

DOR: <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25386328.1401.4.7.8.1>

Analysis of the role of the Ministry of Health in the imposed war

Rasoul Yahi¹, Norouz Hashemzahi²

Abstract

In most crises, especially war, the reduction of human casualties is the main condition for victory. The development of medical sciences and the use of advanced facilities besides equipping of personnel with the latest medical technologies lead to the reduction of weak points and therefore increases the factors related to the victory in war. The current research aims to analyze the role of the Ministry of Health and Medicine in the war, and tries to report the support of this ministry has been applied to the forces engaged in the war in the historical period from 1359 to 1367. First and second hand documents and sources and the narration of informed people were the resources cited. With the start of the imposed war, the health and treatment system, in coordination with other institutions, got involved in war issues. The results demonstrate that the development of health education, the development of hospital and hospital departments in the affected areas, the provision of health care services to the injured of chemical and aerial bombardment, martyrs, immigrants, refugees, prisoners, the provision of medical and health staff and the provision of medicine and the medical equipment of the fronts, as well as the coordination and sending of the wounded abroad, are among the most important types of specialized functions have been considered. On the other hand, collecting and sending cash donations and goods to the front, legal and legal measures for martyrs and students, witnessing and expanding Service to the community to increase satisfaction has been one of the most important types of public performance of this ministry. Also, initiative and creativity, fast dynamism and flexibility, decision-making power and freedom to act logically and effectively in the field of action, organizing according to combat and attracting creative and innovative forces, revolutionary management and command and control, maintaining the spirit of risk-taking and courage as characteristics The activism of health and treatment in the war was counted.

Keywords: *Imposed War, Ministry of Health, Relief, Combat Health, Combat Medicine.*

-
1. Researcher of Social and Economic Group, Kendokav Social Research Institute, Tehran, Iran.
 2. corresponding author: Assistant Professor, Department of Social Sciences and Communication, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tehran East Branch, Tehran, Iran; no_hashemzahi@yahoo.com

واکاوی نقش وزارت بهداشت و درمان در جنگ تحمیلی

رسول یاحی^۱، نوروز هاشم زهی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۷

چکیده

در اغلب بحران‌ها به ویژه جنگ، کاهش تلفات انسانی، شرط اصلی پیروزی است. توسعه علوم پزشکی و استفاده از امکانات پیشرفته و تجهیز نفرات به آخرین فناوری‌های روز پزشکی، منجر به کاهش نقاط ضعف و افزایش عوامل پیروزی در جنگ می‌گردد. پژوهش حاضر با هدف واکاوی نقش وزارت بهداشت و درمان در جنگ، تلاش کرده تا با روش توصیفی تحلیلی و با استفاده از اسناد و منابع دست اول و دوم و روایت افراد مطلع، پشتیبانی این وزارتخانه از نیروهای درگیر جنگ در مقطع تاریخی ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ را گزارش کند. با شروع جنگ تحمیلی، نظام بهداشت و درمان در هماهنگی با دیگر دستگاه‌ها، درگیر مسائل جنگ شد. نتایج نشان می‌دهد که توسعه آموزش بهداشتی و درمانی، توسعه بیمارستان و بخش‌های بیمارستانی در مناطق درگیر، ارائه خدمات درمانی بهداشتی به مجروحین بمباران شیمیایی و هوایی، ایثارگران، مهاجرین، آوارگان، پناهندگان، اسیران، تامین کادر درمانی و بهداشتی و تامین دارو و تجهیزات پزشکی جبهه‌ها و همچنین هماهنگی و اعزام مجروحین به خارج از کشور از مهمترین گونه‌های عملکرد تخصصی، و از سوی دیگر، جمع‌آوری و ارسال کمک‌های نقدی، کالایی به جبهه، اقدامات حقوقی و قانونی برای ایثارگران و دانشجویان شاهد و گسترش خدمات به جامعه برای بالابردن رضایتمندی از مهمترین گونه‌های عملکرد عمومی این وزارتخانه بوده است. همچنین ابتکار و خلاقیت، پویایی و انعطاف‌پذیری سریع، قدرت تصمیم‌گیری و آزادی عمل منطقی و مؤثر در صحنه عمل، سازماندهی متناسب با رزم و جذب نیروهای خلاق و نوآور، مدیریت و فرماندهی و کنترل انقلابی، حفظ روحیه خطرپذیری و جسارت به عنوان ویژگی‌های کنشگری بهداشت و درمان در جنگ احصاء گردید.

کلیدواژه‌ها: جنگ تحمیلی، وزارت بهداشت و درمان، امداد، بهداری رزمی، پزشکی رزمی.

۱. پژوهشگر گروه اجتماعی اقتصادی، موسسه تحقیقات اجتماعی کندوکاو، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم اجتماعی و ارتباطات، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

مقدمه و بیان مسئله

در هر تعریفی که از جنگ متعارف و اغلب انواع جنگ‌های دیگر پذیرفته شود، عنصر مجروحیت و تلفات نیروی انسانی رکن اجتناب‌ناپذیر آن به حساب می‌آید. حتی مقصود نهایی از جنگ اقتصادی، جنگ فرهنگی و جنگ اطلاعاتی نیز تسلیم شدن یک‌طرف در برابر طرف دیگر و تحمیل ذلت و استهلاک انسانی بازنده جنگ در درازمدت است. در ارزیابی‌ها از نتیجه هر جنگ، تعداد تلفات نیروی انسانی ملاکی اساسی است و معمولاً طرفین جنگ تلاش می‌کنند تا تلفات انسانی خود را به حداقل برسانند. استفاده از طب رزمی و تکنولوژی بهداشت یکی از راه‌های کاهش تلفات است. پزشکی، پرستاری، بهداشت و درمان همواره از نقش سرنوشت‌سازی در جنگ‌ها برخوردار بوده است. جایگاه بهداشت و درمان در نبردهای آتی با توجه به نوع تهدیدات، نحوه عمل، زمان اقدام و شیوه‌های ورود به این نبردها، بدون تحقیق، مطالعه و بهره‌گیری از تجارب جنگ‌های گذشته روشن نمی‌شود. ارتباط علوم پزشکی با علوم نظامی در راهبری و افزایش برتری نظامی بسیار مشهود و درهم تنیده است. ایجاد برتری نظامی در جنگ‌های آتی نیازمند ارتقاء کارایی‌های پزشکی متناسب با ماهیت جنگ‌ها می‌باشد. توسعه علوم در حوزه نظامی به‌ویژه شاخه پزشکی یک راهکار مؤثر و لازم است. به‌طور کلی در جنگ، اهمیت یک مأموریت شاخص بر این است که هر قشری در هر رشته‌ای اگر بتواند آمار تلفات خودی را کاهش و آمار تلفات دشمن را افزایش دهد، رسیدن به اهداف را ساده کرده است.

آن ساختاری که در عمل توانایی کاهش صدمات و مرگ‌ومیر سربازان در جنگ را دارد، پزشکی رزمی نامیده می‌شود. جنگ و اغلب کنش‌های اجتماعی امروزه تحت قلمرو اقتدار پزشکی درآمده و قدرت و دانش به‌طور غیرشفافی درهم آمیخته است (Knight, 2001). میشل فوکو معتقد بود که از قرن ۱۸ میلادی با شکل‌گیری پزشکی مدرن، پزشکان دیگر تنها پیامبران شفابخش و معجزه‌گر نیستند، بلکه می‌توانند صاحب ابزار اعمال قدرتی فراتر از شفا باشند. چراکه در طول تاریخ، شدیدترین نوع اعمال قدرت بر انسان‌ها، تصمیم‌گیری برای جسم آن‌ها و زنده ماندن و یا زنده نماندن آن‌ها بوده است. جنگجویان نیز مستثنا از تحت مراقبت و تحت تسلط قرار گرفتن هنجارهای دانش پزشکی نیستند. دانش پزشکی حتی در مورد مکان و چگونگی تدفین قربانیان جنگ نیز صاحب‌نظر است (Hewell, 2004). به نظر گاتمن یک جنگ موفق نه تنها به

هنر، علم جنگیدن، دفاع پیشرفته و به علاقه سربازان نیروهای مسلح آن کشور بستگی دارد، بلکه به خدمات پشتیبانی قوی آن جنگ نیز وابسته است. رسته پزشکی یکی از رسته‌های مهم پشتیبانی کننده در جنگ است. او بیان می‌دارد میزان مصدومان در هریک از جنگ‌های موفق در قرون ۲۰ و ۲۱ روند نزولی داشته است. یکی از عوامل موثر در این مسئله، مهارت‌های احیا و مداخلات جراحی و طبی رسته‌های پزشکی بوده است (Gutman, 2006)؛ بنابراین بالاترین و مهم‌ترین وظیفه را در بین رسته‌های مختلف پشتیبانی از نیروهای نظامی، نیروهای بهداشت و درمان بر عهده دارند، چراکه می‌توانند با فعالیت، ابتکارات و خلاقیت‌های فراوان خود، اثر چشمگیری در کاهش تلفات انسانی و سپس در موفقیت نیروهای مسلح یک کشور داشته باشند.

