

بررسی عملکرد بهداری رزمی در دفاع مقدس*

دکتر مهناز صفايي هودرق^۱

استاديار زبان و ادبيات فارسي دانشگاه آزاد اسلامي واحد كرج

دکتر هانيه صدري مجد

استاديار زبان و ادبيات فارسي دانشگاه آزاد اسلامي واحد شهر ري

دکتر عوض حيدرپور شهرضايي

استاد بيهوشي قلب، مرکز آموزشي، تحقيقاتي، درماني قلب و عروق شهيد رجايي، دانشگاه علوم پزشكي ايران، تهران، ايران

* برگرفته از طرح پژوهشي «اخلاقيت‌هاي بهداری رزمي در دفاع مقدس با تكيه بر عملکرد دكتر عوض حيدرپور شهرضايي در چهارچوب ادبيات پايداري»

Investigation of Martial Health Practice in Sacred Defense

Mahnaz Safaei, PhD

Haniyeh Sadri, PhD

Evaz Heydarpour Shahrezaee, MD

ABSTRACT

Background and Aim: This study was conducted to benefit and utilize the scientific and experimental achievements of military medicine during eight years of holy defense. The practical purpose of this study is to accurately record the performance and experiences of military medicine practitioners for valid reference. The comprehensiveness of this study in presenting military medicine practice in the field of health has not been observed in case studies.

Materials and methods: The research method is a combination of library study, field research through oral questioning and interviewing, and the use of diary notes written in the course of events. Accurate recording of events by imagination, recording dates and names, observing time sequences, medical scheduling in medical centers from the beginning to the end of the sacred defense are the characteristics and contents of these notes which are considered as a rich source of value.

Results: The pre-war form of health was officially present in army units, but military medicine was an emerging entity that emerged from the heart of sacred defense. The active involvement of the health sector in the sacred defense became a source of enormous impact. Holding meetings and conferences, organizing specialist forces, setting up training centers and specialized scientific committees, establishing and promoting field hospitals, developing dozens of effective prevention and treatment protocols and guidelines, unremitting efforts to realize a resilient economy and maintain human capital are among the achievements of military medicine. Although, during the decades leading up to the imposed war, medical schools were not properly trained on war-related health issues, the combat physician was able to properly and scientifically deal with war-related health issues and the emerging issue of defense against chemical warfare in Iran. Supply or logistics of blood and all kinds of blood products were among the duties that the organization was well placed to perform.

Conclusion: The deliberate practice of military medicine in supervising the provision and supply of healthy and healthy food and water prevented any epidemics and general outbreaks of disease on the fronts. With the establishment of a specialized scientific committee, military medicine was able to develop the required comprehensive scientific and scientific style sheets and protocols based on the prevention and treatment of illnesses and the treatment of injuries and injuries and with the

^۱. نویسنده مسؤول / Dr.safaei.mahnaz@gmail.com

organization and training of more than 20,000 people, cadres and people, and the supply of tens of thousands of tons of general and specialized logistics along with the nearly one million blood bags and blood products, there has been a tremendous improvement in health.

Valuable martial arts experiences have led to the saving and saving of tens of billions of dollars in human capital and the establishment of two IRGC University of Medical Sciences (Baqiyatallah) and the military, along with several research institutes in the fields of martial arts, health and unexpected events.

Keywords: Holy Defense, Military medicine, Specialized Scientific Committee

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش به منظور بهره‌مندی و استفاده از دستاوردهای علمی و تجربی بهداری رزمی در طول هشت سال دفاع مقدس انجام یافته است. هدف کاربردی این پژوهش ثبت دقیق عملکرد و تجارب بهداری رزمی است تا به صورت مرجعی معتبر مورد استفاده قرار گیرد. جامعیت این پژوهش در ارائه عملکرد بهداری رزمی در حوزه بهداشت و درمان در تحقیقاتی موردی مشاهده نگردیده است.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق، آمیزه‌ای از مطالعه کتابخانه‌ای، تحقیق میدانی به شیوه پرسش و مصاحبه شفاهی و استفاده از یادداشت نوشته‌های روزانه‌ای است که در هنگام وقوع حوادث به رشته تحریر درآمده است. ثبت دقیق وقایع به دور از عنصر تخیل، ثبت تاریخ‌ها و نام اشخاص، رعایت توالی زمانی، برنامه‌ریزی‌های پزشکی در مراکز درمانی از آغاز تا انتهای دفاع مقدس از ویژگی‌ها و مفاد این یادداشت نوشته‌ها محسوب می‌شود که به‌عنوان منبعی غنی درخور اعتنا است.

یافته‌ها: سازمان بهداری، پیش از دوران جنگ به طور رسمی در واحدهای ارتش وجود داشت، اما بهداری رزمی نهاد نوظهوری بود که از بطن دفاع مقدس پدید آمد. مشارکت فعال نیروهای بخش سلامت در دفاع مقدس منشأ اثرات عظیم شد. برگزاری جلسات و همایش‌ها، سازمان‌دهی نیروهای متخصص، ایجاد مراکز آموزشی و کمیته علمی تخصصی، ایجاد و ارتقاء بیمارستان‌های صحرایی، تهیه ده‌ها پروتکل و شیوه‌نامه پیشگیری و معالجات کارآمد، تلاش بی‌وقفه برای تحقق اقتصاد مقاومتی و حفظ سرمایه‌های انسانی از جمله دستاوردهای بهداری رزمی است. علی‌رغم اینکه، در چند دهه منتهی به جنگ تحمیلی در دانشکده‌های پزشکی در خصوص موضوعات مبتلابه پزشکی در جنگ‌ها آموزش‌های لازم داده نمی‌شد، بهداری رزمی توانست به طور صحیح و علمی به مسائل بهداشت و درمان در جنگ بپردازد و با موضوع نوپدید جنگ شیمیایی در ایران مواجه شود. تأمین آماد یا لجستیک خون و انواع فراورده‌های خونی نیز از جمله وظایفی بود که این نهاد به خوبی از عهده آن برآمد.

نتایج: عملکرد مدبرانه بهداری رزمی در نظارت بر تهیه و تأمین آب و غذای سالم و بهداشتی منجر به جلوگیری از هرگونه اپیدمی و فراگیری عمومی بیماری در جبهه‌ها گردید. بهداری رزمی، با ایجاد کمیته علمی تخصصی توانست شیوه‌نامه‌ها و پروتکل‌های جامع و علمی مورد نیاز را تهیه کند و بر اساس آنها به پیشگیری و درمان بیماری‌ها و رسیدگی به مجروحان و مصدومان بپردازد و با سازمان‌دهی و آموزش بیش از بیست هزار نفر نیروی کادر و مردمی و تأمین ده‌ها هزار تن آماد و لجستیک عمومی و تخصصی به همراه قریب یک‌میلیون کیسه خون و انواع فراورده‌های خونی پیشرفت فراوانی در حوزه سلامت به دست آورد. تجارب ارزنده بهداری رزمی، منجر به

صرفه‌جویی و حفظ حدود ده‌ها میلیارد دلار سرمایه انسانی و تأسیس دو دانشگاه علوم پزشکی سپاه (بقیه‌الله) و ارتش به همراه چندین پژوهشکده در حوزه‌های رزمی، بهداشتی و حوادث غیرمترقبه گردیده است.

