ترکیبات آندروژنیک از طریق بهبود ساخت پروتئین‌ها و افزایش رشد عضلات باعث افزایش عضلات می‌شوند. این ترکیبات همچنین باعث افزایش اریتروپوئیز، بهبود تعادل کلسیم و توده استخوانی می‌شوند. تستوسترون، متیل تستوسترون، ناندربولون، اکسی متولون و استانوزول متداول‌ترین داروهای گروه استروئیدهای آنابولیک هستند.

هورمون رشد

هورمون رشد انسانی (HGH) برای رشد مناسب همه اعضای بدن لازم است. اما مصرف بیش از حد آن نیز باعث اکرومگالی می‌شود. در ورزشکاران، دزهای بالا HGH می‌تواند پیشرفت و شکل‌گیری و افزایش قدرت عضلات را بهبود بخشد. عوارض جانبی استفاده از HGH جدی هستند و به نظر می‌رسد در دراز مدت عارضه ایسکمیک قلبی را ایجاد می‌کنند. ترشح هورمون رشد با افزایش سن کاهش ولی میزان آن در ورزشکاران افزایش می‌یابد. هورمون رشد در درمان علائم ناشی از سوءتغذیه یا سوختگی‌های شدید به جای آندروژن‌ها نیز استفاده می‌شود.

اریتروپوئیتین

اریتروپوئیتین (ایپوئیتین آلفا) باعث تحریک تولید گلبول‌های قرمز، افزایش هماتوکریت و هموگلوبین شده که در نهایت منجر به افزایش

توان حمل اکسیژن توسط جریان خون می‌شود. ترکیبات دیگر مانند داربوپوئیتین که یک پروتئین محرک اریتروپوئیز است اثراتی مشابه اریتروپوئیتین ایجاد می‌کند و ممکن است توان افراد را بین ۹-۱۷ درصد افزایش دهد.

کراتین

اثرات عضله‌سازی کراتین در سال ۱۸۳۵ شناخته شد. افراد بالغ روزانه حدود یک گرم کراتین از طریق غذای خود دریافت می‌کنند. این ماده عمدتاً در گوشت قرمز و ماهی به میزان کمی وجود دارد. کراتین به صورت طبیعی نیز در بدن توسط کبد، کلیه‌ها و پانکراس تولید می‌شود. میزان جذب کراتین توسط عضلات در حضور ترکیبات کربوهیدرات یا انسولین افزایش می‌یابد. کراتین در عضلات به فسفوکراتین که به عنوان منبع فسفات برای تبدیل ADP به ATP مورد استفاده قرار می‌گیرد، تبدیل می‌شود. این تبدیل باعث افزایش تولید انرژی در عضلات می‌شود. کراتین ممکن است روزانه به میزان ۳۰-۲۰ گرم به منظور تقویت عملکرد عضلات مورد استفاده قرار گیرد. میزان جذب کراتین در عضلات با میزان غلظت آن در عضلات رابطه معکوس دارد و ذخیره کراتین در عضلات باعث کاهش میزان جذب کراتین مصرف شده توسط عضلات می‌شود. کراتین باعث افزایش مصرف اکسیژن توسط عضلات و کاهش آمونیاک تولید شده در عضلات در حال ورزش می‌شود. این ماده همچنین میزان گلیکوزن عضلات را افزایش می‌دهد. با این وجود تأثیرات دراز مدت کراتین با مصرف طولانی مدت آن در افزایش کارایی عضلات مورد سؤال است.

اکسی توسین

اکسی توسین نوروپپتیدی است که به صورت فیزیولوژیک معمولاً طی زایمان و دوران شیردهی ترشح می‌شود. مطالعات صورت گرفته نشان داده‌اند که اکسی توسین نیز قابلیت‌های کاربرد نظامی دارد. کاربرد این هورمون در افرادی که تحت بازجویی قرار می‌گیرند باعث افزایش جلب اعتماد آن‌ها به افراد بازجو شده و ممکن است به انتقال اطلاعات آن‌ها کمک کند. همچنین تجویز این دارو در سربازان باعث افزایش اعتماد و اتکاء افراد یک گروه به یکدیگر و متقابلاً خشم و عصبانیت آن‌ها نسبت به گروه رقیب آن‌ها می‌شود.

اصلاح ژنتیکی در نیروهای نظامی

تغییرات ژنتیکی یکی از جدیدترین و پرمناقشه‌ترین روش‌های ارتقای توانمندی در نیروهای نظامی است. در این روش محققین با تغییرات ژنتیکی در نیروهای نظامی قصد دارند توانمندی‌های فیزیولوژیک خاصی را در سربازان افزایش دهند. اصلاح ژنتیکی در سربازان ممکن است با یکی از سه روش تزریق DNA به طور مستقیم به بدن، وارد کردن سلول‌های دستکاری شده به بدن و یا انتقال DNA از طریق وارد کردن یک ویروس اصلاح شده به بدن صورت پذیرد. روش انتقال مستقیم ژن ساده ولی کارایی کمی دارد و محدود به سلول‌های

جنگ و از جمله PTSD نیز استفاده زیادی می‌شود. تغییرات شیمیایی در سیستم‌های دوپامینرژیک و نورآدرنژیک باعث افزایش توانایی سربازان در یادگیری خواهد شد. افزایش غلظت ال-دوپا در صورتی که با مکانیسم جایزه در مقابل یادگیری همراه شود باعث بهبود مکانیسم‌های یادگیری می‌شود. از طرف دیگر داروهای مؤثر بر سیستم آدرنژیک باعث بهبود حافظه احساسی می‌شود. به همین دلیل اهداف اصلی از کاربرد داروهای مؤثر بر سیستم مغزی یا افزایش توانمندی ذهنی افراد در شرایط عادی و یا خنثی کردن عوارض ناشی از خستگی و بیخوابی‌های طولانی مدت است.

توجه بیش از اندازه به افزایش توانمندی‌های غیرعادی سربازان با استفاده روزانه از داروها و یا ابزارهایی مانند اسکلت‌های خارج بدنی ممکن است اصولاً ماهیت جنگ‌های آینده را کاملاً متحول کند. این مداخلات ممکن است باعث برهم ریختن همه اصولی شود که تاکنون تا حدودی تحت عنوان قوانین و اخلاقیات مرتبط با جنگ از سوی طرف‌های درگیر در منازعات رعایت می‌شود. سرعت روزافزون رشد روش‌های افزایش توانمندی سربازان ممکن است باعث شود که سربازان آینده افرادی باشند که خواب و ترس ندارند، هر نوع ماده‌ای را به عنوان غذا مصرف می‌کنند، از طریق تله‌پاتی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و به راحتی از دیوارها و موانع فیزیکی عبور می‌کنند. استفاده از روش‌های مختلف افزایش عملکرد نیروهای نظامی سؤالات و ابهامات زیادی را از نظر سلامتی نیروها، رفتارهای انسانی آن‌ها و جنبه‌های قانونی و حقوقی در کشورهای مختلف ایجاد کرده است (۴، ۵).

عواقب ناشی از مصرف این روش‌ها عمدتاً به دو گروه عوارض جانبی مستقیم ناشی از مصرف داروها برای خود نیروها و همچنین عوارض اجتماعی ناشی از این روش‌ها تقسیم‌بندی می‌شوند. عوارض جانبی مستقیم این داروها ممکن است گاهی اوقات تأثیر معکوس در عملکرد نیروها داشته باشند. برای مثال در سال ۲۰۰۳ خلبانان یک جنگنده F-۱۶ آمریکایی که قرص آمفتامین مصرف کرده بودند در برگشت از مأموریت خود یک بمب ۵۰۰ پوندی را به اشتباه بر سر سربازان کانادایی مستقر در افغانستان ریختند. این بمباران باعث مرگ ۴ سرباز کانادایی و زخمی شدن ۸ سرباز دیگر شد. آمریکایی‌ها در جنگ اول خلیج فارس (۱۹۹۰) به دلیل احتمال انجام حملات شیمیایی از طرف نیروهای عراقی به سربازان خود پیرو دوستیگمین و واکسن بوتولونیوم تجویز کردند که احتمالاً باعث بروز سندرم جنگ خلیج شد.

