

Relief and transportation of victims on the battlefield from the viewpoint of military nurses: a qualitative study

Hamidreza Gholami ¹, Hosein Mahmoudi ^{2*}, Seyed Tayeb Moradian ³

¹ MSc in Nursing, Javadolaemeh Clinic, Bojnord, Iran

² Associate Professor, Trauma Research Center and Department of Medical Surgical, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Atherosclerosis Research Center and Department of Medical Surgical, School of Nursing and Atherosclerosis Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 30 January 2019 Accepted: 25 July 2019

Abstract

Background and Aim: Nurses are the biggest groups that provide relief and transport services in critical conditions and battlefields. Although many studies are published regarding the role of nurses in war the number of qualitative researches in this field is limited. This study was conducted to identify the role of nurses in the relief and transportation of injured victims on the battlefield.

Methods: This qualitative conventional content analysis was done in 2018. Using purposive sampling, 26 nurses with a recent history of participation in military missions were invited to include in the study. Data collection was carried out using in-depth semi-structured interviews. All data is recorded and typed in MAXQDA software, then analyses included 8 steps: transcription the interviews; identifying semantic units; coding; revising codes with text; classifying and developing categories; reviewing categories; identifying themes; and reporting the findings.

Results: In conclusion, 212 codes and 23 subcategories and seven categories were extracted from data analysis. Also three main themes including the "Life savior in relief and transmission", "Management and leadership of relief and transportation" and "Unorganized relief and transportation" were emerged. The main categories were: management skills in relief and transportation, human resources development, savior characteristics and capabilities, knowledge and skills of a savior, unorganized transfer, unorganized saving interventions, and unorganized management.

Conclusion: The findings of this study showed that relief and transportation on the battlefield were fit to the needs of the war. Applying nurses' experiences in this field can create an integrated relevant resource for relief and transportation services and improving combat power.

Keywords: Relief and Transportation, Nurse, Injured, Qualitative Study.

*Corresponding author: **Hosein Mahmoudi**, Email: h.mahmoudi@bmsu.ac.ir

امداد و انتقال مجروحین در صحنه نبرد از دیدگاه پرستاران نظامی: مطالعه کیفی

حمیدرضا غلامی^۱، حسین محمودی^{۲*}، سید طیب مرادیان^۳

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری، کلینیک جوادالائم، بجنورد، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات تروما و گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات آترواسکلروز و گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران در شرایط بحرانی و میادین رزم بزرگترین گروه درمانی هستند که ارائه خدمات امدادی می‌دهند. اگرچه مطالعات زیادی در زمینه نقش پرستاران در میادین رزم انجام شده، ولی تحقیقات کیفی اندکی از دیدگاه پرستاران در زمینه امداد و انتقال انتشار یافته است. این مطالعه با هدف تبیین عناصر و ابعاد امداد و انتقال مجروحین بر اساس دیدگاه پرستاران انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۷، بر روی ۲۶ نفر از پرستاران شرکت کننده در ماموریت‌های اخیر که با نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند، انجام گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته استفاده گردید. تمام داده‌ها ضبط و پس از تایپ در نرم افزار MAXQDA، تحلیل‌ها در هشت مرحله شامل تایپ متن مصاحبه‌ها، تعیین واحدهای معنایی، کدگذاری متن، بازنگری کدها با متن، طبقه بندی و توسعه طبقات، بازنگری طبقات، شناسایی درون مایه‌ها و گزارش یافته‌ها انجام گرفت. **یافته‌ها:** استخراج کدهای مطالعه (۲۱۲) منجر به پدیدار شدن سه درون مایه شامل "ناجی حیات در امداد و انتقال"، "مدیریت و رهبری امداد و انتقال" و "نابسامانی‌های امداد و انتقال" در هفت طبقه؛ مهارت مدیریت در امداد و انتقال، مدیریت و توسعه نیروی انسانی، صفات و قابلیت‌های ناجی، دانش و مهارت ناجی، نابسامانی در انتقال، نابسامانی‌ها اقدامات نجات بخش و نابسامانی‌های مدیریتی و ۲۳ زیر طبقه گردید.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که امداد و انتقال در صحنه نبرد متناسب با نیازهای جنگ می‌باشد. بکارگیری تجارب پرستاران در امداد و انتقال مجروحین می‌تواند منبعی معتبر جهت ایجاد یکپارچگی خدمات امداد و انتقال و ارتقاء توان رزم باشد.

کلیدواژه‌ها: امداد و انتقال، پرستار، مجروح، مطالعه کیفی.