با توجه به تغییرات به وجود آمده در نوع، سطح و شیوه و رویکرد تهدیدات، در جنگ‌های نسل چهارم و کالبدشکافی تجارب اندوخته شده در دوران جنگ تحمیلی و مطالعه و تحقیق پیرامون محیط‌های جنگ آتی، پژوهشی در بخش بهداشت و درمان در این جنگ‌ها بیش از پیش ضروری و لازم به نظر می‌رسد. در دوران هشت سال جنگ تحمیلی در مقابله با تجاوز نظامی رژیم عراق با توجه به دامنه تهدید، علاوه بر نیروهای نظامی، دستگاه‌های اداری وابسته به قوای سه گانه و به ویژه قوه مجریه نیز نقش آفرینی کرده‌اند. یکی از این دستگاه‌ها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. با توجه به کارکرد ویژه انسجامی، وحدت بخشی و توسعه اجتماعی پزشکی و تأثیر آن بر ثبات و پایداری و سلامت جامعه و نیروهای نظامی، این پژوهش به مطالعه نقش و عملکرد وزارت بهداشت و درمان و حمایت و پشتیبانی این وزارتخانه در پیشبرد جنگ تحمیلی عراق علیه ایران می‌پردازد. سؤال اساسی این است که وزارت بهداشت و درمان در حمایت و پشتیبانی و پیشبرد جنگ به صورت مستقیم و غیرمستقیم در دوره ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ چه نقش و عملکردی داشته است؟

پیشینه تجربی پژوهش

نتایج حاصل از تحلیل ۹۵۲ صفحه از خاطرات ثبت شده کارکنان مراقبت بهداشتی که توسط فارسی و دهقان نیری (۱۳۹۶) در مقاله‌ای با عنوان «درد و رنج: تجربه کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در جنگ ایران و عراق» انجام گرفته، منجر به ظهور سه تم اصلی تحت عنوان «در

یک قدمی مرگ» با زیرتم‌های جراحت و یا شهادت کارکنان و خانواده‌های آنان، در یک قدمی اسارت، احساس خطر؛ «احساسات» با زیرتم‌های بلا تکلیفی، غم/ناراحتی، نگرانی، امید، ترس و وحشت، انتظار، ابهام و تردید، استرس، اضطراب، استیصال، شهود، انزجار از دشمن و «تحمل سختی‌های فراوان» با زیرتم‌های سپری کردن دورانی سخت و طاقت فرسا، اختلال در روند عادی زندگی، بار روانی، عادی شدن تدریجی شرایط و بازگشت به زندگی عادی شد. کارکنان مراقبت بهداشتی در طول جنگ ایران و عراق، درد و رنج بسیاری، از تحمل سختی‌ها و دشواری‌ها در زندگی روزمره گرفته تا حس کردن مرگ در یک قدمی خود تجربه نموده‌اند.

«تبیین تجربه‌ها و خاطرات معنوی کارکنان بهداشت و درمان در دفاع مقدس به روش تحلیل محتوای کیفی تجمیعی» تلاش علیاری و همکاران او (۱۳۹۴) است. آنان از تجزیه و تحلیل این خاطرات، ۶ مقوله و ۲۰ زیرمقوله به عنوان جلوه‌های معنویت در خاطرات کارکنان بهداشت و درمان استخراج کرده‌اند. اینار، از خودگذشتگی، انقلاب درونی، خلوص نیت، امدادهای غیبی و صمیمیت و همکاری مقوله‌های اصلی ناشی از مطالعه آنان به شمار می‌رود.

فیروز کوهی و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله خود با عنوان «تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران» نشان دادند که ورود مردان به پرستاری، تغییر برنامه‌های آموزشی پرستاری در اثر جنگ، به کارگیری تخصصی پرستاران در چهارساله دوم جنگ، افزایش توان مدیریتی پرسنل پرستاری، رشد حرفه‌ای پرستاری، تقویت بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه از درون‌مایه‌های استخراج شده از مصاحبه‌های پرستاران است. از دید آنان، نیروهای پرستار توانمندی در جنگ ساخته شدند که پرستاری را به سمت حرفه‌ای شدن پیش برده و جایگاه پرستاری را توسعه دادند. مروری بر تجارب به ثبت رسیده کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در طول جنگ‌های مختلف با تمرکز بر جنگ عراق علیه ایران» توسط فارسی و آزر می (۱۳۹۴)، با هدف انجام مطالعات جهت استفاده از تجارب کارکنان مراقبت بهداشتی در طول جنگ در راستای تبدیل دانش پنهان این گروه به دانش آشکار و شناسایی مهم‌ترین نقاط قوت و ضعف آنان در دفاع مقدس و استفاده از نتایج این پژوهش‌ها در مواجهه با بحران‌های احتمالی آتی صورت گرفته است. یافته‌های غنجال و همکاران (۱۳۸۴) در مقاله «مدیریت بهداری رزمی در پدافند جنگ‌های نوین» نشانگر این است که وظیفه مدیریت بهداری رزمی در پدافند جنگ‌های نوین فقط معطوف

به زمان جنگ و بحران نمی شود بلکه جهت دستیابی به اهداف خود باید هم در زمان صلح و هم در زمان جنگ و بحران طی انجام اموری چند به آماده سازی، تهیه و تدارک شرایط لازم و کسب اطلاع از سلاح ها و شیوه عمل و روش های مقابله با آنها پرداخته و در این زمینه آموزش های ضروری را به کارکنان نظامی و مردمی که خطر آنها را تهدید می نماید، ارائه کند.

چارچوب مفهومی:

در پیشینه مفهومی و نظری تعامل جنگ و سازمان اجتماعی بهداشت و درمان، رویکردهای مختلف از جمله جامعه شناسی پزشکی دیده می شود. همه این دیدگاه ها دارای اهمیت اند؛ چون جنگ و سازمان بهداشت و درمان پدیده هایی فوق العاده پیچیده بوده و منحصر به یک عامل و یک علت نیستند و به وسیله یک نظریه حوزه نظری نمی توان آنها را تبیین کرد. نظریه پردازان خوش بین جامعه شناسی مثل سن سیمون^۱، اگوست کنت^۲، هربرت اسپنسر^۳ بر این اصل تأکید دارند که جنگ زاده ساختار و روابط اجتماعی است و باید امیدوار بود که روزی این ساختار و روابط دگرگون شود و صلح جای جنگ را بگیرد. از دیدگاه این نظریه پردازان مسائل گوناگون جامعه بشری از جمله جنگ، معلول دگرگونی های ساختاری است. از آن سو کسانی مثل ایزوله^۴، کمپلویچ^۵ و ژرژ سورل^۶ نظریات بدبینانه ای دارند. آنان معتقدند که جنگ پدیده ای ابدی و غالباً مفید است. در نظریات بدبینانه که از نظریات اجتماعی مارکسیست ها ناشی می گردد، جنگ دائمی فقرا علیه ثروتمندان وجود دارد و منشأ این تعارضات در رقابت های اقتصادی است. به عقیده آنان ستیزها وسیله دگرگونی های اجتماعی هستند و این دگرگونی ها را می توان موجب ایجاد جامعه متعادل و خوب دانست. از منظر دسته سوم که جامعه شناسان کنش گرا هستند، جنگ کنش متقابل اجتماعی غیرهمسو یا گسسته است و زمانی به صلح می رسد که گروه ها و جوامع مختلف کنش های اجتماعی همسو یا پیوسته داشته باشند. لذا جنگ و ستیز در کنش های اجتماعی غیرهمسو یا مستقل روی می دهد. به عبارت دیگر، زمانی که کنش های پیوسته و همسو بر کنش های غیرهمسو غلبه

1. Claude Henri de Saint-Simon
2. Auguste Comte
3. Herbert Spencer
4. Iseult
5. Gumplovith
6. Georges Sorel

می‌کنند، ارتباط متقابل جوامع مبتنی بر همکاری خواهد بود، در غیراین صورت بین جوامع جنگ رخ می‌دهد (ادیبی، ۱۳۸۱: ۶۴).

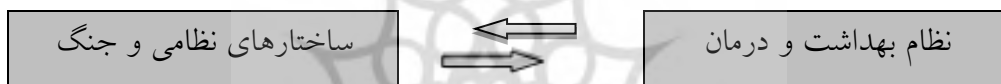
تجربه تاریخی نشان می‌دهد که جنگ یکی از پرتکرارترین حادثه یا اتفاق جوامع بشری است و تاکنون پیش‌بینی نظریه‌پردازان خوش‌بین و کنش‌گرا محقق نشده است. گاستون بوتول^۱، در کتاب جامعه‌شناسی جنگ می‌نویسد، جنگ بی‌تردید شگفت‌انگیزترین پدیده اجتماعی است. جنگ آفریننده تاریخ است. در واقع تاریخ صرفاً با شرح کشمکش‌های مسلحانه آغاز شده و بعید است که زمانی کاملاً از بین برود. جنگ یک تحول شتابان بوده و از تمام شکل‌های تحول حیات اجتماعی مهم‌تر است (بوتول، ۱۳۷۱: ۲). از نظر میشل فوکو^۲، مسئله بسترمندی باعث می‌شود تا وجوه شبکه پیچیده قدرت به عنوان مهم‌ترین عنصر تأثیرگذار در شکل‌دهی به بسترهای زیستی تبدیل به جدی‌ترین مؤلفه مشارکت‌کننده در فرایند شناخت شود و سوگیری خاص خود را به آن تحمیل کند. از نظر فوکو، قدرت و دانش در یک رابطه هم‌بسته قرار دارند. بدین صورت که دانش خود متأثر از مؤلفه‌های قدرت تولید شده و قدرت برای مانایی خود نیاز مبرم به تولید دانش و تداوم مشروعیت خود دارد. از نظر فوکو، روابط قدرت ذاتی دستگاه دانش است و به این ترتیب تجزیه قدرت و دانش اساساً امری ممتنع است. بر اساس نظریات فوکو، قدرت متقدم بر شناخت است و عقل و دانش نیز در خدمت تحقق اراده‌ها هستند (ایزدی و شاد، ۱۳۹۸: ۸۳).

با تحول در علوم و تکنولوژی، تلفات انسانی جنگ روزه‌روز بیشتر می‌شود و جنگ‌های نوین و آینده اتکای بیشتری بر علم و فن و مهندسی و پزشکی دارند. از نگاه لیدل هارت^۳، هدف یک فرمانده این نیست که به دنبال جنگ باشد، بلکه باید به دنبال یک موقعیت راهبردی برتر باشد، به طوری که اگر این برتری به خودی خود نتواند سرنوشت‌ساز باشد، ادامه آن از طریق جنگ، چنین دستاوردی را به ارمغان آورد. منظور از این ایده این است که هدف راهبردی بر هم زدن انسجام دشمن است که می‌تواند نتیجه‌ای مانند فروپاشی دشمن را نیز در پی داشته باشد. امری که ضرورتاً به مفهوم نبرد فیزیکی نیست و

1. Gaston Boutwell
2. Michel Foucault
3. Liddell Hart

می تواند مشتمل بر نتایج حاصل از عملیات روانی یا کاربرد ابزارهای فنی، علمی، مهندسی و پزشکی باشد (حیدری و عبدی، ۱۳۹۱: ۴۸).

