

# Explanation of the Managerial Competencies of Healthcare Staff to Discounting the Number of Martyrs and Veterans in the Iran-Iraq War: A Qualitative Study

## ARTICLE INFO

### Article Type

Qualitative Study

### Authors

Farsi Z.<sup>1</sup> PhD,  
Rajai N.<sup>\*2</sup> MSc

### How to cite this article

Farsi Z, Rajai N. Explanation of the Managerial Competencies of Healthcare Staff to Discounting the Number of Martyrs and Veterans in the Iran-Iraq War: A Qualitative Study. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2019;11(4):233-244.

<sup>1</sup>Research & Community Health Department, Nursing Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Maternal-Infant Health Department, Nursing Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### \*Correspondence

Address: Nursing Faculty, Aja University of Medical Sciences, Kaj Street, Shariati Street, Tehran, Iran. Postal Code: 1613916151  
Phone: +98 (21) 77500404  
Fax: +98 (21) 77601533  
n.rajai22@yahoo.com

### Article History

Received: May 6, 2019

Accepted: September 30, 2019

ePublished: December 21, 2019

## ABSTRACT

**Aims** Nowadays, the use of the experiences and lessons learned by staff, including health care providers, has been emphasized as a key strategy in knowledge management. The aim of this study was to explain the managerial competencies of healthcare staff to discount the number of martyrs and injuries of injured people (veterans) in the Iran-Iraq war.

**Contributors & Methods** This qualitative study was carried out using the conventional content analysis method in 2018-2019. 119 written narratives of 101 healthcare staff, in the area of providing therapeutic care to martyrs and veterans, were collected and simultaneously analyzed. Principles of qualitative data analysis were used for data analysis.

**Findings** The analysis of data led to the emergence of three main themes of management and leadership, providing resources and executive management. The sub-themes of management and leadership including planning, organizing and coordinating, decision-making skills and risk appetite, and management stability. Sub-theme of providing resources including providing human resources and providing physical resources. Sub-theme of executive management included readiness, protective and security measures, carelessness and negligence and registration of documents.

**Conclusion** The managerial competencies of healthcare providers include management and leadership providing resources and executive management, which have been used to discount the number of martyrs and veterans in the Iran-Iraq war.

**Keywords** Casualties; Healthcare Staff; Management; Injured; Veterans; War

## CITATION LINKS

[1] Mortality and injuries among Iranians in Iran-Iraq ... [2] Years of life lost among Iranian people killed in ... [3] Roy's adaptation model-guided education on ... [4] Development of adaptation questionnaire using Roy's adaptation ... [5] Effect of Roy's adaptation model-guided education ... [6] Exploring coping strategies of healthcare providers with tension sources ... [7] The evaluation of application of coordination based disaster response ... [8] Nurses' perceptions of care during wartime: a qualitative ... [9] Pain and suffering: Experiences of health care professionals in ... [10] Military nurses and combat-wounded patients: a qualitative ... [11] Experiences of the civilian Iranian operating room nurses: a historical survey ... [12] Combat stressors and posttraumatic stress in deployed ... [13] Knowledge, attitude, and performance of nurses' crisis management in natural ... [14] System of educational and qualification-based ... [15] The effects of imposed war on ... [16] Professionalism of healthcare jobs ... [17] Military nurses' experiences returning ... [18] Exposure to war traumatic experiences, post-traumatic ... [19] Lessons learned and advice from Vietnam ... [20] Containing trauma: nursing work in The First ... [21] From margins to center: an oral history of the ... [22] The wartime experience of civilian nurses in ... [23] Rescue and transportation experiences of medical department ... [24] Pharmaceutical and medical experiences Sepah in Valfajr ... [25] A review of medical experiences of Sepah in Holy Defense ... [26] Lessons learned from war: a comprehensive review of the ... [27] Field hospitals in Iraq-Iran ... [28] Rescue and transportation brigade in Iraqi imposed ... [29] Qualitative research ... [30] Criteria of validity and reliability in qualitative ... [31] Nurses' requirements for relief and casualty support ... [32] First aid and transportation course contents based on ... [33] Studying the managers' viewpoint of East Azerbaijan provinces ... [34] Spiritual experiences and memories of healthcare personnel ... [35] Death on the battlefield and the role of first ... [36] Assessment of triage and transportation in Bam earthquake ... [37] Army nursing practice challenges in humanitarian ... [38] The military nurse in Vietnam: stress and ... [39] Women at war: The crucible of ... [40] Sexual harassment and assault in the ...

## تبیین صلاحیت‌های مدیریتی کارکنان بهداشت و درمان در راستای تعدیل آمار شهدا و جانبازان در جنگ ایران و عراق: یک مطالعه کیفی

زهرا فارسی PhD

گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

ناهید رجائی MSc

گروه بهداشت مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** امروزه، استفاده از تجارب و درس‌آموخته‌های کارکنان از جمله مراقبان بهداشتی به‌عنوان راهبردی اساسی در مدیریت دانش مورد توجه و تأکید قرار گرفته است. هدف از این مطالعه، تبیین صلاحیت‌های مدیریتی کارکنان بهداشت و درمان در راستای تعدیل آمار شهدا و صدمات وارده به مجروحان (جانبازان) در جنگ ایران و عراق بود.

**مشارکت‌کنندگان و روش‌ها:** این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۷-۹۸ انجام شد. ۱۱۹ روایت مکتوب از ۱۰۱ نفر از کارکنان بهداشتی، در حیطه ارایه اقدامات درمانی به شهدا و جانبازان، در طول جنگ ایران و عراق جمع‌آوری و به‌طور همزمان کدگذاری شد. از اصول تحلیل داده‌های کیفی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها منجر به ظهور سه درون‌مایه اصلی مدیریت و رهبری، تامین منابع و مدیریت اجرایی شد. زیردرون‌مایه‌های مدیریت و رهبری شامل برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و هماهنگی، مهارت تصمیم‌گیری و ریسک‌پذیری و ثبات مدیریت بود. زیردرون‌مایه‌های تامین منابع شامل تامین منابع انسانی و تامین منابع فیزیکی بود. زیردرون‌مایه‌های مدیریت اجرایی نیز شامل آمادگی (صف‌آرایی)، اقدامات حفاظتی و امنیتی، بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری و ثبت مستندات بود.

**نتیجه‌گیری:** صلاحیت‌های مدیریتی مراقبان بهداشتی شامل مدیریت و رهبری، تامین منابع و مدیریت اجرایی است که در راستای تعدیل تعداد آمار شهدا و جانبازان در جنگ ایران و عراق به کار رفته است.

**کلیدواژه‌ها:** تلفات، کارکنان بهداشتی، مدیریت، زخمی‌ها، جانبازان، جنگ

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۸

\*نویسنده مسئول: n.rajai22@yahoo.com

### مقدمه

جنگ‌ها به‌عنوان نوعی بحران انسان‌ساخت، در طول عمر بشر همیشه وجود داشته و با مرگ‌ومیر و خسارات فراوان همراه بوده‌اند. به‌طور مثال، شواهد حاکی از آن است که ۶۵ تا ۷۵ میلیون نفر در جنگ جهانی دوم، ۴/۵ میلیون نفر در جنگ کره و حدود ۲/۴ میلیون نفر در جنگ ویتنام کشته شده‌اند<sup>[1]</sup>. در ۳۱ شهریور سال ۱۳۵۹ نیز جنگ ایران-عراق آغاز و ۸ سال ادامه داشت. گزارشات حاکی از آن است که در طول سال‌های ۱۹۸۰-۲۰۰۵ تعداد ۱۷۸۲۹۸ مرد و ۵۳۲۵ زن ایرانی در اثر جنگ کشته شده‌اند. در طول سال‌های بعد از جنگ، از سال ۱۹۹۸ تا سال ۲۰۰۵ تعداد ۶۲۴۳ مورد (۳/۴٪) از مرگ‌ها

به‌واسطه عوارض جراحات جنگی یا مین‌های زمینی کاشته‌شده یا مهمات منفجرشده رخ داده است. همچنین میانگین سال‌های ازدست‌رفته عمر برای هر قربانی ایرانی کشته‌شده در جنگ ایران و عراق ۵۷/۱ سال گزارش شده است<sup>[2]</sup>. شواهد نشان می‌دهد جانبازان، بازماندگان جنگ و اقوام درجه یک آنها مبتلا به طیف وسیعی از آسیب‌های حاد و مزمن هستند. به‌طور مثال، در کشورهایی که اخیراً جنگ را تجربه نموده‌اند ۸۰٪ قطع عضوها به‌علت جنگ است<sup>[3,4]</sup>. در جنگ ایران و عراق ۲۰۸۰۱ نفر دچار قطع اندام تحتانی یا فوقانی شده‌اند<sup>[5]</sup>. در طول جنگ، کارکنان بهداشتی از جمله پزشکان، پرستاران و امدادگران جزو اولین گروه‌های مواجهه‌شونده با مجروحان بوده و نقش کلیدی در مراقبت، آموزش، دفاع، رهبری و مدیریت مجروحان و کاهش آمار شهدا و جانبازان داشتند<sup>[6]</sup>. مطالعات نشان داده‌اند پرستاران عامل کاهش ۵۰ تا ۷۰٪ تلفات در جنگ‌ها بوده‌اند<sup>[7]</sup>.

ماهیت ارایه مراقبت در طول جنگ نسبت به شرایط عادی بسیار متفاوت و خاص است<sup>[8]</sup>. طی جنگ، تیم مراقبتی بایستی بهترین مراقبت را به مجروحان ارایه دهند؛ این در حالی است که خود در چنین شرایط نامتعارفی مصون نبوده و با خطرات زیادی مواجه هستند. به‌طوری که در جنگ ایران و عراق بیش از ۴۰۰۰ پزشک، پرستار، بهیار و امدادگر به شهادت رسیدند<sup>[9]</sup>. در حقیقت طی جنگ، آمار بالای مجروحان، کمبود امکانات و زمان، ساعات کاری طولانی، اختلال خواب، مواجهه مکرر با مرگ و درد مجروحان<sup>[10]</sup>، کمبود کارکنان، سردرگمی و بلاتکلیفی<sup>[9]</sup>، انجام اموری خارج از حیطه وظیفه<sup>[11]</sup>، ترس، استرس، افسردگی<sup>[12]</sup> و ابهام، تردید و استیصال<sup>[9]</sup> شرایط کاری را بسیار سخت و خاص کرده و قاعدتاً بر کمیت و کیفیت مراقبت ارایه‌شده به مجروحان تأثیر می‌گذارد. بنابراین کارکنان بهداشتی در موقعیت‌های بحرانی از جمله جنگ برای حفظ سلامت خود و افزایش سطوح مراقبتی از مجروحان، بایستی علاوه بر برخورداری از مهارت‌های درمانی و مراقبتی از توانایی مدیریت، قدرت قضاوت در موقعیت‌های خطرناک بالینی، قدرت تصمیم‌گیری برای حفظ حیات، حل مشکلات پیچیده و خلاقیت فکری نیز برخوردار باشند<sup>[13, 14]</sup>.

