

The Structure and Role of Health Care in 8-Years Holy Defense

Gholamreza Pourheidari ¹, Abdolmajid Cheraghali ^{1*}

¹ Faculty of Pharmacy, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 3 July 2020 Accepted: 15 October 2020

Abstract

Following the start of the war imposed by Iraq against Iran, the country, especially the provinces and border cities that were directly involved in the war, faced many medical problems. Although in cities such as Abadan and in Taleghani Hospital, physicians and nurses worked around the clock, but in general, hospital units in Khuzestan province faced a shortage of medical staff. But in a short period of time, Combat Medicine Center was established and activated in the military forces, which was responsible for establishing emergency and relief posts in the operational areas. Volunteer Basijis, nurses, medical technicians, and medical staff in cities were organized in the same center. The medical services in Combat Medicine Centers were multi-ward, first the health centers behind the defense lines, which were the city hospitals. There were field hospitals on the front line, followed by central emergencies and there were relief posts closest to the line. This article gives a brief overview of the responsibilities and activities of combat medicine centers during the holy defense

Keywords: Holy Defense, Combat Medicine, Health.

* **Corresponding Author:** Abdolmajid Cheraghali

Address: Faculty of Pharmacy, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: -

E-mail: cheraghalia@gmail.com

ساختار و نقش بهداشت و درمان در ۸ سال دفاع مقدس

غلامرضا پورحیدری^۱، عبدالمجید چراغعلی^{*}

^۱ دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۲۴

چکیده

متعاقب شروع جنگ تحمیلی از سوی عراق علیه ایران، کشور و به خصوص استان‌ها و شهرهای مرزی که مستقیماً با جنگ درگیر بودند با مشکلات درمانی بسیار زیادی روبرو شدند. اگرچه در شهرهایی مانند آبادان و در بیمارستان طالقانی کادر پزشکان و پرستاران به صورت شبانه‌روزی به کار درمانی می‌پرداختند، اما در مجموع واحدهای بیمارستانی در استان خوزستان با کمبود کادر پزشکی مواجه شدند. اما در مدت کوتاهی بهداری رزم در نیروهای نظامی تاسیس و فعال شد که در مناطق عملیاتی هم، وظیفه تأسیس اورژانس و پست امداد را به عهده داشت. بسیجیان داوطلب، پرستاران، تکنسین‌های پزشکی و کادر درمانی مستقر در شهرها در همین بهداری‌ها سازمان‌دهی می‌شدند. مراکز خدمت‌رسانی بهداری چند بخش بودند، نخست بهداری‌های پست خطوط دفاعی که همان بیمارستان‌های شهرها بودند. در خط مقدم بیمارستان‌های صحرائی وجود داشتند و سپس اورژانس‌های مادر یا اورژانس‌های خط و در نزدیک‌ترین فاصله به خط، پست‌های امداد قرار داشتند. در این مقاله به شرح مختصر مسئولیت‌ها و فعالیت‌های بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس پرداخته شده است.

کلیدواژه‌ها: دفاع مقدس، بهداری رزمی، بهداشت و درمان.

* نویسنده مسئول: عبدالمجید چراغعلی

آدرس: دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

ایمیل: cheraghalia@gmail.com

تلفن: -

مقدمه

در سال‌های قبل از انقلاب اسلامی نظام بهداشت و درمان از کمبود امکانات و نیروی انسانی رنج می‌برد. طبق اطلاعات موجود در سال ۱۳۵۷ و در آستانه پیروزی انقلاب اسلامی تعداد پزشکان کشور حدود ۱۳,۵۰۰ نفر بود. در این سال‌ها تعداد زیادی از پزشکان خارجی (از کشورهایمانند هند، بنگلادش و پاکستان) در ایران مشغول به کار بودند. در سال ۱۳۵۷ تعداد پزشکان متخصص در ایران تنها ۷۰۰۰ نفر بوده و تعداد ۸۰۰۰ نفر نیز در مقطع دکتری پزشکی در حال تحصیل بودند. به همین دلیل به دنبال شروع جنگ تحمیلی از سوی عراق علیه ایران، کشور و به خصوص استان‌ها و شهرهای مرزی که مستقیماً با جنگ درگیر بودند با مشکلات درمانی بسیار زیادی روبرو شدند. بخش عمده کادر پزشکی این شهرها که از پزشکان خارجی بودند به شهرهای دیگر پناه بردند و یا به کشورشان بازگشتند. اگرچه در شهرهایی مانند آبادان و در بیمارستان طالقانی کادر پزشکان و پرستاران به صورت شبانه‌روزی به کار درمانی می‌پرداختند، اما در مجموع واحدهای بیمارستانی در استان خوزستان با کمبود کادر پزشکی مواجه شدند.

اولین اقدام برای تقویت کادر درمانی در استان‌های مرزی درخواست از کادر پزشکی داوطلب در کشور بود تا در جبهه‌ها و مناطق عملیاتی حاضر شوند. به این منظور ستاد امداد و درمان مناطق جنگی به منظور هماهنگی بین سپاه، ارتش، جهاد سازندگی، شبکه بهداشت و درمان استان و هلال احمر تشکیل شد که مهمترین فعالیت آن برآورد کردن نیازمندی‌های پزشکی از طریق مسئولان بهداشتی سپاه و ارتش در مناطق عملیاتی و انعکاس این نیازمندی‌ها به تهران بود. به تدریج علاوه بر این ستادها، ستادهای پشتیبانی امداد و درمان در مراکز استان‌ها نیز تشکیل شد. در تهران این ستاد با حضور معاون دفاعی نخست وزیر وقت اداره می‌شد. معاون نخست وزیر، وزیر بهداشتی، رئیس جمعیت هلال احمر، روسای بهداشتی سپاه، بهداشتی ارتش و بهداشت و درمان جهاد سازندگی از جمله اعضای ستاد مرکزی بودند.

به این ترتیب در استان‌های مختلف نیازهای پزشکی به ستاد مرکزی انتقال داده می‌شد. اولین گروه‌های درمانی و پزشکی اعزامی به جبهه‌ها گروه‌های داوطلب بودند که به عنوان "تیم‌های اضطراری" لقب گرفتند. این تیم‌ها عمدتاً از تیم‌های جراحی تشکیل می‌شدند، به این گونه که معمولاً متخصصین جراحی، بیهوشی و ارتوپدی همراه با تکنسین‌های اتاق عمل در این گروه‌ها حضور داشتند. تیم‌های اضطراری بنا به درخواست مناطق عملیاتی معمولاً در کمترین فاصله زمانی تا آغاز عملیات به جبهه‌ها اعزام می‌شدند. بخشی از تیم‌های اضطراری مستقیماً در لشکرها و بیمارستان‌های صحرائی خط مقدم فعالیت می‌کردند و بخش دیگری از تیم‌های اضطراری را متخصصانی تشکیل می‌دادند که در واحد درمانی جنوب فعالیت می‌کردند و با توجه به نیاز به بیمارستان‌های صحرائی بین آنها توزیع می‌شدند. این موضوع باعث

شد که تقریباً در دوران دفاع مقدس در هیچ عملیات بزرگی از ثامن‌الائمه تا پایان جنگ با مشکل پزشکی و کمبود پزشک مواجه نشویم.