گل‌واژگان: دفاع مقدس، بهداری رزمی، کمیته علمی تخصصی

مقدمه

هدف از این مطالعه ثبت وقایعی است که در واحدهای بهداری رزمی در دفاع مقدس رخ داد. با توجه به این‌که حافظه‌ها و ذهن‌های زیسته در هشت سال دفاع مقدس در آستانه از دست رفتن و فرسایش‌اند، ضروری است تجارب این گنجینه‌های گران‌بها به آیندگان که در عطش فهمیدن و شناختن هویت دیروز خویش‌اند انتقال یابد، چرا که این وقایع اگر مکتوب نشوند مدفون خواهند گشت و نسل آینده چیزی از آنها نخواهند دانست. چه بسا، نکات مهم به مرور زمان از دید پژوهشگران پنهان بماند و مطرح نشود یا به سبب فاصله زمانی و دیگر عوامل تأثیرگذار، تحلیل‌های واژگونه یا تحریف‌گونه از حوادث پیش‌آید. برای تحقق این منظور نهادهایی همچون بنیاد مطالعات تاریخ ایران، حوزه هنری، مرکز اسناد انقلاب اسلامی، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی، سازمان اسناد و کتابخانه ملی، کتابخانه و مرکز اسناد مجلس شورای اسلامی و مؤسسه مطالعات تاریخ معاصر ایران در ثبت و ضبط تاریخ شفاهی فعالیت دارند. هم‌زمان با جنگ تحمیلی، ستاد تبلیغات جنگ به ضبط و ثبت حوادث جنگ همت گماشت و جهش بزرگی در ثبت تاریخ شفاهی ایجاد کرد. با این‌همه، تاکنون تحقیق جامعی از عملکرد بهداری رزمی و نقش بی‌بدیل جامعه سلامت و بهداری توسط پژوهشگران ارائه نشده است. این تحقیق در صدد است با شیوه

توصیفی - تحلیلی به تشریح و تبیین چگونگی شکل‌گیری، توسعه و عملکرد این واحد رزمی بپردازد.

در چند دهه منتهی به جنگ تحمیلی، در دانشکده‌های پزشکی در خصوص موضوعات مبتلابه پزشکی در جنگ‌ها آموزش‌های لازم داده نمی‌شد. لذا، فعالان حوزه سلامت در آغاز جنگ تسلط و تجربه کافی برای معالجه و درمان مصدومان و مجروحان جنگی نداشتند. از این‌رو، عوارض و نارسایی‌هایی در برخی از مصدومان و مجروحان برای همیشه بر جای ماند. لیکن، تلاش برای علمی کردن و از قوه به فعل درآوردن دانش متخصصان با شکل‌گیری بهداری رزمی، سازمان‌دهی نیروها، بهبود ساختارها و شیوه‌های اجرایی در آن، ایجاد دفاتر طب رزمی و تشکیل کمیته علمی تخصصی در فرماندهی بهداری جنوب سپاه و تهیه، تنظیم و ابلاغ دستورالعمل‌های علمی و دقیق در آن، به طرز چشمگیری سبب کاهش تعداد مجروحان و مصدومان شیمیایی گردید و با خدمات بهداشتی و درمانی خود کمک شایانی به اقتصاد کشور نمود. بر مبنای اسناد موجود، در هشت سال دفاع مقدس بالغ بر دو میلیون نفر درجاتی از مجروحیت، مصدومیت (ضربه‌ای و ناشی از گازهای سمی)، بیماری‌های عمومی و بیماری‌های ویژه مناطق جنگی اعم از اپیدمی و آندمی را تجربه و به واحدهای بهداری رزمی مراجعه کردند. از این تعداد، حدود یک میلیون

نفر، پس از درمان و معالجه سرپایی دوباره به خطوط نبرد اعزام شدند. حداقل پانصد هزار نفر از یک میلیون باقی مانده دچار ضایعات شدیدی بودند که چنانچه رسیدگی‌های به موقع و ضروری انجام نمی‌شد ممکن بود تا دویست هزار نفر دیگر از آن‌ها به شهادت برسند و اضافه شدن این تعداد به جمع شهدا، بار سنگین اجتماعی و اقتصادی بزرگی را بر کشور تحمیل می‌نمود؛ به ویژه، زمانی که رژیم بعثی از جنگ‌افزارهای شیمیایی استفاده کرد. از طرفی، کل رزمندگانی که در طول هشت سال دفاع مقدس به جبهه آمدند بیش از شش میلیون نفر بودند (علایی ۱۱) که چنانچه بیماری‌های عفونی یا اپیدمی در مناطق جنوب و غرب کشور، آن‌ها را به صورت گروهی درگیر می‌کرد، علاوه بر اینکه کارایی نظامی آن‌ها کاسته می‌شد، عوارض زیادی به‌جا می‌گذاشت که ممکن بود تبعات آن تا سال‌ها پس از جنگ نیز باقی بماند.

سازمان‌دهی بهداری نیروهای مسلح در ارتش و سپاه، در زمان شروع جنگ تحمیلی دو گونه متفاوت از هم بود. ساختار سازمانی بهداری ارتش پیش از جنگ شکل گرفته بود و مسؤولیت تمشیت امور و هدایت هر یک از واحدها و یگان‌های بهداری در قرارگاه‌های ارتش، با دو نفر افسر پزشک بود. هر یگان اعم از لشکر، تیپ یا گروه به ترتیب از عنوان سازمانی گردان یا گروهان و دسته بهداری بهره‌مند می‌شد. لیکن، در سپاه اوضاع متفاوت بود. با تأسیس سپاه پاسداران انقلاب اسلامی در دوم اردی‌بهشت ۱۳۵۸ واحدی به نام **تعاون و بهداری** در ساختار آن قرار گرفت و همچون ادارات بهداری، وظایفی برای آن تعریف شد. بر آن مبنا، رسیدگی به زخم‌های سطحی مصدومان و معالجه بیماران در آن واحد

انجام می‌گرفت. لیکن، با شروع جنگ، سپاه موظف شد به‌عنوان یک نیروی بازدارنده به همراه ارتش از پیشروی دشمن جلوگیری نموده و در بازپس‌گیری مناطق اشغالی وارد عمل شود و با تشکیل خط پدافندی از مرزها محافظت نماید. در آن هنگامه، واحد تعاون و بهداری نمی‌توانست جوابگوی فعالیت‌های گسترده آفندی و پدافندی سپاه باشد. لذا، ایجاد تشکیلاتی به نام **بهداری رزمی** در سپاه به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی احساس گردید. بر این اساس، بهداری از تعاون جدا شد و بهداری کل در ستاد مرکزی سپاه شکل گرفت. پس از ایجاد بهداری رزمی، گسترش ساختارهای اساسی از پست‌های امداد، فرماندهی‌ها و یگان‌های رزمی برحسب نیاز جبهه‌ها مورد توجه قرار گرفت و بهداری منطقه‌ای یا بهداری استانی در چارت سازمانی آن‌ها تعریف گردید و برای هماهنگی‌های لازم بین عملیات مشترک ارتش، ژاندارمری و سپاه، مرکز هماهنگی **واحدهای عملیاتی** تشکیل شد و قرارگاه خاتم‌الانبیا فرماندهی کل نیروهای مسلح را بر عهده گرفت. سپس، **معاونت بهداری رزمی** برای فعالیت‌های ستادی در بهداری کل و بهداری عملیاتی برای انجام امور واحدهای بهداری رزمی منطقه‌ای در مناطق ایجاد شد. علاوه بر شکل‌گیری معاونت بهداری رزمی در سازمان آن قرارگاه، قرارگاه‌های عملیاتی کربلا، نجف و حمزه تأسیس گردید که هر کدام در سازمان‌دهی خود، فرماندهی عملیاتی بهداری رزمی را تشکیل دادند. تهیه، تصویب و ابلاغ نمودارهای تشکیلاتی، جداول سازمانی، آیین‌نامه‌ها و رویه‌های جاری از مأموریت‌های اساسی معاونت بهداری در قرارگاه‌های خاتم‌الانبیا، کربلا، نجف و حمزه بود که با جدیت