در واقع اگرچه جنگ، پدیده خوبی به شمار نمی‌رود، اما امری اجتناب‌ناپذیر بوده و در کنار زیان‌ها و خسارات فراوان، همواره یکی از منابع پرارزش تجربه در طول تاریخ جهان بوده است<sup>[15]</sup>. شواهد نشان می‌دهد تجارب زمان جنگ کارکنان مراقبت بهداشتی تأثیر عمده‌ای بر فعالیت‌های کاری بعد از جنگ آنان گذاشته است؛ به‌طوری که موجبات حرفه‌ای‌ترشدن مشاغل مختلف مراقبتی و درمانی شده است<sup>[16]</sup>. در این راستا، برخی مطالعات، تجارب پرستاران نظامی بازگشته از جنگ‌های مختلف را تبیین نموده‌اند<sup>[11, 15, 17-23]</sup>. در برخی نیز تجربیات امداد و انتقال بهداری‌ها در زمان جنگ ایران و عراق گزارش شده است<sup>[23-25]</sup>. همچنین مطالعات به تبیین تجارب جراحان مغز و اعصاب<sup>[26]</sup>، تجارب کارکنان اتاق عمل در بیمارستان‌های منطقه<sup>[11]</sup>، روند تکاملی سازه‌های بیمارستان‌های

جست‌وجوی انجام‌شده توسط پژوهشگران نظریه‌های موجود یا پژوهش‌های پیشینی در راستای هدف مطالعه وجود نداشت، لذا در این مطالعه تحلیل داده‌ها، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی انجام شد. تحلیل محتوای قراردادی معمولاً در مطالعاتی به کار می‌رود که هدف آن شرح یک پدیده است و هنگامی مناسب است که نظریه‌های موجود یا ادبیات تحقیق درباره پدیده مورد مطالعه محدود باشد<sup>[29]</sup>.

برای تحلیل داده‌ها، پژوهشگران از به‌کاربردن درون‌مایه‌های (تم) از پیش تعیین‌شده اجتناب نمودند و اجازه دادند تا مفاهیم و درون‌مایه‌ها به‌طور استقرایی از متن داده‌ها استخراج شود. بدین منظور، متون و روایات مکتوب چندین بار خوانده و بازخوانی شدند تا درک کاملی از متون حاصل شود. پژوهشگران براساس ادراک و فهم خود از متون مورد مطالعه، نوشتن تحلیل اولیه را آغاز نمودند و این کار ادامه یافت تا پیش‌زمینه‌هایی برای ظهور رموزها مهیا شود. در این راستا، متون به واحدهای معنایی تقلیل یافتند و با کدهای اولیه برچسب زده شدند. سپس کدهای استخراج‌شده براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها مقایسه و به درون‌مایه‌ها و زیردرون‌مایه‌ها طبقه‌بندی شدند. این طبقه‌بندی از سازمان‌دهی و گروه‌بندی کردن رموزها به‌صورت خوشه‌های معنی‌دار شکل گرفت. بسته به کیفیت ارتباط بین زیردرون‌مایه‌ها، پژوهشگران با ترکیب و سازمان‌دهی این زیردرون‌مایه‌ها، آنها را به شمار کمتری از دسته‌بندی درون‌مایه‌ها تبدیل نمودند. رسم جدول و نمودار درختی برای سازمان‌دهی کردن آنها به‌صورت یک ساختار سلسله‌مراتبی استفاده شد. برای تهیه گزارش از یافته‌ها، مثال‌هایی برای درون‌مایه‌ها از روی داده‌ها مشخص شد.

لازم به ذکر است که در این روند، هم تحلیل محتوای بارز و هم نهفته انجام گرفت، تا در نهایت درون‌مایه‌های نهایی استخراج شد. همچنین "تحلیل مقایسه مداوم" که از رویکردهای اصلی تحلیل متون کیفی است مورد استفاده قرار گرفت و درون‌مایه‌ها و زیردرون‌مایه‌های استخراج‌شده مرتباً با یکدیگر و با روایات مکتوب مورد مقایسه و بازبینی قرار گرفتند. "یادآورنویسی" از دیگر تکنیک‌های مورد استفاده در روند تحلیل داده‌ها بود. برای افزایش اعتبار مطالعه، بازبینی مطالب در دو مرحله، یکی پس از این که حدود ۵۰٪ درون‌مایه‌ها تکمیل شد و دیگری در پایان کار صورت پذیرفت.

گويا و لينکلن، "قابلیت اعتماد" را به‌عنوان معیاری برای جایگزینی روایی و پایایی مطرح ساخته‌اند که متشکل از چهار مفهوم جزئی‌تر "قابلیت اعتبار"، "قابلیت اطمینان"، "قابلیت انتقال" و "تاییدپذیری" است<sup>[30]</sup>. به‌منظور افزایش این معیارها مواردی از جمله تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها (بیش از یک سال)، غوطه‌وری کامل در داده‌ها، سازمان‌دهی فرآیندی ساختاریافته برای ثبت و تحلیل داده‌ها، برگزاری نشست‌های متعدد توسط تیم پژوهش و ناظران، تلفیق منبع داده‌ها با استفاده از متون متعدد مرتبط با موضوع، بازنگری ناظران (دو نفر عضو هیات علمی آشنا به

صحرایی<sup>[27]</sup> و توسعه ستادهای امداد و انتقال در طول هشت سال دفاع مقدس<sup>[28]</sup> پرداخته‌اند.

به‌طور کلی می‌توان گفت کارکنان مراقبت بهداشتی خصوصاً پزشکان و پرستارانی که تجربه ارایه مراقبت در دوران جنگ را دارند دارای بینش ارزشمندی برای نسل کنونی و آینده هستند. این تجربیات منحصر به فرد که در هیچ موقعیتی به‌جز جنگ حاصل نمی‌شوند، در صورت آشکارسازی قابلیت انتقال به نسل‌های بعدی را داشته و می‌توانند در موقعیت‌های مختلف مواجهه با بحران‌های احتمالی مورد استفاده قرار گیرند<sup>[9]</sup>. از این رو، با توجه به اهمیت مساله و نظر به این که مطالعه‌ای در این راستا یافت نشد، لذا این مطالعه با هدف تبیین صلاحیت‌های مدیریتی مراقبان بهداشتی در راستای کاهش تعداد آمار شهدا و جانبازان در جنگ ایران و عراق انجام شد.

### مشارکت‌کنندگان و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی یا عرفی است که با استفاده از مستندات موجود در منابع کتابخانه‌ای و منابع الکترونیک در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. برای شروع کار، پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق، نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام گرفت. بدین صورت که پژوهشگران با مراجعه به کتابخانه‌ها و منابع الکترونیک موجود در کتابخانه‌های علوم پزشکی، عمومی، همچنین ارگان‌های نظامی اقدام به جمع‌آوری مستندات چاپی و الکترونیک مرتبط با تجارب، خاطرات و روایات کارکنان مراقبت بهداشتی در طول جنگ ایران و عراق نمودند. برای جست‌وجوی منابع از کلیدواژه‌های جنگ، رزم، ایران، عراق، دفاع مقدس، کارکنان مراقبت بهداشتی، کارکنان بهداشت و درمان، پزشک/دکتر، پزشکی، پرستار، پرستاری، بهیار/پزشکیار، پیراپزشک، امدادگر، بهداری/بیمارستان، خاطره/خاطرات و طب نظامی، شهدا و جانبازان به زبان فارسی و انگلیسی در داده پایگاه‌های بین‌المللی و داخلی با موتور جست‌وجوگر google و yahoo در بازه زمانی ۹۶-۱۳۵۸ در بستر وب استفاده شد. عمده‌ترین منابع جمع‌آوری‌شده کتاب‌های منتشرشده در این حوزه بودند که مورد تحلیل قرار گرفتند. معیار ورود عبارت بود از انتخاب متون و مستنداتی که واجد واحدهای معنایی مرتبط با تجربیات و خاطرات مربوط به دوران جنگ ایران و عراق بوده و توسط یکی از کارکنان حرفه‌ای نظامی یا غیرنظامی بهداشت و درمان روایت شده باشد. معیار خروج عبارت بود از متونی که حاوی تجارب و خاطراتی به‌غیر از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بودند. به‌طور کلی، بیش از ۱۱۹ روایت مکتوب از ۱۰۱ نفر از کارکنان مراقبت بهداشتی در طول هشت سال دفاع مقدس که در متون مختلف به چاپ رسیده بودند جمع‌آوری شد (جدول ۱). این روایات شامل ۵۲ مورد مربوط به پزشکان با تخصص‌های مختلف، ۱۵ مورد مربوط به پرستار/سرپرستار/سوپرایزر، ۱۰ مورد بهیار/پزشکیار، ۴ مورد امدادگر و ۳۱ مورد تکنیسین رادیولوژی، دامپزشک، خلبان، راننده آمبولانس و غیره بود که طی ۸ سال جنگ ایران و عراق به‌عنوان تیم درمانی فعالیت داشتند. از آنجایی که در

روش مطالعه کیفی)، جست‌وجوی مدارک و شواهد ردکننده و تحلیل موارد منفی، اعتبار پژوهشگران (یکی از پژوهشگران دارای سابقه انجام مطالعات کیفی متعدد است و همه پژوهشگران شاغل در محیط نظامی بوده و با رزمندگان دوران دفاع مقدس و با کارکنان بهداشتی که در آن دوران به مراقبت از مجروحان پرداخته‌اند تعامل دارند)، ارایه داده‌های توصیفی غنی از فرآیندهای مشاهده‌شده طی تحقیق، ثبت فرآیند پژوهش و حسابرسی آن با بررسی دقیق داده‌ها رعایت شد. تحلیل داده‌ها تا زمان رسیدن به اشباع ادامه یافت.