تاسیس واحدهای بهداشتی رزمی

بهداری رزمی در دفاع مقدس برای امدادسانی به مجروحان رزمنده به وجود آمد. بهداشتی هر یگان رزمی، لشکر یا تیپ، واحدی به نام "بهداری" داشت. این واحد موظف بود که امداد و بهداشت کل یگان را پوشش دهد و همه جا همراه یگان بود، حتی وقتی که نیروها در پادگان و داخل شهر مستقر می‌شدند، حضور داشت و درمانگاه ایجاد می‌کرد. در مناطق عملیاتی هم وظیفه تأسیس اورژانس و پست امداد را به عهده داشت. بسیجیان داوطلب، پرستاران، تکنسین‌های پزشکی و کادر درمانی مستقر در شهرها در همین بهداشتی‌ها سازمان‌دهی می‌شدند. مراکز خدمت‌رسانی بهداشتی چند بخش بودند، نخست بهداشتی‌های پشت خطوط دفاعی که همان بیمارستان‌های شهرها بودند. در خط مقدم بیمارستان‌های صحرائی وجود داشتند و سپس اورژانس‌های مادر یا اورژانس‌های خط و در نزدیک‌ترین فاصله به خط، پست‌های امداد قرار داشتند. البته در زمان عملیات، امدادگران یا پزشکیاران همراه نیروهای عملیات‌کننده بالای سر مجروحان می‌رفتند و اقدامات اولیه را انجام می‌دادند، سپس مجروح به پست امداد منتقل می‌شد.

پست امداد

معمولاً در نزدیک‌ترین نقطه ممکن به خط مقدم، پست امداد تاسیس می‌شد که بسته به موقعیت منطقه، ممکن بود در طول خط مقدم یا در مجاورت آن ساخته شود. پست امداد معمولاً سنگری بود به اندازه یک اتاق با دو تا چهار تخت که امکاناتی مثل کیسول اکسیژن، ساکشن، داروهای اولیه، انواع سرم، وسایل تزریق و گاهی در صورت حضور پزشک، ست‌های بخیه را هم داشت. اغلب یک آمبولانس هم در کنار پست امداد برای انتقال مجروحان وجود داشت. برق مورد نیاز پست امداد نیز از موتور برق سیار تأمین می‌شد. پست امداد مکان ثابتی نداشت و همراه نیروها حرکت می‌کرد. پست امداد به عنوان اولین مرکز امدادی و درمانی بهداشتی شناخته می‌شود. پست‌های امداد بر اساس نوع سازمان رزم و شرایط عملیاتی و منطقه عملیاتی وظایف متعددی را به عهده داشتند و بر اساس همین وظایف و مأموریت‌ها، سازه و تیم امدادی و درمانی و تجهیزات آن متفاوت بود به طوری که:

۱. در مناطق دشت و مسطح و محل استقرار یگان‌های پیاده و مکانیزه، پزشکیار و مسئول بهداشتی گردان با استفاده از سنگرهای دشمن و امکانات کوله امدادگری، پست امداد را دایر می‌کردند تا نسبت به جمع‌آوری، امدادسانی و تریاژ و تخلیه مجروحین اقدام نمایند.

اتاق یا چادر تدارک دیده می‌شد. کار ضد عفونی وسایل و حفظ نظافت هم، چه در پست‌های امداد و چه در اورژانس‌ها، به‌عهده واحد بهداشت یگان‌ها بود. دو موتور برق به‌طور شبانه‌روزی، برق اورژانس را برای یخچال‌های نگهداری خون‌ها و داروها تأمین می‌کردند. کار درمان بیماران عادی یا جراحات‌های سطحی در اورژانس انجام می‌شد، ولی موارد حادث‌تر و عمیق‌تر برای اقدام‌های بعدی به بیمارستان اعزام می‌شدند. در اورژانس مادر برای انتقال مجروح، امکان فرود بالگرد هم وجود داشت. اورژانس به‌عنوان دومین مرکز امدادی و درمانی در زنجیره امداد و انتقال و تخصصی-ترین مرکز امدادی و درمان یگان‌های رزم (تیپ‌های مستقل، لشکرها، یگان‌های مهندسی و توپخانه ...) تعریف شده و فعالیت می‌کردند. اورژانس در کمترین فاصله از خطوط عملیاتی ایجاد شده و بر اساس شرایط عملیاتی و شدت آتش‌ها، مستحکم می‌شدند و مهمترین سازه‌های اورژانس در طول دفاع مقدس عبارت از چادر، کانکس، بلوکی با سقف بتونی یا تراورس، سوله‌ای و بتونی بوده‌اند. هدف اصلی از ایجاد و اداره اورژانس‌ها، حمایت پزشکی و پشتیبانی‌های تخصصی از رزمندگان و یگان‌های رزمی بوده است و ایجاد و جابجایی و ظرفیت‌سازی اورژانس تابع سیاست‌های عملیاتی یگان مربوطه و قرارگاه مقدم عملیاتی بود. مأموریت اصلی اورژانس ارائه خدمات امدادی و درمانی به مجروحین و مصدومین و فراهم کردن شرایط انتقال و اعزام به مراکز درمانی عقب بود. وظایف اورژانس شامل موارد زیر بود:

- برآورد و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز، تجهیزات پزشکی و پشتیبانی‌های عمومی و تخصصی.
- سازماندهی و شیفت‌بندی نیروی انسانی جهت ارائه خدمات امدادی و درمانی.
- ارائه خدمات امدادی و درمانی و انجام اقدامات حیات بخش و نجات بخش.
- تهیه اسناد پزشکی و تکمیل پرونده پزشکی، پذیرش و اعزام مجروحین.
- تهیه آمار و اطلاعات مجروحین و مصدومین و ارائه به مراجع ذیربط (بهداری، پرسنلی و تعاون).
- هماهنگی با پست‌های امداد در جلو و بیمارستان‌های صحرایی برای اعزام مجروحین و درخواست بعضی کمک‌ها در عقب.
- ساختار سازمانی اورژانس‌ها نیز عمدتاً شامل این بخش می‌شد.
- ستاد اورژانس (مخابرات، تعاون و آمار، نیروی انسانی، بهداشت و تبلیغات).
- تیم درمانی (پزشکان، پرستاران، بهیاران و پزشکیاران).
- تیم دارویی و بانک خون (داروخانه، بانک خون و تجهیزات پزشکی).
- تیم انصار (تخلیه‌کنندگان مجروحین).
- تیم پشتیبانی (تدارکات، موتوری و تأسیسات).
- تیم فرماندهی و مدیریت (مسئول اورژانس و جانشین).

- ب. در مناطق کوهستانی و ارتفاعات و محل استقرار یگان‌های ویژه، تکاور، پیاده، بهداشتی یگان‌ها، نسبت به احداث پست امداد چند تخته اقدام کرده و با اعزام تیم امدادی و درمانی (شامل پزشک، پرستار و پزشکیار) و تأمین تجهیزات پزشکی و حتی بانک خون پرتابل، نسبت به ارائه خدمات امدادی و درمانی اقدام می‌کردند.
- ت. اهم وظایف پست‌های امداد عبارت بود از:
 - ث. جمع‌آوری، تثبیت و نگهداری مجروحین.
 - ج. ارائه خدمات امدادی و درمانی و بازنگری در وضعیت سلامت مجروحین.
 - ح. تریاژ و اعزام مجروحین.
 - خ. ارائه اطلاعات از وضعیت مجروحین به فرماندهان و بهداشتی و اورژانس و هدایت آمبولانس‌ها.
 - د. انجام اقدامات حیات‌بخش و نجات‌بخش جراحی توسط پزشکان کارآمد (در برخی موارد).