همچنین عوارض و عواقب غیر مستقیم استفاده از این روش‌ها باعث شده است منافع و مضرات کاربرد این روش‌ها مورد توجه محققین حوزه‌های سلامت و اجتماعی قرار گیرد. به هنگام استفاده از روش‌های افزایش توانمندی باید به نکات زیر توجه داشت:

- ۱- عوارض جانبی و مضرات مستقیم احتمالی این مواد بر روی نیروها به صورت دقیق مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ۲- برگشت یا عدم برگشت‌پذیری افزایش توانمندی‌های در پایان نبردها مورد توجه قرار گیرد. باید به این سؤال پاسخ داده شود که آیا

خاصی است. ولی استفاده از از ویروس‌های حاوی ژن‌های اصلاح شده کارایی بسیار بالایی دارد چون همه انواع سلول‌های بدن قادر به دریافت DNA مصنوعی هستند اما این روش اثرات جانبی بیشتری را به دنبال خواهد داشت. اصلاح ژنتیکی به سربازان ویژگی‌های خاصی را در میدان جنگ می‌دهد که به طور شگفت‌انگیزی موجب افزایش توانایی‌ها و عملکرد آن‌ها می‌شود. این سربازان باهوش‌تر، دقیق‌تر، واضح‌تر، متمرکزتر و فیزیکی‌تر از همتایان خود می‌باشند. همچنین این سربازان دارای سیستم ایمنی قوی می‌باشند که آن‌ها را قادر می‌سازد روزهای متوالی را بدون غذا خوردن و خوابیدن سپری کنند. در این سربازان، ژنی به اسم همدلی وجود نداشته و هیچ رحم و مروتی از خود نشان نخواهند داد و بسیار نترس خواهند بود. یکی دیگر از برنامه‌های در حال توسعه از طریق اصلاح ژنتیکی تولید سربازانی است که قادر باشند با مکانیسمی شبیه به خواب زمستانی حیوانات، متابولیسم پایه بدن خود و در نتیجه مصرف انرژی را به حداقل برسانند. طبق تحقیقات محققین یک ژن در سنجاب‌ها وجود دارد که با تولید آنزیمی در پانکراس این توانایی را فراهم می‌کند. پژوهشگران معتقد هستند که می‌توان این ژن را از سنجاب گرفته و به سربازان منتقل کرد. از دیگر برنامه‌های تحقیقاتی کار بر روی ژن‌هایی است که بدن سربازان را قادر می‌سازد تا به صورت مؤثری چربی را به انرژی بیشتری تبدیل کنند تا بتوانند در زمان جنگ، روزها بدون خوردن غذا به کار خود ادامه دهند.

پس از بررسی‌های فراوان، پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که در بدن انسان حدود ۹۰ ژن با توان جسمی ارتباط دارند. اگرچه تمام این ۹۰ ژن می‌توانند مورد دستکاری قرار گیرند ولی تاکنون تنها برخی از این ژن‌ها از جمله ژن‌های EPO به منظور افزایش ظرفیت استقامتی، ژن IGF-۱ با هدف افزایش حجم و قدرت ماهیچه، ژن VEGF به منظور گسترش عروق خونی، ژن‌های تولیدکننده اندورفین‌ها به منظور تسکین درد در تروماهای شدید و افزایش مقاومت نیروها به درد در صحنه‌های عملیاتی و ژن مهارکننده میوسیتین به منظور افزایش توده و قدرت عضلانی بیشتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری

در میادین نبرد، نیروهای نظامی نیازمند اتخاذ تصمیمات سریع، هوشیاری در سطح ایده‌آل، تقویت حافظه و اجرای مسئولیت‌های چندگانه (Multi tasking) هستند. علوم اعصاب و روان در این بخش می‌تواند به نیروهای نظامی کمک کند. این علوم حتی می‌توانند در بکارگیری و استخدام نیروهای جدید و انتخاب افرادی که توانمندی‌های لازم برای خدمت در نیروهای نظامی را دارند به کار گرفته شوند. افرادی که قادر باشند در یک محیط شلوغ بر روی هدف خاصی تمرکز کنند یا قادر به اتخاذ تصمیمات درست در شرایط استرس باشند. در حال حاضر افزایش تمرکز و مقابله با اثرات بی‌خوابی از مهمترین زمینه‌های فعالیت علوم اعصاب و روان در نیروهای نظامی است. البته از این علوم در مقابله با عوارض بعد از

تبهکاران ممکن است با استفاده از این روش -ها جوامع بشری را با خطرات جدی روبرو کنند. استفاده از این روش‌ها توسط این سازمان‌ها ممکن است قدرت آن‌ها را به گونه‌ای افزایش دهد که امکان مقابله با آن‌ها از طرف سازمان‌های دولتی مسئول برقراری نظم و امنیت در جامعه ناممکن شود. همچنین حضور سربازانی که توانمندی‌های آن‌ها ارتقا یافته است در پایان مأموریت خود در جامعه و خانواده خود ممکن است با تبدیل آن‌ها به افرادی خطرناک و تبهکار خطرات مشابهی را ایجاد کند.

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

منابع

1. Stilwell B. The Future US Military 'Super Soldier' May Be Closer Than We Think. Military.com. Available from: <https://www.military.com/off-duty/future-us-military-super-soldier-may-be-closer-we-think.html>
2. Boyce EG. Use and effectiveness of performance-enhancing substances. Journal of Pharmacy Practice. 2003;16(1):22-36. doi.org/10.1177/0897190002239630
3. Caldwell JA, Caldwell JL. Fatigue in military aviation: an overview of US military-approved pharmacological countermeasures. Aviation, Space, and Environmental Medicine. 2005;76(7):C39-51.
4. Lin P. More than human? The ethics of biologically enhancing soldiers. The Atlantic. 2012. <https://www.theatlantic.com/technology/archive/2012/02/more-than-human-the-ethics-of-biologically-enhancing-soldiers/253217/>
5. Russo MB. Recommendations for the ethical use of pharmacologic fatigue countermeasures in the US military. Aviation, Space, and Environmental Medicine. 2007;78(5):B119-27.

باید صرفاً افزایش موقتی توانمندی‌های سربازان در زمان نبرد مورد توجه باشد.

۳- آیا استفاده از روش‌های افزایش توانمندی باید تمام نیروها را شامل شود یا فقط نیروهای ویژه به این توانمندی‌ها دسترسی داشته باشند. البته باید توجه داشت از آنجا که در اغلب موارد امکان کاربرد وسیع این عوامل وجود نداشته و مکانیسم‌های تقویت‌کننده صرفاً در گروه‌های ویژه عملیات صورت می‌گیرد پاسخگویی افراد در یک واحد عملیاتی ممکن است باعث ناهماهنگی در میزان و شدت عملیات شود.

۴- عوارض طولانی مدت حضور این سربازان در میان خانواده و جامعه بعد از برگشت از میدان‌های عملیاتی باید مورد توجه قرار گیرد. در مواردی ممکن است رفتار سربازانی که با این توانمندی -ها به خانواده و شهر خود بر می‌گردند قابل کنترل نباشد و رفتارهای آن‌ها باعث بروز اختلال و ناهنجاری در رفتارهای فردی و یا اجتماعی آن‌ها شود.

۵- حذف انگیزه‌های انسانی و وطن‌دوستانه و اعتقادی در بین سربازان دستکاری شده ممکن است نتایج معکوسی بدنبال داشته باشد. این تحولات ممکن است مرز بین انسان و ماشین را حذف کند و عملاً سربازان را به ماشین‌های صرف جنگی تبدیل کند. این امر ممکن است به رفتارها و اقدامات غیرقابل پیش‌بینی این سربازان در صحنه‌های نبرد منجر شود.

۶- امروزه دانشمندان علوم اعصاب به‌دنبال روش‌هایی هستند که بتوانند با استفاده از آن‌ها خاطرات ناخوشایند و یا ناخواسته مرتبط با عملیات‌های نظامی سربازان را حذف کنند. حذف این خاطرات ناخوشایند تأثیر قابل توجهی بر بازسازی سربازان برای بازگشت به زندگی عادی و آمادگی برای حضور مجدد در صحنه -های نبرد خواهد داشت. با این وجود این روش‌ها ممکن است به تغییر قابل توجه خلق و خوی این سربازان نیز منجر شود.

خطر نفوذ این فناوری‌ها در بخش‌های غیرنظامی جامعه نیز یکی از مهمترین نگرانی‌های مربوط به استفاده از این توانمندی -های علمی نوین است. امروزه به‌دلیل رشد بسیار زیاد روش‌های ارتباطی محدود کردن استفاده از این روش‌های افزایش توانمندی سربازان صرفاً به سازمان‌های نظامی غیر ممکن است. سازمان -های تروریستی و یا

Road Map of Media Management in Disasters and Emergencies: Iran 2020-2024

Sediqueh Etemad Saeed¹, Seyed Hessam Seydin², Jalil Arab Kheradmand³, Gholamreza Masoumi⁴, Seyed Hessamuddin Riahi¹, Arezoo Dehghani⁵, Seyedeh Samaneh Miresmaeeli^{6*}

1- Radio Salamat, Tehran, Iran

2- Professor, Faculty of Management and Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

3- Defense Health Research Center, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Faculty of Management and Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

5- Doctoral Student of Health in Disasters and Emergencies, Faculty of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

6- Ph.D. Student of Health in Disasters and Emergencies, Faculty of Management and Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Defense Health Research Center, Tehran, Iran

Received: 31 July 2021 Accepted: 5 November 2021

Abstract

Background and Aim: Now, the types of Natural and man-made emergencies and disasters are increasing worldwide, so risk communication is more tangible. Media such as communication way has a prominent role in disaster risk reduction. Planning and designing a roadmap in this field can facilitate and promote efficient risk communication at a particular time.

Methods: The study was conducted with a qualitative approach. Iranian media and emergency management experts were the research community. 11 experts were selected by the purposive sampling method. Data were collected by holding expert meetings in 10 two-hour sessions. The data were analyzed using the guided content analysis method.

Results: In this research, the management strategies of mass media in emergencies and disasters until 1404 were extracted. Eleven strategies were identified and priority actions were determined for each of the formulated strategies. The extracted strategies were mainly in the field of creating media management infrastructures in emergencies and disasters.