#### جدول ۱) لیست و مشخصات کتاب‌های مورد تحلیل

۱- نام کتاب: کتاب بالین نور: خاطرات پزشکان، پرستاران و امدادگران در جنگ تحمیلی نام نویسنده: سید امیر معصومی مشخصات نشر: چاپ پنجم، تهران: نشر هفت؛ سال ۱۳۸۰ سمت و تخصص مشارکت‌کنندگان (راویان): پرستار
۲- نام کتاب: درمانگران رزمنده- خاطرات کارکنان بهداشت و درمان ارتش جمهوری اسلامی ایران در دفاع مقدس نام نویسنده: تیم بهداری هیات معارف جنگ "شهید سپهبد علی صیاد شیرازی" مشخصات نشر: چاپ اول، تهران: انتشارات ایران سبز - تیم بهداری هیات معارف جنگ "شهید سپهبد علی صیاد شیرازی"؛ سال ۱۳۸۷ سمت و تخصص مشارکت‌کنندگان (راویان): پزشک، تکنیسین رادیولوژی، پزشکبار بازنشسته نیروی هوایی ارتش، متخصص قلب و عروق و ریاست اداره بهداشت و درمان نیروی هوایی، بهیار بازنشسته نیروی هوایی و تکنیسین اتاق عمل، سروان بازنشسته نیروی هوایی، جراح بیمارستان شهدای تهران، متخصص گوش و حلق و بینی، معاون سابق اداره بهداشت و درمان نهاجا، معاون بهداری لشکر ۲۷ محمد رسول‌الله، بهیار بازنشسته نهاجا، کارکنان درمانگاه پایگاه چهاردهم شکاری، سرهنگ خلیان هوانیروز، کارمند علمی نزاجا، سروان بهداری نزاجا، سرهنگ خلیان هوانیروز، پرستار بیمارستان بعثت نهاجا، دامپزشک بازنشسته، سرهنگ پزشک متخصص اورولوژی، بازنشسته عقیدتی سیاسی اداره بهداشت و درمان نهاجا، پزشکبار نداجا، جراح عمومی
۳- نام کتاب: همسفر خاطرات (۲)- خاطرات خواهران گروه پزشکی دوران دفاع مقدس نام نویسنده: محبوبه صالح مشخصات نشر: چاپ اول، موسسه آموزش عالی کاربردی هلال احمر؛ سال ۱۳۸۶ سمت و تخصص مشارکت‌کنندگان (راویان): پزشک عمومی، پرستار
۴- نام کتاب: یک دسته گل برای تو- خاطرات پرستاران و امدادگران آبادانی در دفاع مقدس نام نویسنده: پروین کاشانی‌زاده مشخصات نشر: چاپ اول، انتشارات نیلوفران؛ سال ۱۳۸۹ سمت و تخصص مشارکت‌کنندگان (راویان): کمک‌بیار بیمارستان ۱۷ شهریور، امدادگر، کارکنان بخش خدمات بیمارستان شهیدبهشتی آبادان، سوپروایزر بیمارستان شهیدبهشتی، کمک‌بیار بیمارستان شهیدبهشتی آبادان، سوپروایزر بیمارستان شهیدبهشتی آبادان
۵- نام کتاب: همسفر خاطرات (۳)- خاطرات تیم‌های اضطراری پزشکی دوران مقدس نام نویسنده: سازمان بسیج جامعه پزشکی مشخصات نشر: چاپ اول، سازمان بسیج جامعه پزشکی؛ سال ۱۳۸۸ سمت و تخصص مشارکت‌کنندگان (راویان): پزشک
۶- نام کتاب: خرمشهر تا ابوغریب- خاطرات دریادار ۲ آزاده دکتر هادی عظیمی راد از ۱۰ سال اسارت نام نویسنده: تیم بهداری هیات معارف جنگ "شهید سپهبد علی صیاد شیرازی" مشخصات نشر: چاپ اول، انتشارات هیات معارف جنگ "شهید سپهبد علی صیاد شیرازی"؛ سال ۱۳۸۹ سمت و تخصص مشارکت‌کنندگان (راویان): دکترای دامپزشکی و متخصص علوم آزمایشگاهی/رییس بیمارستان نیروی دریایی خرمشهر
۷- نام کتاب: پرسه در دیار غریب- خاطرات پزشکان نام نویسنده: احمد لاجوردی مشخصات نشر: چاپ اول، انتشارات بهار کتاب؛ سال ۱۳۸۴ سمت و تخصص مشارکت‌کنندگان (راویان): پزشک

## یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل ۹۵۲ صفحه از خاطرات ثبت‌شده کارکنان مراقبت بهداشتی در متون مرتبط با موضوع مطالعه (۷ کتاب) بود. در مجموع ۳۸۲ کد اولیه از داده‌ها استخراج شد. درون‌مایه‌های اصلی عبارت از "مدیریت و رهبری"، "تامین منابع" و "مدیریت اجرایی" بودند (جدول ۲).

جدول ۲) درون‌مایه‌ها و زیردرون‌مایه‌های مستخرج از داده‌ها

درون‌مایه‌ها و زیردرون‌مایه‌ها	تعداد کدها
• <b>مدیریت و رهبری</b>	
۱- برنامه‌ریزی	۵
۲- سازمان‌دهی و هماهنگی	۱۳
۳- مهارت تصمیم‌گیری و ریسک‌پذیری	۷
۴- ثبات مدیریت	۴
• <b>تامین منابع</b>	
الف) <b>تامین منابع انسانی</b>	
۱- تامین کمی و کیفی نیروی انسانی	۵۵
۲- مرزهای نقش کارکنان	۶
۳- پشتیبانی	۶
۴- اختیارات و مسئولیت‌ها	۴
ب) <b>تامین منابع فیزیکی</b>	
۱- فضای فیزیکی	۱۴
۲- امکانات و تجهیزات	۱۲۱
۳- تبعیض و سوگیری برخی مدیران	۲
۴- تجهیزشدن	۱۵
• <b>مدیریت اجرایی</b>	
۱- آمادگی (صف‌آرایی)	۳۰
۲- اقدامات امنیتی و حفاظتی	۶۹
۳- بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری	۲۳
۴- ثبت مستندات	۸

## • مدیریت و رهبری

مدیریت و رهبری یکی از درون‌مایه‌های اصلی و دارای زیردرون‌مایه‌های برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و هماهنگی، مهارت تصمیم‌گیری و ریسک‌پذیری و ثبات مدیریت بود:

۱- **برنامه‌ریزی:** مشارکت‌کنندگان در خاطرات خود اشاره نموده بودند که با برنامه‌ریزی کامل و دقیق به مناطق جنگی و عملیاتی و بیمارستان‌های منطقه اعزام می‌شدند. داشتن برنامه‌ریزی دقیق منجر به پیش‌بینی‌های صحیح و درمان سریع‌تر رزمندگان می‌شد. یکی از پزشکان اشاره کرده بود: "آنها (کادر درمان) پی می‌بردند که چطور جان یک انسان به ضرورت برنامه‌ریزی حتی برای ثانیه‌ها بستگی دارد."

البته داده‌ها حاکی از آن بود که در ابتدای جنگ برنامه منسجمی برای دفاع از کشور وجود نداشت، که با گذشت چند ماه تغییرات چشمگیری در برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی نیروها ایجاد شده بود. "به‌دلیل نبود تجهیزات دفاعی در اختیار رزمندگان، در اوایل جنگ عملیات منسجمی صورت نمی‌گرفت و طرح و برنامه از پیش تعیین‌شده‌ای وجود نداشت."

البته با گذشت زمان و کسب تجارب در زمینه مدیریت شرایط بحرانی این مشکل تا حدودی تعدیل شده بود.

در مواردی به قدری بار کاری، بالا و نیروی‌های تخصصی اندک بود که تیم درمانی از مجروحانی که آسیب‌های کمتری داشتند خواهش می‌کردند که در امر رسیدگی به سایر مجروحان به آنها کمک کنند. به‌طور مثال، یکی از بهیاران در خصوص استفاده صدام از گاز خردل و تعداد زیاد مجروحان و کمک‌خواستن از سایر بیماران نوشته بود: "... زدن آمپول کزاز به همه آنها (مجروحان شیمیایی) و برداشتن آمارشان آنقدر وقت‌گیر بود که نمی‌رسیدیم هر نیم ساعت به آنها قطره چشمی و اسپری بدهیم برای همین برای هر ۱۰ نفر یک قطره چشمی و یک اسپری گذاشتیم تا مجروحانی که حالشان از بقیه بهتر بود، هر نیم ساعت به دیگران رسیدگی کنند."

کمبود نیروی انسانی به مساله‌ای حاد و بغرنج تبدیل شده بود؛ به‌طوری که گاه برخی مجروحان به‌دلیل کمبود نیروی انسانی، خصوصاً نیروهای تخصصی به درجه رفیع شهادت نایل می‌شدند. همچنین تحمل فشار کاری بسیار بالا چه از نظر جسمی و چه از نظر روانی از دیگر مسایل مورد اشاره مشارکت‌کنندگان بود. با گذشت زمان و کسب تجارب در زمینه مدیریت نیروهای انسانی، سامان‌دهی آنان بهبود یافت و برای کاهش فشار کاری بالا نیروهای انسانی بعد از مدتی با افراد تازه‌نفس جایگزین می‌شدند. خصوصاً در حملات شیمیایی این مساله حادث و بحرانی‌تر می‌شد. "وقتی عملیات بدر شروع شد، آن قدر نیرو اعزام کرده بودند که تشخیص تخصصشان میسر نبود."