اورژانس خط

هر چند تا پست امداد به یک اورژانس متصل می‌شدند. اورژانس حدود ۷ تا ۱۰ کیلومتر عقب‌تر قرار می‌گرفت تا بتواند تمام این پست‌های امداد را پوشش دهد. معمولاً در این مسافت از آتش سبک دشمن در امان بودند، ولی هنوز زیر آتش سنگین یا توپخانه قرار داشتند. امکانات اورژانس‌ها بیشتر بود و عمدتاً به شکل سوله ساخته می‌شدند و دست‌کم ۱۰ تا ۲۰ تخت، بانک خون و داروخانه داشت. در مواردی امکان داشت اتاق عمل هم داشته باشد که البته فقط عمل‌های سرپایی مثل لوله‌گذاری داخل ریه در آن انجام می‌گرفت. گاهی شرایط منطقه ایجاب می‌کرد که اورژانس فاصله کمی با بیمارستان صحرایی داشته باشد تا مجروحان را مستقیم به آنجا بفرستند، ولی در مواردی که پست امداد نبود یا امکان ساخت بیمارستان صحرایی وجود نداشت و اورژانس می‌زدند، یک اورژانس مادر برای سرویس‌دهی به چند اورژانس ساخته می‌شد. دلیل وجود چند اورژانس در خط، حضور یگان‌های مختلف بود. هر یگان برای خودش اورژانس می‌زد، چون شرایط خاص خودش را داشت و باید از نیروهای خودش پشتیبانی می‌کرد. حتی حجم و اندازه سوله‌ها هم بسته به استعداد یگان‌ها متفاوت بود. تعداد کارکنان اورژانس هم متغیر بود و شامل پزشک، پرستار، پزشکیار، امدادگر، تکنسین بانک خون، راننده آمبولانس، مسئول داروخانه، پشتیبانی و بهداشت می‌شد. در مواردی هم که پزشک نداشتند پزشکیاران حضور داشتند. در این موارد مجروحین با جراحی جدی به بیمارستان صحرایی یا مادر فرستاده می‌شدند که حتماً پزشک داشت.

اورژانس مادر هم سوله‌ای بود تقریباً به عرض ۴ متر و طول ۱۵ و ۲۰ متر و برای رسیدگی بهتر به مجروحان، فضای اورژانس‌ها یکسره بود و فقط یک در ورودی و یک خروجی داشت. برای بانک خون، داروخانه، استراحتگاه، پشتیبانی و گاهی اتاق عمل هم چند

بیمارستان صحرائی

این بیمارستان‌ها معمولاً توسط یک فرارگاه ساخته می‌شدند و مجروحان تمام یگان‌های مستقر در منطقه را به همان بیمارستان منتقل می‌کردند. فضای داخلی آن شبیه یک بیمارستان کامل بود و به تمام امکانات بیهوشی و عمل جراحی هم مجهز بود. معمولاً متخصصان جراحی، ارتوپدی، مغز و اعصاب و تکنسین‌های اتاق عمل در آنجا حاضر بودند تا جراحی‌های اورژانسی را انجام بدهند. نگاهتگاه‌هایی داشت تا افراد بتوانند برای مدت کوتاهی پس از عمل در آنها بستری شوند، ولی کسانی که احتیاج به مراقبت‌های ویژه داشتند، به شهرستان‌ها اعزام می‌شدند. اگرچه بیمارستان صحرائی عمدتاً برای کارهای اورژانسی بود، ولی در شرایط غیر عملیاتی جراحی‌های معمولی‌تر هم در آن انجام می‌شد. بعضی از بیمارستان‌های صحرائی ساختمانی بتونی مسلح داشتند. در غرب کشور، به‌خاطر شرایط محیطی بیمارستان‌های صحرائی کوچک‌تر ساخته می‌شدند. همه امکانات مورد نیاز در این بیمارستان‌ها پیش‌بینی می‌شد. برای شست‌وشو، آب را از تانکرها لوله‌کشی می‌کردند. موتورخانه‌ها برق را فراهم می‌کردند. کار ضدعفونی و استریل تجهیزات به‌عهده بخش بهداشت بود. کانکس‌هایی هم به‌عنوان سردخانه برای نگهداری دارو به‌کار می‌رفتند. زمان لازم برای ساخت بیمارستان صحرائی هم فرق می‌کرد. اگر عملیاتی در پیش بود، ممکن بود پانزده روزه آن را بسازند. اگر عملیات فوری بود، به جای بیمارستان، اورژانس احداث می‌شد و آن را بیشتر تجهیز می‌کردند تا مجروحان را مستقیم از آنجا به بیمارستان شهر

بفرستند. تا مدتی پس از جنگ، در خطوطی که نیاز به حضور نیروهای پدافندی بود، این بیمارستان‌ها فعال بودند. در ضمن چون نزدیک محل سکونت مردم ساخته شده بودند در مواردی به مردم بومی هم سرویس می‌دادند.

مدت ماندن مجروحان در مراکز درمانی به شرایط بستگی داشت. هنگام عملیات که تعداد مجروح‌ها بیشتر بود، در اورژانس، مجروحان سربایی را که خون‌ریزی زیادی نداشتند یا عمل فوری نمی‌خواستند، به بیمارستان مادر اعزام می‌کردند تا روند رسیدگی به بقیه سریعتر باشد. برای انتقال هم از اتوبوس‌هایی به‌عنوان آمبولانس استفاده می‌کردند تا تعداد بیشتری را بتوانند جابجا کنند. بعد از عملیات‌های موفق فتح‌المبین و بیت‌المقدس که بخش اعظم سرزمین‌های اشغالی، از تصرف دشمن بعثی خارج شد و رسیدن به مرزهای بین‌المللی و اجرای سیاست‌های تنبیه متجاوز، فاصله مناطق عملیاتی از شهرهای اهواز، دزفول، کرمانشاه افزایش یافت و در این مقطع بیمارستان صحرائی به عنوان سامانه‌های امدادی و درمانی ضرورت بیشتری پیدا کرد و بیمارستان‌های صحرائی از نظر سازه از حالت کانکسی، کانکسی و چادری، سوله‌ای (فلزی و بتونی)، بتونی (پیش ساخته، در جا ساخته) سیر تکاملی پیدا کرد و از نظر معماری پزشکی نیز با استفاده از نظرات متخصصین (تیم‌های جراحی و پیراپزشکی) نیز توسعه چشمگیر یافت. به‌طوری که در سال‌های پایانی جنگ بنا بر اظهار پزشکان متخصص انجام همه جراحی‌ها برای مجروحین امکان‌پذیر بود. بعضی از مهمترین بیمارستان‌های صحرائی در طول دفاع مقدس در جدول ۱- آمده است.