پیگیری می‌شد. در سپاه، ابلاغیه‌ها از طریق فرماندهی کل و فرماندهی قرارگاه‌ها و در ارتش از طریق سلسله مراتب در ستاد مشترک و نیروها صادر می‌گردید. پس از رده قرارگاهی، لشکرها، تیپ‌های مستقل و دسته‌های مختلف رزمی و پشتیبانی رزمی قرار داشتند که به تدریج گردان‌ها، گروهان‌ها و گروه‌های بهداری رزمی و پشتیبانی رزمی در آنها شکل گرفتند و جداول سازمانی و تشکیلاتی آنها، تهیه و سازمان‌دهی شد. قبل از آزادسازی و شکست حصر آبادان، بستان، فتح‌المبین و خرمشهر در بهداری رزمی نیازی به هماهنگی‌های جدی مشاهده نمی‌گردید و یک سلسله از کارها توسط ستاد انتقال مصدومان در وزارت بهداری و بخشی دیگر در ستاد مرکزی امداد و درمان در نخست وزیری هماهنگ و اجرا می‌شد. چنانچه، امکانات بهداری و بهداشت به جبهه‌ها آورده می‌شد، بین ارگان‌هایی چون سپاه، ارتش، جهاد سازندگی، سازمان‌های بهداری منطقه‌ای و شبکه‌های بهداشتی درمانی شهرستان‌ها تقسیم می‌شد. لیکن، با ادامه جنگ و تشکیل معاونت بهداری رزمی در قرارگاه مرکزی خاتم‌الانبیاء، از اواسط سال ۱۳۶۱ ضرورت بیشتری برای هماهنگی فعالیت‌های بهداری رزمی احساس گردید و مسؤولان برای حصول نتیجه بهتر بر آن شدند تا با تدوین شیوه‌نامه‌های مناسب، بر مشکلات موجود در ستادهای انتقال و ستادهای بهداری مربوط به ارتش، سپاه و جهاد فائق آیند. در این زمان، ستاد مرکزی انتقال مصدومان در وزارت بهداری شکل دیگری به خود گرفت و ستاد مستقر در نخست‌وزیری هم فعال شد و مقرر گردید با تلاش همه ارگان‌ها، سه ستاد با عنوان «ستاد امداد و انتقال استانی» در مناطق جنگی اهواز، کرمانشاه و

ارومیه برای هماهنگی‌های کلی و مشابه آن‌ها در استان‌ها تشکیل و در وزارت بهداری ستاد مرکزی مستقر شوند. این سازمان‌دهی تا هنگام عملیات بدر در پایان سال ۱۳۶۳ به قوت خود باقی ماند. با آغاز سال ۱۳۶۴ و طراحی عملیات والفجر ۸ در فاو، با ابقاء قرارگاه خاتم‌الانبیاء، قرارگاه‌های سپاه و ارتش فعالیت مستقل‌تری را آغاز کردند. با این سیاق که سپاه، عملیات و ارتش، پشتیبانی هوایی و بخشی از پشتیبانی آتش توپخانه را بر عهده گرفت. با این تغییر رویه که تا پایان جنگ نیز ادامه یافت، بهداری رزمی در سپاه با حفظ ماهیت عملیاتی خود، در سه فرماندهی بهداری جنوب، فرماندهی بهداری غرب و فرماندهی بهداری شمال غرب سازمان‌دهی شد. فرماندهی بهداری جنوب، در تابعیت قرارگاه کربلا، فرماندهی بهداری غرب، در تابعیت قرارگاه نجف و فرماندهی بهداری شمال غرب، در تابعیت قرارگاه حمزه سیدالشهدا درآمد.

برگزاری جلسات مدون و منظم بهداری رزمی

با گردهمایی همه رده‌ها، ارگان‌ها و ارکان کشوری، منجر به تحولات چشمگیری در شکل‌گیری و گسترش سازمان بهداری رزمی گردید. در نتیجه هم‌فکری و برگزاری این جلسات، مسائلی چون آموزش امدادگران و نیروهای گردان‌ها، تجهیز اورژانس‌ها و بهداری‌ها، بررسی مشکلات درمانی نیروها از قبیل خستگی، گرم‌زدگی، اسهال عفونی، سلامت آب، تلاش برای تأمین آب آشامیدنی سالم، شرح وظایف بهداری لشکرها و تیپ‌ها، پشتیبانی بهداری یگان‌ها، نحوه ایجاد و تجهیز اورژانس‌ها، بیمارستان‌های عقبه و صحرائی، تشکیل ستادهای امداد و درمان، تشکیل کارگروه‌ها، ایجاد گروهان تخلیه برای لشکرها و استفاده از نفربر و پی‌ام پی

برای تخلیه مجروحان، اعزام نیروی کادر بهداری رزمی و تثبیت آن، تأمین نیروی تخصصی مورد نیاز، بهبود شرایط و جایگاه بهداری رزمی، مطرح و سازمان‌دهی گشت و دستورالعمل‌های مورد نیاز و رویه‌های ضروری تدوین گردید.

مواد و روش‌ها

ماهیت و روش این تحقیق، توصیفی - تحلیلی در بُعد بنیادی و گذشته‌نگر است. این پژوهش برگرفته از طرح پژوهشی است که از ۱۵ خرداد ۱۳۹۶ تا ۱۵ اسفند ۱۳۹۷ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج انجام شد. برای گردآوری داده‌ها علاوه بر مطالعه کتابخانه‌ای و تحقیق میدانی به شیوه پرسش و مصاحبه شفاهی، از یادداشت نوشته‌های روزانه‌ای استفاده شده است که از ویژگی‌ها و مفاد این یادداشت نوشته‌ها ثبت دقیق وقایع به دور از عنصر تخیل با رعایت توالی زمانی، ثبت دقیق تاریخ‌ها و نام اشخاص و برنامه‌ریزی‌های پزشکی در مراکز درمانی، نحوه رسیدگی به مجروحان و مصدومان و آسیب‌دیدگان، تخلیه و انتقال آن‌ها از جبهه‌ها به شهرستان‌ها و شهرهای عقبه کشور است.

یافته‌ها

با شروع جنگ تحمیلی، جامعه پزشکی همچون سایر اقشار جامعه بر حسب کرامت‌های اخلاقی، عشق به ایران و ادای وظیفه دینی و ملی در جبهه‌ها حضور یافتند. در ابتدا، همت فردی سبب حضور داوطلبانه در جبهه‌ها بود، ولی در سال‌های بعد با برنامه‌ریزی و هماهنگی‌های لازم واحدهای بهداری نیروهای مسلح به‌خصوص سپاه پاسداران با ستاد

مصدومان و مجروحان جنگ و وزارت بهداشت و ستادهای پشتیبانی امداد و درمان جنگ، حماسه بزرگ مشارکت و پایمردی جامعه پزشکی کشور به منصفه ظهور رسید. فراوانی اعزام پزشکان در همه رشته‌های تخصصی چشمگیر بود. پزشکان عمومی به دلیل کهن‌سالی با درصد کمتری به جبهه اعزام می‌شدند و از مقررات اعزام معاف بودند و بیشترین فراوانی حضور و اعزام به جبهه‌ها را متخصصان علوم آزمایشگاهی داشتند. گروه‌های پرستاری و پیراپزشکی و نیروهای خدمات بهداری به مراتب فراوان‌تر از پزشکان پس از آموزش‌های مورد نیاز به جبهه‌ها اعزام شده، دوشادوش دیگران انجام وظیفه می‌کردند. طبق آمارها، استان‌های کرمانشاه، آذربایجان غربی، خراسان، آذربایجان شرقی و اصفهان پیشتاز تأمین نیروی انسانی از جامعه پزشکی بودند. اعداد و ارقام حاکی از آن است که از مجموعه ۱۴ تا ۱۸ هزار نفری پزشکانی که در سال‌های دفاع مقدس در کشور بودند به طور متوسط ده هزار نفر از آن‌ها به کرات به جبهه‌ها اعزام شدند (حیدری‌پور، ۱۳۷۶، ۹۶-۱۰۰). جامعه پزشکی، اعم از پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران، بهیاران، امدادگران، نیروهای امداد و انتقال و رانندگان آمبولانس در سه جبهه جنوب، غرب و شمال غرب، به طور متوسط جمعیت هجده هزار نفری را شامل می‌شدند که با میانگین هفده و نیم ساعت در شبانه‌روز کار می‌کردند. این عدد در مقایسه با شش تا هفت ساعت کار متوسط در سطح کشور، معادل خدمات حداقل پنجاه هزار نفر در سال است که نشان از حجم گسترده کار در بهداری رزمی دارد و توجه به آن در راستای تحقق اقتصاد مقاومتی ارزیابی می‌گردد.