با توجه به کمبود شدید نیروهای تخصصی، حضور بانوان در رشته‌های مختلف تخصصی نیز در خور توجه بود. به‌دلیل عدم وجود امنیت در مناطق نظامی تلاش می‌شد که خانم‌ها از منطقه خارج شوند. با این وجود، تعداد معدودی از بانوان پزشک، پرستار و بهیار بودند که در مناطق جنگی به کمک مجروحان شتافته بودند. یکی از پزشکان خانم که به اصرار زیاد خود را به منطقه رسانده بود در خاطرات خود نوشته بود: "در آبادان دکتر کابلی با دیدن ما سه نفر ... گفت: خانم می‌دانید اینجا برای شما امن نیست؟ تمام خانم‌ها را از شهر خارج کردند. فقط چند پرستار توی بخش هستند. می‌توانید با این شرایط کار کنید؟"

**۲- مرزهای نقش کارکنان:** کمبود نیروی انسانی به قدری حاد بود که باعث ازبین‌رفتن نقش افراد شده بود؛ به‌طوری که برخی مواقع افراد مجبور به انجام کارهایی خارج از شرح وظایف خود می‌شدند. مثلاً در مناطق جنگی پزشکیاران و پرستاران اقدام به انجام خدمات تخصصی‌تر- که جزء وظایف پزشکان بود- می‌نمودند و برعکس، گاه پزشکان و پرستاران در کارهای ابتدایی‌تر به کمک امدادگران و حتی خدمه می‌شتافتند. یکی از بهیاران که در آن زمان مسئول بخش بود در این خصوص نوشته بود: "وقتی (متخصص ارتوپدی) فهمید بهیار هستم، بلافاصله مشغول کار شد. ... با آن توضعی که چشم گفت و رفت لگن آب را آورد، فکر نمی‌کردم پزشک متخصص باشد. برای آتل‌بندی کمکش کردم."

**۲- سازمان‌دهی و هماهنگی:** نیاز به سازمان‌دهی دقیق و هماهنگی برای اعزام نیروها یکی دیگر از زیردرون‌مایه مستخرج از داده‌ها بود. این سازمان‌دهی در برخی موارد خیلی خوب و منسجم بود و در برخی موارد عدم وجود سازمان‌دهی و هماهنگی مناسب منجر به بروز مشکلات عدیده‌ای می‌شد؛ به‌طور مثال، وجود تقسیم کار مناسب و سازمان‌دهی مناسب نیروها از اصول اولیه تریاژ مناسب و سریع مجروحان است که مشارکت‌کنندگان بدان اشاره نموده بودند. به نقل از یکی از پزشکان آمده بود: "همیشه فکر می‌کردم که باید یک سازمان‌دهی قوی در ارتباط با اعزام‌ها صورت گیرد تا جان رزمندگان این گونه به خطر نیفتد و چنانچه این عدم سازمان‌دهی ادامه می‌یافت و مسئولیت‌ها صرفاً به گردن یک پزشک می‌افتاد، چقدر بی‌انصافی بود و چقدر ناراحت کننده!"

**۳- مهارت تصمیم‌گیری و ریسک‌پذیری:** لزوم داشتن مهارت تصمیم‌گیری و گاه ریسک‌پذیری در مواقع بحرانی از جمله زیردرون‌مایه‌هایی بود که از داده‌ها ظاهر شد. نیاز به تصمیم‌گیری سریع برای بیماران بدحال، تصمیم‌گیری نادرست مساوی با مرگ یا بروز ضایعات جدی برای مجروحان و دشواری بودن شرایط تصمیم‌گیری برای کارکنان از جمله مواردی بود که مشارکت‌کنندگان بدان اشاره نمودند. به نقل از یکی از پزشکان آمده بود: "زود تصمیم بگیرید، داره دیر می‌شه. اگر فکر می‌کنید با اعزام احمد [مجروح جنگی] به اهواز تا پنجاه درصد زنده می‌مونه سریعاً روانه‌اش کنیم و اگر متفق‌القول هستید که شانس برای او متصور نیست تا دست به کار شویم. چند ثانیه سکوت مثل یک قرن گذشت و بعد اتخاذ تصمیم شد."

**۴- ثبات مدیریت:** یکی دیگر از زیردرون‌مایه‌های مستخرج از داده‌ها ثبات مدیریت در کشور علی‌رغم وجود شرایط بحرانی جنگ و کمبود امکانات بود. مشارکت‌کنندگان به ادامه کارهای اجرایی، مدیریتی و آموزشی علی‌رغم وجود جنگ در کشور اشاره کرده بودند. به‌طور مثال، به نقل از پزشک متخصص مغز و اعصاب آمده بود: "در حین دفاع و جنگ و با وجود کمبود امکانات، تسلسل کارهای اجرایی، مدیریتی و آموزشی لحظه‌ای قطع نشد. حتی آموزش دستپاری و برگزاری امتحانات، به‌موقع انجام می‌گرفت."

#### • تامین منابع

مدیریت منابع از دیگر درون‌مایه‌های ظاهر شده از داده‌ها بود که به دو قسمت تامین منابع انسانی و تامین منابع فیزیکی تقسیم شد:

##### الف) تامین منابع انسانی

این مفهوم شامل تامین کمی و کیفی نیروی انسانی، مرزهای نقش کارکنان، پشتیبانی و اختیارات و مسئولیت‌ها بود. تقریباً همه مشارکت‌کنندگان در پژوهش به کمبود نیروی انسانی خصوصاً در اوایل جنگ اشاره نمودند:

**۱- تامین کمی و کیفی نیروی انسانی:** یافته‌ها حکایت از آن داشت که کمبود پزشک (به‌خصوص جراح عمومی، جراح مغز و اعصاب، متخصص بیهوشی، ارتوپد)، پرستار، پزشکیار و امدادگر کاملاً مشهود بود و کمبود نیروهای تخصصی بسیار محسوس‌تر و جدی‌تر بود.

امکانات برای رسیدگی به مجروحان در زمان حمله به حلبچه گفت: "هوای سرد، نداشتن لباس کافی، بیماری و گرسنگی خیلی ضعیفشان کرده بود. صدای گریه بچه‌های شیرخوار که به‌علت تاول‌های درون دهانشان نمی‌توانستند شیر بخورند و بچه‌های بزرگ‌تر که درد داشتند قطع نمی‌شد."

کمبود امکانات فقط شامل امکانات و تجهیزات پیشرفته و تخصصی و داروها نبود، بلکه در برخی مناطق کمبود امکانات اولیه از جمله آب، غذا، لباس گرم، پتوی مناسب، وسایل گرمایشی مناسب و وسایل استحمام هم دیده می‌شد. تمام کارکنان سعی می‌کردند از حداقل امکانات حداکثر استفاده را بکنند. حتی پزشکی به درد و ناله مداوم مجروحان از درد و گرسنگی اشاره نموده بود.

کمبود امکانات شامل وسایل حمل و نقل و انتقال سریع مجروحان هم می‌شد. کمبود این وسایل گاه به حدی بود که پاسخگوی جابه‌جایی مجروحان و شهدا هم نبود. استفاده از تریلرها، وانت توپوتا و کانتینرها برای حمل پیکر تعداد زیادی از شهدا و انباشته‌شدن پیکر آنان بر روی یکدیگر از جمله مواردی بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند. کمبود امکانات جراحی، امکانات پاراکلینیک مثل دستگاه گرافی، سی‌تی‌اسکن، اندوسکوپ، داروها، خون و فرآورده‌های خونی و غیره، شرایط درمان و مراقبت از مجروحان خصوصاً جراحی مجروحان را با مشکلات جدی مواجه کرده بود. در مواردی پزشکان مجبور به جراحی مجروح بدون انجام اقدامات پاراکلینیک (مثلاً سی‌تی‌اسکن و تهیه گرافی) شده بودند. یا حتی پزشکی به انجام جراحی مجروحی بدون بیهوش‌نمودن وی، به‌دلیل نبودن داروی بیهوشی اشاره نموده بود.

علی‌رغم این که اکثر مشارکت‌کنندگان به کمبود امکانات اشاره نموده بودند، ولیکن افرادی هم بودند که معتقد بودند امکانات اولیه در منطقه‌ای که آنها حضور داشتند خوب و کافی بود. مثلاً پزشکی به وجود بانک خون و تجهیزات پزشکی در اورژانس‌ها و بیمارستان‌های صحرایی اشاره نموده بود: "در این اورژانس‌ها و بیمارستان‌های صحرایی که زیر انبوه‌ها خاک ساخته می‌شد و بی‌شبهات به یک شهر نبود، بانک خون و تجهیزات پزشکی خوبی وجود داشت."

**۳- تبعیض و سوگیری برخی مدیران:** گاه در میان داده به چشم می‌خورد که برخی مدیران در توزیع منابع و امکانات بین افراد تبعیض قایل می‌شدند و در این مورد سوگیری داشتند. به‌طور مثال، یکی از مشارکت‌کنندگان اشاره نموده بود که متوجه حضور خانواده کارکنان و روسا در یک بیمارستان صحرایی شده بود که عامل کمبود غذا برای مجروحان شده بود و منجر به پیگیری مساله توسط وی شد. "یکی از کارکنان بیمارستان بود ... نزدیک آمد و خیلی آرام گفت: خانم دکتر بین خودمان باشد، غذا به اندازه کافی می‌آورند، ولی بعضی از کارکنان و روسا، از ترس بمباران، خانواده‌هایشان را به اینجا آورده‌اند و توی اتاق پستی بیمارستان جا داده‌اند، غذاها اول برای آنها می‌رود و چیزی نمی‌ماند که اینجا بیاورند."

**۴- تجهیزشدن:** در مواجهه با این کمبودها مدیران ارشد نظامی

همچنین کمک به وضع حمل یک خانم باردار توسط یک دانشجوی پزشکی و جراحی یک بیمار مغز و اعصاب توسط یک ارتوپد از دیگر مواردی بود که بدان اشاره شده بود.

**۳- پشتیبانی:** مساله دیگر، لزوم حمایت و پشتیبانی نیروهای اعزامی چه از نظر امکانات و تجهیزات و چه از نظر روحی و روانی بود که هر چند مورد توجه مسئولان و مدیران بود، ولیکن کافی به نظر نمی‌رسید. به‌طور مثال، بعضاً این حمایت‌ها و پشتیبانی‌ها بعد از اعلام نیاز نیروها و گاه بعد از بازدید مسئولان از مناطق جنگی صورت می‌پذیرفت. یکی از پزشکان در این خصوص گفت: "چند روز بعد از عید، دکتر بازرگان، معاون دارویی وزارت بهداشت، به آنجا آمد و بعد از دیدن شرایط بیمارستان، لیست داروهای مورد نیاز را خواست. دکتر هم بعد از چند روز یک کامیون پر از دارو و وسایل برای بیمارستان فرستاد."