جدول ۱- مهمترین بیمارستان‌های صحرائی در طول دفاع مقدس

نام محل	نام بیمارستان صحرائی
چوئیده آبادان	بیمارستان صحرائی حضرت فاطمه الزهراء (س)
ایستگاه حسینییه	بیمارستان صحرائی امام حسین (ع)
آبادان	بیمارستان صحرائی علی ابن ابیطالب (ع)
عین خوش	بیمارستان صحرائی شهیدا (چم سری)
مهران	بیمارستان صحرائی امیرالمومنین (ع)
مریوان	بیمارستان صحرائی شهید رادمنش
سه راهی جفیر	بیمارستان صحرائی خاتم‌الانبیاء (ص)
جاده شهید همت (جزایر مجنون)	بیمارستان صحرائی امام رضا (ع)

بیمارستان‌های مادر

سپاه در شهرهای نزدیک مناطق جنگی بیمارستان‌هایی داشت که در مواردی هنوز هم هستند. بیشتر آنها در همان زمان جنگ ساخته شدند، ولی بعضی‌هایشان هم بیمارستان‌هایی بودند که قبلاً ساخته شده بودند و بعد تجهیز شدند. مجروح‌های عادی را از خط مقدم تا اورژانس و بیمارستان صحرائی با آمبولانس جابجا می‌کردند، ولی جراحات‌های شدیدتر را از اورژانس مادر که امکان هلی‌برد داشت، با بالگرد به بیمارستان صحرائی یا شهر منتقل

می‌شد. در صورت نیاز، مصدومان با هواپیما از بیمارستان‌های مادر به شهرها فرستاده می‌شدند. اعزام مصدومین توسط ستادهای امداد و درمانی که در مرکز درمانی یا فرودگاه مستقر بودند انجام می‌شد. در تمام مراحل انتقال، حتی در بالگرد و هواپیما هم امدادگر، پزشک یا بهیار همراه مجروح بودند. در شهرستان‌ها هم بهداری رزمی و بهداری سپاه روند درمان را ادامه می‌دادند. در صورت لزوم در شهرهای بزرگ تیم‌هایی به خانه‌های مجروحین فرستاده می‌شد تا کارهایی مثل تعویض پانسمان و تزریق را انجام دهند.

آموزش می‌دادند. دوره‌های اولیه مواجهه با مجروحان شیمیایی نیز در منطقه وجود داشت.

ساختار مدیریت و فرماندهی در بهداری رزمی

بهداری سپاه در اوایل جنگ سازمان مشخص و تعریف شده‌ای نداشت و عمدتاً از یک دستگاه آمبولانس و تعدادی امدادگر تشکیل می‌شد. تا قبل از تشکیل یگان‌های رزمی (تیپ)، مجموعه فعالیت‌های بهداری تحت عنوان بهداری منطقه ۷ و ۸ سپاه و در قالب قرارگاه کرپلا و نجف با راه‌اندازی و اداره اورژانس‌ها در خطوط مختلف دفاعی، نسبت به ارائه خدمات امدادی و انتقال مجروحین به مراکز بیمارستانی شهرهای کرمانشاه، ایلام، اهواز و آبادان اقدام می‌کردند. پس از تشکیل یگان‌ها، راه‌اندازی بهداری رزمی در قالب واحد بهداری در یگان مربوطه بود. با گسترش جنگ در مراحل آزادسازی مناطق اشغالی و ادامه عملیات در خاک دشمن، راه‌اندازی مراکز بهداری منطقه‌ای و گردان‌های بهداری رزمی در یگان‌ها و مناطق در دستور کار قرار گرفت.

سازمان بهداری در دوران دفاع مقدس با بخش‌های بهداشت، امداد، درمان و دارویی، در سال‌های اولیه جنگ؛ مراکز بهداری منطقه‌ای جنوب، غرب، شمال غرب با معاونت‌های امداد، بهداشت، درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، ش.م.ر، آموزش، امور یگان‌ها و مراکز درمانی صحرائی و سپس گردان‌های بهداری رزمی در یگان‌ها در سال‌های پایانی جنگ با بخش‌های ۶ گانه امداد، بهداشت، درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، گردان ش.م.ر، گردان انصار و مراکز درمانی صحرائی تکامل پیدا کرد. بهداری رزمی با ایجاد ۵ لایه امدادی و درمانی به شرح زیر نقش بسیار مؤثری در کاهش تلفات نیروی انسانی ایفا نموده است:

- ۱) خودامدادی و دگرامدادی- از ابتدای جنگ هر رزمنده ضمن آموزش‌های اولیه، بسته کمک‌های اولیه نیز به همراه داشت که در صورت نیاز از آن جهت امدادسانی به خود و یا هم‌رزم دیگر استفاده می‌شد.
- ۲) امدادگران و پزشک‌یاران گردان‌ها- مجروح یا مصدوم را بلافاصله با تجهیزات همراه خود (محتویات کوله‌های امدادی) مورد مداوا قرار می‌دادند. سپس با آمبولانس‌های در نظر گرفته شده و حتی خودروهای عملیاتی مجروح یا مصدوم به پست‌های امدادی منتقل می‌شدند.
- ۳) پست‌های امدادی- این مراکز با پرسنل مجرب و تجهیزات پزشکی مناسب در خطوط مقدم راه‌اندازی و نقش به‌سزایی در امداد و درمان اولیه مجروحان و مصدومان ایفا می‌نمودند.
- ۴) اورژانس‌ها- همراه با تجهیزات کامل پزشکی، تخت‌های احیاء و اتاق عمل سرپایی با نیروهای متخصص پزشک و پیراپزشک، ضمن کامل نمودن امداد و درمان اولیه در صورت وضعیت‌های اورژانسی اعمال جراحی اورژانسی را نیز انجام

نقاهتگاه‌های صحرائی (ایستگاه مراقبت‌های امدادی و درمانی)

یکی از ویژگی‌های جنگ بعد از عملیات بیت‌المقدس، دور شدن از شهرها و مراکز درمانی، افزایش چشمگیر مجروحین، شدت جراحات‌ها، ورود سلاح‌های جدید به جنگ و افزایش آسیب‌پذیری مراکز امدادی و درمانی بود. در این مرحله بر اساس زنجیره امداد و انتقال طراحی شده و مأموریت و وظایف بهداری یگان‌ها، کلیه مجروحین به بیمارستان‌های صحرائی تخلیه می‌شدند. حجم زیاد مجروحین (ورودها) و محدودیت امکانات و تیم‌های پزشکی، ضرورت تفکیک مجروحین بدحال و عادی را الزام آور می‌ساخت. به همین منظور در فاصله‌ای از بیمارستان‌های صحرائی، نقاهتگاه‌های صحرائی با مأموریت پذیرش مجروحین عادی و نگهداری و درمان آنها و اعزام تدریجی شروع به فعالیت کردند. بطوری که در چند سال آخر جنگ، این نقاهتگاه‌ها، تعدادی از مجروحین را بعد از درمان و تعیین تکلیف به یگان‌ها باز می‌گرداندند.