* نویسنده مسئول: حسین محمودی. پست الکترونیک: h.mahmoudi@bmsu.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۳

مقدمه

پیشرفت حرفه پرستاری تا حد زیادی تحت تأثیر جنگ قرار داشته و ماهیت قهرمانانه کار پرستاری در طول جنگ شناخته شده است. بعد از بازگشت Florence Nightingale از جنگ داخلی آمریکا مفهوم پرستاری در غرب شکل گرفت. این مفهوم را تا حد زیادی، فلسفه آموزش و تجربیات پرستاران در میدان نبرد شکل داد (۱). حضور پرستاران در میدان جنگ با توجه به تعداد زیاد مجروحین، موجب جذب بیشتر پرستاران شد که خود عامل توسعه پرستاری در ابعاد مختلف تئوری، بالین و پژوهش گردید (۲).

Kleinberg نقش مردان را در پرستاری جنگ مهم می‌داند و اشاره می‌کند که در جریان انقلاب آمریکا، جنگ آمریکا و اسپانیا و در جنگ داخلی آمریکا پرستاران مرد در مراقبت و درمان سربازان مجروح به کار گرفته شدند و نقشهای مهم و تأثیر گذاری را ایفا کردند. در واقع برای انجام سطوح مختلف مراقبت آنها آموزش‌های ویژه ای را دیده بودند (۳).

از آنجاییکه که بحران و جنگ با شرایط ماهیتی محدودیت زمانی، خطر زیاد، بی تکلیفی، اطلاعات محدود و شرایط استرس زا روبرو هستیم. در این شرایط تصمیم صحیح توسط فرد ماهر موجب تثبیت وضعیت مصدوم و انتقال سریع مصدوم خواهد شد (۴، ۵). در فرایند امداد و انتقال آنچه که ضروری به نظر می‌رسد حضور سریع و به موقع گروه‌های امدادی ماهر و مجرب در جهت نجات جان مصدومان و پیشگیری از ضایعات و عوارض بعدی است. موفقیت در این امر به میزان زیادی بستگی به افراد حاضر در صحنه، زمان پاسخ دهی، سطح مهارت امدادگران، ماهیت مداخلات درمانی و در نهایت انتقال سریع با استفاده از تجهیزات مناسب به بیمارستان دارد (۶).

در مطالعه‌ای که توسط Davis و Clarke به منظور تریاژ و تخلیه مصدومین جنگی انجام داده، بیان کردند که بکارگیری تیم‌های مراقبت ویژه در بالاترین سطح و تریاژ مصدومین با توجه به الگوها سفارش شده است. در این مطالعه وجود پرستار در تیم مراقبت ویژه را ضروری می‌داند (۷).

با توجه به حضور گسترده پرستاران در دفاع مقدس و تجربیات آنان در جنگ تحمیلی مطالعه‌ای را فیروزکوهی و همکاران به صورت کیفی انجام دادند. در این پژوهش درون مایه‌هایی شامل، فعالیت در نحوه تقسیم کار، کار کردن با مجروحین و مصدومین شیمیایی، کمک به مجروحین در شرایط سخت، استفاده از امکانات در شرایط ویژه، بر عهده گرفتن نقش‌های متنوع در جنگ،

پدیدار شده که نشان دهنده نقش‌های پرستار در جنگ است (۸).
 سرهنگی و همکاران در خصوص تجارب امدادگران و پرستاران در دفاع مقدس، علاوه بر نشان دادن ابعاد گوناگون و گسترده امداد و انتقال در مناطق جنگی، محتوی مناسب آموزشی را ارائه داده اند (۹). با توجه به مطالعات انجام شده تاکید نموده‌اند که اگر بخواهند سیستم امداد و انتقال تروما به صورت پویا و کاربردی باقی بماند، بایستی نحوه عملکرد آن بررسی شده، امکانات و خط مشی‌های آن به روز گردد. لذا امداد و انتقال تروما با کیفیت مناسب با چالش‌های زیادی مواجه است برای غلبه بر این چالش‌ها نیاز به طراحی متفکرانه سیستم و الگوهای فرآیندهای مراقبت است (۱۰).
 با در نظر گرفتن این مسائل و اینکه پیشگیری از تروماها نقش مهمی در ارتقاء سلامت و ایمنی دارد، در جهت ارتقاء سلامت و با توجه به نقش پرستاران و از آنجایی که ماهیت خدمات مرتبط با امداد و انتقال به مطالعات عمیق تری نیازمند است و رویکردهای کمی نمی‌توانند به خوبی به عمق نگرش‌ها، جزئیات افکار و اعتقادات مشارکت کنندگان راه یابند، لذا مطالعه کیفی برای تبیین امداد و انتقال از تجارب پرستاران نظامی انجام گرفت.