**۴- اختیارات و مسئولیت‌ها:** پزشکی در خاطرات خود به اشتباه محاسباتی خود در خصوص انتخاب محل سنگر و تصمیم وی به دخالت‌نکردن در انتخاب نقاط سوق‌الجیشی اشاره نمود: "با توجه به این که اورژانس بسیار کوچک بود، برخی افراد باید برای خودشان سنگر درست می‌کردند. ... بعد از مطالعه وضعیت منطقه، در دل کوه، با دوستم دو سنگر برای استراحت حفر کردیم. بعد از ظهر بود که صدای انفجار گلوله توپ و خمپاره چرتمان را پاره کرد. از سنگر بیرون پردیم. ... با دیدن جاده تدارکاتی که درست از بالای سر ما عبور می‌کرد، به اشتباه محاسباتی خود پی بردیم و همانجا تصمیم گرفتیم که استراتژی جنگ را به تئوریسین‌ها بسپاریم و در انتخاب نقاط سوق‌الجیشی دخالتی نکنیم."

یکی دیگر از پزشکان نوشته بود: "باید با سرعت تصمیم می‌گرفتم. برای یک رزیدنت سال دو جراحی اعصاب که تازه ده روز بود که به جبهه اعزام شده بود، این تصمیم‌گیری بسیار حیاتی بود و اشتباه در آن ممکن بود به قیمت جان یک رزمنده تمام می‌شد. ... آیا باید منتظر می‌ماندم و او را به مرکز مجهزتری منتقل می‌کردم تا پزشکان باتجربه‌تری او را عمل می‌کردند یا خود اقدام می‌کردم. ..."

## ب) تامین منابع فیزیکی

**۱- فضای فیزیکی:** گاه با افزایش تعداد مجروحان، فضای فیزیکی مناسبی برای مراقبت از آنان وجود نداشت. این مساله با افزایش مجروحان شیمیایی حادث‌تر و بغرنج‌تر می‌شد؛ به‌طوری که منجر به آلوده‌ترشدن مجروحان شیمیایی و حتی مجروحان جنگی که کنار آنها بودند می‌شد. یکی از پرستاران که در سوله مهندس شهیدسلیمی بین ایلام و کرد به امر مراقبت از مجروحان پرداخته بود در خاطرات خود نوشته بود: "امکاناتمان خیلی کم بود و آب و غذا هم دیر به دیر می‌رسید. آب را جیره‌بندی کردیم تا برای مجروحان با کمبود آب و غذا مواجه نشویم. فرصت خوردن و خوابیدن نداشتیم. ... تعداد مجروحان آنقدر زیاد شده بود که دیگر برای نشستن ما جایی پیدا نمی‌شد."

**۲- امکانات و تجهیزات:** یکی از مشارکت‌کنندگان که در آن زمان به‌عنوان بهیار در منطقه مشغول به خدمت بود در خصوص کمبود

ماندن در آن طبقه هم برای بیماران و هم برای کارکنان بیمارستان خیلی خطرناک بود. ... همه کارکنان با هم در زیر آتش بی‌امان دشمن بخش اطفال را خالی کردیم."

علاوه بر مسایل ایمنی و حفاظتی، رعایت موارد امنیتی کلیه نیروهای نظامی اعم از رزمندگان و کارکنان مراقبت بهداشتی از دیگر مواردی بود که بایستی مورد توجه قرار گیرد. به‌طور مثال، مشارکت‌کنندگان به اعزام به منطقه بدون دانستن محل آن برای پیشگیری از لو رفتن مکان عملیات اشاره نموده بودند. یکی از پزشکان در این خصوص نوشته بود: "اوایل فروردین ۶۵ عضو تیم اضطراری شدم. ... کسی نمی‌دانست کجا می‌رویم، عملیات بود و نباید مکانی لو می‌رفت."

اعزام اضطراری نیروها به جبهه بدون اطلاع به خانواده، حفظ اسرار جنگ توسط تیم اضطراری، استفاده از افراد مختلف در عملیات‌ها، معدوم‌کردن اسناد و مدارک نظامی توسط امدادگر حین اسارت، فاش‌نکردن اسرار نظامی در اسارت، شهادت غواصان به دلیل لو رفتن عملیات کربلای ۴ از جمله مواردی بود که در متون به چشم می‌خورد. اهمیت این قضیه هم از نظر امنیتی و پیشگیری از حملات دشمن و موفقیت در عملیات‌ها حایز اهمیت بود و هم از نظر حفظ روحیه کارکنان. به‌طوری‌که تعدادی از کارکنان تیم درمانی و مجروحان مدتی در ایلام در محاصره دشمن بودند، در حالی که خود از این محاصره اطلاع نداشتند که البته خوشبختانه محاصره ایلام شکسته شده بود و همه نجات یافته بودند. "راننده آمبولانس مات و مبهوت به من نگاه کرد و گفت: مگر نمی‌دانستید عراقی‌ها و منافقین ایلام را محاصره نموده بودند؟"

**۳- بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری:** گاه مواردی پیش آمده بود که حاکی از بی‌احتیاطی برخی افراد بود و صدمات جبران‌ناپذیری را به دنبال داشت. به‌طور مثال، بردن دانش‌آموزان به منطقه جنگی برای بازدید از منطقه بود که با اعتراض یکی از پزشکان مواجه شده بود، ماسک‌زدن تعدادی از رزمندگان هنگام حمله شیمیایی، تیرخوردن و کشته‌شدن کودک نه‌ماهه توسط نیروهای خودی در جشن آژادسازی خرمشهر، مبتلاشدن رزمندگان به مشکلات گوارشی (اسهال) به دلیل مصرف غذاهای نامناسب (مرغ فاسد) از دیگر مواردی بود که مشارکت‌کنندگان بدان اشاره کرده بودند. به‌طور مثال، پزشکی در خاطرات خود گفته بود: "دکتر گفت: این رزمندگانی که به ما مراجعه می‌کنند، پس از عمل باید از آنها تعهد بگیریم که حداقل تا شش ماه به جبهه نروند. تعجب کردم و گفتم جریان چیست؟ گفتند: اعصاب محیطی را که عمل می‌کنیم تا بخواهند ترمیم شوند، حداقل به چند ماه وقت نیاز دارد. شش ماه، نه ماه یا شاید یک سال. ولی اینها تا زخم‌هایشان خوب می‌شود، فوراً به جبهه برمی‌گردند. خوب وقتی کسی که آسیبی دارد و دست یا پایش فلج است، مسلماً نمی‌تواند بجنگد و آسیب شدیدتری می‌بیند و به مجرد این که به جبهه می‌روند، بلافاصله برمی‌گردند و روز از نو و روزی از نو. رفتن آنها به جبهه ریسکش بالاست. یا شهید می‌شوند یا با آسیب شدیدتری برمی‌گردند."

بی‌تفاوت نبودند و تمام تلاش خود را می‌نمودند تا امکانات و تجهیزات لازم را برای رزمندگان و تیم درمان فراهم نمایند و تلاش می‌شد آنها را تا حد امکان تجهیز نمایند، ولیکن وسعت بحران فراتر از آن بود که بتوانند همه کمبودها را برطرف نمایند. مشارکت‌کنندگان نیز به مجهزبودن برخی بیمارستان‌ها، اتاق عمل‌ها، مراکز مراقبت از مجروحان شیمیایی و آمبولانس‌ها اشاره نمودند. همچنین اشاره نمودند که هنگام اعزام برای انجام ماموریت با تجهیزات کامل به منطقه مورد نظر اعزام می‌شدند. به‌طور مثال، به نقل از پزشکی آمده بود: "اولین بار بود که در یک جای نسبتاً مجهز در دل جبهه کار می‌کردم و این نشانه پیشرفت سریع و آمادگی نیروهایی بود که با توجه به شناخت جنگ، دست به تجهیز اورژانس‌های خط مقدم زده بودند (سال ۱۳۶۶)."

## ● مدیریت اجرایی

**۱- آمادگی (صف‌آرایی):** یکی از مواردی که در مدیریت درمان مجروحان بسیار حایز اهمیت بود، بحث آمادگی کارکنان درمانی بود. بدین ترتیب که در کل شبانه‌روز خصوصاً در زمان وقوع عملیات‌های نظامی، کارکنان کلیه مراکز درمانی محیط فیزیکی، امکانات و تجهیزات مورد نظر و نیروی انسانی را آماده پذیرش مجروحان جنگی و شیمیایی می‌کردند تا در حداقل زمان ممکن بتوانند بهترین درمان و مراقبت را ارائه دهند. حتی کارکنان مراقبت بهداشتی در زمانی که نوبت کاری آنها نبود و در منزل خود مشغول استراحت بودند نیز حالت آماده‌باش داشتند. در واقع، گوش به زنگ بودن و آمادگی و هوشیاری کلیه کارکنان درمانی و آمبولانس‌ها در ارایه فوری مراقبت به بیماران یکی از عوامل مهم در کاهش میزان مرگ‌ومیر و کاهش عوارض ناشی از جراحات وارده به مجروحان بود. گذشت زمان و کسب تجربه از جنگ باعث آمادگی بیشتر آنها شده بود. در داده‌ها مواردی هم به چشم می‌خورد که حاکی از عدم آمادگی کارکنان هنگام اعزام به منطقه بود. مثلاً مشارکت‌کننده‌ای به رفتن اکیپ پزشکی بدون آمادگی لازم (لباس گرم و غیره) به منطقه اشاره نموده بود که طبیعتاً این عدم آمادگی پیامدهای منفی به دنبال داشته است.

**۲- اقدامات حفاظتی و امنیتی:** از آنجایی که دشمن حتی به بیمارستان‌ها و مناطق مسکونی هم رحم نمی‌کرد، از این رو، مجروحان و کارکنان مراقبت بهداشتی گاه در بیمارستان‌ها هم امنیت نداشتند. انتقال مجروحان به بیمارستان‌هایی که در تیررس دشمن نباشد، عدم تاسیس امکانات بیمارستانی در خطوط پدافندی به دلیل نزدیکی به مناطق جنگی، پناه‌گرفتن در جاهای امن بیمارستان، سنگربندی مناسب، رعایت نکات استتار هنگام حمل مجروحان، توجه‌نمودن به دستورات مافوق در خصوص تخلیه فوری بیمارستان برای پیشگیری از صدمات بیشتر، تخلیه طبقات بالای بیمارستان به دلیل احتمال بمباران و اطلاع فوری به تیم‌های خنثی‌کننده کلاهک‌های عمل‌نکرده از جمله مواردی بود که در داده‌ها به چشم می‌خورد. یکی از کمک‌بهباران در این خصوص نوشته بود: "بیمارستان در تیررس مستقیم دشمن بود و در آن شرایط

برآورد خوبی صورت نگرفته بود و کمبود یا ازدحام بیش از حد در برخی سطوح مشاهده می‌شد<sup>[24]</sup>. در پژوهشی کیفی که فیروزکوهی و همکاران تجارب پرستاران غیرنظامی اتاق عمل در جنگ ایران و عراق را مورد مطالعه قرار داده بودند، سازمان‌دهی تیم‌های اورژانس پزشکی، از علل مهم ارایه مراقبت اثربخش در اتاق‌های عمل به شمار می‌رفت<sup>[11]</sup>.