آموزش

نابرابری موازنه قوا منجر به استفاده از ظرفیت‌های مردمی در رزم و به تبع آن افزایش نیروهای داوطلب در واحدهای بهداری رزمی سپاه گردید. یکی از مشکلات بهداری رزمی در این زمینه، کمبود دانش نیروهایی بود که برای اولین بار به جبهه می‌آمدند و می‌بایست در پی اتمام دوره مأموریت گروه قبلی جایگزین شوند. در این راستا، بهداری رزمی در حد امکان به آموزش‌های ضروری فردی و جمعی پرداخت و با تهیه دستورالعمل‌های لازم و سازمان‌دهی نیروهای داوطلب، آموزش بهداشت و درمان به آن‌ها را در دستور کار خود قرار داد و با ایجاد و راه‌اندازی سریع مراکز آموزشی در مناطق عملیاتی، تهران و مراکز استان‌ها کمبودهای تخصصی بهداری در جبهه‌ها را به‌طور کلی برطرف نمود.

بهداشت

منظور از بهداشت جنگ، مجموعه اقدامات و خدمات بهداشتی است که به حفظ سلامت رزمندگان و جلوگیری از بروز و شیوع بیماری‌ها در جبهه‌های جنگ می‌پردازد (مهرابی، ۱۳۹۵: ۲۵). با توجه به تفاوت زیاد دو عرض جغرافیایی شمال و جنوب ایران، وجود دشت‌ها، ارتفاعات و اقلیم‌های متفاوت، مناطق اکولوژیکی بسیار متنوع و وجود بیماری‌های خاص در هر یک از آن مناطق، یکایک رزمندگان اعزامی از مناطق مختلف اکولوژیکی، ابتدا مورد معاینه و بررسی دقیق بهداشتی قرار می‌گرفتند، سپس نتایج معاینات در فرم معینی موسوم به «فرم بهداشتی رزمندگان» ثبت و اقدامات و معالجات در

مراجعات بعدی به پرونده بهداشتی افراد ضمیمه می‌گردید. حوزه بهداشت، پس از تهیه پمفلت‌ها و دستورالعمل‌های آموزشی مورد نیاز با جدیت به آموزش نیروها اهتمام ورزید. از دیگر فعالیت‌های اساسی، واکسیناسیون یا ایمن‌سازی بود که به‌منظور افزایش سطح مقاومت دفاعی بدن رزمندگان در برابر بیماری‌های عفونی و واگیر انجام می‌گرفت. تلاش در حفظ و ارتقای سطح سلامتی رزمندگان، جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های اپیدمیک در زندگی گروهی و پادگانی که منجر به حضور چشمگیر رزمندگان در جبهه‌های نبرد گردید، از دستاوردهای بزرگ اقتصاد مقاومتی بهداشت بهداری رزمی ارزیابی می‌گردد.

درمان

حوزه درمان در دفاع مقدس، بخشی از فعالیت‌های بهداری رزمی را اعم از رسیدگی به بیماری‌های مُسری، غیر مُسری و بیماری‌های شایع مثل هیستری، مجروحیت‌ها و مصدومیت‌های رایج و شایع رزمندگان در درمانگاه‌ها، اورژانس‌ها و بیمارستان‌های صحرایی در بر می‌گرفت. از جمله این فعالیت‌ها عبارت‌اند از: جمع‌آوری حالات مجروحان، اعزام مصدومان و مجروحان، احیاء قلبی ریوی، نحوه رسیدگی به مجروحان ضربه مغزی، تشنج، موج انفجار و موج‌گرفتگی، تزریق مُسکن، مواد مخدر و آنتی‌بیوتیک‌ها، شستشو، تمیز کردن و رسیدگی به زخم‌ها، آسیب‌های دستگاه تناسلی، ضایعات قفسه صدری، شکستگی اندام‌ها، ضایعات گوش، حلق، بینی، طراحی نگاهگاه‌ها، تخلیه مجروحان، سوختگی‌های ناشی از انفجار، تهیه و تنظیم اطلاعات و آمار، ضایعات عروقی، خونریزی‌های شدید، تأمین آماد یا لجستیک خون،

سرمازدگی، گرمازدگی در مناطق جنگی جنوب که در ذیل به برخی از آن‌ها اشاره می‌گردد:

سرمازدگی یکی از مشکلاتی بود که در فصل زمستان در غرب و شمال غرب ایران بروز کرد. از عوارض آن می‌توان به اختلالات خونی، ضایعات ریوی، نارسایی کلیه در اثر میوگلوبینوری اشاره نمود. برای رسیدگی به این مشکل، مطابق دستورالعمل‌های ویژه، یک سلسله اقدامات درمانی انجام گرفت که عبارت بودند از تنظیم اجزاء خون، گرم کردن تدریجی و محافظت از اعضا و اندام‌ها به منظور جلوگیری از قطع آن، پیچیدن مصدومان در پتوهای برفی، استفاده از حمام‌های کانتینری در صورت فراوانی مصدومان سرمازده و گرم کردن تدریجی و انتقال آن‌ها به محوطه اورژانس یا بیمارستان و تزریق سرم‌های گرم و در نهایت اعزام به خط و واحد مربوط یا عقبه.

گرمازدگی یکی از اختلالات خطرناکی بود که به سبب از کار افتادن مراکز تنظیم حرارتی و کم شدن و به هم خوردن تعادل الکترولیت‌های خون در مناطق گرم و خشک جنوب و غرب کشور با علائم بالا بودن درجه حرارت بدن (حدود ۴۰ تا ۴۳ درجه سانتی‌گراد)، عطش بیش از حد، سردرد، سرگیجه، ضعف، بی‌اشتهایی، عوارض پوستی، انقباضات دردناک عضلانی، اسهال، آشفستگی، تشنج، هذیان و در مراحل پیشرفته با علائم مربوط به کلاپس گردش خون بروز می‌کرد (فراست‌کیش، ۱۳۷۶، ۲۱۵-۲۱۸). گرمای شدید، همچنین باعث بروز و شیوع مالاریا، بیماری‌های انتقالی توسط بندپایان، بیماری‌های واگیر چشم و بسیاری از بیماری‌ها می‌گردید (حبیبی ۷ و ۶). متأسفانه، در آن سال‌ها نه تنها تجربه مقابله با مشکلات ناشی از گرمازدگی

در کشور وجود نداشت، بلکه بخش اعظم پزشکانی که در شرایط صلح در خوزستان کار کرده بودند و تا حدودی با موضوع گرمازدگی آشنایی داشتند، بازنشسته شده، یا از کشور مهاجرت نموده بودند و در مناطق گرمسیری جنوب کشور، هیچ پزشکی وجود نداشت که تجربه‌ای در مقابل گرمازدگی در شرایط جنگی اندوخته باشد. خطر گرمازدگی و عواقب ناشی از آن، به کرات در جلسات کمیته بهداشت بنیاد جنگ‌زدگان مطرح و به بحث گذاشته شد.