روش‌ها

این مطالعه به شیوه تحلیل محتوی کیفی با رویکرد قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۲۶ نفر پرستاران در زمینه امداد و انتقال با سابقه حضور جبهه مقاومت بودند که با نمونه گیری هدفمند از جامعه پژوهش و افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند انتخاب شدند. گرد آوری داده‌ها از طریق مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته انجام شد. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول کشید و با توجه به نظر مشارکت کنندگان در محل کار آنان صورت گرفت و تا زمان اشباع داده‌ها، نمونه گیری ادامه یافت. مصاحبه‌ها پس از پیاده سازی در نرم افزار MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به این نحو که اطلاعات کسب شده از مشارکت‌کنندگان هم زمان با جمع آوری داده‌ها به روش تحلیل محتوی کیفی مرسوم با رویکرد قراردادی تحلیل شد به طوری که محقق بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه مصاحبه، چندین مرتبه به مصاحبه‌ها گوش سپرده و بعد از پیدا کردن دید کلی نسبت به آن‌ها، تمام مصاحبه کلمه به کلمه مکتوب شد. سپس متن سطر به سطر خوانده شده، جملات و عبارات تعیین گردیده و زیر آنها خط کشیده شده و جوهره آن کدگذاری گردید. سپس کدهای مشابه ادغام گردیده و دسته بندی شدند. دسته‌ها بر اساس ایده‌ای که در بر گرفته‌اند نام گذاری گردیده، دسته‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شده

صفات و قابلیت‌های ناجی: پرستاران ناجی حیات را فردی می‌دانند که در سه زیر طبقه: فرماندهی مقتدر، قابلیت‌های انجام ماموریت و ارزش‌ها و اعتقادات معرفی گردیده است.

فرمانده مقتدر در امداد و انتقال دارای خصوصیات: داشتن قدرت تصمیم‌گیری به موقع، حضور فعال، داشتن تخصص و مهارت، ابتکار در انتقال، نظارت و کنترل قوی، بکارگیری سیستم ارتباطی مناسب و اقدام حفاظتی بیان کرده‌اند. "از خصوصیات بارز فرمانده داشتن تخصص و مهارت همچنین داشتن اختیار و قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری به موقع در مواقع ضروری بود، بنابراین تصمیم‌گیری‌ها سریع و صحیح انجام می‌شد. همچنین برای امداد رسانی سریع به مجروحان مراکز امدادی متناسب با شرایط منطقه راه اندازی و تجهیز شدو همه این امور به خاطر فرماندهی قوی، آماده به کار، شجاع و دلسوز در منطقه بود" (۳).

قابلیت‌های انجام ماموریت: مشارکت کنندگان قابلیت‌های انجام ماموریت امداد و انتقال را نیروی انسانی خطرپذیر، تکلیف‌گرا، زنده، توانائی بکارگیری تجهیزاتی و توانائی مهارت انفرادی بیان کرده‌اند. "امداد و انتقال نیاز به نیروی انسانی زنده، با تخصص، مؤمن و متعهد دارد چرا که ممکن است در شرایطی سخت و بدون امکانات پشتیبانی بخواهد هم از خود دفاع کند و هم جان هم‌زمانش را نجات دهد" (۵). "در بحث توانمند سازی از همه مهم‌تر آماده به کار بودن تجهیزات و امکانات است این برای ما بسیار مهم است که نیروهای بهداری و همچنین تجهیزات آماده بکار باشند تمامی کارکنان باید از مهارت خود امدادی و دگر امدادی برخوردار باشند" (۷).

ارزش‌ها و اعتقادات: مشارکت کنندگان ارزش‌ها و اعتقادات در زمینه امداد و انتقال را فضای معنوی، برنامه‌های فرهنگی، روحیه خاص امدادگری، احساس مسئولیت، ایمان به هدف، لیاقت و کارایی، احساس مفید بودن، روحیه شهادت طلبی، داشتن اخلاص، علاقه قلبی به کار بیان کردند. "فضای آنجا یک فضای معنوی بود که از ابتدای کار با ذکر صلوات شروع می‌کردند و با ذکر صلوات کار را تمام می‌کردند" (۱۲). "مجروحین ما آنچنان روحیه بالایی داشتند که ما از آنها درس می‌گرفتیم. آنقدر ایمان قوی داشتند و مقاوم بودند که درد کمتر احساس می‌کردند" (۱۷).

دانش و مهارت ناجی حیات: در امداد و انتقال از دیدگاه مشارکت کنندگان مشتمل بر پنج زیر طبقه: ایجاد وضعیت ایمن، تفکیک و اولویت بندی، احیاء اولیه، امداد رسانی موثر و اقدام جهت انتقال مصدوم است.