دوره‌های آموزشی کادر پزشکی

این دوره‌ها در شهرستان‌ها و در مراکز آموزشی بهداری برای افراد داوطلب برگزار می‌شدند. این افراد در دوره‌های امدادگری و پزشکیاری آموزش می‌دیدند. دوره امدادگری حدود یک ماه و شامل آموزش کمک‌های اولیه و آموزش‌های عملی برخورد با مجروح در بیمارستان‌ها بود، ولی دوره پزشکیاری تخصصی‌تر بود و دست‌کم سه ماه طول می‌کشید. انواع تزریق‌ها و پانسمان‌ها را می‌آموختند و مختصری با بیماری‌ها آشنا می‌شدند تا در مناطق دور افتاده عملیاتی اقدامات درمانی اولیه را انجام دهند. مدت آموزش عملی پزشکیارها در بیمارستان بیشتر بود. برای تدریس از استادان دانشگاه علوم پزشکی و جمعیت هلال احمر استفاده می‌شد. دوره بهیاری یک ساله و طولانی‌تر بود. این دوره فقط مخصوص جنگ نبود و جزء رشته‌های دانشگاهی بود، ولی با همکاری وزارت بهداری برخی افراد از طرف بهداری سپاه وارد این دوره‌ها می‌شدند تا بعداً در جبهه‌ها خدمت کنند. کلاس‌های آموزش بهیاری در دانشکده پرستاری برگزار می‌شد و همراه دانشجویان دیگر آموزش می‌دیدند. بقیه کادر درمانی مثل جراحان، پزشکان، پرستارها، تکنسین‌های اتاق عمل و اورژانس داوطلبانه به جبهه می‌آمدند. در هر دسته عملیاتی یک امدادگر و در هر گردان دو یا سه پزشک‌یار حضور می‌یافتند.

یکسری دوره‌های تکمیلی هم در مناطق عملیاتی برگزار می‌شدند که به آنها «تداوم آموزش» می‌گفتند. این آموزش‌ها بیشتر شامل نحوه مداوای مجروح، پانسمان، بخیه، تزریقات و اقدام‌های اولیه دیگر در کنترل اولیه جراحات‌های جنگی بود. اگر عملیات آبی در پیش بود، بحث مواجهه با خفگی در آب یا روش‌های مقابله را

سالک (لیشمانیوز جلدی) شیوع داشتند و بعضاً مواردی از مسمومیت‌های غذایی نیز رخ می‌داد. بدین لحاظ ضرورت برنامه‌ریزی کاملی در پیشگیری از بیماری‌ها و توسعه بهداشت بیش از پیش احساس می‌گردید.

بهداشت در سال‌های میانی و پایانی جنگ تحمیلی

برای جبران نقائص بهداشتی در مناطق عملیاتی، سازمان بهداشت در درون سازمان بهداری رزمی تقویت شد و نیروهای بهداشتی بعد از طی آموزش‌های کوتاه‌مدت تخصصی و کاربردی در مناطق جنگی مستقر شدند. ستاد بهداشت جنگ در وزارت بهداشت شکل گرفت و هماهنگی‌های بین بخشی نیز با تشکیل کمیته‌های بهداشت جنگ استان‌ها به ویژه استان‌های جنگی در پشتیبانی از یگان‌های تابعه آن استان توسعه یافت.

مناطق جنگی، سنگرها و منابع آب آشامیدنی بهسازی شدند و کلریناتورها بر روی چشمه‌ها و دیگر منابع تأمین آب سالم رزمندگان نصب گردیدند. چشمه‌ها با لوله‌های گالوانیزه و یا پلی‌اتیلن برای انتقال آب سالم به رزمندگان بهسازی شدند و نیروهای بهداشتی در محل آگیری تانکرهای آب مستقر گردیدند تا آب آشامیدنی سالم و بهداشتی به دست رزمندگان برسد.

نیروهای بهداشتی کلیه مراکز نگهداری، تهیه، طبخ و توزیع مواد غذایی را تحت نظارت و کنترل قرار دادند و با آموزش‌های لازم از یک سو و کمک به فراهم آوردن شرایط تأمین غذای سالم برای رزمندگان در بین یگان‌ها از سوی دیگر، سبب بهبود وضعیت بهداشتی تغذیه و مواد غذایی شدند. در مواردی نیز از غذاهای بسته‌بندی شده استفاده می‌گردید.

رزمندگان، معاینه بهداشتی می‌شدند و از عدم وجود برخی بیماری‌ها و آلودگی‌ها از جمله گال و شیش بدن در بین آنها اطمینان حاصل می‌شد. واکسیناسیون آنها که عمدتاً شامل واکسن کزاز، مننژیت و بعضاً لیشمانیازسیون بود در پادگان‌های آموزشی و قبل از اعزام آنان به جبهه‌ها صورت می‌گرفت.

آموزش‌های بهداشتی به صورت مستقیم و چهره به چهره در مناطق جنگی ارائه می‌گردید. به تدریج تسهیلات بهداشت فردی مانند حمام، توالت‌های بهداشتی و آرایشگاه در کلیه مناطق عملیاتی فراهم شدند. معمولاً رزمندگان قبل از اعزام به جبهه خدمات بهداشتی زیر را دریافت می‌نمودند:

۱. **آموزش بهداشت:** که شامل آشنایی با موازین بهداشت فردی (لزوم شستشوی دست‌ها، مسواک زدن) رعایت بهداشت مواد غذایی و عدم استفاده از مواد غذایی آلوده، مبارزه با حشرات و بندپایان و آشنایی اولیه با برخی از بیماری‌های ویروسی (سرماخوردگی - آنفولانزا)، انگلی (بیماری مالاریا، سالک، گال)، گوارشی (بیماری‌های وبا و حبسه) و چگونگی تهیه آب سالم و بهداشتی را پیدا می‌نمودند که این امر با تشکیل کلاس‌های آموزشی در درون پادگان‌های آموزشی و

می‌دادند و مهمترین نقش امداد و درمان در میدان نبرد بر عهده این مراکز بود.

۵) بیمارستان‌های صحرائی - این مراکز درمانی مجهز که در نزدیکی خطوط مقدم ایجاد و دارای اتاق عمل‌های متعدد به همراه بخش‌های مورد نیاز، به ادامه امداد و درمان مجروحین و مصدومین می پرداختند. در کنار این بیمارستان‌ها معمولاً نقاهتگاهی جهت مجروحین و مصدومین سرپایی وجود داشت و در نهایت مجروحین و مصدومین از مناطق عملیاتی به اقصی نقاط کشور جهت مراقبت‌های بعدی اعزام می‌شدند.