در این راستا، انجمن بهداشت ایران با همکاری وزارت بهداشتی، بنیاد جنگ‌زدگان، بهداشتی نیروی زمینی ارتش، بهداشتی سپاه پاسداران و دانشگاه بهداشت، در نهم خرداد ۱۳۶۰ هم‌اندیشی یک روزه‌ای با حضور دانشمندان تحت عنوان "گرمازدگی در مناطق جنگ‌زده جنوب کشور" در اهواز برگزار نمود و نتایج حاصل از آن به صورت یک دستورالعمل و راهنما برای جبهه‌ها تهیه و ارسال شد و تا حدودی از عواقب خطرناک گرمازدگی رزمندگان و آوارگان جنگی در مناطق جنوبی کشور کاست (فراست‌کیش، ۱۳۷۶، ۲۱۵-۲۱۸). پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که ارتباط مشخصی میان گرمازدگی و پارامترهای افزایش وزن، سن، رنگ پوست، جنسیت، سازش بدن با محیط گرم وجود دارد (Grates, 1972, total). از پنج سنکوب ناشی از گرما، بدون ایجاد مرگ و میر، چهار نفر چاق بودند (Kers lake, 1978:317)؛ گرمازدگی در افرادی که بیش از ۱۷ کیلوگرم اضافه‌وزن داشتند، ۳/۵ برابر شایع‌تر از افرادی است که حدود ۴ کیلوگرم اضافه وزن داشتند (Nertig and Belding, 1965: Vol 3, Part3)؛ افزایش سن، سبب بالا رفتن فشارهای

فیزیولوژیکی و نامتعادل شدن تنظیم گرما در بدن می‌گردد. این عکس‌العمل شاید به جهت بروز برخی اختلالات باشد که در مکانیسم تعریق به وجود می‌آید و در نتیجه در یک محیط گرم، جریان خون بیشتری در پوست جاری می‌شود (Minard, 1957, 105, 1913)؛ رنگ پوست، در تبادل گرما از راه تشعشع تأثیر می‌گذارد. با وجودی که پوست سفید ۳۰-۴۰ درصد و پوست تیره حدود ۲۰ درصد اشعه خورشید را منعکس می‌نماید. شاید این یکی از عللی باشد که گرم‌زدگی را در افراد سفیدپوست نسبت به افراد تیره‌پوست افزایش می‌دهد (Nertig, 1905, 23:310). اگر شخصی برای مدتی در یک محیط گرم به فعالیت بپردازد، پس از حدود یک هفته ضربان قلب، دمای داخلی بدن، فشار خون و دمای پوست که در ابتدای تماس با محیط گرم خیلی بیشتر از حد طبیعی بوده به سمت مقادیر عادی میل می‌کند و میزان تعریق نیز افزایش می‌یابد. این حالت را سازش با محیط گرم می‌گویند. روزهای سازش، به میزان و نحوه فعالیت و برخی عوامل دیگر بستگی دارد که پس از حدود دو هفته این سازش به حداکثر میزان خود می‌رسد (Lind, 1965: 32/704). از این رو، داوطلبان اعزامی به مناطق گرم، ضمن تمرین‌های جسمانی، مسائل مختلف ضروری از جمله کمک‌های اولیه را آموزش می‌دیدند. پس از رسیدن به محل گرم طی هفته اول، به آن‌ها کارهای سبک و در هفته دوم، در مواقع خنک‌تر شبانه‌روز کارهای سنگین محول می‌گردید. از این رو، طی این دو هفته، افراد کاملاً با محیط سازش می‌یافتند. حفظ سلامت افراد از عمده‌ترین هدف‌های برنامه‌های بهداشتی بود. در تعقیب این خط‌مشی، به آموزش در مورد مسائل کلی بهداشتی، تجهیز سربازان به وسایل کمک‌های

اولیه، آب و قرص‌های نمک، جلوگیری از خسته کردن بی‌مورد افراد، آشنایی و مبارزه با بیماری‌های واگیر گرمسیری و طرق پیشگیری و شناخت علائم اولیه گرم‌زدگی‌ها و آشنایی با راه‌های انتقال بیمار گرم‌زده به مراکز درمانی، اولویت داده می‌شد (Land Berg, 1966, total). در مطالعات انجام شده از مجموع ۱۸۴۶۲۷ نفری که از تابستان ۱۳۶۰ تا تابستان ۱۳۶۷ مورد مطالعه قرار گرفتند، ۹۴۷۷ نفر دچار گرم‌زدگی شدند. از این تعداد ۴۴٪ دچار خستگی و ضعف خفیف و بقیه مبتلا به ضعف مفرط، خستگی شدید و اغما بودند. ۶/۵٪ از آنان که بالغ‌بر ۵۵۰ نفر بودند در وضعیت بحرانی قرار داشتند و به علت تابش آفتاب روی سیستم عصبی مرکزی، مرکز هیپوتالاموس ایشان فلج شده، سیستم تنظیم‌کننده حرارت بدن از بین رفته بود، بدنی خشک، با نبضی فوق‌العاده سریع، فشار خونی پائین، میدریاز چشم، درجه حرارت بالای بدن حدود ۴۳ تا ۴۳/۵ به حالت اغماء و غش داشتند و در خطر مرگ قرار گرفته بودند. برای غلبه بر این وضعیت خطرناک، چند وان پر از آب و یخ در اورژانس تعبیه شده، گرم‌زدگانی را که به حالت اغماء فرورفته بودند داخل آن وان‌ها قرار می‌دادند تا به تدریج از اغماء بیرون آیند. در روشی دیگر، با توجه به فراوانی تعداد گرم‌زده‌ها آن‌ها را کنار هم قرار داده، با تانکرهای آب‌پاش یا آتش‌نشانی‌هایی که حاوی مقادیر زیادی قالب‌های یخ بودند، آب یخ بر روی آن‌ها می‌ریختند تا با کاهش دما و تبخیر آب کم‌کم به هوش آیند. با این شگرد، در برخی از روزها گاهی تا ۱۰۰۰ نفر گرم‌زده تحت معالجه و درمان قرار می‌گرفتند و گرم‌زدگان را بعد از یک ساعت درمان، به سرعت بازسازی و به خط اعزام می‌کردند. این شیوه درمانی برای انبوه

گرم‌زندگان، یکی از ابتکارات و دستاوردهای بهداری رزمی در دفاع مقدس بود. همچنین، با توجه به این‌که اجراء برنامه‌های ریشه‌کنی مالاریا، مبارزه با بیلارزیوز و بیماری وبای التور، مطابق دستورالعمل‌های موجود در خطوط مقدم قابل اجرا نبود، به منظور مبارزه با این بیماری‌ها، شبکه مراقبتی خاص، دستورالعمل‌های ویژه‌ای را تهیه کرد و آموزش لازم به مقامات مسؤول بهداشتی نیروهای مسلح را در دستور کار خود قرارداد. شایان ذکر است که داروهای مورد نیاز از قبیل قرص داراپریم (Pyrimethamine)، سموم حشره‌کش، افشانه‌های دافع حشرات و پودرهای ضد شپش از طریق سازمان‌های منطقه‌ای بهداری استان خوزستان و اداره کل ریشه‌کنی مالاریا و مبارزه با بیماری‌های واگیر در اختیار مسؤولان و نیروهای مسلح گذاشته شد.

تأمین آمادی یا لجستیک

با شروع جنگ تحمیلی، ایران در هیچ‌یک از ابعاد پشتیبانی، آمادی و لجستیکی آمادگی لازم را برای مقابله با حمله برق‌آسای عراق نداشت. تأمین آماد یا لجستیک خون و انواع فرآورده‌های خونی که از عناصر مهم لجستیکی نجات‌دهنده جان مجروحان است از جمله وظایف بهداری رزمی بود. طبق گزارش‌های رسمی سازمان انتقال خون که در آن زمان، وابسته به وزارت بهداری بود، در دفاع مقدس بیش از یک‌میلیون کیسه خون و مقادیر معتناهی از ۱۷ رقم فرآورده‌های خونی به جبهه‌ها تحویل داده شد که در همان زمان، برآورد ریالی هزینه تمام‌شده بر مبنای ارزش پول ملی از سوی سازمان انتقال خون، بیش از ۴۰ میلیارد ریال اعلام شد. به‌طور خلاصه، برای هر ۱۰ نفر رزمنده‌ای که وارد

جبهه‌های نبرد می‌شد یک کیسه خون و به ازای هر عمل جراحی در بیمارستان‌های صحرایی خط مقدم ۷/۵ کیسه خون و در بیمارستان شهری مناطق عملیاتی بین ۲ تا ۲/۵ کیسه خون پیش‌بینی می‌شد. برابر گزارش‌های سازمان انتقال خون، از یک میلیون کیسه خون ارسالی به جبهه‌ها، حدود ۷۵۳۰۰۰ واحد خون کامل و بیش از ۲۴۷۰۰۰ کیسه شامل ۱۷ رقم از انواع فرآورده‌های خونی بود. تعداد ۵۹۰۰۰ کیسه خون در بیمارستان‌های صحرایی، ۲۸۶۷۵۰ در بیمارستان‌های نظامی عقبه و بیش از ۱۵۵۰۰۰ در بیمارستان‌های شهری مناطق جنگی مصرف شد. ۱۲۱۷۵۰ کیسه از خون‌های ارسالی که شامل ۸٪ از کل خون‌ها می‌شده، غیر قابل مصرف و دورریز شده‌اند.