"مهارت تصمیم‌گیری و ریسک‌پذیری" زیردرون‌مایه دیگر مفهوم "مدیریت و رهبری" بود. با توجه به شرایط خاص جنگ، کمبود امکانات، نیروی متخصص و زمان اندک برای کمک به مجروحان لزوم تصمیم‌گیری صحیح در کوتاه‌ترین زمان ممکن برای بیماران بدحال از جمله یافته‌های حاصل از مطالعه بود. هم‌راستا با این یافته، سرهنگی و همکاران در یک مطالعه کیفی که به بررسی تجارب امداد و انتقال طی جنگ عراق و ایران پرداخته بود، اشاره کردند که تصمیم‌گیری‌های موثر و معقول یکی از عناصر کلیدی امداد و انتقال موفقیت‌آمیز مجروحان بود و بیشتر خطاهای جدی که در شرایط بحرانی اتفاق می‌افتد مربوط به زمانی بود که افراد قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه و هوشیارانه نبودند<sup>[32]</sup>. اسکالن-دش نیز در بررسی تجارب پرستاران در جنگ ویتنام متذکر شده است پرستاران باید سعی کنند وابسته به تکنولوژی نباشند و به مهارت‌های بررسی و ارزیابی، تصمیم‌گیری و درمانی خود اعتماد کنند<sup>[19]</sup>.

از دیگر درون‌مایه‌های مستخرج از داده‌ها "ثبات مدیریت" در سطح کلان بود. یافته‌ها حکایت از آن داشت که علی‌رغم وجود شرایط بحرانی جنگ، مدیریت در کل کشور از ثبات نسبی برخوردار بود و امور درمانی و آموزشی به روال عادی خود جریان داشت. مطالعه‌ای برای مقایسه این نتیجه در شرایط بحرانی جنگ یافت نشد، ولیکن در بررسی عملیات امدادی جمعیت هلال احمر در زلزله سال ۱۳۹۱ آذربایجان شرقی، به ناتوانی مدیریت در سطوح استانی، منطقه‌ای و سازمانی و نبود هماهنگی بین و درون‌بخشی اشاره شده است<sup>[33]</sup>. در این مطالعه "تامین منابع" از دیگر درون‌مایه‌های اصلی مستخرج بود که از دو زیردرون‌مایه "تامین منابع انسانی" و "تامین منابع فیزیکی" تشکیل می‌شد. در خصوص زیر درون‌مایه "تامین منابع انسانی"، قریب به اتفاق مشارکت‌کنندگان به کمبود نیروی انسانی اشاره کرده بودند که منجر به افزایش بار کاری در مراکز درمانی شده بود. در این راستا، نکویی‌مقدم و همکاران نیز به کمبود نیروی انسانی در شرایط بحرانی همچون زلزله شهر بم اشاره کرده بودند<sup>[31]</sup>. همچنین داده‌ها حکایت از آن داشت که "مرزهای نقش" برای کارکنان خیلی واضح و مشخص نبود. به‌طوری که گاهی به‌دلیل کمبود نیروی انسانی، کارکنان مراقبت بهداشتی برای نجات مجروحان مجبور به انجام خدماتی خارج از تخصص خود می‌شدند. در این راستا، سایر پژوهشگران نیز به لزوم مشخص کردن نقش‌ها و حوزه کاری هر فرد در زمان بحران و تخصیص کدهایی برای کارکنان و آموزش‌هایی که مبتنی بر شرح وظایف و نقش‌های آنان باشد اشاره می‌نمایند<sup>[31]</sup>. همچنین در مطالعه‌ای اشاره شده بود که در

۴- **ثبات مستندات:** مشارکت‌کنندگان به لزوم ثبت مشخصات مجروحان و اقدامات درمانی انجام‌شده برای آنها اشاره و تاکید کرده بودند. یکی از موانع موجود، کمبود نیروی انسانی کافی در شرایط بحرانی بود که باعث شده بود بسیاری از موارد خصوصاً در زمان وقوع حملات شیمیایی به ثبت نرسد. این امر منجر به بروز مشکلات متعددی از جمله عدم امکان پیگیری مناسب و دقیق وضعیت مجروحان و برآورد صحیح از امکانات و نیروی انسانی مورد نیاز می‌شد. از طرفی، برخی مشارکت‌کنندگان به ثبت و دسته‌بندی مناسب اقدامات درمانی برای مجروحان اشاره کرده بودند و این که ثبت این موارد به‌عنوان یک اندوخته بسیار غنی و مهم برای انتقال تجارب تیم درمانی به سایر کارکنان مراقبت بهداشتی و نسل‌های بعدی محسوب می‌شد. به‌طور مثال، پزشکی به تهیه اسلایدهای آموزشی برای دانشجویان خود از مستندات مجروحان جنگی اشاره نموده بود. پزشک دیگری به پیدا کردن ارتوپدی که عمل آمپوتاسیون را روی پزشک انجام داده بود به‌دلیل مستندسازی تکنسین رادیولوژی (بعد از ۱۴ سال در یک کنفرانس علمی) اشاره کرده بود: "نکته آموزشی این خاطره، نوشتن مشخصات بیمار در زیر کلیشه‌ها توسط کارشناس رادیولوژی در آن شرایط سخت و دشوار جنگ بود".

#### بحث

این مطالعه با هدف تبیین صلاحیت‌های مدیریتی کارکنان بهداشت و درمان در راستای کاهش آمار شهدا و صدمات وارده به مجروحان (جانبازان) در جنگ ایران و عراق صورت پذیرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که کارکنان بهداشت و درمان در سخت‌ترین شرایط کاری، با بهره‌گیری از راهکارهای مختلف مدیریت و رهبری، در جهت حفظ جان مجروحان تلاش می‌کردند. مهم‌ترین درون‌مایه‌های مستخرج از داده‌ها "مدیریت و رهبری"، "تامین منابع" و "مدیریت اجرایی" بود. در این مطالعه، "برنامه‌ریزی" یکی از زیردرون‌مایه‌های مستخرج از داده‌ها بود. داده‌ها حکایت از آن داشت که در مراحل اولیه جنگ برنامه‌ریزی مناسب و منسجمی برای درمان مجروحان وجود نداشت و با پیشرفت جنگ و کسب تجارب، برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری صورت پذیرفت که منجر به کاهش چشمگیر تلفات و عوارض حاصل از جراحات در مجروحان شد. در مطالعه نکویی‌مقدم و همکاران نیز که با روشی کیفی به بررسی نیازمندی‌های پرستاران برای امدادسانی و پشتیبانی از مصدومان در بحران پرداخته بود، بر لزوم وجود برنامه‌ای منسجم اشاره کرده بودند<sup>[31]</sup>.

در خصوص زیردرون‌مایه "سازمان‌دهی و هماهنگی"، یافته‌ها حکایت از عدم وجود سازمان‌دهی و هماهنگی مناسب در اوایل جنگ و بهبود سازمان‌دهی نیروهای انسانی و منابع فیزیکی در مراحل بعدی داشت. آنچه مسلم است عدم وجود سازمان‌دهی مناسب می‌تواند منجر به بروز تلفات و خسارات سنگینی به نیروهای نظامی، افزایش بار کاری، هدررفتن قابلیت‌ها و توان نیروی انسانی و منابع شود. در این راستا، نویدی و همکاران در مطالعه خود اشاره نمودند که در عملیات والفجر ۴ در خصوص برآورد نیروهای مورد نیاز کادر درمانی



و منجر به کاهش تلفات و صدمات وارده به مجروحان می‌شد، ولیکن با توجه به وسعت جنگ گاهی فضای فیزیکی در نظر گرفته شده برای حجم وسیع مجروحان چندان مناسب نبود. مطالعات دیگر نشان داده‌اند که در جنگ عراق و ایران ساخته شدن اتاق عمل در منطقه تاثیر بسزایی در کاهش مرگ و میر مجروحان داشت [11]. در این راستا، بلمی اظهار می‌دارد ساخته شدن اتاق‌های عمل در جنگ جهانی دوم، باعث کاهش مرگ و میر به میزان ۲۹/۳٪، در جنگ کره به میزان ۲۶/۳٪ و در جنگ ویتنام به میزان ۱۹٪ شد [35].

همچنین کمبود امکانات و تجهیزات تخصصی و داروهای مورد نیاز برای درمان مجروحان از جمله یافته‌های مطالعه بود. میرهاشمی و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که در زلزله بم، بیشترین میزان مصدومیت دایم آسیب‌دیدگان در نتیجه انتقال دستی یا با استفاده از پتو، به علت کمبود وسایل نقلیه بود [36]. همچنین *ساریخانی* و همکاران، در عملیات امداد رسانی جمعیت هلال احمر، از مجموع ۲۰ درون‌مایه در مورد وجود تجهیزات تخصصی و انبارداری، در ۷ مورد آن وجود تجهیزات تخصصی و انبارداری را نامناسب، در ۵ مورد سطح آن را تا اندازه‌ای مناسب و مابقی موارد آن را مناسب یا بسیار مناسب گزارش نمودند [33]. در مطالعه رحیمی موثر و همکاران نیز نشان داده شد که در دوران دفاع مقدس به دلیل کمبود تجهیزات محافظتی، آمار بالایی از قربانیان با جراحات باز سر وجود داشت و استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف و جراحی در بیمارستان‌های بزرگ مهم‌ترین عامل در حفظ حیات و کاهش عوارض این قربانیان بود [26].