خدمات بهداشتی و پیشگیرانه در دوران دفاع مقدس

آسیب دیدگی سیستم‌های بهداشتی درمانی در زمان جنگ و همچنین اسکان مهاجرین جنگی در اردوگاه‌های اضطراری، توجه به امر بهداشت را چه در جبهه‌ها و چه در پشت جبهه بیش از پیش ضروری می‌نمود. بهداشت در دوران دفاع مقدس با موانع و مشکلات متعددی به شرح زیر مواجه بوده است:

- عدم وجود یا ناکارآمد بودن واحدهای بهداشتی منسجم در نیروهای مسلح.
- عدم آشنایی سازمان‌های غیرنظامی با نیازمندی‌های بهداشتی رزمندگان و مناطق جنگی.
- عدم ارائه یا عدم هماهنگی زمانی ارائه خدمات بهداشتی از جمله واکسیناسیون به رزمندگان.
- اعزام رزمندگان بر حسب ضرورت به جبهه بدون معاینه بهداشتی و بعضاً بدون تزریق واکسن‌های ضروری.
- عدم آگاهی‌های بهداشتی عمومی رزمندگان در حفظ سلامت و بهداشت فردی و عمومی.
- استقرار رزمندگان در اماکن مختلف مناطق جنگی همانند روستاها در اوایل جنگ با احتمال خطر ابتلا به بیماری‌ها و مواجهه با گزش حشرات و بندپایان.
- عدم دسترسی کافی به متخصصین بهداشتی در جبهه‌ها.
- عدم وجود تجربه کافی در امر بهداشت جنگ در اوایل جنگ در بین نیروهای بهداشتی مستقر در مناطق عملیاتی.
- احتمال بروز شیوع بیماری‌ها به صورت اپیدمی در مناطق جنگی.
- توزیع مواد غذایی اهدائی از طرف مردم بدون توجه به احتمال بروز مسمومیت‌های غذائی ناشی از حمل و نقل و یا نگهداری غیربهداشتی این مواد غذائی در جبهه‌های جنگ.
- عدم امکان تهیه و توزیع مواد غذایی با رعایت کامل استانداردهای بهداشتی در ابتدای جنگ.
- عدم فراهم بودن تسهیلات بهداشتی کافی همانند حمام و توالت‌های بهداشتی به نحوی که رزمندگان مجبور بودند از حمام‌های عمومی شهر و یا روستاهای حومه استفاده کنند.
- به همین دلیل در سال‌های ابتدائی جنگ گاهی موارد در مناطق عملیاتی بیماری‌هایی چون تب پشه خاکی، بیماری گال،

برانکارد: انواع برانکاردهای متداول و نظامی به کار گرفته می‌شد و اهمیت برانکارد برای حمل مجروحین به خصوص در صحنه عملیات قابل توجه بود و در هر گروه عملیاتی، ۲ نفر تخلیه‌گر مسئولیت انتقال را به عهده داشتند و در مراکز امدادی و درمانی صحرائی، تخلیه مجروحین با استفاده از برانکارد کاری مهم بود و توسط افرادی تحت عنوان «انصار» انجام می‌گرفت.

دواب (قاطر): در برخی شرایط، به خصوص مناطق کوهستانی و عملیات چریکی قاطر برای حمل مجروحین به کار گرفته شده‌اند.

آمبولانس: مناسب‌ترین وسیله انتقال مجروحین آمبولانس‌ها بودند. جبهه‌ها و یگان‌های رزم و رزمندگان در مواردی نیز با کمبود آمبولانس روبرو بوده‌اند. انواع آمبولانس‌های به کار گرفته شده در طول دفاع مقدس عبارتند از آمبولانس‌های خودرویی شامل آمبولانس جیب که در سازمان رزم ارتش وجود داشت و قبل از انقلاب خریداری شده بودند. آمبولانس آهو استیشن، این خودروها به عنوان خودروی خدمت برای سازمان‌های دولتی تهیه شده بودند که بنا به ضرورت به جبهه‌ها واگذار گردید. آمبولانس خودروهای تویوتا که در طول دفاع مقدس خریداری شده و در اختیار سازمان‌های رزم قرار گرفته بودند. آمبولانس خودرو نیشان پاترول که عمدتاً توسط هلال‌احمر، تأمین و به جبهه‌ها اهدا می‌گردید. آمبولانس‌های زرهی شامل نفربرهای زرهی بودند که به عنوان آمبولانس برای جابجایی مجروحین در زیر آتش شدید یا هنگام عبور از زمین‌های باتلاقی استفاده می‌شد.

آمبولانس‌های گروهی - یکی از ابتکارات بهداری رزمی دفاع مقدس، استفاده از خودروهای جمعی به عنوان آمبولانس بوده است. اتوبوس آمبولانس و مینی‌بوس آمبولانس، با برداشتن صندلی و ایجاد فضای مناسب برای استقرار برانکارد وسیله‌ای کارآمد و مؤثر برای انتقال تعداد زیادی از مجروحین به کار گرفته شد. بهداری رزمی سپاه با همکاری یک شرکت سازنده اتوبوس، تعدادی اتوبوس آمبولانس استاندارد، طراحی و ساخت که کارایی داشتند.

قطار آمبولانس - یک مجموعه قطار آمبولانس با قابلیت بیمارستانی و متعلق به جمعیت هلال احمر وجود داشت. ولی با توجه به تعداد مجروحین و بعد مسافت بهداری رزمی سپاه با همکاری راه‌آهن جمهوری اسلامی، تعدادی از واگن‌ها را تبدیل به قطار آمبولانس نمود و چند هزار مجروح و مصدوم جنگی به شهرهایی که در مسیر راه‌آهن بودند جهت ادامه درمان منتقل شدند و به این منظور ستاد تخلیه راه‌آهن به صورت ثابت در اهواز راه‌اندازی و دایر گردید.

امداد و انتقال هوایی

در طول دفاع مقدس، هوانیروز و نیروی هوایی ارتش جمهوری اسلامی به صورت چشمگیر در خدمت مجروحین و مصدومین بوده - اند. مجروحین در مسافت‌های کوتاه و داخل مناطق عملیاتی و

بکارگیری مریبان بهداشت و با استفاده از امکانات سمعی و بصری (همانند نمایش اسلاید و پوستر و توزیع بروشور و پمفلت در بین رزمندگان در خصوص مباحث بهداشتی) بود.

ب. واکسیناسیون: رزمندگان قبل از اعزام به جبهه مورد واکسیناسیون با واکسن کزاز، مننژیت و در مواردی واکسن سالک (لیشمانیازسیون) قرار می‌گرفتند.

ت. معاینات بهداشتی: طی سال‌های پایانی جنگ، رزمندگان از نظر عدم وجود بیماری‌های واگیردار (همانند گال و دیگر بیماری‌های پوستی و گوارشی) مورد معاینه قرار می‌گرفتند و در صورت نیاز مورد درمان قرار می‌گرفتند.

ث. ملزومات بهداشت فردی: رزمندگان به داشتن وسایل بهداشتی از قبیل مسواک و خمیر دندان، حوله و وسایل دفع حشرات ملزم می‌شدند که عمدتاً این امکانات و لوازم از سوی ارتش، سپاه و بسیج برای آنان تأمین می‌شد.

امداد و انتقال در دوران دفاع مقدس

در دوران دفاع مقدس امداد و انتقال شامل تمامی مراحل رسیدگی به مجروح اعم از رسیدن به بالین مجروح در خط مقدم تا رساندن وی به بیمارستان‌های کشور می‌گردید. امداد و انتقال به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم عملیاتی در سازمان رزم نیروهای دفاعی مطرح می‌باشد. به طوری که با انجام اقدامات امداد و انتقال، تلفات نیروی انسانی کاهش یافته و توان عملیاتی افزایش می‌یابد. در جنگ‌ها به علت شدت جراحت و افزایش تعداد مجروحین و بعد مسافت و چیدمان خطوط عملیاتی و جنگ شبانه‌روزی و افزایش روزهای جنگ، تقسیم کار و تخصصی کردن و به کارگیری تجهیزات از سطح ساده به پیچیده، اجتناب ناپذیر شده است و امداد و انتقال نیز در بستر عملیات به سطوح مختلف از نظر آموزش، نیروی انسانی، تجهیزات، وسایل انتقال و ارتباطات تقسیم می‌شوند. در بهداری رزمی با توجه به لایه‌های متعدد امداد و انتقال، که هر کدام یک سطح عملیاتی و مسئولیتی را به عهده دارند، مجروحین باید در حداقل زمان ممکن به مراکز بالاتر و مجهزتر درمانی انتقال یابند. در طول دفاع مقدس، مجروحین بر اساس امکانات انتقال و جغرافیای منطقه و تاکتیک‌های عملیاتی و تهدیدات دشمن و شرایط جسمانی به صورت زمینی، هوایی، دریایی منقل می‌شدند.