تخلیه مجروحان

در زنجیره تخلیه مجروحان و مصدومان، هزاران نفر از امدادگران، نیروهای خدماتی، رانندگان اتوبوس‌ها، آمبولانس‌ها، قطارها و خلبان‌ها خدمت می‌کردند. مجروحان، نخست به پست‌های امداد آورده می‌شدند. در آنجا کمک‌های اولیه مورد نیاز اعم از گرفتن رگ، بستن خون‌ریزی‌ها و حفظ راه هوایی تنفسی انجام می‌گرفت. پس از آن، به اورژانس‌های مستقر در خطوط عملیاتی منتقل می‌شدند و زیر نظر پزشکان، امدادگران، پرستاران و دانشجویان سال‌های آخر پزشکی احیاء می‌گردیدند و پس از احیاء، سرم‌درمانی، تجویز خون و مسکن به بیمارستان‌های صحرایی یا شهری اعزام می‌گردیدند. مجروحانی که حالشان وخیم بود و به جراحی نیاز داشتند، در اسرع وقت به بیمارستان‌های صحرایی اعزام می‌شدند و پس از تریاژ و تعیین اولویت نیاز به



جراحی در اتاق‌های عمل، جراحی و پس از پایدار شدن وضعیت جسمی با هلی‌کوپتر یا آمبولانس به مراکز عقبه یا بیمارستان‌های شهری منتقل می‌شدند. شایان ذکر است، گاهی جراحات، شکستگی‌ها و پارگی‌های ناشی از ترکش و تیر آن‌قدر پارگی و خونریزی داشت که سخت‌ترین تجربه‌های درمانی را در معالجه و تصمیم‌گیری آنان رقم می‌زد.

بیمارستان‌های صحرائی

ایجاد بیمارستان‌های صحرائی با تشکیل بهداری رزمی سپاه همگام است. بهداری رزمی، پس از راه‌اندازی اولین بیمارستان‌های صحرائی به صورت پیش‌ساخته (کانکس)، بیمارستان‌های صحرائی سوله‌ای با قاب فلزی و پوشش ورق گالوانیزه با شرایط مستحکم و در ادامه کار، سازه‌های بتونی آماده و سپس بتون درجا و استقراری مستتر در زیر خاک را احداث کرد. مهندسی رزمی، در راستای رسیدگی سریع‌تر به مجروحان و جلوگیری از شهادت سربازان زخمی و کاهش صدمات، تقویت بدنه رزمی و جلوگیری از تخلیه نیروها به ساخت اورژانس با سازه‌هایی مستحکم در بطن خطوط مقدم پرداخت. پس از آن، با احداث بیمارستان‌های صحرائی و اورژانس‌های مقاوم بتونی در نزدیک‌ترین فاصله از خطوط عملیات جنگی، فضایی مناسب با شرایطی مشابه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهرها پدید آورد. تجهیز بیمارستان‌های صحرائی در نزدیک‌ترین مکان به میدان نبرد، اقدام اساسی و جسورانه‌ای در روند تلاش علمی بهداری رزمی تلقی

می‌گردد. در نخستین ماه‌های جنگ تحمیلی، فعالیت‌های درمانی در بیمارستان‌های شهرهای عقبه انجام می‌گرفت و در خطوط مقدم فقط به خدمات اورژانسی و احیای مجروحان پرداخته می‌شد. در گیلان غرب و سرپل ذهاب، از امکانات تنها بیمارستان شهری آن منطقه یعنی بیمارستان پادگان سرپل ذهاب و در عملیات شکستن حصر آبادان از بیمارستان‌های طالقانی، شهید بهشتی و شرکت نفت آبادان و بیمارستان ماهشهر و اهواز اعزام شد. در عملیات طریق‌القدس از تنها سازه بتونی بیمارستان سوسنگرد و در عملیات فتح‌المبین علاوه بر راه‌اندازی بیمارستان متحرک صحرائی (کانکس) در ارتفاعات شمالی منطقه (دال پری) بیمارستان شهید کلانتری فعلی نیز راه‌اندازی شد و در بعضی از محورهای اورژانس‌های چادری مورد استفاده قرار می‌گرفت. در مراحل چهارگانه آزادسازی خرمشهر در این اورژانس‌های چادری، علاوه بر انجام فعالیت‌های امدادی، به تعدادی از عمل‌های جراحی کوچک نیز همانند گذاشتن لوله سینه، آمپوتاسیون یا قطع اندام‌ها و دوخت و دوزهای حیات‌بخش پرداخته می‌شد. بعضی، از این چادرها به عنوان بیمارستان صحرائی یاد کرده‌اند؛^۲ در حالی که این چادرها به هیچ‌وجه کارکرد و عملکرد بیمارستانی نداشته است. در عملیات آزادسازی خرمشهر تخلیه مجروحان از چادرهای اورژانس مستقیماً به بیمارستان‌های اهواز، آبادان و ماهشهر و سایر شهرها انجام می‌گرفت. در عملیات رمضان نیز فعالیت‌های بیمارستان‌های صحرائی مشابه عملیات آزادسازی خرمشهر بود. در عملیات محرم، برحسب ضرورت،

۲. ر.ک. مقاله «بیمارستان‌های صحرائی دوران جنگ عراق علیه ایران» تألیف علی غنجال.

اولین بیمارستان صحرائی پیش‌ساخته (کانکس) در جبهه جنوب بر تپه‌های کنار پادگان عین خوش راه‌اندازی شد. به تدریج، فکر ساخت و اداره بیمارستان‌های صحرائی با شرایط مستحکم و استقرار برای عملیات‌های بعدی قوت گرفت. نخست، بیمارستان شهدای والفجر و سپس بیمارستان بتونی مهران ساخته شد. بعد از آن، بیمارستان‌های شهید بروجردی مریوان و رادمش در حاشیه دره شیلر شهر مریوان احداث گردید. این دو بیمارستان و بیمارستان خاتم‌الانبیا^(ص) که در عملیات خیبر مورد بهره‌برداری قرار گرفت، با قاب فلزی و سوله‌ای با پوشش ورق گالوانیزه تا حدود زیادی مستحکم بودند و در زیر خاک استتار شدند. پس از آن، نخستین بیمارستان بتونی در شرق هورالعظیم در ابتدای جاده شهید همت به نام امام رضا^(ع) ساخته شد. سپس، یازده بیمارستان بتونی، از جمله بیمارستان فاطمه الزهرا^(س)، امام حسین^(ع)، علی بن ابی‌طالب و دیگر بیمارستان‌های صحرائی در خط احداث شدند. طبق آمار از مجموع ۱۷۳۸۲۳ مجروح اعزامی، بیش از ۷۶۱۷ نفر در بیمارستان‌های صحرائی، قریب به ۹۵۰۰۰ در بیمارستان‌هایی چون بیمارستان‌های اهواز، آبادان، دزفول، کرمانشاه، ایلام، ارومیه، سنندج و سایر مناطق عملیاتی تحت انواع اقدامات درمانی و جراحی قرار گرفتند. چنانچه، رسیدگی و جراحی‌های لازم انجام نمی‌گرفت، ۳۰٪ از آن مجروحان یا به شهادت می‌رسیدند یا دچار عوارض جدی می‌شدند. به این ترتیب، در مقایسه با نتایج عملکرد سایر ارتش‌ها در جنگ‌های گذشته، میزان تلفات به سبب فعالیت‌های بهداشتی رزمی به طور چشمگیری کاهش یافت. تحلیلگران نظامی دوران دفاع مقدس، با توجه به نبود تجهیزات جنگی