دسته بندی کدهای استخراجی از متون، به طور مکرر با مقایسه گروه‌های مشابه صورت گرفت، تا طبقات و زیرطبقات ظهور یافتند (۱۱). مقبولیت یا اعتبار در مطالعات کیفی به معنی ارزیابی اطلاعات استخراج شده از نظر دقت می‌باشد (۱۲). در این مطالعه تلاش شد تا صحت و مقبولیت داده‌ها با روش‌های ذیل افزایش یابد: انجام مصاحبه‌های عمیق در جلسات متعدد و شرایط مختلف، بازبینی توسط مشارکت کنندگان به این ترتیب که بعد از کدگذاری، مصاحبه‌ها به شرکت کنندگان باز گردانده شدند تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل گردد و کدهایی بیانگر دیدگاه آنان نبود اصلاح شد. همچنین بازبینی توسط گروه تحقیق شامل اساتید راهنما و مشاور انجام گرفت به این نحو که متن کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و آنها پس از کدگذاری و مقایسه توافق با بیش‌تر از ۹۰ درصد کدگذاری پژوهشگر اعلام کردند. قابلیت اعتماد با ثبت کامل و پیوسته فعالیت‌های پژوهشگر در جمع آوری و تحلیل داده‌ها تقویت گردید. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی با کسب رضایتمانه کتبی آگاهانه از مشارکت کنندگان و اختیار انصراف از ادامه شرکت، تأمین گردید.

ملاحظات اخلاقی: بعد از هماهنگی با واحد پژوهش و اخذ مجوزهای لازم نمونه‌گیری انجام شد. رضایت نامه کتبی و آگاهانه از تمام افراد شرکت کننده در مطالعه اخذ شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط پژوهشگر به صورت محرمانه انجام شد. قبل از جمع‌آوری اطلاعات، کمیته اخلاق و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) این مطالعه با را با کد IR.BMSU.REC.1396.182 مورد تایید قرار داد.

نتایج

میانگین سنی ۲۶ مشارکت کننده ۴۴/۲ با دامنه ۶۱-۲۸ سال بود. از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۲۱۲ کد استخراج شد که پس از ادغام تشابهات به ۲۳ زیر طبقه و هفت طبقه در سه درون مایه شامل: "ناجی حیات در امداد و انتقال"، "مدیریت و رهبری امداد و انتقال" و "نابسامانی‌های امداد و انتقال" پدیدار شد که نشان دهنده تجارب مشارکت کنندگان از امداد و انتقال است (جدول-۱).

ناجی حیات در امداد و انتقال: بر اساس یافته‌های این مطالعه مشارکت کنندگان ناجی حیات در امداد و انتقال اولین پاسخ‌دهنده می‌دانند که خصوصیات و توانمندی دارد که در دو طبقه با عناوین: صفات و قابلیت‌ها و دانش و مهارت مشخص گردید.

جدول-۱. درون مایه‌ها، طبقات و زیر طبقات پدیدار شده

طبقات اصلی	زیر طبقات	درون مایه های استخراجی
مهارت مدیریت در امداد و انتقال	۱-شناسائی و تحلیل اطلاعات	مدیریت و رهبری امداد و انتقال
	۲-برنامه ریزی در امداد و انتقال	
	۳-همه سویی فعالیت‌ها با منابع	
	۴-اولویت گذاری و اجرا	
	۵- کنترل و ارزیابی	
مدیریت و توسعه نیروی انسانی	۱-آماده سازی عملیاتی	ناجی حیات در امداد انتقال
	۲-بالابردن روحیه عملیاتی	
	۳-ارتقاء قدرت تفکر و تصمیم گیری	
صفات و قابلیت‌های ناجی	۱- فرمانده مقتدر	دانش و مهارت ناجی
	۲- قابلیت‌های انجام مأموریت	
	۳-ارزش‌ها و اعتقادات	
نابسامانی در انتقال	۱-ایجاد وضعیت ایمن	نابسامانی‌های امداد و انتقال
	۲-تفکیک و اولویت بندی	
	۳-امداد رسانی موثر	
نابسامانی‌ها اقدامات نجات بخش	۱-آموزشی	نابسامانی‌های مدیریتی
	۲-تجهیزاتی	
	۳-انسانی	
نابسامانی‌ها اقدامات نجات بخش	۱-اولویت بندی	مدیریت و توسعه نیروی انسانی
	۲-نداشتن تجهیزات و امکانات	
	۳-ارایه اقدامات نجات بخش	
نابسامانی‌های مدیریتی	۱-سازمانی	مدیریت و توسعه نیروی انسانی
	۲-فرهنگی	

امداد و انتقال انجام می‌شد تریاژ مناسب در صحنه، در هنگام انتقال و در بیمارستان بود" (۱).

احیاء اولیه: مشارکت کنندگان احیاء اولیه شامل بررسی وضعیت تنفسی مجروحین و مصدومین و بازکردن راه هوایی، خارج کردن ترشحات دهان، ساکشن ترشحات، تنفس مصنوعی، گذاشتن لوله تراشه ماساژ قلب از ضروریات تثبیت مصدومین در امداد و انتقال بیان کرده اند". در اولین گام بررسی وضعیت تنفس شان بود راه هوایی را باز می‌کردیم و ترشحات دهان را خارج می‌کردیم چون این مجروحین معمولاً بی‌هوش می‌شوند در مواردی که مجروحین مشکل تنفسی داشتند، راه هوایی را باز می‌کردیم، ترشحاتی اگر داشت ساکشن می‌کردیم و حتی ما تنفس دهان به دهان انجام می‌دادیم همچنین لوله‌گذاری داخل تراشه برای تنفس انجام می‌دادیم" (۶).