جنگ از گذشته تاکنون با تحولات علمی و تکنولوژی و پزشکی در تعامل بوده است. ارتباط پزشکی با علوم نظامی در راهبری و افزایش برتری نظامی به گونه ای مشهود و درهم تنیده است که جلوه های آن در جنگ ایران و عراق قابل واکاوی است؛ بنابراین جنگ تحمیلی رژیم بعث عراق بر ایران نیز از این قاعده جدا نبوده و متولیان اداره جنگ در ایران از ظرفیت های وزارت بهداشت و درمان استفاده کرده اند. با توجه به مباحث نظری این فرض وجود دارد که بسترمندی و رابطه متقابل سیستم پزشکی و ساختارهای جنگی و نظامی ایجاب می کند که هر چه سازمان پزشکی ارتباط بیشتری با ساختار جنگی داشته باشد، نتیجه مناسب تری از نبرد به دست خواهد آمد. ترسیم شکلی این چارچوب به صورت زیر است:



شکل (۱) مدل تبیین نظری موضوع

سؤالات پژوهش:

بر اساس مستندات و منابع، وزارت بهداشت و درمان در طول هشت سال جنگ تحمیلی برای پیشبرد و پشتیبانی جنگ چه نقش های تخصصی ایفا نموده است؟

اقدامات و عملکرد عام وزارت بهداشت و درمان در طول هشت سال جنگ تحمیلی برای پیشبرد و پشتیبانی از جنگ چیست؟

روش تحقیق:

روش اصلی این تحقیق توصیفی تحلیلی مبتنی بر راهبرد اسنادی و روایت پژوهی و ابزار گردآوری داده، فیش برداری از اسناد و مصاحبه با مطلعان است. منابع و اسناد مطالعاتی به مثابه ابزاری برای پی بردن به معانی، مقاصد و انگیزه های کنش های عاملان اجتماعی و اطلاع از پدیده های اجتماعی تلقی می شود. پژوهش های با برد کلان و با برد متوسط در ارائه نظریات و گزارش پژوهش خود عمدتاً از روش پژوهش اسنادی استفاده می کنند. روش پژوهش اسنادی هم به منزله روشی تام و

هم تکنیکی برای تقویت سایر روش‌های کیفی در پژوهش‌های علوم اجتماعی مورد توجه بوده است. در این روش، پژوهشگر داده‌های پژوهشی خود را درباره کنشگران، سازمان‌ها، وقایع و پدیده‌های اجتماعی، از بین منابع و اسناد جمع‌آوری می‌کند. چنین روشی می‌تواند تکنیک‌های لازم برای بررسی پیشینه پژوهش‌ها را فراهم آورد.

تحلیل اسنادی یعنی تحلیل آن دسته از اسنادی که شامل اطلاعات درباره پدیده‌هایی است که قصد مطالعه آن‌ها را داریم. روش اسنادی مستلزم جست‌وجویی توصیفی و تفسیری است. در روش اسنادی، پژوهشگر به دنبال واکاوی مقاصد ذهنی و ادراک انگیزه‌های پنهان یک متن نیست. به همین دلیل، نمی‌توان توسعه تکنیکی روش اسنادی را چندان به سنت هرمنوتیک متصل کرد. در روش اسنادی، علاقه پژوهشگر این است که از فهم مقاصد و انگیزه‌های اسناد و متون یا تحلیل‌های تأویلی یک متن خارج شده و آن را به عنوان زبان مکتوب و گفتمان نوشتاری نویسنده، پذیرفته و مورد استناد قرار دهد (صادقی فسایی و عرفان‌منش، ۱۳۹۴: ۶۵). برای پر کردن خلأهای اسنادی از تکنیک روایت مطلعان نیز استفاده شده است. در این مورد با دو نفر از وزیران دوران جنگ تحمیلی و مدیرکل بهداری استان خوزستان و مؤسس بهداری رزمی دفاع مقدس مصاحبه به عمل آمد. ابزار تجزیه و تفسیر مصاحبه‌ها تحلیل تماتیک می‌باشد. عمده مستندات بخش اسنادی مشتمل بر اسناد عملکرد سی سال پس از انقلاب وزارت بهداشت و درمان، کارنامه دولت در دهه اول پس از انقلاب، اسناد قرارگاه صراط‌المستقیم، مصوبات هیئت‌وزیران در دوران جنگ تحمیلی، گزارش‌های طرح‌های تحقیقاتی مرتبط، اسناد تاریخچه طب نظامی، مقالات، کتاب‌ها و فیش‌برداری از روزنامه‌های دهه اول پس از انقلاب است.

یافته‌های پژوهش:

یکی از مأموریت‌های اصلی بهداشت و درمان، پشتیبانی‌های بهداشتی و درمانی از نظامیان در رابطه با مسائل، خطرات، صدمات و بیماری‌هایی است که به دلیل شرایط خاص شغلی در آن‌ها بروز پیدا می‌کند. درنهایت، این خدمات منجر به حفظ سلامتی نظامیان شده و توان نظامی را در آنان افزایش می‌دهد (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۰). وزارت بهداشت و درمان یکی از دستگاه‌های دولت ایران بود که در طول هشت سال جنگ تحمیلی به نقش آفرینی پرداخت. در این قسمت به

عملکرد تخصصی و عمومی آن در عرصه پشتیبانی از رزم پرداخته می‌شود.

الف) عملکرد عمومی در ارتباط با جنگ

جمع‌آوری و ارسال کمک‌های نقدی و کالایی به جبهه، اقدامات آموزشی، حقوقی و قانونی برای ایثارگران و دانشجویان شاهد و گسترش خدمات به عموم جامعه برای بالا بردن رضایتمندی از مهم‌ترین گونه‌های عملکرد عمومی وزارتخانه بوده است.

۱) گسترش خدمات و بالا بردن رضایتمندی عمومی برای مشارکت مردم در

جنگ

بر اساس اسناد بالادستی در سال‌های ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۴ اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی مختلف برای سلامت همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی، بهبود غذا و تغذیه صحیح، تأمین آب سالم و کافی و بهسازی اساسی محیط، مراقبت‌های بهداشتی مادران، کودکان و تنظیم خانواده، ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عمده و عفونی، پیشگیری از بیماری‌های شایع و بومی و کنترل آن‌ها، درمان مناسب بیماری‌ها مورد هدف بوده است (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۹: ۱۴). بسیاری از بیماری‌های واگیردار از کشور ریشه‌کن و در مناطق محروم، بیمارستان احداث گردید. همچنین در دهستان‌های بزرگ، درمانگاه و در روستاها، خانه‌های بهداشت برای ارائه خدمات به مردم راه‌اندازی شد (مصاحبه با منافی^۱، ۱۳۹۵).

توقف سیاست‌ها و برنامه‌های تنظیم خانواده و حذف ردیف بودجه و خدمات آن و در پیش گرفتن سیاست تشویق ازدیاد جمعیت و فرزندآوری که از الزامات دوران جنگ و شعار «اگر بیست سال هم طول بکشد، ایستاده‌ایم»، بود (حسینی بهشتی و ملکی، ۱۳۹۹: ۲۱۸). کاهش مرگ-ومیر کودکان و نوزادان و مادران در اثر زایمان و کاهش میزان خام مرگ‌ومیر در این دوره محسوس است (همان: ۲۱۹). یکی از سیاست‌هایی که دولت در حوزه سلامت در سال ۱۳۶۶ پیگیری نمود، بسیج و هدایت امکانات و توان‌های اجرایی در تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی و خدماتی حمایتی از جبهه و جنگ بود. در زمان جنگ هیچ‌گونه بیماری همه‌گیری عارض نشد (هوشیارحاجی حسینی، ۱۳۶۶: ۱۶). یکی از مصوبه‌های حوزه سلامت در این دوره، تأمین اعتبار

۱. یکی از وزرای بهداشت و درمان ایران در دوره جنگ تحمیلی

بهداشت و درمان، از جمله هزینه درمان مربوط به مجروحین جنگی بود (معاونت پژوهشی دفتر مطالعات فناوری نوین، ۱۳۸۹). بخش سلامت بهداشت و درمان به منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه، فعالیت‌ها و عملیاتی همچون بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم‌سازی محیط‌زیست، مبارزه با بیماری‌ها، تأمین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ایجاد و راه‌اندازی مراکز و واحدهای ارائه خدمات درمان سرپایی و بستری، تأمین و سلامت نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های گوناگون را انجام داد (قاراخانی، ۱۳۹۱: ۲۴۱).

(۲) اقدامات قانونی و حقوقی برای ایثارگران و دانشجویان شاهد

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای حمایت از پرسنل ایثارگر خود، تسهیلات و مزایایی را لحاظ کرده بود. از جمله این تسهیلات به تخصیص سهمیه پذیرش در آزمون سراسری برای آن دسته از پرسنل جبهه رفته‌ای بود که تمایل به ارتقای سطح تحصیلی خود داشتند (مصاحبه با مرندي، ۱۳۹۵). سال ۱۳۶۶ کلیه خانواده رزمندگان در استان مرکزی زیر پوشش درمان رایگان قرار گرفتند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۶). پیرو فرمان امام خمینی (ره)، در تاریخ ششم فروردین ماه ۱۳۶۵ مبنی بر پیگیری مجدانه امور تحصیلی و فرهنگی فرزندان معظم شاهد، شورای طرح و برنامه اساسنامه طرح شاهد را تدوین نمود. این اساسنامه در جلسه ۱۶۲ شورای عالی انقلاب فرهنگی در تاریخ ۲۹ آبان ماه ۱۳۶۹ به تصویب رسیده و در تاریخ ۱۳۶۹/۱۰/۱۷ جهت اجرا ابلاغ گردید. هدف از اجرای اساسنامه طرح شاهد، تربیت، آموزش و رشد همه جانبه فرزندان شاهد و برطرف ساختن موانع و معضلات موجود، با بسیج همه امکانات رسمی کشور و تشویق سرمایه‌ها و امکانات مردمی جهت فراهم آوردن شرایط مطلوب اسلامی در جهت شکوفایی فرهنگی این دانشجویان بود (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۵۰).

(۳) همکاری وزارت بهداشت و درمان با نیروهای مسلح در زمان جنگ

تحمیلی

وزارت بهداشت و درمان در تأمین دارو، ابزار و لوازم پزشکی، مأموریت اعزام کادر پزشکی خود برای خدمت در آن واحدها، ارائه آموزش‌های تخصصی در زمینه‌های امدادگری، نسخه-

خوانی و خدمات پرستاری و پزشکی به نیروهای مسلح و واحدهای رزمی آن‌ها از قبیل: قرارگاه‌ها، لشکرها، تیپ‌ها را برعهده داشت (وزیران، ۱۳۹۵).