Conclusion: In this research, the roadmap of the media in managing the risk of emergencies and disasters in Iran has been compiled. This framework focuses on priority strategies and programs needed by the media in multiple stages of the risk management cycle of emergencies and disasters, including prevention and mitigation, preparedness, response, and recovery.

Keywords: Media, Roadmap, Health, Emergencies, Disasters.

* **Corresponding Author:** Seyedeh Samaneh Miresmaeeli
Address: Iran University of Medical Sciences and Health Services, Defense Health Research Center, Tehran, Iran.
E-mail: s.miresmaeeli@gmail.com

نقشه راه مدیریت رسانه در بلایا و فوریت‌ها: ایران ۱۴۰۴-۱۳۹۹

صدیقه اعتماد سعید^۱، سید حسام سیدین^۲، جلیل عرب خردمند^۳، غلامرضا معصومی^۴، سید حسام‌الدین ریاحی^۱، آرزو دهقانی^۵، سیده سمانه میراسماعیلی^۶

۱- رادیو سلامت، تهران، ایران

۲- استاد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران

۴- دانشیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

۵- دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده ایمنی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

۶- دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز تحقیقات

سلامت دفاعی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: با رشد روزافزون وقوع انواع حوادث و سوانح (طبیعی و انسان‌ساخت) در دنیا، اهمیت اطلاع‌رسانی خطر، بسیار ملموس‌تر از گذشته است. رسانه به عنوان مسیر ارتباطات، در کاهش خطر حوادث و سوانح نقش به‌سزایی دارد. برنامه‌ریزی در راستای این امر و تعیین نقشه راه می‌تواند این امر را تسهیل کرده و اثر بخشی اقدامات را در زمان مناسب ارتقاء دهد.

روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شده است. جامعه پژوهش، خبرگان حوزه رسانه و مدیریت بلایا و فوریت‌ها در ایران بودند. ۱۱ نفر خبره با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از برگزاری نشست خبرگان در ۱۰ جلسه دو ساعته جمع‌آوری گردیدند. داده‌های به‌دست آمده نیز با استفاده از روش تحلیل محتوای هدایت شده تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این پژوهش راهبردهای مدیریت رسانه‌های جمعی در حوادث و سوانح تا سال ۱۴۰۴ استخراج گردید. یازده راهبرد شناسایی گردید و برای هر کدام از راهبردهای تدوین شده، اقدامات دارای اولویت تعیین گردید. راهبردهای استخراج شده به‌صورت عمده در زمینه ایجاد زیر ساخت‌های مدیریت رسانه در بلایا و فوریت‌ها بوده است.

نتیجه‌گیری: در این پژوهش نقشه راه رسانه در مدیریت خطر حوادث و سوانح در ایران تدوین شده است. این چهارچوب بر استراتژی‌ها و برنامه‌های دارای اولویت مورد نیاز رسانه در مراحل چندگانه چرخه مدیریت خطر حوادث و سوانح اعم از پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ و بازیابی متمرکز است.

کلیدواژه‌ها: رسانه، نقشه راه، سلامت، حوادث و بلایا.

* نویسنده مسئول: سیده سمانه میراسماعیلی

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز

تحقیقات سلامت دفاعی، تهران، ایران.

ایمیل: s.miresmaeeli@gmail.com

مقدمه

سوانح و حوادث یکی از ۳ عامل اصلی بروز مرگ و میر در ایران و جهان است و از آنجا که حوادث موجب مرگ در سنین جوانی است، سال‌های از دست رفته عمر بیشتری را شامل می‌شود. با توجه به اینکه وقوع حوادث و سوانح در سال‌های اخیر به صورت قابل توجهی در دنیا افزایش یافته، شناسایی و کنترل عوامل خطر در کاهش بروز و میزان خسارات حوادث مؤثر است و می‌تواند به مقدار قابل توجهی از بیماری و مرگ ناشی از حوادث بکاهد. پیامدهای حاصل از این نوع وقایع متناسب با وسعت و آسیب‌پذیری جوامع متغیر است. در اثر کاهش توانایی مقابله مردم با پیامدهای ناشی از وقوع حوادث و سوانح، فرایند معمول زندگی افراد تغییر می‌کند. با این وجود در برخی نقاط دنیا، همچنان آمار پیامدهای ناشی از وقوع بلایا بالاست و سبب ایجاد خسارات متعدد انسانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی می‌شود (۴-۱). اغلب این وقایع بر اساس آمار بین‌المللی موجود در قاره آسیاست. ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و در سال ۲۰۱۷ براساس گزارش EMDAT، در لیست ده کشور با بیشترین آمار مرگ و میر ناشی از بلایا بوده است (۸-۵). بنابراین ایران در برابر انواع مختلف مخاطرات، آسیب‌پذیر بوده و براساس گزارش سازمان Inform در سال ۲۰۲۰، ایندکس خطر حوادث و بلایا در ایران، بر مبنای سه شاخص مخاطرات، آسیب‌پذیری و ظرفیت‌ها، ۵/۲ بوده و در جایگاه ۴۳ ام در میان ۱۹۱ کشور جهان قرار گرفته است (۹). در دوران معاصر با توسعه یافتن و افزایش نفوذ رسانه‌ها، عامل آموزشی جدیدی به زندگی مردم وارد شده است. رسانه‌ها اطلاع‌رسانی خطر، شناخت خطرات، انتقال اطلاعات مرتبط با خطر به عموم مردم و همچنین تبادل اطلاعات میان متخصصین و سیاست‌گذاران را انجام داده (۱۰) و استفاده از آن راهبرد مناسبی جهت ارائه اطلاعات در مراحل مختلف چرخه مدیریت خطر حوادث و سوانح می‌باشد (۱۱). اطلاع‌رسانی خطر در بلایا و فوریت‌ها، مسئله مهمی است که رسانه‌ها باید به آن توجه داشته باشند. رسانه به عنوان بهترین ابزار می‌تواند در مراحل مختلف مدیریت خطر حوادث و سوانح شامل پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازبایی نقش مهمی را ایفا نماید. کارشناسان رسانه و جامعه‌شناسان بر این دیدگاه هستند که وظیفه اصلی رسانه‌ها، آموزش، اطلاع‌رسانی، شفاف‌سازی، پاسخگویی به افکار عمومی، ایجاد آرامش و برقراری ارتباط میان مردم با مسئولین و مسئولین با مردم در جامعه پیش، حین و پس از بروز حادثه است. رسانه از حوادث و سوانح اثر می‌پذیرد و بر آن‌ها نیز اثر می‌گذارد؛ در صورتی که عملکرد رسانه‌ها همسو با تصمیمات مدیران راهبردی و میدانی حوادث و سوانح باشد، خدمتی بزرگ به آنان در جهت مدیریت حوادث و سوانح خواهد بود و در غیر این صورت می‌تواند مشکلات افزون‌تری را ایجاد نماید (۱۴-۱۲). بنابراین ضروری است که به نقش قدرت، کارکردها و عملکردهای رسانه در بلایا و فوریت‌های طبیعی و انسان‌ساخت توجه جدی شود.

بر اساس اصل ۱۷۵ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین قانون اداره صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران مصوب

۱۳۵۹/۱۰/۸ مجلس شورای اسلامی، صدا و سیما تنها متولی قانونی پخش رادیویی و تلویزیونی و اصلی‌ترین و فراگیرترین رسانه در کشور می‌باشد (۱۵)، از این رو بایستی استراتژی‌ها و گام‌های عملیاتی این رسانه در اطلاع‌رسانی خطر تعیین گردد. این مطالعه با هدف همسان‌سازی اطلاع‌رسانی خطر، به ترسیم نقشه راه مدیریت رسانه در حوادث و سوانح تا سال ۱۴۰۴ پرداخته است.

روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای است با رویکرد کیفی که در آن از روش تحلیل محتوای هدایت شده (Directed Content Analysis) استفاده گردیده است (۱۶، ۱۷).

جامعه پژوهش در این مطالعه خبرگان صدا و سیما و مدیریت حوادث و بلایا در نظر گرفته شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان، با رویکرد «هدفمند» (Purposive Sampling) و با روش «حداکثر تنوع» (Maximum Variation) در نظر گرفته شد تا بتوانند از همه زوایای موجود به یک موضوع نگاه کنند و از این طریق به درک بیشتری دست یابند. براساس موضوع و هدف مطالعه، مشارکت‌کنندگان در طیف گسترده‌ای مرتبط با موضوع زمینه‌ای شامل مدیران و متخصصین رسانه، سلامت در بلایا و فوریت‌ها، پژوهشگران حوزه رسانه در بحران و متخصصین اخلاق پزشکی انتخاب شدند (جدول ۱).

به دلیل ماهیت کیفی مطالعه، ابزار اصلی تحقیق، خود پژوهشگران بودند (۲۰-۱۸)، هرچند که در جریان گردآوری داده‌ها از ابزارهایی مانند ضبط صوت و دوربین و راهنمای مصاحبه و مانند آن نیز استفاده شد.