امداد رسانی موثر: مشارکت کنندگان امداد رسانی موثر برای مجروحین را شامل ارائه مراقبت‌های پیش بیمارستانی می‌دانند و از همه مهمتر آمادگی برای مراقبت از تروما در صحنه به خصوص

ایجاد وضعیت ایمن: مشارکت کنندگان بررسی اولیه صحنه، بررسی علت صدمه و توجه به خطرات موجود را جهت ایجاد وضعیت ایمن در امداد و انتقال بیان کرده اند. در خصوص بررسی مصدوم: "مجروحی که بود، اولین کاری که می‌کردیم، بررسی وضعیت مجروح بود که در جای امن باشد و در معرض تیر و ترکش نباشد، اگر در دید مستقیم بود سعی می‌کردیم به محل امن بیاوریم" (۴). "همه جور مجروح داشتیم، مجروحینی که در اثر موج انفجار پرتاب شده و باعث شکستگی‌های اندامها و خون ریزی داخلی شده بود، حتی حوادث رانندگی داشتیم. اگر امکان مداوای مجروح در یک مرکز وجود نداشت، به بیمارستان مجهزتر اعزام می‌شدند" (۲).

تفکیک و اولویت‌بندی: مشارکت‌کنندگان تفکیک و اولویت‌بندی (تریاز) توسط ناجی در امداد و انتقال را بر مبنای: اولویت بندی در صحنه، در اعزام و در بیمارستان بیان کرده اند". هدف کلی این بود تا بتوانیم بتوان نیروها را در منطقه درمان کرده و به یگانهای عملیاتی‌شان بازگردانیم" (۱۰). "از مواردی که در

صفات مدیر: مشارکت کنندگان بیان کردند مدیری می‌تواند در امداد و انتقال موفق باشد که پرتلاش، قاطع دارای تحمل بالا، داشتن مهارت، در صحنه حضور داشته و آماده به کار باشد، دارای قدرت تصمیم‌گیری مستقل، خطر پذیر، هماهنگ در جذب نیرو بوده، اشراف اطلاعاتی داشته و متواضع و فروتن باشد این صفات و ویژگی‌ها است که به عنوان ناجی حیات لقب گرفته است چرا که کارکنان امداد و انتقال از آن جایی که در صحنه حوادث و در محیط خارج از بیمارستان در مدت زمانی مشخص به ارائه خدمات می‌پردازند برخوردار از این ویژگی‌ها موجب خواهد شد تا امداد و انتقال کارآمد داشته باشیم. "هیچ کس به عنوان فرمانده و رئیس وارد میدان نمی‌شد؛ علاوه بر رفاقت، محبت و صمیمیت قاطع و پرتلاش بوده و در عملیات‌ها خود جلوتر از بقیه حرکت می‌کرد با هر شیوه که بود مشکلات را حل می‌کردند مکان‌های پست امداد را مشخص می‌کردند در جمع آوری مجروحین کمک می‌کردند" (۱۵).

شناسائی و تحلیل اطلاعات: مشارکت کنندگان شناسائی نوع حادثه، پیش بینی خطر، توجه به خطرات انتقال، انتقال سریع، انتقال ایمن، تجهیزات کافی، نیاز به پرستار اعزام، انتقال مجروحین زیاد، انتقال در شرایط سخت و رعایت نکات حفاظتی بیان کرده اند. "اینکه بدانیم هر حادثه چه رفتارهایی در پی دارد، وقتی پیش بینی کردیم، در مقابل می‌توانیم آسیب پذیری‌ها را شناسایی و ظرفیت‌ها را برآورد کنیم" (۲۴). "در این بیمارستان‌ها خصوصاً در مواقع عملیات مجروحین آنقدر زیاد می‌شدند که گاهی تا سه شب نمی‌خوابیدیم از لحاظ امنیت هم شرایط بسیار خطرناک بود چون دشمن آنجا را چندین بار مورد حمله قرار داد. به همین خاطر خدمت کردن در این شرایط هم خیلی لذت بخش و هم سخت است" (۲۵).