یافته‌های این مطالعه حاکی از مناسب بودن تعیین محل احداث بیمارستان‌های صحرایی، اورژانس‌ها، پست‌های امداد و نگاهتگاه‌ها است که با یافته‌های مطالعه نویدی و همکاران [24] همخوانی دارد. ولیکن نویسندگان مذکور خاطرنشان کرده‌اند که تعیین محل، ارزیابی، شناسایی و برآورد تعداد اورژانس‌ها و نگاهتگاه‌های مصدومان شیمیایی با نیازهای عملیات مغایرت داشت که این یافته نیز با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

از دیگر یافته‌ها، محدودیت تعداد فضاهای پیش‌بینی شده برای درمان در برخی محورها بود. در مطالعه *غنجال* و همکاران نیز به کمبود تعداد اورژانس‌های موجود منطقه به علت محدودیت‌های مکانی اشاره شده است [23]. در مقابل، برخی مطالعات نشان داده‌اند به مرور زمان و با استفاده بیشتر دشمن از سلاح‌های شیمیایی، مراکز پزشکی مجهزتری مانند مراکز اورژانس صحرایی شیمیایی با تسهیلات تخصصی‌تر و وضعیت بهتر تامین دارو شکل گرفتند [13]. *غنجال* و همکاران در مطالعه دیگر خود عنوان کردند که در ابتدای جنگ ایران و عراق، امداد و انتقال مجروحان به صورت کاملاً ابتدایی، خودجوش و بدون هماهنگی انجام می‌گرفت. با گذشت زمان با ایجاد هماهنگی‌ها بین دستگاه‌ها و سازمان‌های مربوطه، تیپ امداد و انتقال که از قسمت‌های ستادی، صفی و شورای تیپ تشکیل می‌شد، شکل گرفت که دارای قدرت عملیاتی بالایی بود [27].

طول جنگ در نتیجه کمبود پزشک، مسئولیت‌های بین پزشکان و پرستاران به خوبی متمایز نبود. مثلاً گاهی کارهای تخصصی مانند لوله‌گذاری داخل تراشه، گذاشتن چست‌تیوب و احیای قلبی-ریوی توسط پرستاران انجام می‌شد و پزشکان در انجام کارهای ساده‌تر به کمک سایر مراقبان می‌شتافتند [22] یا به دلیل کمبود کارکنان متخصص پزشکی (مثل جراح یا بیهوشی)، پرستاران به عنوان کمک‌بیهوشی یا دیگر تخصص‌های پزشکی فعالیت می‌کردند [22]. در مطالعه‌ای دیگر اشاره شده بود که خلبانان بالگردها علاوه بر تخلیه مجروحان در آماده‌سازی برانکاردها و انتقال مجروحان به داخل بالگرد نیز کمک می‌کردند. بدیهی است که حس همکاری مضاف بر کمبود نیروی انسانی، منجر به شکست مرز نقش‌ها طی آن دوران بوده است [34]. یافته‌ها حکایت از آن داشت که حتی بانوان نقش فعالی در کمک‌رسانی به مجروحان داشتند و غالباً در مراکز عقبه و حتی در بیمارستان‌های صحرایی به امر مراقبت و درمان مجروحان می‌پرداختند. برخلاف این یافته، فیروزکوهی و همکاران اشاره می‌کنند که در بیمارستان‌های صحرایی و مراکز اورژانس، هیچ پرستار خانمی مشغول فعالیت نبود [22].

"پشتیبانی"، از دیگر زیردرون‌مایه‌های مفهوم "تامین منابع" بود که داده‌ها حکایت از آن داشت که علی‌رغم وجود حمایت و پشتیبانی از کارکنان، باز هم کمبودهایی در این خصوص وجود داشت و مستلزم توجه بیشتر مسئولان و مدیران ذی‌ربط بود. در این راستا، نویدی و همکاران نیز در مطالعه خود در خصوص تجربیات دارو و درمان بهداری سپاه در عملیات والفجر ۴ به مساله تامین نیروی انسانی به عنوان یکی از مشکلات پیش روی فرماندهان و مدیران اشاره نمودند؛ به طوری که حتی هنگام عملیات گاهی اوقات کارکنان لازم وجود نداشت [24] که تاییدی بر یافته‌های مطالعه حاضر است. البته در مواردی یافته‌ها حاکی از تامین مناسب منابع فیزیکی بود. به عنوان نمونه، *غنجال* و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان تجربیات امداد و انتقال بهداری سپاه در عملیات والفجر ۴ اشاره نمودند که نحوه پشتیبانی از یگان‌ها در امر امداد و انتقال بسیار خوب بوده است [23].

از دیگر زیردرون‌مایه‌های مستخرج از داده‌ها "اختیارات و مسئولیت‌ها" بود. مشارکت‌کنندگان به استفاده از افراد در جایگاه تخصصی خود و لزوم عدم دخالت افراد در اموری که تخصص لازم را در آن ندارند اشاره کرده بودند. برخی از خطاها و اشتباهاتی که در شرایط بحرانی جنگ صورت می‌پذیرفت، به دلیل ورود برخی افراد غیرمتخصص به حوزه‌ای خاص (از جمله مسایل نظامی) بود که گاهی تبعات جبران‌ناپذیری را به دنبال داشت. لذا بهتر است رسیدگی به مسایل نظامی به کارکنان تخصصی مربوطه (نظامیان) سپرده شود و امور درمانی و مراقبتی به کادر درمان تفویض شود و افراد از دخالت در اموری که تخصص و تبحر لازم را ندارند بپرهیزند. در خصوص زیردرون‌مایه "تامین منابع فیزیکی" شواهد نشان داد که در شرایط بحرانی جنگ و در زمان عملیات‌ها مکان‌هایی برای درمان مجروحان در نظر گرفته می‌شد. اگرچه این اقدام بسیار کارگشا بود

راستا، در مطالعه‌ای ثبت مداخلات پزشکی از جمله یافته‌های کلیدی مستخرج از داده‌ها بود[11].

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم استفاده از روش مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها و عدم دسترسی به مشارکت‌کنندگان برای تایید خاطرات مطرح‌شده در متون بود که این امر می‌تواند اصالت یافته‌ها را تا حدودی تحت‌الشعاع قرار دهد که تلاش شد با افزایش تعداد خاطرات مرور شده این محدودیت تا حدودی تعدیل شود. انجام مطالعات مشابه برای تبیین تجارب کارکنان بهداشت و درمان در شرایط نامتعارف با استفاده از سایر روش‌ها از جمله مصاحبه با شرکت‌کنندگان توصیه می‌شود.

از آنجا که طی جنگ‌ها با توجه به شرایط خاص و حجم زیاد مجروحان، مشکلات متعددی از جمله سردرگمی، کمبود تجهیزات و اقدامات غیربرنامه‌ریزی‌شده رخ داده که خود باعث افزایش میزان مرگ‌ومیر مصدومان می‌شود، تبیین و درک درس‌آموخته‌ها و تجارب کارکنان بهداشت و درمان در راستای کاهش تعداد آمار شهدا و جانبازان طی ۸ سال جنگ ایران و عراق می‌تواند باعث افزایش دانش و استفاده بهینه از این تجارب در شرایط نامتعارف و مشابه شود.

### نتیجه‌گیری

صلاحیت‌های مدیریتی مراقبان بهداشتی شامل مدیریت و رهبری، تامین منابع و مدیریت اجرایی است که در راستای کاهش تعداد آمار شهدا و جانبازان در جنگ ایران و عراق به کار رفته است.

**تشکر و قدردانی:** این مطالعه حاصل از یک طرح مصوب در دانشگاه علوم پزشکی آجا با شماره ثبت ۵۹۷۴۳۵ است. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی آجا که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

**تاییدیه اخلاق:** پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با کد IR.AJAUMS.RES.1397.094 به تصویب رسید. با توجه به این که در این مطالعه از اسناد و مدارک موجود استفاده شد، لذا آسیب جسمی یا روانی متوجه افراد نیست. با این وجود، پژوهشگران به‌منظور صیانت از ارزش‌های انسانی و اصول اخلاقی پژوهش، خود را ملزم به رعایت حقوق مولفان در استفاده از متون و منابع چاپی و الکترونیک، عدم ذکر نام راویان متون مورد استفاده، رعایت کلیه موازین مربوط به انتشار اثرات علمی و پژوهشی براساس اصول کمیته اخلاق نشر (COPE) و رعایت اصل امانت‌داری نسبت به متون و ذکر نقل قول‌ها نمودند.

**تعارض منافع:** نویسندگان اعلام می‌دارند که در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشت.

**سهم نویسندگان:** زهرا فارسی (نویسنده اول)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۸۰٪)؛ ناهید رجایی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۲۰٪)

**منابع مالی:** این طرح تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی آجا است.

در مطالعه حاضر درون‌مایه "مدیریت اجرایی" با زیردرون‌مایه‌های "آمادگی"، "اقدامات حفاظتی و امنیتی"، "بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری" و "ثبت مستندات" از داده‌ها استخراج شد. یافته‌ها نشان داد که "آمادگی" کارکنان درمانی در شرایط بحرانی از جمله هنگام عملیات‌های جنگی یکی از مسایل مهم مدیریتی است که با گذشت زمان و کسب تجربه در طول جنگ افزایش پیدا کرد. در این راستا، غنجال و همکاران نیز از آمادگی خوب پست‌های امداد و اورژانس برای پذیرش مجروحان در عملیات والفجر ۴ یاد کرده‌اند[23]. فیروزکوهی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان داشتند پرستاران در ابتدای جنگ آمادگی کار در شرایط بحرانی جنگ عراق و ایران را نداشتند[22]. اسکاتل-دش نیز از عدم آمادگی حرفه‌ای، محیطی، فرهنگی و روانی پرستاران برای ورود به مناطق جنگی یاد کرده است و به لزوم آموزش چالش‌های بالینی و روانی اجتماعی پیش روی پرستاران شرکت‌کننده در جنگ اهتمام ورزیده است[19]. در جنگ عراق و افغانستان گزارش شد که پرستاران با این که آموزش‌هایی در زمینه مراقبت ویژه و نحوه استفاده از دستگاه‌ها دیده بودند، اما آنها طی جنگ آمادگی لازم برای به‌کاربردن دانش خود را نداشتند[37].