امداد و انتقال زمینی

با توجه به سازمان رزم و توانمندی‌ها و امکانات موجود و محدودیت‌های زمان جنگ، ظرفیت اصلی و مهم انتقال مجروحین به صورت انتقال زمینی بوده است و روش‌های انتقال زمینی زیر مورد استفاده قرار می‌گرفتند.

به وسیله فرد: در این روش مجروح و مصدوم به وسیله هم‌زمان خود به صورت یک‌نفره، ۲ نفره یا ۴ نفره جابجا می‌شد.

سامانه درمان مصدومین شیمیایی در بیمارستان‌های صحرایی اعزام می‌شدند.

۳) در سطح بیمارستان‌های صحرایی، مهمترین مرکز امداد و درمان مصدومین شیمیایی در مناطق عملیاتی سامانه مصدومین شیمیایی بیمارستان صحرایی بود که در این مرکز بعد از خارج کردن لباس‌های آلوده و رفع آلودگی افراد در حمام‌های مخصوص مصدومین در اورژانس تحت درمان قرار گرفته و دسته‌بندی می‌شدند (دسته A و B و C). مصدومین بدحال که قادر به رفع آلودگی خود نبودند، رفع آلودگی شده و سپس تحت اقدامات درمانی قرار می‌گرفتند. مصدومین پس از تریاژ به نقاهتگاه و بیمارستان‌ها اعزام می‌شدند.

۴) در نقاهتگاه‌ها و بیمارستان‌های پشت خط- تعداد قابل توجهی تخت نقاهتگاهی برای مصدومین در شهرهای اهواز، کرمانشاه، سنندج و ... برای مصدومین آماده شده بود. تعدادی از افراد پس از تثبیت وضعیت به یگان‌ها بازمی‌گشتند و بقیه به شهرهای دیگر جهت ادامه درمان اعزام می‌شدند.

طی سال ۱۳۶۲ تا اوایل ۱۳۶۳ عراق ابتدا از گاز خردل و سپس از گاز تابون استفاده کرد. در آن زمان حملات شیمیایی به طور نسبتاً ناموفقی صورت می‌گرفت. طی این مرحله مصدومین غالباً دچار ضایعات خفیف و متوسط شده و تعداد کمتری آسیب شدید دیدند. طی سال‌های ۱۳۶۴ و ۱۳۶۵ روش حملات با عوامل شیمیایی توسط ارتش عراق به نحو مؤثری بهبود یافت. البته تیم‌های درمانی ما نیز خیلی بهتر از قبل سازماندهی شدند به طوری که علی‌رغم مصرف حجم زیادی از گازهای عصبی (علاوه بر خردل) و بروز مسمومیت‌های شدید که موارد متعددی در مرحله وقفه تنفسی به اورژانس‌ها می‌رسیدند، میزان مرگ و میر به وضوح کاهش یافت. به نظر می‌رسد مهمترین نکته در درمان مصدومین شیمیایی، برنامه‌ریزی قبلی، آموزش و سازماندهی کادر پزشکی به صورت یک شبکه منسجم، از خط مقدم تا شهرهای پشت جبهه می‌باشد. در حملات با گازهای اعصاب تعداد مصدومین غالباً زیاد بود، حتی گاهی مشاهده می‌شد که حدود ۵۰۰ مصدوم در کمتر از یک ساعت به یکی از مراکز درمانی جبهه منتقل می‌شدند و در بین آنها ۶۰-۵۰ بیمار در حال اغماء وجود داشت ولی نتیجه درمان بسیار موفقیت‌آمیز بود. مداوای موفق تعداد زیادی از مصدومین شیمیایی یکی از دلایل اصلی عدم موفقیت عراقی‌ها در زمین‌گیر کردن نیروهای ایرانی بود.

مراحل شکل‌گیری واحد دارو و تجهیزات پزشکی در بهداری نیروهای مسلح

ارتش جمهوری اسلامی ایران در ساختار پشتیبانی‌های خود وظیفه تجهیز رزمنده، اورژانس، گردان بهداری، بیمارستان‌ها را بر عهده داشت. نیروی زمینی ارتش با داشتن ۴ منطقه پشتیبانی نگهداری و خرید دارو و تجهیزات پزشکی را به عهده داشت و

مناطق صعب‌العبور توسط هوانیروز و در مسافت‌های طولانی و انتقال از عقبه مناطق عملیاتی به شهرها، توسط نیروی هوایی و به طور عمده با هواپیمای هرکولس جابجا می‌شدند. در سال‌های اول جنگ به علت فراوانی نسبی بالگرد، در موارد متعدد مجروحین با بالگرد نیز جابجا می‌شدند. ولی در ادامه جنگ به علت محدودیت بالگرد و تهدیدات دشمن، صرفاً مجروحین بدحال با بالگرد جابجا می‌شدند. در سایت بیمارستان‌های صحرایی، پد هلی‌کوپتر وجود داشت و با استقرار یک تیم فرماندهی از هوانیروز، هدایت بالگردها صورت می‌گرفت. از ابتدای جنگ، نیروی هوایی با هواپیماهای هرکولس مسئولیت انتقال هوایی مجروحین را از ماهشهر، اهواز، دزفول، کرمانشاه، سنندج و ارومیه به عهده داشت.

امداد و انتقال دریایی

طی دفاع مقدس امداد و انتقال دریایی در قالب عملیات آبی و خاکی و دریایی انجام گرفته است و در این مدت با ابتکار نیروهای بهداری رزمی، تعدادی امدادگر که هدایت شناورها را به عهده داشتند، تربیت شده و با استفاده از قایق‌های موجود نسبت به تخلیه مجروحین اقدام می‌کردند. عمده مجروحین که از طریق شناورها تخلیه شدند مجروحین عملیات خیبر، بدر، والفجر ۸ و کربلای ۴ و ۵ بوده است. در خلیج فارس نیز مجروحین به وسیله قایق و شناورهای رزمی تخلیه شده‌اند.