(۴) جمع‌آوری و ارسال کمک‌های نقدی، کالایی و تجهیزات پزشکی به

مناطق جنگی

در سال ۱۳۵۹ شش دستگاه آمبولانس مجهز به بی‌سیم و لوازم پزشکی به استان خوزستان اعزام شده است. یک وانت حامل داروهای موردنیاز به جنوب ارسال شد و همچنین در این سال یک کامیون دارو به بیمارستان صحرائی سنندج و سایر مراکز فرستاده شد. سال ۱۳۵۹ پزشکان ایرانی در پاریس، هفتاد و چهار کارتن دارو به سفارت جمهوری اسلامی برای کمک به جبهه‌های جنگ فرستادند و دانشجویان پزشکی ایرانی در پاریس ۲۵ هزار فرانک برای جنگ‌زدگان جمع‌آوری کردند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۵۹). سال ۱۳۶۰، دو دستگاه آمبولانس مجهز به وسایل پزشکی و همراه با جراح متخصص چشم‌پزشکی، دندانپزشکی و فیزیوتراپ و تکنسین به جبهه‌ها اعزام شدند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۰). در سال ۱۳۶۴ بخش اعظم تهیه و تأمین دارو، ابزار و تجهیزات پزشکی موردنیاز برای تجهیز واحدهای درمانی و بیمارستان‌های صحرائی و غیره برعهده وزارت بهداشت بود. در همین سال تجهیز و راه‌اندازی و ارسال یک دستگاه کانکس سیار دندانپزشکی که شامل دو یونیت و صندلی و کلیه امکانات لازم جهت درمان و ترمیم و جراحی به یک دستگاه رادیوگرافی به جبهه‌های جنگ فرستاده شد و همچنین کارکنان مدرسه عالی پرستاری مبلغ هفتاد و پنج هزار و پانصد ریال پول نقد به همراه مقادیری قرآن جیبی، البسه، قندوشکر، رب گوجه‌فرنگی، مربا و کمپوت، کنسرو و گونی خالی به جبهه‌های نبرد ارسال نمودند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۴).

در سال ۱۳۶۵ هدایایی شامل میوه، مواد غذایی، دارویی، لباس و وسایل بهداشتی، به جبهه ارسال شد (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۵). سال ۱۳۶۶، حدود پنجاه میلیون ریال تجهیزات پزشکی شامل، دستگاه‌های رادیولوژی، بیهوشی و وسایل اتاق عمل از محل کمک‌های اهدایی کارکنان و اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و اعضای هیئت‌امنای مراکز آموزشی و درمانی وابسته به این دانشگاه به جبهه‌های نبرد ارسال شد (روزنامه جمهوری

اسلامی، ۱۳۶۶).

ب) عملکرد تخصصی در ارتباط با جنگ

در آستانه جنگ، ارتش حدود ۵۰ بیمارستان و مرکز پزشکی داشت و سایر نیروهای مسلح مثل سپاه و بسیج تازه تأسیس بودند و هیچ رده بهداشتی و درمانی نداشتند و نظام بهداشت و درمان کشور از ساختار ارتش پشتیبانی کرد. همچنین ارتش در طول جنگ به کمک بهداشت و درمان کشوری به ساخت بیمارستان‌های زیر مبادرت نمود:

بیمارستان صحرائی زیرزمینی چنانه دهلران (شهید مخبری)، بیمارستان کانکسی سیار ۵۰ تختخوابی سپینتا اهواز، بیمارستان ۵۰ تختخوابی چادری شهباز جاده اندیمشک دهلران، بیمارستان (زیرزمینی) صحرائی حمید (ایستگاه حمید) جاده اهواز خرمشهر، بیمارستان صحرائی (زیرزمینی) حسینه در جاده خرمشهر آبادان، بیمارستان صحرائی (زیرزمینی) منطقه ای ۵۲۸ سومار (شهید سرگرد دکتر هجرتی)، بیمارستان صحرائی (زیرزمینی) نفت شهر، بیمارستان صحرائی (زیرزمینی) پادگان ابوذر (سرپل ذهاب)، بیمارستان صحرائی کولان مریوان، بیمارستان صحرائی (زیرزمینی) کلاشین (شهدای بدر) اشویه، بیمارستان صحرائی شهید رضائیان در شمال غرب، بیمارستان شهید بقایی دزفول (نامجوی نیک، ۱۳۸۹: ۱۴۰: ۱۵۰).

علاوه بر این پاره‌ای از مضامین عملکرد تخصصی وزارت بهداشت و درمان بدین شرح

است:

(۱) توسعه آموزش پزشکی در جنگ

بسیاری از آموزش‌های پزشکان و پیراپزشکان و سایر رده‌های نیروی انسانی سلامت، با اهتمام دانشگاه‌های علوم پزشکی و تلاش اساتید و سایر رده‌های آموزشی، طراحی، تمهید و اجرا شده است. نیروهای پرستاری، بهیاری و حتی امدادگرهای حاضر در صحنه نبرد این آموزش‌ها را در شهر می‌دیدند و با آمادگی به جبهه‌ها اعزام می‌شدند (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۹۷). این آموزش‌ها شامل بهداشت جبهه، بهداشت سنگر، بهداشت آب، بهداشت مواد غذایی، نشانه‌های مهم بیماری‌های بومی، کمک‌های اولیه و حمل مجروحین و مصدومین، بهداشت شخصی، واکسیناسیون بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، مبارزه با عقرب، رتیل، مگس و جوندگان، دفع زباله در جبهه، بیماری‌های بومی منطقه، حیوان‌گزیدگی و گرم‌زدگی بودند.

(۲) ایجاد بیمارستان در شهرهای جنگ‌زده

رسیدگی فوری به آن دسته از مجروحین که شدت جراحات آن‌ها چنان بود که امکانات و کادر پزشکی بیمارستان‌های صحرائی از عهده درمان آن‌ها برنمی‌آمد و نیز مجروحینی که پس از معالجات اولیه در مناطق عملیاتی، جهت بستری شدن طولانی‌مدت و تداوم درمان خویش نیاز به مراجعه به بیمارستان‌هایی با امکانات و امنیت بیشتر و بالاتر داشتند، وزارت بهداشت و درمان را بر آن داشت تا در شهرهای امن‌تر استان‌های جنگ‌زده اقدام به تأسیس بیمارستان‌های جدید نمایند. همچنین این وزارتخانه به توسعه و نوسازی بیمارستان‌های موجود جهت ارائه خدمات درمانی بهتر و بیشتر اقدام نموده بود (جمهوری اسلامی، ۱۳۶۵).

(۳) توسعه بخش‌های بیمارستانی و درمانی در مناطق و عقبه خطوط جنگ

بیمارستان‌ها در عقبه خطوط درگیری برای نجات جان رزمندگان مجروح احداث شد و پزشکان و پرستاران با حضور در این مراکز، فرشته نجات جان مجروحان می‌شدند (حیدرپور، ۱۳۷۶). وزارت بهداشت و درمان نیز در تجهیز و تأمین دارو، ابزار و لوازم پزشکی، درمانی و جراحی و نیز کادر تخصصی پزشکی و پرستاری موردنیاز بیمارستان‌های صحرائی همکاری مؤثری از خود نشان داد (مصاحبه با مرندي، ۱۳۹۵). بیمارستان‌های صحرائی ابتدا فعالیت خود را از سطح کمترین امکانات آغاز کرده بودند و تقریباً سازمان‌دهی مشخصی بر آن‌ها حاکم نبود. در پایان جنگ به میزانی از تکامل و پیشرفت کمی و کیفی دست یافتند که می‌توان آن را الگو و نمونه‌ای شایان توجه در این زمینه برشمرد. در ابتدا این بیمارستان‌ها، سوله‌ای و کانکسی بودند اما پس از سال ۱۳۶۳، بیمارستان‌های بتنی ساخته شدند. در مجموع در مدت جنگ تحمیلی، ۴۸ بیمارستان صحرائی کانکسی، سوله‌ای، بتنی و ... در مناطق جنگی راه‌اندازی و به کار گرفته شدند. از نظر ارائه خدمات پزشکی آن بیمارستان‌ها اعلام شده است که بیش از ۳۰٪ از مجروحینی که در اتاق‌های عمل بیمارستان‌های صحرائی مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند در صورت توقف طولانی‌تر در محوطه تریاژ به شهادت می‌رسیدند و با توجه به عملکرد بیمارستان‌های صحرائی و مجموعه عظیم اعمال جراحی انجام گرفته، به جرئت می‌توان گفت که اگر بیمارستان‌های صحرائی در خطوط مقدم جبهه استقرار نداشتند، بیش از ۵۰٪ از مجروحین عمل شده در آن بیمارستان‌ها به

شهادت می‌رسیدند. (طهماسبی پور، ۱۳۹۲، ۱۵).

علاوه بر بیمارستان‌ها، مراکزی برای نگهداری آن دسته از مجروحین و مصدومین جنگی که نیازی به خدمات پزشکی نداشتند، تهیه شد. این نقاهتگاه‌ها برای مجروحینی که بهبودیافته و منتظر برگرداندن به جبهه بودند و یا مجروحینی که منتظر اعزام به شهرهای دیگر جهت ادامه درمان بودند، مورد استفاده قرار می‌گرفت. بزرگ‌ترین این نقاهتگاه‌ها - که توسط سازمان منطقه بهداری خوزستان بنا شدند - عبارت‌اند از نقاهتگاه مستقر در ماهشهر، نقاهتگاه مستقر در ورزشگاه تختی و نقاهتگاه مستقر در شهرک بیمارستانی فجر اسلام (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۶۶).