کافی و آتش‌سنگین دشمن، تلفات نیروهای ایرانی را حداقل معادل تلفات جنگ دوم جهانی پیش‌بینی کردند. لیکن، در دفاع مقدس بیش از ده درصد از تلفات نیروی انسانی جلوگیری شد (علایی، ۱۳۹۵، ۲۱۳) و رکوردی پائین‌تر از جنگ ویتنام به دست آمد. این درصد در مقایسه با برآورد ۲۹ درصدی جنگ ویتنام عددی نیست که بتوان آن را نادیده گرفت، به این ترتیب حداقل از شهادت ۳۱۵۰۰ نفر از مجروحان جلوگیری گردید.

کمیته علمی تخصصی

عوارض و آثار رسیدگی‌های غیر علمی به دسته‌های مختلف مجروحان و مصدومان شیمیایی در آغاز جنگ، مسؤولان امور پزشکی جبهه را متوجه ضرورت رسیدگی‌های علمی دقیق نمود و آموزش چگونگی مقابله با گازهای شیمیایی و درمان مصدومان شیمیایی به ضرورت احساس شد. در پی مشورت‌های کارگروه‌های تخصصی، کمیته علمی تخصصی در سال‌های میانی جنگ برای تهیه شیوه‌نامه‌های علمی و رسیدگی به همه ابعاد پزشکی مورد نیاز جبهه‌ها در فرماندهی بهداشتی جنوب سپاه شکل گرفت و با همت متخصصان و صرف بیش از ۱۵۰۰ نفر ساعت کار، پروتکل‌های مربوط به نحوه رسیدگی به مجروحان و مصدومان تهیه گردید. هدف رژیم بعثی، از کاربرد سلاح‌های کشتار جنگی اعم از شیمیایی و میکروبی خالی کردن جبهه‌ها از نیروی انسانی بود. در این راستا، تلاش‌های علمی متخصصان در کمیته علمی تخصصی که ریاست آن را دکتر عوض حیدرپور عهده‌دار بود، سبب شد حداقل بیش از یک میلیون از نیروهای رزمنده و آموزش‌دیده، هیچ‌گاه از خط مقاومت خارج نگردند.



راه‌کارهای پیشگیری از آلودگی و درمان مصدومیت‌های شیمیایی، استفاده از کلاه فولادی، تهیه طرح ساخت جلیقه ضد گلوله، چگونگی جلوگیری از خونریزی‌های شدید و به تبع آن نجات بیش از ده هزار نفر از مشکلات کلیوی، جلوگیری از قطع اندام در بیش از سی هزار مجروحان اندام‌ها با پیوند عروق اعم از ورید و شریان، از دستاوردهای ارزنده کمیته علمی تخصصی است (نیکخواه، ۱۳۹۱، ۸۵-۷۶). از جمله گروه‌هایی که در این کمیته فعالیت داشتند، عبارت‌اند از: گروه جراحی مغز و اعصاب، گروه بیماری‌های کلیوی و ارولوژی، گروه بهداشت، گروه بیماری‌های گرمسیری، گروه بیماری‌های عفونی، گروه جراحی، گروه ارتوپدی و گروه داروسازی (حیدرپور، ۱۳۷۶، ۱۰۰-۹۶).

بحث

یکی از وجوه عملکرد بهداری رزمی، بعد اقتصاد بهداری و سلامت است. منظور از آن، بیان نقش‌آفرینی‌ها و خدمات واحدهای بهداری رزمی در حفظ سرمایه‌های انسانی با تحلیلی اقتصادی و علمی است که منجر به صرفه‌جویی و حفظ بیش از ده‌ها هزار میلیارد دلار (با برآورد قیمت امروز) گشته است. تاکنون، در مورد خسارت‌های مستقیم انسانی جنگ تحمیلی برآوردی منتشر نشده است. برای وضوح ابعاد هزینه‌ها و خسارات ناشی از جنگ و تبیین بعد اقتصادی خدمات بهداری رزمی، توجه به چند مهم ضروری است: با توجه به آمار موجود، سالانه حدود ۶۰۰ هزار نفر طی ۱۳ سال (۸ سال دفاع مقدس، ۲ سال تا مبادله اسرا و سه سال بعد از آن که صلح و آرامش پایدار ایجاد شد) درگیر جنگ و مسائل مربوط به آن بودند. به عبارت دیگر، از

حدود ۸ میلیون نفری که در دفاع مقدس و پس از آن مرتبط با مسائل جنگ بوده‌اند، حداقل ۷ میلیون نفر، به طور مستقیم در میدان رزم حضور داشتند که متوسط دستمزد آنان (بر اساس ارزش ریال آن زمان)، رقمی حدود ۴۰۰۰ میلیارد تومان (معادل ۷۰ میلیارد دلار) برآورد می‌شود. در پایان جنگ، دولت ایران اعلام کرد که ۲۸/۳ میلیارد دلار صرف جنگ نموده است. از طرفی کمک‌های مردمی در دفاع مقدس، اگر بیش از ۲۸/۳ میلیارد دلار نبوده باشد، کمتر از آن هم نبوده است! مردم هر چه داشتند از حلقه ازدواج تازه‌عروس تا یادگارهای نیاکان خود را برای جنگ هزینه نمودند. با این حساب، هزینه مستقیم جنگ بیش از ۵۶ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. واضح است که نمی‌توان بر انسان‌ها بها و قیمتی گذاشت ولی می‌توان هزینه‌های صرف شده برای شکوفایی هر یک از گروه‌های مختلف انسانی را در زمان جنگ بیان داشت. ارزش وجودی فرماندهان برخاسته از ارتش، سپاه، جهاد و نیروهای مردمی از جمله فکوری، جهان‌آرا، کلاه دوز، فلاحی، نامجو، همت، خرازی، آبشناسان، نیایکی و هزاران فرمانده دیگر با هیچ معیاری قابل‌اندازه‌گیری نیست. تعدادی از ایشان، برای حفظ خوزستان، ایلام، بخش‌هایی از کرمانشاه و آذربایجان غربی جانشان را ایثار کردند و تعداد زیادی مجروح شده تا مرز شهادت پیش رفتند، ولی با اقدامات بهداری رزمی زنده ماندند و همچنان به خدمت خود ادامه دادند. اگر تدابیر فرماندهان در عرصه‌های نبرد و نقش‌آفرینی‌های بهداری رزمی در احیاء و حفظ سلامت نیروهای انسانی نبود، حد خسارات وارده بی‌حصر می‌نمود. چنانچه، هزینه‌های جنگ را با تعداد سربازانی که کشته یا زخمی شده‌اند