برنامه ریزی در امداد و انتقال: مشارکت کنندگان حفظ نیروی انسانی، ایجاد سامانه فرماندهی، درمان مجروحین در منطقه، توانمند نمودن نیروی تخصصی، توانمند نمودن رزمنده، طراحی برنامه آموزشی، موضوعات آموزشی هماهنگ را بیان کرده اند. "تجربیات به دست آمده توسط پرستاران موجب شده تا آمادگی حضور همه جانبه در صحنه‌های مورد نیاز را داشته باشند. تقدم بهداشت و پیشگیری، امداد و انتقال سریع از جمله اهداف است و مهم‌ترین از همه توانمند نمودن نیروی تخصصی و توانمند نمودن رزمندگان در بحث آموزش است" (۱۰). "امداد و انتقال دارای اهمیت است و این اهمیت در منطقه درگیری به دلیل حفظ نیروی

ترومای نافذ، ارائه مراقبت ویژه در هنگام انتقال. بی حرکتی ستون فقرات، احیاء پایه اولیه، احیاء پایه پیشرفته در مراکز درمانی، احیاء مایعات بدن، کنترل درد، پانسمان زخم مکنده، پانسمان فشاری، بکارگیری پدهای بزرگ جراحی، بستن گارو، رگ‌گیری و آمادگی برای تزریق خون بیان کرده‌اند. "اولین کاری که می‌کردیم کنترل خون ریزی بود این که محل خون ریزی را درست تشخیص دهیم چون تمام بدن مجروح پر خون بود و اگر محل خون ریزی دقیق مشخص نمی‌کردیم نمی‌توانستیم خون ریزی را کنترل کنیم. برای جلوگیری از خون ریزی‌های وسیع از گارو و پدهای بزرگ استفاده می‌کردیم در موارد خون ریزی‌های خارجی موفقیت ما خیلی خوب بود و می‌توانستیم خون ریزی را کنترل کنیم" (۱۴). "معمولاً در تعدادی از مجروحین یا خودش و یا توسط هم رزمش روی محل خون ریزی محکم بسته و در اصطلاح پانسمان فشاری می‌کردند" (۸).

اقدام جهت انتقال مصدوم: مشارکت کنندگان اقدام ناجی برای انتقال مصدوم را توجه به شرایط اقلیمی، موقعیت زمانی و مکانی مجروحین، منابع موجود و امداد هوایی را بیان کرده اند. "توجه انتقال را که موجب سرعت امداد و انتقال شده بود این گونه بود که مجروحین را از محل درگیری با هر خودرو موجود به پست امداد و حتی گاهی با موتور اعزام می‌شدند و در پست امداد بعد از اقدامات اولیه مثل وصل سرم و کنترل خون ریزی به بیمارستان منتقل می‌شدند" (۹). یکی از مشارکت کنندگان بیان می‌کند که "انتقال هوایی نقش مهمی داشت و سریع رساندن مجروحین مهم‌ترین مسئله بود. معمولاً یک پرستار به ازای هر ۲ الی ۳ مجروح بدحال لازم بود ولی بسته به موقعیت، اعزام همراه فرق می‌کرد و خوشبختانه هماهنگی‌ها خیلی سریع انجام می‌گرفت چون همه یک هدف داشتند" (۱۱) "بکارگیری موتورلانس چهار چرخ در انتقال مجروحین در مناطق صعب العبور خیلی نقش داشت" (۱۳).

درون مایه مدیریت در امداد و انتقال: بر اساس یافته‌های این پژوهش مشارکت کنندگان برای امداد و انتقال نقش رهبری و مدیریت قائل بودند تا فرماندهی و براین اساس دو طبقه با عنوان مهارت مدیریت و توسعه نیروی انسانی در امداد و انتقال پدیدار شدند.

مهارت مدیریت در امداد و انتقال: این طبقه استخراج شده از تجارب مشارکت کنندگان مشتمل بر زیرطبقه: صفات مدیر، شناسائی و تحلیل اطلاعات، برنامه ریزی، هم سوئی فعالیت‌ها با منابع و اجراء کنترل و ارزیابی مشخص شد.

آماده سازی عملیاتی: مشارکت کنندگان برای آمادگی عملیاتی در امداد و انتقال: آمادگی جسمی، آمادگی روحی، آمادگی مهارتی، اطاعت پذیری از فرمانده، برگزاری دوره‌های آموزشی را بیان کرده‌اند. "از موارد مهم در امداد و انتقال مجروحین بحث آمادگی جسمی و روحی همه کارکنان بهداری خصوصاً حمل کننده‌های مجروحین و تخلیه گر‌ها است چرا که کار واقعاً سنگین و طاقت فرسا داشتند. رانندگان آمبولانس هم نقش بزرگی داشتند" (۱۳).