اولین بیمارستان صحرائی سپاه به نام حضرت امام رضا (ع) در جاده حضرت صاحب‌الزمان (عج)، در منطقه هورالعظیم، ساخته شد (www.defapress.ir). این بیمارستان در دشت جفیر و در مجاورت چهارراه صاحب‌الزمان (عج) و در شرق هورالهویزه واقع شده است و ساخت آن در سال ۶۳ و پس از عملیات خیر شروع شد و پس از عملیات بدر به بهره‌برداری رسید و تا پایان جنگ تحمیلی فعالیت داشت. این بیمارستان نخستین بیمارستان بتنی در جنوب کشور بود. هفت اتاق عمل، ۱۴ تخت اورژانس، واحد رادیولوژی و جایگاه فرود هلی‌کوپتر از امکانات این بیمارستان بود. دومین بیمارستان، بیمارستان فاطمه‌الزهرا (س) در منطقه چوئبده آبادان قرار داشت و هدف از احداث آن پوشش مجروحان عملیات والفجر هشت بود (کیانی، ۱۳۹۶: ۲۵). زمانی که فاو تصرف شد یک بیمارستان بتن‌آرمه‌ای به نام بیمارستان امام سجاد (ع) در شهر فاو ساخته شد. این بیمارستان چند اتاق عمل داشت که از قطعات بتنی ساخته شده بود. به این صورت که روی قطعات بتنی خاک می‌ریختند و روی خاک هم دال بتنی به ضخامت ۲۰ الی ۳۰ سانتیمتر گذاشته می‌شد که هواپیماهای دشمن هرچقدر آن منطقه را بمباران می‌کرد نمی‌توانست به این بیمارستان آسیب برساند. در میان بیمارستان هم بالابری نصب شد تا مجروحانی را که عمل جراحی روی آن‌ها انجام شده بود به بالا انتقال دهند و هلیکوپتر آن‌ها را به پشت جبهه ببرد (حیدرپور، ۱۳۷۶).

بیمارستان امام حسین (ع) در کیلومتر هفت جاده شهید شرکت خوزستان و در نزدیکی ایستگاه حسینیه در حاشیه جاده اهواز - خرمشهر تا دارخوین، در سال ۱۳۶۱ در فاصله‌ای حدود ۳۰ کیلومتر از خرمشهر احداث شد. سازه این بیمارستان در ابتدا سوله یا آهنی و ورقه‌های فلزی بود

که بعدها و برای پوشش عملیات کربلای چهار به بیمارستانی با سازه بتنی و در مساحتی حدود سه هزار و ۶۰۰ مترمربع توسعه یافت. در عملیات‌های کربلای پنج و والفجر هشت این بیمارستان به مجروحان دوران پدافند در جبهه‌های جنوب خدمات مؤثری ارائه کرد. کادر بیمارستان از پرسنل اعزامی از سراسر کشور تأمین، ولی مدیریت آن توسط بهداری رزمی قرارگاه کربلا (بهداری جنوب) اداره می‌شد. بیمارستان یک بخش مجزا مربوط به انجام اقدامات اولیه درمانی مجروحان شیمیایی داشت و رادیولوژی، آزمایشگاه، بانک خون، هشت اتاق عمل، ۲۵ تخت اورژانس و ۲۰ تخت شیمیایی، داروخانه و آی سی یو از واحدهای این بیمارستان بودند. حدود ۱۵۰۰ نفر کادر پزشکی و ۱۲۰ نفر کادر اجرایی این بیمارستان را اداره می‌کردند و پوشش عملیاتی بیمارستان امام حسین (ع) از خرمشهر تا پاسگاه زید و صحرای کوشک در خوزستان امتداد می‌یافت. بر اساس آمار و مدارک موجود، این بیمارستان در عمر حدود ۲/۵ ساله خود در دوران دفاع مقدس حدود ۲۷ هزار مجروح را پذیرش کرده و حدود یک هزار و ۸۰۰ عمل جراحی در آن صورت گرفته است. در سال ۱۳۶۷ و پس از پذیرش قطعنامه ۵۹۸ و در جریان تجاوز مجدد عراق به مرزها، این بیمارستان در آستانه سقوط قرار گرفت و دشمن تا ۲ کیلومتری آن پیشروی کرد و با شلیک گلوله مستقیم تانک موجب تخلیه و صدماتی به آن شد (اسناد قرارگاه صراط‌المستقیم و خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران).

یکی از فعال‌ترین بیمارستان‌های صحرایی دوران دفاع مقدس که در فاصله ۱۰ کیلومتری شمال شرقی آبادان و بین دو جاده آبادان - اهواز و آبادان - ماهشهر قرار دارد، بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) است. سازه این بیمارستان بتنی با پوشش خاکی فوق‌العاده مناسب بود که برای پوشش عملیات کربلای چهار در سال ۱۳۶۵ فعالیت خود را آغاز کرد. این بیمارستان مرکز اصلی درمان مجروحان عادی و شیمیایی عملیات کربلای چهار بود. بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) در عملیات‌های کربلای پنج و هشت و عملیات بیت‌المقدس هفت نقش اساسی داشت (همان).

(۴) تأمین دارو، لوازم و تجهیزات پزشکی جنگ و جامعه

با وجود مشکلات و مضایق دوران انقلاب و تحریم و جنگ و کم‌تجربه بودن مدیران، وزارت بهداشت با تلاش‌های فراوان توانسته بود تا اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی موردنیاز

جامعه و جبهه و جنگ را تأمین نماید و کمبودها را به حداقل برساند. از سوی دیگر توجه به ایجاد و تقویت کارخانه‌های تولید دارو و مواد بهداشتی در کشور عرصه‌ای دیگر از حرکت بردار خودکفایی برای تولید انبوه دارو و لوازم و تجهیزات پزشکی بود که در آن دوران توانسته بود پیشرفت‌های ملموسی حاصل نماید و بخش اعظم نیازهای جامعه و جبهه و جنگ را پوشش دهد و تأمین کند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۳). در خوزستان تعداد قابل ملاحظه داروخانه دایر بود که خدمات دارویی را به مردم عرضه می‌نمود و همه آن‌ها به وسیله دکترهای داروساز تأسیس و یا اداره می‌شدند؛ اما از مهر ۱۳۵۹ وضعیت تغییر کرد، خرمشهر و آبادان به صورت شهرهای جنگی درآمدند و خالی از سکنه شدند و به تبع این وضعیت، مطب‌ها و داروخانه‌ها تعطیل شدند. شوش و سوسنگرد نیز به همین وضعیت دچار شدند. اهواز نیز از روز ۱۷ مهرماه ۱۳۵۹ متعاقب انفجار انبار مهمات و خروج مردم از شهر به حالت تعطیل درآمد و مطب‌ها و داروخانه‌ها نیز تعطیل شدند و آن دسته از داروسازان که در مؤسسات دولتی شاغل نبودند، شهر را ترک کردند و به شهرهای دیگر مهاجرت نمودند. داروخانه‌های مملو از دارو، همه تعطیل شد و بیم آن می‌رفت که داروها در داروخانه‌ها فاسد شود یا تاریخ مصرف آن‌ها بگذرد؛ لذا مدیریت دارویی سازمان منطقه‌ای بهداشتی خوزستان با ارسال پیام‌های رادیویی و یا کتبی از مدیران داروخانه‌ها خواست تا برای حفظ این داروها که مورد احتیاج مردم و جبهه بود، شخصاً با اعزام نماینده داروهای موجود خود را به سازمان منطقه‌ای بهداشتی خوزستان بفروشند تا به این ترتیب هم جلوی ضرر و زیان‌های آن‌ها گرفته شود و هم بخشی از نیازهای دارویی جبهه و شهرهای پشت جبهه نیز با اجرای این سیاست برطرف گردد که این موضوع با استقبال آن‌ها مواجه و به خوبی انجام شد. دارو و تجهیزات پزشکی موردنیاز برای جبهه و اعمال جراحی جنگی نیز همه پیش‌بینی شده و به تهران اعلام شد و به سرعت به اهواز ارسال می‌گردید (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۶۷).

(۵) تأمین نیازهای بهداشتی رزمندگان در مناطق جنگی

خدمات بهداشتی جنگ از پادگان‌های آموزشی آغاز شد. معاینات عمومی، تشکیل پرونده بهداشتی، واکسیناسیون برعلیه کزاز و مننژیت، آموزش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در این سطح انجام می‌شد. پس از کسب تجارب اولیه و هماهنگی لازم، کنترل بهداشتی و واکسیناسیون از تاریخ ۱۳۶۲/۳/۲۲ اجباری شد و تا پایان سال ۱۳۶۴ حدود ۷۷۳ هزار نفر برعلیه کزاز واکسینه

شدند. در فاصله ۱۳۶۲ تا ۱۳۶۴ قریب ۲۰۰ هزار نفر بر علیه منتزیت واکسینه شدند.

سایر اقدامات بهداشتی خاص رزمندگان و مناطق درگیری به شرح زیر بوده است:

۱- آموزش اصول بهداشتی فردی و عمومی و ارتقاء سطح آگاهی‌های بهداشتی رزمندگان قبل از اعزام؛ ۲- برگزاری سمینارهای علمی با موضوع بهداشت در جنگ به منظور کاهش مشکلات بهداشتی جنگ؛ ۳- کنترل مواد غذایی مصرفی رزمندگان در مبادی تهیه و نگهداری، فرآوری و طبخ، حمل و نقل و توزیع؛ ۴- برنامه ویژه کنترل منابع آب آشامیدنی کلرزنی آزمایش‌های ضروری؛ ۵- سایر اقدامات، شامل کنترل منابع آب و فاضلاب، زباله، گندزدایی محیط، مبارزه با حشرات، جوندگان و کنترل بهداشت اماکن بیماری احتمالی و مراقبت از بیماران و اگیردار در مراکز نزدیک به خطوط درگیری یا در شهرها؛ ۶- اقدامات ویژه کنترل‌کننده لشمانیازسیون و تب پشه‌خاکی. تا پایان جنگ تحمیلی قریب به ۲ میلیون نفر لشمانیازسیون شدند و اثربخشی آن حدود ۸۶ درصد ارزیابی گردید. این اقدام توسط دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران از سال ۱۳۶۰ آغاز و تا پایان جنگ ادامه یافت. کنترل بیماری تب پشه‌خاکی هم همزمان با مبارزه با مالاریا توأم با سمپاشی انجام می‌شد و واکسینی در زمان جنگ بر علیه آن در اختیار قرار داده شد؛ ۷- اقدامات گسترده کنترل مالاریا و درمان رزمندگان که توسط ادارات مبارزه با مالاریا در طول جنگ ادامه یافت؛ ۸- مبارزه با گال، بیماری و درمان آن همراه با توسعه بهداشت فردی؛ ۹- تهیه کیت‌های بهداشت فردی و افزودن آب به تجهیزات کوله‌بار رزمندگان و آموزش کاربرد آن؛ ۱۰- مبارزه با مار و عقرب گزیدگی از طریق توزیع سرم‌های درمانی تهیه شده در موسسه واکسن و سرم‌سازی رازی و دفع پیشگیرانه از طریق حشره‌کش‌ها و توتون و تنباکو (behdarirazmi.ir).