داده‌ها با استفاده از برگزاری نشست خبرگان (Expert Panel) جمع‌آوری گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها ۱۰ جلسه دو ساعته در مدت ۵ هفته برگزار گردید. در این جلسات ۱۱ نفر حضور داشته و مدیر نشست به موضوع مسلط بوده و به قوانین اداره نشست آشنایی کامل داشته است. کلیه مراحل نشست پس از اجازه از شرکت‌کنندگان ضبط گردید. در زمان برگزاری نشست محقق نیز یادداشت‌برداری کرده است. پس از هر جلسه مطالب مطروحه در نشست پیاده‌سازی شده و برای شرکت‌کنندگان ارسال گردید. داده‌ها در ۱۱ طبقه دسته‌بندی شده و به تدریج زیر طبقات (اولویت‌های اقدام) شکل گرفتند.

نتایج

راهبردها و برنامه‌های دارای اولویت به شرح زیر تدوین شدند.

راهبرد ۱: توانمندسازی اصحاب رسانه در اطلاع‌رسانی خطر حوادث و بلایا.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در نشست خبرگان

ردیف	خبره	رشته (مقطع) تحصیلی	سن	زمینه کاری
۱	E۱	متخصص کودکان	۵۵	رسانه - رادیو
۲	E۲	جراحی مغز و اعصاب	۶۷	سلامت در حوادث و سوانح
۳	E۳	دکترای پرستاری	۵۲	سلامت در بلایا و فوریت‌ها
۴	E۴	متخصص طب اورژانس	۴۲	سلامت در بلایا و فوریت‌ها
۵	E۵	دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	۴۵	سلامت در بلایا و فوریت‌ها
۶	E۶	متخصص اخلاق پزشکی	۵۵	سلامت در بلایا و فوریت‌ها
۷	E۷	دکترای سلامت در حوادث و سوانح	۵۰	سلامت در بلایا و فوریت‌ها
۸	E۸	مدیریت رسانه	۴۰	مدیریت رسانه
۹	E۹	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	۳۶	رسانه در بلایا و فوریت‌ها
۱۰	E۱۰	دانشجوی دکترای سلامت در بلایا و فوریت‌ها	۲۹	سلامت در بلایا و فوریت‌ها
۱۱	E۱۱	کارشناسی آموزش و پژوهش	۵۰	رسانه - رادیو سلامت

مساجد و حوزه‌های علمیه، فرهنگ‌سازی با هدف مدیریت داوطلبان و خیرین و جلب مشارکت فعال مدیریت‌های محلی از جمله شورای شهر و روستا و شورایاری‌ها.

راهبرد ۵: استقرار نظام مدیریت دانش حوادث و سوانح در رسانه. برنامه‌های دارای اولویت: ایجاد اتاق فکر و اندیشه‌ورزی با حضور فرهیختگان علمی و نمایندگان ذینفعان، حمایت از مراکز علمی پژوهشی به منظور تولید و کاربست شواهد علمی، نشست‌های رسانه‌ای و مستندسازی درس آموخته‌های پاسخ به بلایا، ارتباط فعال با رسانه‌های استانی و مجازی در جهت ترویج دانش، توسعه همکاری‌های پژوهشی با مراکز تحقیقاتی در حوزه کاهش آسیب، آمادگی، تولید و کاربست شواهد علمی، حمایت از کسب و کارهای نوپا و شتاب دهنده‌ها در حوزه اطلاع‌رسانی خطر حوادث و بلایا، ارتباطات فعال با انجمن‌ها و مراکز پژوهشی و دانشگاه‌های مرتبط.

راهبرد ۶: تدوین و بازبینی آیین‌نامه‌ها و قوانین بالادستی در حوزه مدیریت رسانه در بلایا و فوریت‌ها.

برنامه‌های دارای اولویت: تهیه دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های اجرایی، بازبینی، بروزرسانی و اصلاح قوانین و سیاست‌ها بر اساس تجربیات ملی و بین‌المللی.

راهبرد ۷: ارتقای اعتماد اجتماعی نسبت به متولیان قانونی ارائه خدمت.

برنامه‌های دارای اولویت: اطلاع‌رسانی شفاف و به موقع اقدامات مدیریت خطر بلایا و فوریت‌ها، ارائه اطلاعات سریع، به موقع و صحیح پاسخ به بلایا و فوریت‌ها، شفاف‌سازی عملکرد مسئولین و استفاده از رویکرد دسترسی عادلانه به اطلاعات.

راهبرد ۸: مدیریت افکار عمومی و ارتقای سلامت روان جامعه در بلایا و فوریت‌ها.

برنامه‌های دارای اولویت: مدیریت رسانه‌های شنیداری و دیداری، مکتوب و مجازی، آموزش و توانمندسازی در خصوص اقدامات مقابله‌ای در هنگام بروز حوادث و سوانح مدیریت اسکان، سفر و

برنامه‌های دارای اولویت: تدوین بسته‌های آموزشی آشنایی اصحاب رسانه با مدیریت خطر بلایا و فوریت‌ها، سامانه فرماندهی حادثه، چارچوب پاسخ ملی، سازمانهای داخلی و بین‌المللی مرتبط با بلایا و فوریت‌ها، فرآیند اطلاع‌رسانی خطر بلایا، فرآیند هشدار اولیه؛ برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه مدت و حین خدمت در خصوص کارکرد رسانه در چرخه مدیریت بلایا و فوریت‌ها؛ طراحی برنامه‌های تمرین بر اساس سناریوهای محتمل.

راهبرد ۲: ارتقای سطح شناخت و ادراک اصحاب رسانه‌ای (سیاستگذاران رسانه، مدیران و کارکنان).

برنامه‌های دارای اولویت: شناسایی و استخراج نقش، جایگاه و وظایف ذینفعان متناسب با نقشه راه؛ اختصاص روز خبر و اطلاع‌رسانی حوادث و سوانح در تقویم رسمی صدا و سیما.

راهبرد ۳: ارتقای سطح شناخت و ادراک مخاطبان رسانه (سیاستگذاران و قانونگذاران، مدیران و مردم).

برنامه‌های دارای اولویت: تدوین بسته‌های آموزشی برای سیاستگذاران، قانونگذاران و مدیران؛ تدوین بسته‌های آموزشی و آگاه‌سازی مردم نسبت به عملکرد مسئولین در سطوح ملی و محلی؛ فراهم‌آوری امکان انتقال نیازمندی‌های واقعی جامعه به مسئولین؛ مشارکت فعال رسانه‌ای در برنامه‌های ارتقای ایمنی و سلامت از قبیل شهر و جامعه ایمن، بیمارستان ایمن، شهر سالم، مدرسه ایمن...؛ مشارکت فعال رسانه‌ای در روزهای ملی و جهانی مثل روز جهانی کاهش خطر بلایای طبیعی...؛ تحلیل رسانه‌ای خطر بلایا و شناساندن خطرهای محلی و اقدامات مقابله‌ای به مردم؛ مدیریت محتواهای رسانه‌ای در فضای مجازی؛ ارتقای سطح سواد رسانه‌ای.

راهبرد ۴: افزایش مشارکت مردم‌محور مدیریت خطر بلایا و فوریت‌ها.

برنامه‌های دارای اولویت: مطالبه‌گری از مجلس شورای اسلامی برای قوانین، مدیریت ظرفیت‌های فرهیختگان، قهرمانان ملی و هنرمندان برجسته، مدیریت ظرفیت‌های ائمه جمعه و جماعات،

جابه‌جایی جمعیتی متناسب با نوع حادثه.

راهبرد ۹: بازتوانی روانی و اجتماعی جامعه و مناطق آسیب دیده در مرحله بازیابی.

برنامه‌های دارای اولویت: آموزش‌های مدیریت اضطراب و استرس، سوگواری صحیح، اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) و سایر آموزش‌های تخصصی، تقویت مهارت‌های کارآفرینی و بازتوانی اقتصادی در رسانه‌های ملی محلی بعد از بلایا.

راهبرد ۱۰: تشکیل دبیرخانه مدیریت رسانه در حوادث و سوانح با اولویت ایجاد نظم اطلاعاتی و ارتباطی در سطح محلی، ملی، بین‌المللی.

برنامه‌های دارای اولویت: تشکیل دبیرخانه، تشکیل کمیته‌های راهبری ملی و استانی مرتبط با اتاق‌های فکر، مشخص نمودن مسئولیت، پاسخگویی و حدود اختیارات دبیرخانه، تدوین چارچوب نقشه راه مدیریت خطر بلایا جهت تدوین در سطوح ملی، استانی و محلی.

راهبرد ۱۱: نظارت و ارزیابی مدیریت رسانه در بلایا و فوریت‌ها. برنامه‌های دارای اولویت: استقرار سامانه متمرکز ثبت از قبیل داده‌ها و مستندات پایش اطلاعات، پیشنهاد اهداف بودجه-ای سالانه مدیریت خطر بلایا برای سطوح ملی، استانی و محلی، تمرکززدایی و افزایش اختیارات استان‌ها در خصوص هزینه کرد منابع مالی مرتبط و پایش و نظارت بر نقشه راه ذینفعان.