در ارتباط با زیردرون‌مایه "اقدامات حفاظتی و امنیتی"، یافته‌ها حاکی از آن بود که اگرچه انتخاب محل مناسب برای امنیت مراکز درمانی و کارکنان مشغول به کار در اکثر موارد خوب بوده است، ولیکن در پاره‌ای موارد به‌دلیل حملات وحشیانه دشمن به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، کارکنان از تجارب خود در خصوص احساس عدم امنیت در مراکز درمانی یاد کرده بودند. در این راستا، در مطالعه‌ای آسیب‌پذیری پرستاران اتاق عمل گزارش شده است که مکرر در معرض بمباران زمینی، هوایی، عوامل شیمیایی و حتی انفجار قطعات باقی‌مانده از بمب‌های خوشه‌ای در بدن مجروحان بودند[11]. ساریخانی و همکاران نیز در مطالعه خود عنوان کردند که از نظر مدیران هلال احمر، تامین امنیت اجتماعی در منطقه زلزله‌زده آذربایجان شرقی در سطح نامناسبی بود[33]. اسکاتل-دش نیز در مطالعه‌ای که به بررسی تجارب پرستاران در جنگ ویتنام پرداخته بود، اشاره می‌کند که پرستاران باید توانایی‌ها، استعدادها و محدودیت‌های خود را برای مراقبت و محافظت از خود بشناسند[19]. همچنین یافته‌ها بر مواردی از جمله "بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری" به‌خصوص در مناطق جنگی تاکید داشت. با توجه به محیط پرمخاطره جنگ، کوچک‌ترین بی‌احتیاطی به هشدارهای داده‌شده می‌تواند منجر به صدمات جبران‌ناپذیری شود. در این راستا برخی مطالعات به آزار و اذیت جنسی برخی پرستاران در جنگ‌های مختلف اشاره نمودند[38-40].

لزوم "ثبت مستندات" از دیگر درون‌مایه‌های مستخرج از داده‌ها بود که به‌دلیل کمبود نیروی انسانی آن طور که باید و شاید انجام نمی‌شد و ضعف‌هایی در این زمینه وجود داشت. با این وجود، مستنداتی که به ثبت رسیده بود به‌عنوان یک منبع غنی حاصل از تجارب کارکنان درمانی قابل انتقال به نسل‌های بعد است. در این

- 17- Elliott B. Military nurses' experiences returning from war. *J Adv Nurs*. 2015;71(5):1066-75.
- 18- Shamia NA, Thabet AA, Vostanis P. Exposure to war traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among nurses in Gaza. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(10):749-55.
- 19- Scannell-Desch EA. Lessons learned and advice from Vietnam War Nurses: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2005;49(6):600-7.
- 20- Hallett CE. *Containing trauma: nursing work in The First World War*. Manchester: Manchester University Press; 2010.
- 21- Peyrovi H, Parsa-Yekta Z, Vosoughi MB, Fathiyan N, Ghadirian F. From margins to center: an oral history of the wartime experience of Iranian nurses in Iran-Iraq war, 1980-1988. *Contemp Nurse*. 2015;50(1):14-25.
- 22- Firouzkouhi M, Zargham-Boroujeni A, Nouraei M, Yousefi H, Holmes CA. The wartime experience of civilian nurses in Iran-Iraq war, 1980-1988: an historical research. *Contemp Nurse*. 2013;44(2):225-31.
- 23- Ghanjal A, Sadri Arhami A, Basam SM. Rescue and transportation experiences of medical department of Sepah in Valfajr 4 operation. *J Mil Med*. 2003;5(2):91-8. [Persian]
- 24- Navidi AA, Ghanjal A, Sadri A, Abolghasemi H. Pharmaceutical and medical experiences Sepah in Valfajr 4 operation. *J Mil Med*. 2002;4(3):151-6. [Persian]
- 25- Haj Ahadi ST, Navidi AA, Abolghasemi H, Mohebbi HA. A review of medical experiences of Sepah in Holy Defense: Valfajr 4 Operation. *J Mil Med*. 2002;4(2):75-80. [Persian]
- 26- Rahimi-Movaghgar V, Jazayeri SB, Alimi M, Abbassioun K, Amirjamshidi A. Lessons learned from war: a comprehensive review of the published experiences of the Iranian neurosurgeons during the Iraq-Iran conflict and review of the related literature. *World Neurosurg*. 2013;79(2):346-58.
- 27- Ghanjal A, Ameryun A, Behrozinejad N, Motaghi M. Field hospitals in Iraq-Iran war. *J Mil Med*. 2004;6(2):143-52. [Persian]
- 28- Ghanjal A, Motaghi M, Mirhashemi S, Delavari AR. Rescue and transportation brigade in Iraqi imposed war against IRAN. *J Mil Med*. 2005;6(4):285-92. [Persian]
- 29- Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative research methods*. 1<sup>st</sup> Edition. Tehran: Boshra Publication; 2007. p. 252. [Persian]
- 30- Rezapour Nasrabad R. Criteria of validity and reliability in qualitative research. *J Qual Res Health Sci*. 2018;6(4):493-9. [Persian]
- 31- Nekooei Moghaddam M, Saeed S, Khanjani N, Arab M. Nurses' requirements for relief and casualty support in disasters: a qualitative study. *Nurs and Midwifery Stud*. 2014;3(1):e9939.
- 32- Sarhangi F, Gholami HR, Khaghanizade M, Najafi Mehri S. First aid and transportation course contents based on experience gained in the Iran-Iraq War: a qualitative study. *Trauma Mon*. 2015;20(1):e23846.
- 33- Sarikhani N, Farsad H, ZareTousi Z, Najafi M, Mousavi AS, Oveisi N, et al. Studying the managers' viewpoint of East Azerbaijan provinces in 2012 and branches about relief operation of Red Crescent society. *Q Sci J Rescue Relief*. 2014;6(3):20-30. [Persian]
- 34- Aliyari S, Zareian A, Hatami Z, Aliyari Shorehdeli M. Spiritual experiences and memories of healthcare personnel during the holy defense: a summative content analysis. *J Mil Med*. 2015;17(3):171-9. [Persian]
- 35- Bellamy RF. Death on the battlefield and the role of
- 1- Salamati P, Razavi SM, Shokraneh F, Mohazzab Torabi S, Laal M, Hadjati GH, et al. Mortality and injuries among Iranians in Iran-Iraq war: a systematic review. *Arch Iran Med*. 2013;16(9):542-50.
- 2- Mousavi B, Moradi-Lakeh M, Karbakhsh M, Soroush M. Years of life lost among Iranian people killed in the Iraq-Iran war: the 25-year perspective. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2014;21(4):382-7.
- 3- Azarmi S, Farsi Z. Roy's adaptation model-guided education on promoting the adaptation of the veterans with lower extremities amputation. *Iran Red Crescent Med*. 2015;17(10):e25810.
- 4- Azarmi S, Farsi Z, Sajjadi SA. Development of adaptation questionnaire using Roy's adaptation model and its psychometrics on veterans with lower limb amputation. *Hayat*. 2014;19(4):26-37. [Persian]
- 5- Farsi Z, Azarmi S. Effect of Roy's adaptation model-guided education on coping strategies of the veterans with lower extremities amputation: a double-blind randomized controlled clinical trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4(2):127-36.
- 6- Farsi Z. Exploring coping strategies of healthcare providers with tension sources in Iran-Iraq war: a qualitative study. *J Arch Mil Med*. 2017;5(4):e59470.
- 7- Bazregar R, Khankeh HR, Ahmadi S, Hosseini MA, Rahgozar M, Moradian MJ. The evaluation of application of coordination based disaster response model in Rajaye Hospital disaster preparedness. *Iranian J Nurs Res*. 2013;8(29):10-18. [Persian]
- 8- Rahimaghaee F, Hatamopour K, Seylani K, Delfan V. Nurses' perceptions of care during wartime: a qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2016;63(2):218-25.
- 9- Farsi Z, Dehghan Nayeri N. Pain and suffering: Experiences of health care professionals in the Iran- Iraq war-a content analysis study. *J Mil Med*. 2017;19(3):222-33. [Persian]
- 10- Hagerty BM, Williams RA, Bingham M, Richard M. Military nurses and combat-wounded patients: a qualitative analysis of psychosocial care. *Perspect Psychiatr Care*. 2011;47(2):84-92.
- 11- Firouzkouhi MR, Kako M, Abdollahimohammad A, Zargham-Boroujeni A. Experiences of the civilian Iranian operating room nurses: a historical survey of the Iran-Iraq war. *J Nurs Midwifery Sci*. 2016;3(1):31-41.
- 12- Gibbons SW, Hickling EJ, Watts DD. Combat stressors and posttraumatic stress in deployed military healthcare professionals: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):3-21.
- 13- Soltani T, Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH, Baghian N, h Jafari A. Knowledge, attitude, and performance of nurses' crisis management in natural disasters in Yazd City. *J Community Health Res*. 2016;5(3):195-201. [Persian]
- 14- Amiri Jami H, Ahanchian M, Mahram B, Pakmehrd H. System of educational and qualification-based management about management models on the basis of competency: a meta-analysis. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012;46:4751-5.
- 15- Firouzkouhi MR, Zargham-Boroujeni A, Nouraei M, Rahnama M, Babaeipour M. The effects of imposed war on Iran's nursing: a historical research. *J Mil Med*. 2015;17(3):127-36. [Persian]
- 16- Farsi Z. Professionalism of healthcare jobs in the war. *J Arch Mil Med*. 2017;5(1):e13210.

38- Baker RR, Menard WS, Johns LA. The military nurse in Vietnam: stress and impact. *J Clin Psychol.* 1989;45(5):736-44.  
 39- Kaiser AP, Kabat DH, Spiro A, Davison EH, Stellman JM. Women at war: The crucible of Vietnam. *SSM Popul Health.* 2017;3:236-44.  
 40- Stander VA, Thomsen CJ. Sexual harassment and assault in the U.S. military: a review of policy and research trends. *Mil Med.* 2016;181(1 Suppl):20-7.

first aid. *Mil Med.* 1987;152(12):634-5.  
 36- Mirhashemi S, Mirhashemi SAH, Ghanjal A, Mohebbi HA, Delavary AR, Saghafeinia M, et al. Assessment of triage and transportation in Bam earthquake casualties whom were hospitalized in Baqiyatallah and some other Tehran Hospitals. *J Mil Med.* 2005;7(3):225-30. [Persian]  
 37- Agazio J. Army nursing practice challenges in humanitarian and wartime missions. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(2):166-75.