امداد و درمان جنگ نوین عملیاتی (ش.م.ر.) در مناطق

نظام بعثی عراق بعد از عدم موفقیت در صحنه‌های نبرد برای جبران شکست‌های خود دست به استفاده وسیع از سلاح‌های شیمیایی علیه رزمندگان و شهروندان ایرانی زد. برای مقابله با اثرات مخرب این سلاح‌ها بهداری رزمی راه‌های مقابله با این عوامل را نیز در برنامه‌های آموزشی، امدادی، درمانی و بهداشتی خود گنجانده. به همین دلیل بعد از عملیات خیبر بخش امداد و درمان مصدومین شیمیایی به عنوان واحد جدید بهداری رزمی فعالیت مستمر خود را آغاز کرد. امداد و درمان عوامل جنگ نوین در مناطق عملیاتی به شرح ذیل بود:

۱) در سطح گردان، با استفاده از کیف امداد انفرادی جنگ نوین، نسبت به رفع آلودگی و انجام اقدامات امدادی، مصدومین مورد امداد و درمان قرار می‌گرفتند.

۲) در سطح یگان‌ها (تیپ مستقل و لشکر)، بنا به ضرورت در کنار اورژانس مجروحین عادی، بهداری رزمی نسبت به دایر کردن اورژانس مصدومین شیمیایی و حمام رفع آلودگی اقدام می‌کردند و با انجام آموزش‌های مورد نیاز، نیروهای بهداشتی و درمانی مهارت و تجربه لازم را کسب کردند و مسئولین دارویی، نسبت به تأمین دارو و وسایل مورد نیاز اورژانس‌ها اقدام می‌کردند. در این اورژانس، پس از معاینات و بررسی‌های لازم، مصدومین با وضعیت عادی به یگان‌ها برمی‌گشتند و بقیه مصدومین به

- ۱) پیشگیری از آلودگی
 - ۲) تشخیص میدانی عامل
 - ۳) آلودگی‌زدایی از مصدومین، لوازم و تجهیزات، البسه و مواد غذایی
 - ۴) احیای بیماران و اقدامات اورژانس
 - ۵) درمان کوتاه مدت و دراز مدت مصدومین
- در تقسیم وظایف تشخیص میدانی و رفع آلودگی محیطی به عناصر غیر بهداری سپرده می‌شد ولی با وجود تقسیم کار عملیاتی بهداری و غیر بهداری پشتیبانی تخصصی از اقدامات فوق کاملاً بر عهده عناصر بهداری بود.
- پشتیبانی بهداری متولی تأمین، نگهداری، توزیع و آموزش کاربرد لوازم مورد نیاز در همه بخش‌ها بود که مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی در این راستا مسئول تأمین موارد زیر بود:
- ۱) تأمین کیف امدادی و تجهیز آن به لوازم پیشگیری و امدادی شیمیایی شامل ماسک، فیلتر، پودر رفع آلودگی، آتروپین خود تزریق و لباس‌های ضد شیمیایی.
 - ۲) تأمین کوله امدادگری برای امداد عمومی و شیمیایی.
 - ۳) تأمین ماشین‌های رفع آلودگی، کیت‌ها و وسایل تشخیص میدانی، تانکرهای مخصوص آلودگی‌زدایی و مواد رفع آلودگی.
 - ۴) تجهیز اورژانس‌ها و حمام‌های شیمیایی.
 - ۵) فراهم آوردن ساز و کار انتقال مصدومین به عقب با استفاده از وسایط نقلیه خاص

کمک‌های مردمی در تأمین داروهای جبهه‌ها

در دوران جنگ تحمیلی جمعیت هلال‌احمر و برخی از مردم در مساجد کمک‌های دارویی‌ا هدایی را دریافت و پس از تفکیک زیر نظر داروسازان و سایر افراد مطلع بسته‌بندی مجدد نموده و به جبهه‌ها اعزام می‌کردند. در ابتدای جنگ تحمیلی کارخانجات داروسازی فعالیت زیادی نداشتند این کمک‌های مردمی تا حدی جبهه‌ها را پوشش می‌داد.

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

سامانه تأمین و توزیع با شکل سازمانی قدیمی با تغییرات جزئی مراکز درمانی ارتش را پشتیبانی می‌کرد ولی سامانه تأمین دارو و تجهیزات در سپاه ساختار و سازمان تثبیت شده‌ای نداشت و باید همزمان با شکل‌گیری سایر بخش‌ها ایجاد می‌گردید. در ارتش در سال‌های اول جنگ بیمارستان‌ها و گردان‌های بهداری و بهداری رزمی در حوزه پشتیبانی تعریف شده بود و بهداری در ۴ منطقه پشتیبانی مستقر بودند. افراد داروساز و تکنسین‌های دارویی و تجهیزاتی که از عناصر دسته بهداری بودند، اصلی‌ترین کارهای بیمارستان‌ها (یعنی تأسیس، تأمین و نگهداری) را انجام می‌دادند. پس از شکل‌گیری بهداری سپاه مدیریت دارویی در مراکز بهداری، بیمارستان‌های صحرایی و مراکز پشتیبانی سپاه ایجاد گردید. در تهران مرکز پشتیبانی دارو، لوازم پزشکی و انفرادی و ش.م.ر. با نام مدیریت دارویی ایجاد شد و این مدیریت ضمن تأمین دارو و تجهیزات پزشکی، پشتیبانی امدادی، آمبولانس و تجهیزات انفرادی، لوازم و داروهای مقابله با عوامل شیمیایی را هم توزیع می‌نمود. پیش‌بینی، برآورد نیاز، خرید (در شرایط دشوار آن زمان)، انبارداری و نهایتاً توزیع از جمله اقداماتی بود که انجام می‌شد. یکی از اقدامات بسیار مؤثر مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی، تولید داخلی اقلام خاص بهداری از جمله تولید لباس‌های ضد عوامل شیمیایی، فیلترهای ضد آلودگی، پودرهای رفع آلودگی و داروهای نظیر آتروپین‌های خود تزریق و آمپول‌های آتروپین با دوز بالا بود. تأمین لوازم کوله امدادی امدادگران و کیسه‌های امدادی رزمندگان، تجهیز آمبولانس‌ها و تجهیز مدرین‌ترین بیمارستان‌های زیر زمین در دوران دفاع مقدس نشانه حجم زیاد اقدامات از سویی و کارآمد بودن ساختار تأمین و توزیع دارو و تجهیزات در رفع نیازهای بهداری رزمی است. امدادگران به اقلام کمک‌های اولیه به مجروحین تجهیز می‌شدند، عناصر پست امداد به وسایل احیا و پرسنل اورژانس‌های عملیاتی به تجهیزات احیای پیشرفته و درمان‌های غیر جراحی و نهایتاً بیمارستان‌های صحرایی به لوازم جراحی، اتاق عمل و سایر تجهیزات مورد نیاز مجهز می‌شدند.

نقش دارو و تجهیزات پزشکی در پیشگیری، رفع آلودگی و درمان مصدومین سلاح‌های نامتعارف

دفاع در مقابل تهدیدات شیمیایی به ۵ بخش مختلف تقسیم می‌شد:

منابع

1. Mansouri Larijani I. Introduction to Holy Defense. Qom: Khadem al-Reza Publications; 2011. [Persian]
2. Froutan S A. The chemical war in Iraq and its medical experiences. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences Publications; 2003. [Persian]
3. Namjooy Nik Kh. History of Military Medicine. Tehran: Iran Sabz Publications; 2009. [Persian]
4. Cheraghali A, Bagheri M, Shohrati M. Holy Defense Pharmacopoeia. Tehran: Baqiyatallah

University of Medical Sciences Publications; 2016. [Persian]