بحث

این مستند با یازده راهبرد به عنوان اولین نقشه راه در زمینه مدیریت رسانه در بلایا و فوریت‌های ایران است و چارچوبی جهت برنامه‌ریزی اقدامات در چرخه مدیریت خطر حوادث و سوانح تا سال ۱۴۰۴ می‌باشد. مسئولین صدا و سیما، برنامه‌سازان و فعالان در این عرصه و متخصصین سلامت در حوادث و سوانح از ذینفعان پروژه خواهند بود. توانمندسازی سرمایه‌های انسانی رسانه در اطلاع‌رسانی خطر حوادث و بلایا به عنوان یکی از زیر ساخت‌های اصلی و محور انجام اقدامات بسیار حائز اهمیت است. تدوین بسته‌های آموزشی مرتبط با مدیریت خطر حوادث و سوانح در سطوح عمومی و پیشرفته می‌تواند سودمند باشد. در کنار آن آشنایی افراد با سامانه فرماندهی حادثه، فرآیند هشدار اولیه بر اساس چارچوب پاسخ ملی و نقش‌ها و شرح وظایف تعریف شده برای این سازمان انجام گیرد. بر اساس اصول آموزشی پس از طراحی و آماده سازی محتوای متناسب با گروه مخاطب، برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه مدت و حین خدمت در خصوص کارکرد رسانه در چرخه مدیریت حوادث و سوانح انجام خواهد پذیرفت. سپس طراحی برنامه‌های تمرین بر اساس سناریوهای محتمل می‌تواند به تثبیت یادگیری و کشف خطاها و نواقص احتمالی کمک نماید. کاربرد رسانه جمعی در کاهش سوانح و حوادث از طریق جامعه‌پذیری و اجتماعی کردن مجدد بزرگسالان و ترویج دانش صحیح ایمنی در این زمینه بسیار مؤثر است. داشتن درک خطر، از ضروریات مدیریت خطر حوادث و سوانح

است (۲۱) و تا زمانی که این امر محقق نشده هیچ فردی اقدام به پیشگیری، کاهش خطر و انجام فعالیت‌های آمادگی نخواهد کرد. ضروری است مدیران و کارشناسان رسانه نقش‌ها و جایگاه خود در نقشه راه مدیریت خطر حوادث و سوانح را بشناسند. از آنجایی که برای ماندگاری و تثبیت مطالب در اذهان از اختصاص روزی یادبود موضوع به این عنوان استفاده می‌کنند. پیشنهاد روز خبر و اطلاع‌رسانی حوادث و سوانح در تقویم رسمی صدا و سیما می‌تواند گام مهمی در این مسیر باشد. از آنجایی که همه سازمان‌ها دارای مشتریان درونی و بیرونی هستند، مخاطبان خارجی رسانه، سیاستگذاران و قانونگذاران، مدیران و مردم می‌باشند که متناسب با نیاز هر کدام از گروه‌ها بسته‌های آموزش تدوین می‌گردد. آگاه‌سازی مردم و مسئولین نیز در سطوح ملی و محلی انجام گیرد. از سویی دیگر رسانه به عنوان ابزاری جهت انتقال نیازمندی‌های واقعی جامعه به مسئولین؛ جلب مشارکت جامعه و اقشار مختلف جامعه در برنامه‌های ارتقای ایمنی و سلامت از قبیل شهر و جامعه ایمن، بیمارستان ایمن، شهر سالم، مدرسه ایمن...؛ مورد استفاده قرار می‌گیرد. تحلیل‌های علمی و صحیح رسانه‌ای می‌تواند خطر بحران‌های ناشی از حوادث و سوانح را به مردم شناسانده و یا آنان را از خطرهای محلی آگاه سازد و اقدامات پیشگیرانه و مقابله‌ای را به مردم و مسئولین آموزش دهد تا در نهایت به ارتقای سطح سواد ایمنی و مدیریت خطر حوادث و سوانح منجر گردد.

مشارکت جامعه در پیشگیری و مقابله با حوادث و بلایا، یکی از ارکان مهم مدیریت خطر حوادث و سوانح به‌شمار می‌آید. برای گسترش فرهنگ مشارکت جامعه در پیشگیری، کاهش اثرات زیانبار بلایا، کسب آمادگی و برنامه‌ریزی در مرحله قبل از وقوع، مشارکت در عملیات پاسخگویی بویژه عملیات جستجو، امداد، نجات، پشتیبانی در مرحله وقوع و بازیابی یعنی ساماندهی، بازتوانی، بازسازی و بازگشت به وضعیت اولیه در مرحله پس از وقوع حوادث و بلایا تغییر نوع نگاه مدیران به مقوله نقش و نوع مشارکت مردم اهمیت دارد (۲۲). از سویی دیگر مردم با داشتن آگاهی می‌توانند از مسئولین، سیاستگذاران و نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی مطالبه‌گری نمایند. مدیریت ظرفیت‌های فرهیختگان، ائمه جمعه و جماعات، مساجد و حوزه‌های علمیه، قهرمانان ملی و هنرمندان برجسته همچنین فرهنگ‌سازی با هدف مدیریت داوطلبان و خیرین و جلب مشارکت فعال مدیریت-های محلی از جمله شورای شهر و روستا و شورایی‌ها از طریق رسانه انجام گیرد.

در راهبرد پنجم، که بر مبنای مدیریت دانش می‌باشد. مدیریت دانش شامل خلق، به‌کارگیری، انتقال و ذخیره دانش در مراحل مختلف مدیریت خطر حوادث و سوانح است. مدیریت بحران دانش محور در رسانه از طریق ایجاد اتاق فکر و اندیشه-ورزی با حضور فرهیختگان علمی و نمایندگان ذینفعان، حمایت از مراکز علمی پژوهشی به منظور تولید و کاربست شواهد علمی، نشست‌های رسانه‌ای و مستندسازی درس آموخته‌های پاسخ به بلایا، ارتباط فعال با رسانه‌های استانی و مجازی در جهت ترویج دانش، توسعه همکاری‌های پژوهشی با مراکز

در سخنان و برنامه‌ها و توییت یا اخراج برخی از مسببان به عنوان اقدامات مؤثر شناخته شد، نمونه‌ای از مدیریت افکار عمومی و ارتقای سلامت روان جامعه در حوادث و سوانح است (۲۹).

در حال پس از بروز حادثه، بازتوانی روانی اجتماعی جامعه و مناطق آسیب‌دیده، عمدتاً در مرحله بازبانی اتفاق می‌افتد. استفاده از ظرفیت انواع مختلف رسانه اعم از شنیداری و دیداری، مکتوب و مجازی و روش‌های نوین ارتباطی می‌تواند آموزش‌های مدیریت اضطراب و استرس، سوگواری صحیح، اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) و سایر آموزش‌های تخصصی را به جامعه منتقل کرده (۳۱) و روند رشد پس از حادثه و بازبانی روانی اجتماعی را تسریع نماید. از این رو تقویت مهارت‌های کارآفرینی و بازتوانی اقتصادی در رسانه‌های ملی و توجه ویژه محلی بعد از بلایا به عنوان یکی از اولویت‌های این نقشه راه مدنظر قرار گرفته است.

جهت انجام کلیه موارد فوق تشکیل دبیرخانه مدیریت رسانه در حوادث و سوانح در سطح محلی، ملی ضروری می‌باشد. هدف از تدوین راهبرد تشکیل دبیرخانه مدیریت رسانه در حوادث و سوانح، ایجاد نظام اطلاعاتی و حفظ زنجیره اطلاعات بوده است. این دبیرخانه در سطوح مختلف دارای دفاتری خواهد بود که از طریق مسیرهای مختلف ارتباطی با آن‌ها در تماس است. این امر به ایجاد وحدت رویه، حفظ اطلاعات، مشخص بودن مسئولیت‌ها، ارتقای سطح پاسخگویی رسانه و انجام کلیه راهبردهای پیشین کمک می‌کند. در واقع تشکیل این دبیرخانه ضمانت اجرای سایر راهبردها در بالاترین تا پایین‌ترین سطح مدیریت رسانه می‌باشد.

در نهایت نظارت و ارزیابی مدیریت رسانه در حوادث و سوانح با استقرار سامانه‌های متمرکز داده‌ها و تهیه داشبوردهای مختلف مستندات رسانه‌ای میسر شده و به ارتقای سطح عملکرد و کشف نقاط قابل بهبود منجر خواهد شد. از سویی دیگر با ایجاد ساختارها در سطوح ملی، محلی و استانی نیاز به بررسی اهداف بودجه‌ای دبیرخانه و دفاتر خواهد بود که با اعمال نظارت‌های علمی و اصولی می‌توان تمرکز زدایی کرده و اختیارات استان‌ها را افزایش داد. با مشخص بودن ابزار نظارت امکان پایش شاخص‌های مرتبط با اجرای نقشه راه فراهم خواهد شد. قابل ذکر است هر کدام از این راهبردها مکمل دیگری بوده و در کنار هم می‌توانند نقشه راه مدیریت رسانه در حوادث و سوانح را ترسیم نمایند.

نتیجه‌گیری

این پژوهش برای اولین بار به تدوین نقشه راه رسانه در مدیریت خطر بلایا و فوریت‌های رسانه در ایران پرداخته است. این چهارچوب بر راهبردها و برنامه‌های دارای اولویت مورد نیاز رسانه در مراحل چندگانه چرخه مدیریت خطر حوادث و سوانح اعم از پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ و بازبانی متمرکز است. گام بعدی در راستای عملیاتی کردن این نقشه راه تدوین برنامه عملیاتی است. از سویی دیگر در ادامه مسیر به ابزارهایی جهت ارزیابی، ارزشیابی و اطمینان از دستیابی به اهداف تعیین شده تا سال ۱۴۰۴ نیاز است.