روحیه عملیاتی: مشارکت کنندگان داشتن روحیه خدمت رسانی، در محضر خداوند بودن، خستگی ناپذیری، عشق به ائمه، همراهی خانواده، شجاعت، سعه صدر، تسلط برخورد، رضایت خداوند. با وضو بودن و رازداری را از مواردی بیان کردن که بر نیروی انسانی در امداد و انتقال موثر است. "چرا که می‌دیدم که مجروحین واقعاً نیاز به خدمت رسانی دارند، دلسوز بودن و با عشق کار کردن از ضروریات بود" (۱۶). "در زمانی که اعزام می‌شدیم من خودم بودم و خودم، شهادت برای ما حل شده بود. انگیزه‌ها همه مشخص بود، معنویت در بین بچه‌های رزمنده موج می‌زد، بنابراین بایستی علم و تخصص، توان جسمی، آمادگی معنوی و روحیه شهادت طلبی را بالا ببریم چرا که زیربنا و پشتوانه‌ای بسیار قوی در موفقیت ما خواهد بود" (۱۵). "از آنجائیکه روحیه ایثارگری و خدمت رسانی داشتیم، برایم قابل قبول بود و اصلاً ترس به خودم راه نمی‌دادم" (۲).

ارتقاء قدرت تفکر و تصمیم گیری: مشارکت کنندگان برای آمادگی نیروی انسانی در امداد و انتقال اختیار در تصمیم گیری، تصمیم گیری سریع، صحیح، خلاقانه و موقعیتی را بیان کرده‌اند. "مدیریت و هماهنگی در هر اقدامی و خصوصاً در امداد و انتقال حرف اول را می‌زند چرا که فرصت زمانی محدودی برای تصمیم گیری داری که بایستی با خلاقیت و از همه مهمتر توکل بر خداوند تصمیم مناسب اتخاذ کنی" (۱۹). "در بعد آمادگی در امداد و انتقال توجه داریم اول این که صحنه نبرد در این گونه جنگ‌ها نامشخص و غیرقابل پیش‌بینی است و با توجه به این که پروازها محدود و انجام نمی‌شود در این شرایط نحوه انتقال و نگه داری مجروحین بسیار مهم است بنابراین قدرت تفکر، خلاقیت و روحیه در نیروهای بهداری محور همه تصمیم‌گیری‌ها است و این نیز مستلزم به‌کارگیری نیروهای تحصیل کرده، ارزشی و با انگیزه است" (۲۱).

نابسامانی‌های امداد و انتقال: بر اساس یافته‌های این پژوهش از آنجایی که امداد و انتقال مجروحین در شرایط جنگی انجام شد چالش‌هایی داشته که در "درون مایه نابسامانی‌های امداد

انسانی مهم است چرا که موجب کاهش تلفات رزمندگان می‌شود" (۱).

اجرای عملیات امداد و انتقال: مشارکت کنندگان در فرایند مدیریت امداد و انتقال اجرای عملیات امداد و انتقال را توجه به اولویت‌ها، داشتن مهارت‌های مختلف امدادی، توجه به شایستگی افراد، بکارگیری نیروی متخصص، رسیدگی به مجروحین و جایگزینی نیروی تخصصی و هماهنگ با سایر مراکز امدادی برای انتقال هوایی بیان کرده‌اند. "کارشناس پرستاری خدمات تخصصی ارائه می‌دهد که سطح آن از میدان نبرد بالاتر است و کارایی بالایی دارد. اما پرستاری که در بیمارستانهای شهری کار می‌کند با پرستارهای رزمی عملیاتی جدا می‌دانم. یعنی پرستاری که با زخم‌های جنگی و نحوه مراقبت و مدیریت در زمان جنگ و بحران آشنا است" (۲۰). "امداد و انتقال پیک دارد. گاهی کار زیاد است و گاهی کار کم؛ و در زمانی که کار کم است بایستی پیش‌بینی‌ها و سازماندهی‌های لازم انجام شود و جایگزینی و جابجایی نیروی انجام شود" (۱۲). "با هماهنگی انجام شده مصدومینی که نیاز به درمان تخصصی تری داشتند به فرودگاه منتقل و از آنجا به سایر بیمارستان‌ها با هواپیما منتقل می‌شدند" (۸).

کنترل و ارزیابی: مشارکت کنندگان در فرایند مدیریت امداد و انتقال، فرایند نظارت، نظارت مسئول مستقیم، مشخص نمودن نقاط ضعف و قوت را بیان کرده‌اند. به نقل قول‌های مشارکت کنندگان در این زمینه اشاره می‌شود "در انتقال مصدومین مهمترین مسئله، تجهیزات داخل آمبولانس است، بنابراین آمبولانس‌هایی که در اختیار بود مواردی مانند برانکاردها، پتوها، تجهیزات مصرفی پزشکی، کپسولهای اکسیژن، چراغ قوه، تجهیزات محافظت شخصی، وضعیت سوخت را کنترل و نظارت داشتیم" (۱۷). "در واقع یک مدیر در امداد و انتقال هم باید وضعیت موجود را قضاوت کند و هم سریع راه حل ممکن را انتخاب نماید. در این مواقع است که باید ابتکار داشته باشی و بدانی چه کاری انجام می‌دهی و صحیح‌ترین کار را انجام دهی در واقع در معرض یک نوع قضاوت هستی. تا در آن شرایط قرار نگیری حتی نمی‌توان توصیف کرد. خصوصاً در شرایط پر خطر بیشتر کارایی دارد که چگونه مصدوم را در صحنه نجات دهی" (۱۵).