(۶) فراخوان و اعزام کادر درمانی و بهداشتی به جبهه‌ها

هنگام شروع جنگ تعداد کل پزشکان قریب به ۱۲ هزار نفر بود. تعداد متخصصین جراحی مغز و اعصاب در کل کشور فقط ۴۰ نفر بود. با شروع جنگ، ستادی در وزارت بهداشت با حضور وزیر و معاونین تشکیل شد که همه فعالیت‌ها را در مناطق جنگی زیر نظر داشت و مستقیماً به اعزام پزشکان و نیروهای موردنیاز دیگر اقدام می‌نمود. پس از چندی ستاد ویژه‌ای در وزارتخانه تشکیل

گردید که به نام ستاد امداد و درمان مستقیم مصدومین و مجروحین جنگ موسوم شد. این طرح در شرایطی آغاز به کار کرد که فقط صورت اسامی پزشکان شاغل در وزارت بهداشتی را در اختیار داشت و سازمان نظام پزشکی نیز به دلیل مهاجرت بسیاری از پزشکان به خارج از کشور، فهرست درستی از پزشکان موجود در کشور را در دست نداشت. چند نفر از کارکنان این ستاد در خیابان‌های تهران حرکت می‌کردند و اسامی پزشکان را از تابلوهای نصب‌شده در سر در مطب‌هایی که باز بود یادداشت و برای اعزام به جبهه از آنان دعوت می‌کردند که به ستاد مراجعه نمایند. مدیران این ستاد به تلفن‌های ستاد مناطق جنگی پاسخ داده و نیروهای موردنیاز را تأمین می‌نمودند (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۱-۱۵۲).

پزشکان موردنیاز از چند منبع تأمین می‌شدند: الف) پزشکان شاغل در سازمان منطقه‌ای بهداشتی خوزستان، دانشکده پزشکی اهواز، بهداشتی‌های صنعت نفت و سایر سازمان‌ها و بخش خصوصی خوزستان به‌ویژه در ابتدای جنگ که حملات دشمن منحصر به آبادان، خرمشهر و سوسنگرد بود. نیروهای پزشکی خوزستان کفاف خدمات را می‌داد ولی وقتی حملات گسترده‌تر شد و اهواز و دزفول نیز هدف قرار گرفت نیاز به کمک خارج از استان احساس شد. ب) پزشکی‌های که به طور داوطلبانه خود به جبهه‌ها می‌آمدند. ج) پزشکی‌های که از طریق ستادهای امداد درمان استان‌های بزرگ در شیراز، اصفهان و مشهد سازمان‌دهی می‌شدند و به طور منظم هر کدام یکی از جبهه‌ها را پوشش می‌دادند. شیراز گروه‌های پزشکی را ماهانه به اهواز اعزام می‌نمود و برای سرعت در ارتباط، نماینده‌ای را در ستاد پزشکی اهواز مستقر نموده بود. مشهد در پوشش درمانی دزفول مشارکت داشت. اصفهان نیروهای خود را به اهواز اعزام می‌کرد تا از طریق ستاد امداد پزشکی اهواز به هر کجا که نیاز باشد اعزام شوند. ستاد اصفهان علاوه بر تیم‌هایی که در هر ماه اعزام می‌نمود، هر زمان نیز که به طور اورژانس ستاد اهواز تلفنی نیروهای خاصی را درخواست می‌کرد ظرف ۱۲ ساعت تأمین می‌نمود. د) برای تأمین قانونمند نیروهای پزشکی ریزنی‌های زیادی انجام شد و بالاخره قانونی در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که همه پزشکان موظف می‌شدند، هر سال یک ماه به مناطق جنگی اعزام شوند. قانون دیگری هم متعاقباً به تصویب رسید که هر فارغ‌التحصیل گروه پزشکی باید به‌موجب آن ۵ سال در مناطق محروم خدمت کند. بعدها این مدت به ۳ سال تقلیل داده شد (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۵۸-۱۵۹).

در سال ۱۳۵۹، مرکز پزشکی فیروز گر، شش تیم مجهز به پزشکی و بهداشتی متشکل از ۲۲ پزشک متخصص جراحی عمومی، بیهوشی، ارتوپدی، رادیولوژی، داخلی مغز و اعصاب، کارشناس بهداشت، بهیار و کمک بهیار، به شهرهای اهواز، دزفول، سنندج، ماهشهر، ارومیه و ایلام اعزام نمودند. در همین سال یک اکیپ بهداشتی - درمانی به خوزستان و لرستان و یک اکیپ دندانپزشکی به ایلام اعزام شدند و یک تیم ۱۴ نفره پزشکی به اهواز اعزام شد. همچنین در این سال گروه پزشکی و جراحی به سنندج اعزام شدند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۵۹).

در سال ۱۳۶۱ وزارت بهداشت، پزشکان و کادر درمانی وزارتخانه را الزام به حضور یک‌ماهه در جبهه‌ها نمود. بر اساس این طرح، همه پرسنل کادر درمانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مکلف شده بودند تا یک ماه از سال را در جبهه‌ها یا مناطق جنگ‌زده کشور خدمت کنند و مزایای حقوقی و فوق‌العاده‌های کارانه آن‌ها را به عنوان مشوقی برای آنان لحاظ کرده بودند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۱). سال ۱۳۶۴، توجه وزارت بهداشت برای تأمین نیروی متخصص موردنیاز جبهه‌ها، به تشکیل گروه‌های پزشکی اضطراری معطوف شد. هسته اصلی تیم‌های اضطراری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های بزرگ شکل گرفت. اساتید، دستیاران و سایر متخصصان در شرایط فراخوان و اضطراری در بیمارستان‌های خطوط مقدم حضور فعال داشته و به وظایف خود عمل می‌نمودند (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۹۷). اعضای این گروه‌ها که به پزشکان ساک به دست معروف شده بودند، شامل تیم‌های جراحی می‌شدند که به هنگام ضرورت‌های خاص به ویژه انجام عملیات‌های بزرگ با یک تماس تلفنی از سوی واحدهای بهداری رزمی نیروها یا قرارگاه‌های نظامی سپاه و ارتش فراخوانده می‌شدند و آن‌ها نیز در اسرع وقت خود را به محل موردنظر می‌رساندند. این گروه شامل پزشک جراح، دستیار یا دستیارها، متخصص بیهوشی و پرستاران بودند. آن‌ها همواره ساک و وسایل شخصی و تجهیزات خود را در محل کار و خانه آماده در دست داشتند تا در صورت اعلام نیاز، بدون خداحافظی و گرفتن مرخصی یا مأموریت، خود را به فرودگاه رسانده و با اولین پرواز راهی شهری که به منطقه عملیاتی موردنظر نزدیک تر بود، شوند. آنجا نیز ماشین با راننده به انتظارشان مانده بودند تا به مناطق عملیاتی موردنظر اعزام و سریعاً لباس‌های اتاق عمل را پوشیده و در بیمارستان‌های صحرائی، زیر توپ و گلوله و بمباران هوایی دشمن به عمل جراحی مجروحین که به آنجا انتقال داده می‌شدند؛

بپردازند. آنجا مجروحینی را می‌آوردند که اگر همان لحظه جراحی نمی‌شدند تا اعزام به بیمارستان‌های پشت خط دوام نمی‌آوردند و از دست می‌رفتند. در آن بیمارستان‌های صحرایی خطوط عملیاتی، مجروحین پس از عمل جراحی و تثبیت وضعیت، جهت بستری شدن و تکمیل مراحل درمانی به بیمارستان‌های دیگر در شهرهای نزدیک به مناطق عملیاتی انتقال داده می‌شدند و به دست اکیپ‌ها یا گروه‌های عادی پزشکان و کادر تخصصی که بر اساس همان طرح یک‌ماهه به مناطق جنگ‌زده آمده بودند، سپرده و درمان لازم را دریافت می‌نمودند (مصاحبه با احدی، ۱۳۹۳).

مجروحینی هم که نیاز به درمان تخصصی‌تر داشتند، به بیمارستان‌های کلان‌شهرها از جمله تهران اعزام می‌شدند تا به بهبودی کامل برسند. در مواردی هم که وضعیت مجروحی چنان بود که در داخل امکان درمان و معالجه‌اش نبود به خارج اعزام می‌گردید (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۴). سال ۱۳۶۵، وزارت بهداشت در اطلاعیه‌ای از کلیه پزشکان مشمول طرح قانونی خدمت یک‌ماهه دعوت کرد جهت تعیین محل مأموریت و تاریخ اعزام شش‌ماهه اول سال جاری به مراکز مربوطه مراجعه کنند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۵). فروردین ۱۳۶۵، اولین کاروان دندانپزشکی که شامل ۲۰۰ نفر از اساتید و دانشجویان دوره بالینی دانشکده‌های دندانپزشکی بود، اعزام جبهه‌های جنگ شدند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۵). سال ۱۳۶۶، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آئین‌نامه طرح اعزام شش‌ماهه دانشجویان گروه پزشکی به جبهه‌ها را ابلاغ نمود. در این سال، کادر درمانی سازمان منطقه‌ای بهداشتی استان همدان جهت اعزام به جبهه‌ها در شش مرحله نوبت‌بندی شدند (روزنامه جمهوری اسلامی، ۱۳۶۶).

(۷) تأمین کادر تخصصی برای معالجه و درمان مجروحان جنگی

اقدام وزارتخانه در ارتباط با تأمین و جبران کمبود کادر تخصصی پزشکی، ایجاد و توسعه مراکز آموزش متخصص در همه رشته‌های دانش پزشکی بود. در این راستا از سال ۱۳۶۳ با بازتعریف مأموریت‌ها، وزارت بهداشتی و بهزیستی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تغییر نام یافت و متولی اداره و ارتقای همه مراکز آموزش عالی و پژوهشی، پزشکی در کشور گردید. در راستای این سیاست، دانشکده‌های پزشکی از مجموعه وزارت فرهنگ و آموزش عالی

منفک و با ارتقا و توسعه آنها تا سطح دانشگاه، زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفتند. تحت مدیریت این وزارت خانه و به منظور افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان در رشته‌های مختلف پزشکی، در بسیاری از شهرهای بزرگ دانشگاه علوم پزشکی ایجاد گردید و با راه‌اندازی رشته‌های مختلف، ظرفیت پذیرش دانشجویان بالا رفت. دستاورد این اقدام در کوتاه‌مدت، بهره‌مندی از خدمات دانشجویان در رشته‌های پزشکی و پرستاری در تداوم ارائه خدمات به مجروحین جنگ تحمیلی و در بلندمدت هم رسیدن به خودکفایی در کادر تخصصی پزشکی بر اساس استانداردهای روز دنیا بود (روزنامه جمهوری اسلامی ۱۳۶۱).