تحقیقاتی در حوزه کاهش آسیب، آمادگی، تولید و کاربست شواهد علمی، حمایت از کسب و کارهای نوپا و شتاب دهنده‌ها در حوزه اطلاع رسانی خطر حوادث و بلایا، ارتباطات فعال با انجمن‌ها و مراکز و دانشگاه‌های مرتبط اتفاق می‌افتد (۲۵-۲۳).

مطابق ماده ۱۴ قانون سازمان مدیریت بحران کشور (مصوب ۱۳۹۸)، وظایف زیر برای سازمان صدا و سیما تعریف گردیده است و قانونگذار تهیه برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی‌های مورد نیاز را بر عهده این سازمان نهاده است (۲۶). از سویی دیگر بایستی آیین‌نامه‌ها و اقدامات اجرایی در راستای قوانین، تنظیم و بروزرسانی گردد و در این مسیر از تجربیات و درس آموخته‌های ملی و بین‌المللی بهره‌گیری شود.

راهبرد هفتم ارتقای اعتماد اجتماعی نسبت به متولیان قانونی ارایه خدمت بوده است. اعتماد اجتماعی یکی از مفاهیم مهم جهت تعامل بین مردم و مسئولین است. شفافیت در اطلاع‌رسانی همچنین اطلاع‌رسانی به موقع و سریع می‌تواند منجر به ارتقای سطح اعتماد اجتماعی گردد. برعکس این امر نیز صادق است زمانی که اطلاع‌رسانی ناقص، متضاد و یا در زمان نامناسب باشد نه تنها تأثیر مثبت نداشته بلکه موجب خدشه‌دار شدن اعتماد مردم و ایجاد فشارهای روانی بر آنان خواهد شد. به همین علت فعالان حوزه اطلاع‌رسانی خطر اولین نفر بودن در اطلاع‌رسانی و صادقانه بودن آن را به عنوان یک اصل مهم دنبال می‌کنند (۲۹-۲۷).

بنابراین در نظر گرفتن این راهبرد در جامعه کنونی مورد نیاز بوده و پیوند میان مردم و مسئولین را مستحکم‌تر خواهد نمود. از سویی دیگر مدیریت افکار عمومی در کلیه مراحل مدیریت خطر حوادث و سوانح قابل بررسی است. در مراحل پیشگیری پیش-بینی زود هنگام بحران، تلاش برای پیشگیری از وقوع یا کاهش آثار منفی آن و آماده‌سازی جامعه برای پیشگیری و مقابله مؤثر، از مهمترین وظایفی است که رسانه‌های جمعی پیش از وقوع بحران، بر عهده دارند. در مطالعه‌ای که صلواتیان و همکاران در سال ۱۳۹۰ در این زمینه انجام دادند، نشان داد سازمان صداوسیما با اتخاذ رویکردی پیشگیرانه و با استفاده از مدل پروانه‌ای نقش رسانه‌ها در مدیریت بلایا و فوریت‌ها، می‌تواند از طریق رصد و پایش محیط، آموزش و هدایت افکار عمومی، اطلاع‌رسانی و ایجاد همبستگی ملی، به مقابله پیشگیرانه با بحران بپردازد (۳۰). عواملی چون؛ برخورد انسانی و خوب، استفاده نکردن از حدس و گمان، پرهیز از مصاحبه‌های فوری، پرهیز از مصاحبه‌های کنترل نشده، در نظرگرفتن محلی برای خبرنگاران، پرهیز از هر تنش با خبرنگاران، جلب اطمینان با نشان دادن اینکه اوضاع تحت کنترل است، پیش‌بینی بحران‌های ممکن، نیاز مردم و نوع مخاطبان، حضور ۲۴ ساعته و اعلام نتایج و خبرها، کنترل انحصاری نبودن نشر اخبار توسط رسانه‌های خاص، استعفا، عذرخواهی، معرفی مسئول پیگیری بحران تا حل آن به مردم، اعلام برنامه دقیق و عملی و شفاف و عمل به آن، حضور با ظاهری متناسب با اوضاع بحران (غیرتشریفاتی)، برقراری رابطه مناسب و صادقانه با خانواده آسیب‌دیدگان، پرهیز از کلی‌گویی و ابهام

in Chongqing, China. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2016;10(4):536-7. doi:10.1017/dmp.2016.7

12. 12. Seeger MW, Pechta LE, Price SM, Lubell KM, Rose DA, Sapru S, et al. A conceptual model for evaluating emergency risk communication in public health. *Health Security*. 2018;16(3):193-203. doi:10.1089/hs.2018.0020

13. 13. World Health Organization. Creating new solutions to tackle old problems: the first ever evidence-based guidance on emergency risk communication policy and practice. *Weekly Epidemiological Record*. 2018;93(6):45-54.

14. 14. Reynolds B, W. Seeger MA. Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of Health Communication*. 2005;10(1):43-55. doi:10.1080/10810730590904571

15. 15. Iran Ipo. Constitution of iran. slamic parliament research center of the islamic republic of iran; 1983. p. 533.

16. 16. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88. doi:10.1177/1049732305276687

17. 17. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*. 2014;4(1):1-10. doi:10.1177/2158244014522633

18. 18. Pezalla AE, Pettigrew J, Miller-Day M. Researching the researcher-as-instrument: An exercise in interviewer self-reflexivity. *Qualitative Research*. 2012;12(2):165-85. doi:10.1177/1468794111422107

19. 19. Xu MA, Storr GB. Learning the concept of researcher as instrument in qualitative research. *Qualitative Report*. 2012;17:42.

20. 20. Locke LA. New to Qualitative Research. *Research Methods for Social Justice and Equity in Education*. 2019;117.

21. 21. Rana IA, Jamshed A, Younas ZI, Bhatti SS. Characterizing flood risk perception in urban communities of Pakistan. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2020;46:101624. doi:10.1016/j.ijdr.2020.101624

22. 22. Jahangiri K, Ostevar Izadkhah Y, Azin S A, Jarvandi F. Public Participation in Confronting Natural Disasters in Khuzestan Province: The Officials' viewpoint. *Journal of Rescue and Relief*. 2011;2(4). [In Persian]

تشکر و قدردانی: بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از آقایان دکتر حمیدرضا خانکه، دکتر علی خاجی، دکتر سیاوش صلواتیان ابراز می‌نمایند.

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

منابع

1. 1. Narsey Lal P, Singh R, Holland P. Relationship between natural disasters and poverty: A Fiji case study. *International strategy for disaster reduction*; 2009.
2. 2. Anwar H. The impact of recurring natural disasters on chronic poverty. *Societies Without Borders*. 2008;3(2):285-301. Available from: <https://scholarlycommons.law.case.edu/swb/vol3/iss2/5>
3. 3. Bethel JW, Foreman AN, Burke SC. Disaster preparedness among medically vulnerable populations. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;40(2):139-43. doi:10.1016/j.amepre.2010.10.020
4. 4. Hallegatte S, Vogt-Schilb A, Rozenberg J, Bangalore M, Beaudet C. From poverty to disaster and back: A review of the literature. *Economics of Disasters and Climate Change*. 2020;4(1):223-47. doi:10.1007/s41885-020-00060-5
5. 5. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). Cred crunch 50: Natural disasters in 2017: Lower mortality, higher cost. 2018.
6. 6. INFORM. Global Risk Index Results 2018. 2019.
7. 7. Wallemacq P, McLean L. Disaster data: A balanced perspective. *Belgium Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) Crunch*; 2017.
8. 8. Eckstein D, Hutfils ML, Wings M. Global climate risk index 2019. Who suffers most from extreme weather events. 2018.
9. 9. INFORM global for risk management. INFORM Country Risk Profile 2019. 2020. Available from: <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index/Countries/Country-Profile-Map>
10. 10. etl ka. Disaster and Emergency Risk Management Terminology. 2017.
11. 11. Tang L, Zhang Y, Tian K, Xing D, Sun J, Qiu J. Knowledge, perception, and capacity regarding emergency risk communication: A cross-sectional survey of 429 county health emergency response staff

pp. 1179-1184.

28. 28. Mehta AM, Bruns A, Newton J. Trust, but verify: social media models for disaster management. *Disasters*. 2017;41(3):549-65.

29. 29. Mohseni-Tabrizi AR, Moidfar S, Golabi F. Generational approach to examine the social trust among different generations. *Journal of Applied Sociology*. 2011;22(1):41-70. [In Persian]

30. 30. Salavatian S, Roshandel Arbatani T. In supporting Iran's media crisis management: a preventive approach. *Communication Research*. 2011;18(66): 149-76. [In Persian] doi:10.22082/cr.2011.23679

31. 31. Taghizadeh O, Latifi MF, Ardalan A. The role of advanced technologies in disasters recovery and rehabilitation. *Journal of Rescue and Relief*. 2013;5(1):1-8.