بسنجیم، به نکات قابل توجهی دست خواهیم یافت، این که از ۲۳۰ هزار شهید به جا مانده از جنگ تحمیلی، حدود ۲۰۰ هزار نفر دیپلمه، دانشجو یا محصل، حدود ده تا بیست هزار نفر بی سواد و کم سواد، بیش از شش هزار نفر لیسانسه، حدود سه هزار نفر فوق لیسانس و بیش از هزار نفر در سطح دکترای تخصصی بودند. میزان هزینه کرد برای پرورش ایشان در سال های مورد نظر بر اساس آمارهای منتشر شده در ۴۰ سال گذشته از سوی مبادی ذی ربط همچون مرکز آمار کشور، وزارت آموزش و پرورش و وزارت علوم و آموزش عالی به این شرح گزارش شده است: دکترا یک میلیون دلار، فوق لیسانس ۶۰۰ هزار دلار، لیسانس ۵۰۰ هزار دلار، فوق دیپلم ۳۷۰ هزار دلار، دیپلم ۳۰۰ هزار دلار، دانشجو ۳۳۰ هزار دلار، محصل ۳۰۰ هزار دلار و بی سواد یا کم سواد ۲۵۰ هزار دلار؛ لذا بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار از ۱۰۰۰ میلیارد دلار خسارت در دفاع مقدس، مربوط به نرخ هایی است که برای پرورش نیروها هزینه شده است و برای جایگزینی آن ها علاوه بر ده ها سال صبر، باید بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار هزینه شود. با اینکه خسارات کلی جنگ تحمیلی هزار میلیارد دلار و خسارات نیروی انسانی ۱۰۰ میلیارد دلار برآورد شده است، با نگاهی متفاوت می توان گفت تصمیمات به موقع بهداری رزمی سبب جلوگیری از خسارات عمده گردید. چنانکه اگر آمار شهدا و جانبازان به دو برابر میزان موجود افزایش می یافت، خسارات ناشی از آن، چند برابر خسارات موجود برآورد می گردید و چنانچه هزینه های جاری بنیاد شهید و امور ایثارگران، در چهل سال گذشته به این آمار افزوده گردد، تأثیر فعالیت اقتصادی بهداری رزمی به وضوح مشاهده

می شود. به طور کلی «در جنگ تحمیلی، به طور کلی ۷۹۶۰۱۸ نفر از مردم ایران شهید، جانباز یا اسیر شدند. در طول جنگ در مجموع حدود ۱ میلیون نفر از رزمندگان اسلام مجروح شدند که جراحات حدود ۱۳۰ هزار نفر آن ها ناشی از سلاح های شیمیایی بوده است. از ۳۵۰ هزار جانباز باقی مانده از جنگ تحمیلی، بیش از ۴۰ هزار نفر آن ها را مجروحان شیمیایی تشکیل می دهند. در اوایل مهر ماه سال ۱۳۹۰ تعداد جانبازان قطع نخاعی ۲۵۷۰ نفر بوده است که ۲۲۰ نفر آن ها از ناحیه گردن قطع نخاع شده اند. آمار جانبازان شدید چشمی در کشور حدود ۲۰۰ نفر و جانبازان ریوی هم حدود ۴۰۰ نفر است. طبیعی است که جانبازان به طور دائم درد و رنج و مشکلات ناشی از تلخی جنگ را احساس می کنند و آن ها را با خود به همراه دارند و البته در پیشگاه خداوند بزرگ مأجورند» (علائی، ۱۳۹۱: ۵۲۶). کارشناسان نظامی میزان تلفات ایران را حدود ۳۰٪ از جمعیت حاضر در جنگ یعنی بیش از ۲/۲ میلیون نفر برآورد کرده اند که تعداد دو میلیون و دویست هزار نفر مجروح، مصدوم یا عارضه دیده از جنگ را شامل می شود. لیکن، خوشبختانه آمار شهدا و جانبازان خیلی کمتر از آن، یعنی حدود ۵۸۰ هزار نفر را در بر می گیرد که حدود ۲۳۰ هزار نفر از آن ها شهید و ۳۵۰ هزار نفر جانباز گزارش شده است. کسر عدد «دو میلیون و دویست هزار» نفر ارائه شده از سوی کارشناسان نظامی از «پانصد و هشتاد هزار» نفر آمار موجود، معادل یک میلیون و ششصد و بیست هزار نفر می شود که این کاهش چشمگیر تلفات، ناشی از دو مقوله است: نخست رعایت نکات حفاظتی و ملاحظات نظامی (مانند استفاده از کلاه آهنی، ماسک شیمیایی و ...)



و مؤثر بودن آموزش‌های نظامی؛ و مهم‌تر از آن، رسیدگی صحیح و به موقع آسیب دیدگان از سوی نقش‌آفرینان بهداری رزمی.

نتیجه‌گیری

جنگ، اگرچه منجر به تخریب و نابسامانی‌هایی در همه ابعاد انسانی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، روان‌شناختی شد؛ لیکن در عرصه اضطرار، اسباب توسعه توان و ظرفیت علمی، آموزشی، مهندسی و... را فراهم آورد و مجالی برای بروز و شکوفایی بسیاری از خلاقیت‌ها، استعدادها و توانمندی‌های جامعه پزشکی گردید و دامنه وسیعی از تجربه‌ها و فرصت‌ها را در این حوزه متجلی ساخت. در دفاع مقدس، مشارکت فعال جامعه پزشکی در ایجاد و گسترش واحد‌های بهداری رزمی،

سازمان‌دهی شایسته نیروها، توانمندی‌های فراوان در انجام فعالیت‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی، امدادرسانی و خدمات به موقع به مجروحان و مصدومان و انتقال بیمارستان‌های صحرایی به خطوط مقدم جبهه‌ها از دلایل اصلی کاهش مرگ و میر آسیب دیدگان و جلوگیری از ۴۰ تا ۵۰ درصد تلفات انسانی و ده‌ها میلیارد دلار خسارت به اقتصاد کشور محسوب می‌گردد. از این منظر یکی از دستاوردهای بزرگ اقتصادی و مقاومتی دفاع مقدس در واحدهای بهداری رزمی به منصفه ظهور رسیده است. علاوه بر آن، ایده تشکیل دو دانشگاه علوم پزشکی در ساختار بهداری سپاه و ارتش و ایجاد رشته‌های تخصصی پس از پایان جنگ نیز از دیگر دستاوردهای گسترده بهداری رزمی به حساب می‌آید.

REFERENCES

1. Grates D.H. (1972). Nan and his Environment: Climate, Harpor, Newyork and London.
2. Kers lake, D. Nck (1978). The Stress of hot Environment, Cambbridge at the universty press p:317.
3. Land berg N. E. et al 1966, World Map of Climatory, 3 rd, Spirnger Verlay, Berlin, Newyork.
4. Lind R. (1965). The Optimal exposure time for the development of acclimatization to heat, Fed. Proc. 32:704.
5. Minard D, et al (1957). Prevention of Heat Causalities, T. Amer, Med, SS,105,1913.
6. Nertiy, B, and Belding M. C. (1965). Evaluation and control of hazards in temperature, ITC measurment and control in seience and industry, Vol 3, PART3, Reinhold, Newyork.
7. Nertig B (1905). Acclimatization of Women during work in hot environment. Fed. Proc.23:310.
۸. حیدرپور، عوض (۱۳۷۶). «نقش جامعه پزشکی در جنگ تحمیلی»، مجله طب و تزکیه، شماره ۲۶، ۱۰۰-۹۶.
۹. علائی، حسین (۱۳۹۱). روند جنگ ایران و عراق، جلد دوم، تهران: مرز و بوم.
۱۰. غنجال، علی و دیگران (۱۳۸۳). «بیمارستان‌های صحرایی دوران جنگ عراق علیه ایران»، مجله طب نظامی، شماره ۶(۲)، ۱۵۲-۱۴۳.
۱۱. فراست‌کیش، رسول و همکاران (۱۳۷۶). «بررسی ضایعات ناشی از گرما در طول جنگ تحمیلی در جبهه‌های جنوب غربی ایران»، مجله پزشکی کوثر، شماره ۵، (۳)، ۲۱۵-۲۱۸.
۱۲. محرابی توانا، علی (۱۳۹۵). بهداشت در دفاع مقدس و نگاهی به آینده، تهران: انتشارات رسانه تخصصی.
۱۳. نیک‌خواه، محمدباقر (۱۳۹۱). «جنایت جنگی؛ حملات شیمیایی عراق در جنگ با ایران»، فصلنامه مطالعات جنگ ایران و عراق، شماره ۱۵(۴)، تهران: مرکز اسناد و تحقیقات دفاع مقدس.