(۸) هماهنگی و اعزام مجروحین جنگ به خارج از کشور

گاهی پیش می‌آمد که نوع جراحت و آسیب‌دیدگی و نیز شدت آن در تعدادی از رزمندگان و جانبازان جنگ تحمیلی یا آسیب دیدگان از جنگ به گونه‌ای بود که در داخل امکان معالجه آنها با آن کیفیتی که انتظار می‌رفت، میسر نبود؛ بنابراین در چنین مواردی، وزارت بهداشت و درمان با هماهنگی و همکاری دیگر دستگاه‌های دست‌اندرکار از جمله مرکز پزشکی بنیاد شهید و جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی، اقدام به اعزام این دسته از مجروحین جهت تکمیل درمان و معالجات خود به خارج از کشور در بیمارستان‌هایی که در ارتباط با آن نوع آسیب و جراحت‌ها از امکانات مجهزتر و کادر تخصصی کارآمدتری برخوردار بودند، می‌نمود و از این طریق بسیاری از مجروحان از مرگ حتمی یا معلولیت دائمی جسمی نجات یافتند (احمدی و فتحیان، ۱۳۹۲).

(۹) خدمات اورژانس به آسیب دیدگان بمباران‌های شیمیایی و شهرها

در جنگ هشت‌ساله، مناطق مسکونی، مراکز آموزشی، تجاری، صنعتی از سوی ارتش بعث عراق مورد حملات توپخانه‌ای، بمباران هواپیماهای جنگی و موشک‌های زمین به زمین قرار می‌گرفت که علاوه بر تخریب اماکن و ابنیه‌ها و تأسیسات صنعتی و خدماتی، افراد زیادی از شهروندان بی‌دفاع و کارمندان و کارکنان غیرنظامی و بی‌دفاع را به خاک و خون می‌کشید. به هنگام بروز این گونه حوادث کادر پزشکی و دیگر پرسنل بیمارستان‌ها به حالت آماده‌باش درآمده و خود را به مناطق آسیب‌دیده می‌رساندند و در زیر آوار به جستجوی حادثه‌دیدگان و نجات جان

مجروحان می‌پرداختند. آن‌ها ضمن ارائه کمک‌های اولیه به مجروحان، با آمبولانس آن‌ها را به بیمارستان‌ها انتقال می‌دادند. در بیمارستان نیز کادر تخصصی پزشکی با آماده کردن اتاق عمل و تجهیزات درمانی و بستری به وضعیت مجروحان رسیدگی می‌کردند. علاوه بر موارد فوق از سال سوم جنگ به بعد، ارتش رژیم بعث با زیر پا گذاشتن قوانین و معاهدات بین‌المللی و مبانی اصول اخلاقی اقدام به استفاده از سلاح‌های شیمیایی در سطح گسترده کرد، این عمل، آثار زیان‌باری بر جای می‌گذاشت و مراکز درمانی و جامعه پزشکی را با وضعیت بغرنجی مواجه ساخته بود. با این حال وزارت بهداشت موفق به تدارک دارو و تجهیزات درمانی و لوازم و امکانات پیشگیری از این سلاح مرگبار گردید و آثار زیان‌بار آن‌ها را هم‌روی مصدومین و هم در مناطقی که از این سلاح‌ها آلوده شده بود تا حد زیادی تحت کنترل درآورده و کاهش داده بود. بسیاری از آسیب دیدگان از عوامل شیمیایی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشور تحت درمان قرار گرفته و بهبودی حاصل می‌کردند. برای درمان آن دسته از رزمندگانی که به علت شدت آسیب و آلودگی به عوامل شیمیایی امکان درمان آن‌ها در داخل نبود، زمینه اعزام آن‌ها به خارج از کشور فراهم می‌شد (روزنامه صبح آزادگان، ۱۳۶۳).

(۱۰) نوآوری‌ها در پشتیبانی از جنگ

تأسیس بیمارستان‌های جایگزین برای مقابله با پیشروی دشمن، بیمارستان‌های صحرائی نزدیک به خط مقدم، افزایش اتاق‌های عمل اضطراری به هنگام عملیات فتح المبین، بیت المقدس و فاو، مدیریت انبوه مجروحین شیمیایی، وضعیت مطلوب سازمان انتقال خون ایران، ایجاد تیم‌های اضطراری و حضور به هنگام و مؤثر آن‌ها، مدیریت تخلیه و انتقال مجروحین و کوتاه نمودن فاصله زمانی شروع مصدومیت و جراحی تا عمل جراحی در مراکز مجهز و تخصصی بیمارستان‌های تهران و سایر شهرهای بزرگ، تهیه و تأمین وسایل و ملزومات درمانی و بهداشتی برای پیشگیری از کمبود، از نوآوری‌های حوزه بهداشت و درمان در دوره جنگ تحمیلی است (مرندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۹۷).

نتیجه‌گیری

اقتضای وضعیت‌های جنگی آمیخته بودن به ناامنی و تحرکات نظامی طرف‌های متخاصم است

که حاصل آن افزایش تلفات انسانی و انبوهی از افراد مجروح و مصدوم می‌باشد. ضروری‌ترین نیاز مجروحین، درمان و بازیابی سلامتی آنان است. بهداری رزمی، علاوه بر آنچه در پزشکی عمومی و تخصصی در دانشگاه‌های غیرنظامی آموزش داده می‌شود، حاوی مطالب علمی در زمینه ارزیابی حوادث، پیشگیری از بیماری‌های خاص، مقررات خاص، تشخیص و درمان بیماری‌ها و صدمات ناشی از تماس‌های شغلی نظامی و بالاخره تخلیه مجروحان است. مشکلات شنوایی ناشی از ترکش سلاح‌ها، عوارض ناشی از تماس با گازهای سمی، سلاح‌های میکروبی و شیمیایی هسته‌ای و بیماری‌های عفونی و گرمسیری در محیط‌های نظامی و مناطق عملیاتی اهمیت ویژه‌ای دارد. نتایج این بررسی نشان داد به‌رغم به‌هم‌ریختگی سیاسی، از بین رفتن و انحلال اکثر ساختارهای سیاست‌گذاری و اجرا، بحران تحریم و ناامنی‌های پس از انقلاب، خروج کادر پزشکی و پرستاری از ایران، روند منفی بخش‌های بهداشت و درمان در این دوره متوقف، اصلاح و رو به رشد شد و کشور از دستیابی به دانش روز و فناوری‌های پیشرفته پزشکی غفلت نکرد.

با شروع جنگ نیازهای جبهه در اولویت قرار گرفت و مسئولیت آن در هر زمینه به معاونت مربوطه محول گردید و مراکز درمانی و بیمارستانی جهت پذیرش و مداوای مجروحین در مناطق جنگ‌زده احداث شدند. بیمارستان‌های سایر مناطق نیز به‌سرعت، تجهیز و توسعه پیدا کرد، بهداری‌های رزمی نیروهای مسلح به انواع داروها و تجهیزات پزشکی و کادر تخصصی درمانی مجهز گردید، بیمارستان‌های صحرائی با مدرن‌ترین تجهیزات و کادر تخصصی و فوق تخصصی پزشکی در مناطق عملیاتی و خطوط مقدم جبهه راه‌اندازی شد و با تمهیداتی که برای جلوگیری از کمبود دارو و تجهیزات پزشکی دیده شده بود در تمام آن سال‌ها کمبودی جدی در این زمینه به چشم نیامد.

با ابلاغ طرح الزام خدمت یک‌ماهه پزشکان و پرستاران و کادر درمانی در جبهه‌ها و مناطق جنگی نیازهای جبهه‌ها و مناطق جنگی، در این زمینه برآورده گردید. تیم‌های پزشکی اضطراری به هنگام اجرای عملیات‌های بزرگ خود را به بیمارستان‌های صحرائی و سایر مراکز درمانی در مناطق عملیاتی رسانده و لباس اتاق عمل پوشیده دست‌به‌کار انجام پیچیده‌ترین اعمال جراحی روی رزمندگان مجروح می‌شدند. برای تأمین کادر تخصصی در همه رشته‌های پزشکی به‌رغم شرایط جنگی، دانشگاه‌های علوم پزشکی توسعه داده شد و ظرفیت پذیرش دانشجو افزایش یافت. رشته‌های

تخصصی جدید ایجاد گردید. در زمینه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به عموم مردم، مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌های زیادی در مناطق محروم احداث شدند و سطح ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به شهروندان هم به لحاظ کمی و کیفی هر ساله نسبت به سنوات گذشته بهبود پیدا کرد و بسیاری از بیماری‌های واگیر در آن سال‌ها ریشه کن شدند.

در عین غافلگیری به هنگام کاربرد سلاح‌های شیمیایی به صورت گسترده توسط دشمن، از سال سوم جنگ به بعد، سازوکارهای مقابله با آن، هم جهت پیشگیری و هم درمان آسیب دیدگان آن، از سوی مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تهیه و تدارک دیده شد. بیمارستان‌ها و مراکز درمانی برای پذیرش مصدومین شیمیایی به کادر درمانی و آموزش دیده و داروها و تجهیزات مرتبط با درمان این عوامل مجهز شدند و برای پیشگیری نیز ضمن تشکیل گروه‌های خنثی‌کننده عوامل شیمیایی از سوی بهداری‌های رزمی نیروهای مسلح، داروهای مورد نیاز برای مصونیت در مقابل عوامل شیمیایی در اختیار یکایک رزمندگان در جبهه‌ها قرار داده شد. با توسعه ارتباطات بهداشتی و درمانی با کشورهای اروپایی، زمینه‌های اعزام مجروحین مختلف به خارج فراهم گردید. به رغم گستردگی خدمات وزارت در دوران دفاع مقدس که مستلزم تخصیص بودجه و افزایش اعتبارات بود، این وزارت‌خانه با اعمال سیاست‌های صرفه‌جویی در مصرف بودجه تخصیص یافته، بخشی از آن را جهت پشتیبانی از جبهه‌ها عودت داده یا برای تأمین نیازهای بهداشتی درمانی رزمندگان هزینه می‌کرد و برای ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به رزمندگان و ایثارگران و خانواده‌های آن‌ها همواره معافیت‌ها و تسهیلاتی اعمال می‌شد. هدایای نقدی و غیر نقدی پرسنل وزارت خانه و مجموعه‌های وابسته به آن در قالب کاروان‌های کمک به جبهه، همه‌ساله و همواره از مناطق مختلف کشور به سوی مناطق عملیاتی ارسال می‌گردید.