23. 23. Shamspour N. The role of knowledge management in disaster response phase. 9th International Congress on Health in Accidents and Disasters; 2018. [In Persian]

24. 24. CheshmBerah M, Ghasemi M, Karbasian M, Reza Yavari A, KhayyamBashi B. Knowledge management strategy in crisis management. *Quarterly of Order & Security Guards*. 2015;7(28):27-52.

25. 25. Habibzadeh Maleky A, Javadian R. Media strategy in crisis management. *Journal of Human Resource Management Development and Support*. 2010;5(18): 103-23.

26. 26. Eslami Ms. *Iran Crisis Management*, 2019.

27. 27. Busa MG, Musacchio MT, Finan S, Fennell C. Trust-building through social media communications in disaster management. In *Proceedings of the 24th international conference on world wide web* 2015.

Use of Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) in Battlefield Surgical Units

Soleyman Heydari¹, Shaban Mehrvarz^{1*}, Hadi Khoshmohabat¹

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

Received: 6 August 2021 Accepted: 13 November 2021

Abstract

Background and Aim: Presence of any blood or fluid in abdominal cavity probably resulted by sever harms in abdomen causing of trauma, usually makes it easy to perform an emergency laparotomy. In battlefield medical centers which reception of traumatized patient performed, access to more rapid diagnosis would be so important because if the intrabdominal bleeding was discovered, the saving life of injured people could be accessible with on time and rapid therapeutic actions, too. This approach causes the saving time and frugality of facilities that can avoid from additional works and prolonged diagnosis. Using the focused assessment with sonography for trauma on abdomen has important position for verifying or rejecting of abdominal injuries in urban traumatic centers but this facility was not usually utilized at battlefield medical units stablished in front lines of the war. The aim of this article is the assess of usefulness level and necessity for the employment of focused assessment with sonography for trauma (FAST) in battlefield medical centers.

Methods: The present study has been performed with fulfilling of questioner and also to face to face and calling interviewing by surgeons and emergency medicine's specialist participated in battlefields medical centers during the holy war.

Results: Results of this study showed that surgeons are agreeing with this equipment, and they recommend adding this facility in emergency military units.

Conclusion: Examination with focused assessment with sonography for trauma (FAST) is very reliable for triage and better management in traumatized patient. Presence of any blood or fluid in abdominal cavity makes it easy to perform an emergency laparotomy. All surgeon participated in this study were emphasized to importance and necessity of using this equipment in battlefield surgical units, too.

Keywords: FAST, Abdominal Trauma, Military Surgical Units.

* Corresponding Author: Shaban Mehrvarz

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

E-mail: mehrvarz@bmsu.ac.ir

کاربرد سونوگرافی هدفمند شکم در اورژانس صحرایی

سلیمان حیدری^۱، شعبان مهرورز^۱، هادی خوش محبت^۱

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

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: وجود خون و یا مایع در داخل شکم به دنبال ترومای شکم بیانگر احتمال وجود صدمات جدی در شکم است که معمولاً نیاز به جراحی فوری لاپاراتومی را ایجاد می کند. در مراکز درمانی مناطق جنگی که پذیرش مصدومین اورژانس انجام می شود رسیدن به تشخیص سریع تر بسیار مهم است زیرا در صورت کشف خونریزی داخل شکمی می توان با اقدام درمانی به موقع و سریع باعث نجات جان مصدوم شد و به میزان قابل ملاحظه ای باعث صرفه جویی در وقت و امکانات شده و به این ترتیب از کارهای اضافی و وقت گیر تشخیصی نیز اجتناب نمود. استفاده از سونوگرافی هدفمند شکم (FAST) در مراکز ترومای شهری در تایید یا رد ضایعات شکمی جایگاه مهمی دارد ولی در مراکز درمانی خط مقدم معمولاً از این ابزار استفاده نمی شود. هدف از این مقاله بررسی میزان فایده و نیاز به بکارگیری آن در مراکز درمانی خطوط مقدم نظامی است.

روش ها: این مطالعه با ارسال پرسشنامه طراحی شده و همچنین انجام مصاحبه به دو شیوه حضوری و تلفنی از متخصصین جراحی و طب اورژانس با سابقه حضور در مراکز درمانی مستقر در مناطق دفاع مقدس اجرا گردیده است.

یافته ها: نتایج مقاله بیانگر تأکید بر سودمندی روش سونوگرافی هدفمند شکم با تهیه و بهره برداری از امکانات و تجهیزات لازم در مراکز درمانی نظامی است.

نتیجه گیری: متخصصین جراحی و طب اورژانس که دارای تجربه حضور در مراکز درمانی مستقر در مناطق جنگی دوران دفاع مقدس را داشتند، همگی موافق ضرورت تجهیز مراکز درمانی نظامی و بهره گیری از نتایج ارزشمند این روش در روند درمان مصدومین بویژه در سوانح و بحران های طبیعی دارند.

کلیدواژه ها: FAST، ترومای شکم، سونوگرافی هدفمند، مراکز جراحی نظامی.

* نویسنده مسئول: شعبان مهرورز

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

ایمیل: mehrvarz@bmsu.ac.ir

مقدمه

برای تأیید تشخیص وجود صدمات داخل شکمی به خصوص ترومای غیر نافذ شکم گرفتن شرح حال و معاینه مکرر همراه با دقت در تغییرات علائم حیاتی لازم است. بر همین اساس می-توان گروهی از مصدومین را که نیاز به لاپاراتومی اورژانس دارند، تا حدود زیادی تشخیص داده و درمان نمود و اغلب نیاز به اقدام پاراکلینیکی دیگری وجود ندارند، ولی در موارد متعددی برای پزشک معاینات بالینی برای رد وجود صدمات داخل شکمی نمی-تواند اطمینان بخش باشد که در اینجا انجام اقدامات تشخیصی بیشتری لازم است. در بعضی از شرایط به خصوص در حوادث نظامی و غیرنظامی که مراکز خط مقدم با شرایط ازدحام انبوه مصدومین مواجه هستند و رسیدگی به مصدومین و تریاژ آنان نیاز به سرعت بیشتری دارد، در این مواقع دقت کافی تشخیصی برای حفظ جان مصدومین نیز به همان میزان اهمیت دارد.

امروزه با استفاده از یک دستگاه کوچک قابل حمل سونوگرافی در اورژانس می-توان با دقت بسیار خوب و به سرعت وجود خون یا مایع غیر طبیعی را در داخل حفره شکم تشخیص داد.

تاریخچه استفاده از سونوگرافی برای تشخیص ضایعات داخل شکمی در تروما به بیش از چهار دهه قبل برمی گردد و البته اینکار توسط متخصصین رادیولوژیست انجام می شد (۱) ولی استفاده هدفمند از سونوگرافی در بالین مصدومین شکم توسط جراحان آموزش دیده از اوایل دهه ۹۰ میلادی پیشنهاد شد (۲) و به سرعت مورد اقبال قرار گرفت و به عنوان یک اقدام غیرتهاجمی و قابل اعتماد در مدیریت صدمات شکمی غیرنافذ در کتب جراحی به عنوان جایگزین لاواژ شکمی آورده شد و امروزه به-میزان گسترده ای مورد استفاده قرار می گیرد به طوری که در سال ۲۰۱۱ مقاله ای در کشور ترکیه ضمن معرفی مدل جدید و کوچک تری از آن به عنوان گوشی معاینه جدید در بخش اورژانس نامبرده شده است (۳).

انجام سونوگرافی هدفمند شکم با دستگاه قابل حمل در بالین بیمار (FAST: Focused assessment with sonography for trauma) در مطالعات مختلف داخل و خارج از کشور مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران در مطالعات قدیمی تر مانند مطالعه خوش محبت و همکاران (۲۰۱۰) بر روی ۸۵ مصدوم انجام شده، دقت تشخیص ۹۸ درصد و ارزش پیشگویی (PPV = 71%, NPV = 100%) گزارش شده است (۴).

منتظر و همکاران (۲۰۱۴) بر روی ۱۲۳ مصدوم ترومای غیرنافذ شکمی مطالعه نمودند و در آن مقایسه با سی تی اسکن شکم و لگن (با کنتراست خوراکی وریدی) انجام دادند که قابلیت اعتماد ۹۴ درصد و ارزش پیشگویی (PPV = 53/8%, NPV = 97/8%) گزارش نمودند (۵).

در سال ۲۰۱۹، Lee و همکاران برای تعیین قابلیت اعتماد FAST در شرایط بحران یک مطالعه مروری سیستمیک انجام دادند و طی آن میزان حساسیت ۹۲/۱ درصد و ویژگی ۹۸/۷ درصد و ارزش پیشگویی (PPV = 90/7%, NPV = 98/7%) محاسبه نموده

و در نتیجه استفاده از آن را در شرایط بحران برای تعیین ضایعات شکمی توصیه کرده اند (۶).

در اینجا لازم به ذکر است که استفاده گسترده تر (E-FAST) با استفاده از نسل های تکامل یافته تر و جدیدتر این دستگاه برای تشخیص سایر صدمات مهم به خصوص پنوموتوراکس در حال انجام است و مطالعات متعددی وجود دارد که حاکی از مفید بودن آن می باشد (۷).

همانند الگوی بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس، اورژانس-های فعلی مراکز درمانی محور مقاومت در فاصله بسیار نزدیک خط مقدم دایر می شوند بنابر مقتضیات پشتیبانی رزمی مجهز، ناچار از انجام عمل جراحی در آنجا بوده که به اتاق عمل جراحی مجهز هستند و اعمال جراحی زیادی در آنجا انجام شده که باعث نجات جان عده زیادی از رزمندگان شده است. چون این مراکز به علت موقتی بودن امکان بردن تجهیزات تشخیصی با محدودیت جدی همراه است و این مراکز تاکنون فاقد امکانات سونوگرافی بودند، لذا هدف از مطالعه حاضر این بود که نظر پزشکان متخصص در باره تجهیز این مراکز به سونوگرافی هدفمند شکم اخذ شود و بر اساس نظر آنان پیشنهاد مناسب ارائه شود.

روش ها

پرسشنامه تهیه شده توسط محققین حاوی ۴ سؤال بود که از ۹ نفر از پزشکان جراح و طب اورژانس که در بیمارستان های صحرایی خط مقدم محور مقاومت سابقه کار درمانی داشتند انتخاب شده و سؤالات مصاحبه به صورت حضوری یا تلفنی انجام شده و نظرات ایشان ثبت گردید.

نتایج

در پاسخ به ۳ سؤال اول که درباره میزان ضرورت تجهیز مراکز درمانی خط مقدم به دستگاه (FAST) بود، نتایج آن در جدول ۱ آمده است. درباره نیاز به سونوگرافی قفسه سینه (برای تشخیص پنوموتوراکس) با انجام E-FAST نیز بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه، به میزان زیاد و خیلی زیاد آنرا لازم دانستند (جدول ۲).

نتیجه گیری

با توجه به نظر اکثر متخصصین، سادگی حمل و نقل و نحوه استفاده نسبتاً آسان این ابزار به نظر می رسد که مسئولین بهداشت و درمان نیروهای مسلح مراکز درمانی خود را در خطوط مقدم با این وسیله (البته از انواع با کیفیت خوب) مجهز نموده و البته پزشکان مأمور به این مراکز نیز تحت آموزش های کافی قرار گیرند. بدون شک این امر می تواند در افزایش سرعت و دقت در تریاژ و نیز درمان مصدومین نقش مهمی ایفا نماید.

جدول ۱-

۱) به نظر شما در مراکز اورژانس جراحی خط مقدم وجود دستگاه (FAST) تاچه حدی می تواند کمک کننده باشد؟				
اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
٪۰	٪۰	٪۲۲/۲	٪۰	٪۷۷/۸
۲) آیا در مدت زمان مأموریت خود در آنجا برای تصمیم گیری تاچه حد نیاز به داشتن (FAST) را احساس کردید؟				
اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
٪۱۱/۱	٪۱۱/۱	٪۰	٪۲۲/۲	٪۵۵/۶
۳) آیا در مدت تجربه خود مورد یا مواردی از ترومای شکم داشتید که لاچارا تومی منفی شده باشد.				
اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
٪۴۴/۴	٪۲۲/۲	٪۱۱/۱	٪۲۲/۲	٪۰

جدول ۲-

۴) آیا برای تشخیص پنوموتوراکس نیاز به دستگاه (E-FAST) را در این مراکز را لازم می دانید؟				
اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
٪۳۳/۳	٪۱۱/۱	٪۰	٪۱۱/۱	٪۴۴/۴

surgeon performed sonography in blunt abdominal trauma. Kowsar Medical Journal. 2010;15(3):163-6. [In Persian]

5. Montazer H, Bozorgi F, Hosseini Nejad M, Golikhatir I, Jahanian F, Motaleb-Nejad M, et al. Accuracy of focused assessment with sonography for trauma in blunt abdominal trauma in emergency department. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;26(140):187-91. [In Persian]

6. Lee C, Balk D, Schafer J, Welwarth J, Hardin J, Yarza S, et al. Accuracy of focused assessment with sonography for trauma (FAST) in disaster settings: a meta-analysis and systematic review. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2019;13(5-6):1059-64. doi:10.1017/dmp.2019.23

7. Kornblith AE, Addo N, Plasencia M, Shaahinfar A, Lin-Martore M, Sabbineni N, et al. Development of a Consensus-Based Definition of Focused Assessment with Sonography for Trauma in Children. JAMA Network Open. 2022;5(3):e222922. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.2922

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

منابع

1. Chambers JA, Pilbrow W. Ultrasound in abdominal trauma: an alternative to peritoneal lavage. Emergency Medicine Journal. 1988;5(1):26-33. doi:10.1136/emj.5.1.26
2. Rozycki GS, Ochsner MG, Jaffin JH, Champion HR. Prospective evaluation of surgeons' use of ultrasound in the evaluation of trauma patients. Journal of Trauma. 1993;34(4):516-26. doi:10.1097/00005373-199304000-00008
3. Coşkun F, Akıncı E, Ceyhan MA, Kavaklı HŞ. Our new stethoscope in the emergency department: handheld ultrasound. Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2011;17(6):488-92. doi:10.5505/tjtes.2011.89914
4. Khoshmohabbat H, Panahi F, Mehrvarz Sh, Mohebbi HA, Bagherpour Jahromi A. Accuracy of



Table of Contents

1-	Secrets and Etiquette of Self-Sufficiency in the Field of Health	83-82
2-	A look into Health Services of the Oil Industry in the Iran-Iraq War	91-84
3-	Analysis of Thematic Trend of the War Trauma Articles in Iran	108-92
4-	The Role of Health in National Security and Sustainable Development Section 5: Spiritual Health and Its Relationship with Sustainable National Security	116-109
5-	The Components of Culture of Self-Sacrifice and Martyrdom in the Country's Health Society Part 4: Ontological and Epistemological Foundations	123-117
6-	Methods of Performance Enhancement in Military Forces	136-124
7-	Road Map of Media Management in Disasters and Emergencies: Iran 2020-2024	144-137
8-	Use of Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) in Battlefield Surgical Units	148-145



Journal Information

- **Publication Title:** Iranian Journal of Combat Medicine
- **Abbreviated title:** IJCM
- Volume 4, Issue 2 - Serial No. 8, Fall-Winter 2021
- **Content Type:** Scientific and research-based (Medicine and Military Trauma)
- **ISSN:** 2717-4026
- **Frequency:** Bimonthly
- **Language:** Persian
- **Date of first issue:** Winter 2018
- **Affiliation:** IJCM
- **President:** Dr. Seyed Masoud Khatami
- **OWNER:** Holy Defense & Resistance Combat Medicine Institute and Baqiyatallah University of Medical Sciences
- **EIC:** Dr. Mohammad Ali Mohagheghi
- **Managing Editor:** Dr. Roknoddin Soltani Nejad
- **Editorial board (A-Z):** Ali Ebrahimi, Hasan Abolghasemi, Abolhasan Ahmadian, Mehdi Akhavan, Jaleel Arab Kheradmand, Hasan Araghizadeh, Saeed Bayenat, Abdolmajeed Cheraghali, Bahram Einollahi, Nasrollah Fathian, Iraj Fazel, Abbas Forootan, Mostafa

Ghanei, Rahmatollah Hafezi, Vahid Hamidi, Solayman Haydari, Alireza Jalali, Khosro Jadidi, Gholamreza Jalali, Seyed Mohammadreza Kalantar Motamedi, Hadi Khoshmohabat, Mohammad Hosein Lashkari, Seyed Alireza Marandi, Ali Mehrabi Tavana, Shaaban Mehrvarz, Ali Asghar Molla, Amir Nezami Asl, Ahmad Ali Noorbala Tafti, Yunes Panahi, Sadegh Rajaie, Nsaser Simforoosh, Siavash Sehat, Seyed Rahim Safavi, Behrooz Tavana, Mohammad Taghi Tahmasbi, Mohammad Reza Zafarghandi

- **Graphic Design:** IJCM Office
- **Farsi Editor of this volume:** Dr. Amir Mahdi Taleb
- **Place of publishing:** Tehran
- **Tel:** 021-88606728-88606152
- **Fax:** 021-88052684
- **Address:** No. 2, Nosrati Street, South Sheikh Bahayee Street, MollaSadra Street, Vanak Square, Tehran
- **Zip Code:** 1435916961
- **PO Box:** 19395-5487
- **Email:** Jbehdarirazmi@gmail.com
- **Print:** Javan Newspaper



Scientific-Research Journal

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

The Forth Year, The Second Number, Fall-Winter 2021





Scientific and Research-Based

Iranian Journal of Combat Medicine (IJCM)

Volume 4, Issue 2 (Serial No 8), Fall-Winter 2021, ISSN: 2717-4026

8

- **Secrets and Etiquette of Self-Sufficiency in the Field of Health**
- **A look into Health Services of the Oil Industry in the Iran-Iraq War**
- **Analysis of Thematic Trend of the War Trauma Articles in Iran**
- **The Role of Health in National Security and Sustainable Development Section**
5: Spiritual Health and Its Relationship with Sustainable National Security
- **The Components of Culture of Self-Sacrifice and Martyrdom in the Country's Health Society Part**
4: Ontological and Epistemological Foundations
- **Methods of Performance Enhancement in Military Forces**
- **Road Map of Media Management in Disasters and Emergencies: Iran 2020-2024**
- **Use of Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) in Battlefield Surgical Units**