منابع

۱. ادیبی سده، مهدی (۱۳۸۱). جامعه‌شناسی جنگ و نیروهای نظامی. سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها، اصفهان: انتشارات سمت.
۲. ایزدی، فؤاد. شاد، محمد (۱۳۹۸). رابطه دانش و قدرت در جنگ سرد؛ بررسی تجربه شبکه‌سازی روشنفکران توسط آمریکا. فصلنامه مطالعات راهبردی، دوره ۲۲، شماره ۸۳ - شماره پیاپی ۱، صفحه ۱۲۳-۱۶۶.
۳. بابائی، نعمت‌الله (۱۳۸۲). سیاست اجتماعی و سلامت. فصلنامه رفاه اجتماعی، ویژه‌نامه سیاست اجتماعی، جلد ۳، شماره ۳، صفحات ۲۳۲-۲۰۱.
۴. بوتول، گاستون (۱۳۹۶). جامعه‌شناسی جنگ، ترجمه هوشنگ فرخجسته، تهران: انتشارات علمی فرهنگی.
۵. حاج‌احدی، توکل. نویدی، علی‌اکبر. ابوالقاسمی، حسن. محبی، حسنعلی (۱۳۸۱). مروری بر تجربیات بهداری سپاه در دوران دفاع مقدس. عملیات والفجر ۱۰؛ فصلنامه طب نظامی، سال ۴، ش ۲، صص ۸۰-۷۵.
۶. حاج‌احدی، توکل. فتحیان، نصرالله (۱۳۹۲). نقش و عملکرد بهداری رزمی در دوران دفاع مقدس (گزارش پروژه).
۷. حسینی بهشتی، سید علیرضا. ملکی، عباس (۱۳۹۹). برگ‌هایی از کارنامه دولت جنگ ۱۳۶۸، ۱۳۶۰ تهران: انتشارات روزنه.
۸. حیدرپور، عوض (۱۳۷۶). نقش سازه‌های مستحکم بیمارستانی در فعالیت‌های پزشکی و کاهش آمار شهدا در دفاع مقدس. مجموعه مقالات مهندسی جنگ، اداره مهندسی ستاد مشترک سپاه.
۹. حیدری، کیومرث. عبدی، فریدون (۱۳۹۱). جنگ‌های آینده و مشخصات آن با تحلیلی بر دیدگاه برخی صاحب‌نظران نظامی غرب. فصلنامه علمی - پژوهشی مدیریت نظامی، شماره ۴۸، سال دوازدهم، زمستان ۱.

۱۰. رحمانی، رمضان. مهرورز، شعبان. زارعی زوارکی، اسماعیل. پور عباس، عباس و ملکی، حسن (۱۳۹۰). نقش طب نظامی در نیروهای مسلح و ضرورت توسعه برنامه‌های آموزشی تخصصی در طب نظامی ایران. مجله طب نظامی، دوره ۱۳، شماره ۴، صص ۲۴۷-۲۵۲.
۱۱. روزنامه جمهوری اسلامی: ۱۳۵۹/۱/۲۱، ۱۳۵۹/۸/۱۱، ۱۳۶۰/۱۱/۲۱، ۱۳۶۱/۲/۲، ۱۳۶۱/۱۱/۶، ۱۳۶۱/۱۱/۲۴، ۱۳۶۱/۱۰/۱۰، ۱۳۶۴/۱/۲۵، ۱۳۶۴/۲/۹، ۱۳۶۴/۳/۶، ۱۳۶۴/۵/۱۲، ۱۳۶۴/۱۰/۱۱، ۱۳۶۴/۱۱/۲۸، ۱۳۶۵/۱/۷، ۱۳۶۵/۱۲/۲۸، ۱۳۶۶/۷/۴، ۱۳۶۶/۸/۷، ۱۳۶۶/۱۰/۲۴، ۱۳۶۷/۷/۱۱، تهران، ایران.
۱۲. روزنامه صبح آزادگان ۱۳۶۳/۷/۱ تهران ایران.
۱۳. زارعی، جواد. ندری، خدیجه. جلال‌الدین صالحی، مرضیه. محمدی، علی. واحدی، برزکی، اکرم (۱۳۹۴). بررسی وضعیت نگهداری پرونده‌های پزشکی مجروحان جنگ تحمیلی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اهواز. مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، سال ۴، شماره ۴.
۱۴. صادقی فسایی، سهیلا. عرفان منش، ایمان (۱۳۹۴). مبانی روش‌شناختی پژوهش اسنادی در علوم اجتماعی. مجله راهبرد فرهنگ، دوره ۸، شماره ۲۹، صفحات: ۶۱-۹۱.
۱۵. طهماسبی پور، امیر هوشنگ (۱۳۹۳). سیر تحول بیمارستان‌های صحرائی در جنگ تحمیلی. نگین ایران: فصلنامه تخصصی مطالعات دفاع مقدس، دوره ۱۲، شماره ۴۵.
۱۶. عراقی زاده، حسن. حیدرپور، عوض. فراست کیش، رسول. ملاصادقی، غلامعلی (۱۳۸۰). نقش سازه‌های مستحکم بیمارستانی در فعالیت‌های پزشکی و کاهش آمار شهدا در دفاع مقدس. مجله پزشکی کوثر، ش ۶(۳)، صص ۱۴۶-۱۳۹.
۱۷. علیاری، شهلا. زارعیان، آرمین. حاتمی، زهرا. علیاری، محبوبه (۱۳۹۴). تبیین تجربه‌ها و خاطرات معنوی کارکنان بهداشت و درمان در دفاع مقدس به روش تحلیل محتوای کیفی تجمعی، مجله طب نظامی، دوره ۱۷، شماره ۳.

۱۸. غنجال، علی. متقی، منیژه. فروتن، قاسم (۱۳۸۴). مدیریت بهداری رزمی در پدافند جنگ‌های نوین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال ۳، شماره ۲.
۱۹. فارسی، زهرا. دهقان نیری، ناهید (۱۳۹۶). درد و رنج: تجربه کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در جنگ ایران و عراق - یک مطالعه تحلیل محتوا. نشریه: مجله طب نظامی، دوره ۱۹، شماره ۳، صفحات: ۲۲۲-۲۳۳.
۲۰. فارسی، زهرا. آزرمی، سمیه (۱۳۹۴). مروری بر تجارب به ثبت رسیده کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در طول جنگ‌های مختلف با تمرکز بر جنگ عراق علیه ایران. مجله علوم مراقبتی نظامی، سال ۲، شماره ۴.
۲۱. فیروزکوهی، محمدرضا. ضرغام بروجنی، علی. نورانی، مرتضی. رهی، مزگان. بابائی پور، محمد (۱۳۹۴). تأثیرات جنگ تحمیلی بر پرستاری در ایران. مجله طب نظامی، دوره ۱۷، شماره ۳.
۲۲. قاراخانی، معصومه (۱۳۹۱). دولت و سیاست سلامت در ایران سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸. فصل‌نامه علوم اجتماعی، شماره ۶۱.
۲۳. کیانی، طیبه (۱۳۹۶). شاهکارهای مهندسی دفاع مقدس، سردار شهید مهندس سید محسن صفوی و قرارگاه مهندسی صراط المستقیم. اصفهان: ستارگان درخشان.
۲۴. مرندی، سید علیرضا (۱۳۹۵/۹/۱۱). مصاحبه شفاهی در ارتباط با نقش و عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دوران دفاع مقدس. تهران: باغ‌موزه دفاع مقدس.
۲۵. مرندی، علیرضا. عزیزی، فریدون. لاریجانی، باقر. جمشیدی، حمیدرضا (۱۳۹۳). سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۵۷ تا ۱۳۹۲، دو جلد. تهران: انتشارات اطلاعات.
۲۶. معاونت پژوهشی دفتر مطالعات فناوری نوین (۱۳۸۹). مصوبه‌های هیئت‌وزیران. مجموعه قوانین و مقررات کشور، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، نسخه اینترنتی.

۲۷. منافی، هادی (۱۳۹۵/۱۰/۲۰). مصاحبه شفاهی در ارتباط با نقش و عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بهداری) در دوران دفاع مقدس. تهران: باغ‌موزه دفاع مقدس.
۲۸. مؤسسه بهداری رزمی دفاع مقدس و مقاومت behdarirazmi.ir
۲۹. نامجوی نیک، خسرو (۱۳۸۹). تاریخچه طب نظامی از دوران ایران باستان تا پایان هشت سال دفاع مقدس. تهران: انتشارات ایران سبز.
۳۰. وزارت بهداشت و درمان (۱۳۸۹). گزارش عملکرد سی‌ساله وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. اداره کل روابط عمومی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.
۳۱. وزیران، پرویز (۱۳۹۵/۹/۲۳). مصاحبه شفاهی در ارتباط با نقش و عملکرد سازمان بهداری استان خوزستان در دوران دفاع مقدس. تهران: باغ‌موزه دفاع مقدس.
۳۲. هوشیار حاجی حسینی، جهانگیر (۱۳۶۶). وضعیت اقتصادی بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۵. وزارت برنامه‌ریزی و بودجه، معاونت امور اجتماعی، مدیریت بهداشت و درمان.

منابع لاتین

33. Hewett, M. (2004), Michel Foucault: power/knowledge and epistemological prescriptions. Richmond: University of Richmond- Honors Thesis.
34. Gutman M, Drescher MJ. The role of emergency medicine in the military. IJOEM J. 2006;6(4):32-5.
35. Knight, P. (2001), Conspiracy culture: from the Kennedy assassination to the X-Files. London: Routledge.