مهارت مدیریت و توسعه نیروی انسانی: این طبقه حاصل از استخراج نتایج مصاحبه‌های مشارکت کنندگان شامل زیر طبقه‌های: آماده سازی عملیاتی، بالا بردن روحیه عملیاتی، ارتقاء قدرت تفکر و تصمیم گیری است.

موارد دیگر که ما داشتیم از کسی که یک خراش داشت تا کسی که توی شوک بود با هم وارد اورژانس می‌شدند کسی که خراش داشت با داد و فریاد همه منابع و امکانات را به سوی خودش جلب می‌کرد و رزمنده دیگر چون بیهوش بود و نمی‌توانست داد بزند، غالباً با تاخیر رسیدگی می‌شد" (۱۷). "عملاً در مرکز درمانی که من بودم چیزی به عنوان پرستار تریاژ نداشتیم، با حجم زیادی از مجروحین که وارد مراکز درمانی عقبه می‌شد. عمده مراحل تریاژ به خوبی انجام نمی‌شد" (۲۲).

نداشتن تجهیزات و امکانات: مشارکت کنندگان تجهیزات نامناسب، تجهیزات ناکافی را از نابسامانی‌های امداد و انتقال بیان کرده‌اند. "در اوایل تجهیزات رگ گیری و وصل سرم در کوله‌هایمان کم داشتیم در ابتدا تجهیزات بسیار کم بود سپس بهتر شد" (۱۹).

ارائه نامناسب اقدامات نجات بخش: مشارکت کنندگان شرایط سخت، عدم انجام اقدام اولیه، عدم مهارت، تاخیر در اقدام، نداشتن فرصت، کمبود نیروی تخصصی، عدم مسئولیت پذیری، مجروحین زیاد، عدم تسلط بر خود، عدم امنیت، بی دقتی و غافلگیری را از نابسامانی‌های ارائه اقدامات امدادی بیان کرده‌اند. "مجروحین قبل از رسیدن به پست امداد بدرستی مدیریت نشده و با عوارض جدی به پست امداد می‌رسیدند. لذا می‌بایست به امداد و انتقال مجروحین توجه جدی شود. همچنین بیان داشتند که امداد را بایستی از خطوط عملیاتی شروع کرد (۴). "در خیلی مواقع تجهیزات زیادی داشتیم اما بکارگیری درست آنها مهم بود و علاوه بر این سرعت عمل نیز نقش تعیین کننده‌ای در عملیات امدادی داشت" (۱۳). "مواردی بود که تعداد مجروح زیادی داشتیم و امکانات و یا فرصت کافی نبود که کمکشان کنیم" (۲۴).

نابسامانی‌های مدیریتی: این طبقه استخراج شده از مشتمل بر دو زیرطبقه سازمانی و فرهنگی است.

سازمانی: مشارکت کنندگان نابسامانی‌های مدیریتی در بعد سازمان را جایگاه سازمانی نامناسب کارکنان، عدم ترسیم زنجیره امداد و انتقال، محدودیت در امداد هوایی، عدم جایگاه بهداری، فقدان آموزش، نداشتن امکانات پشتیبانی بیان کرده‌اند. "جایگاه‌های سازمانی کارکنان مشخص و ابلاغ شود" (۸). "از اهم مشکلاتی که ما تاکنون داشتیم این بود که فرماندهان برای مجموعه بهداری جایگاهی قائل نبودند و بهداری در طرح ریزی عملیاتی جهت تایید امکان سنجی عملیات حضور نداشتند. توجه به این قضیه موجب کاهش تلفات در عملیات شده و مشکلات بهداری

و انتقال" با سه طبقه نابسامانی در انتقال، اقدامات نجات بخش و نابسامانی‌های مدیریتی پدیدار شد.

نابسامانی در انتقال: این طبقه استخراج شده از تجارب مشارکت کنندگان مشتمل بر سه زیر طبقه: آموزشی، تجهیزاتی و نیروی انسانی مشخص شد.

کمبود آموزش: مشارکت کنندگان کمبود آموزش و انتقال نامناسب از نابسامانی‌های انتقال مجروحین بیان کرده‌اند. "در زمینه انتقال شرایط ویژه بود اما بزرگترین ضعفی که مشاهده می‌شد بحث آموزش امدادی به نیروها و طریقه حمل صحیح بود اگر در حین انتقال دقت بیشتری می‌کردیم شاید امروز تعداد قطع عضو و یا نخاعی کمتر بودند. چراکه فقط می‌خواستند تحت هر شرایطی مجروح منتقل شود" (۳).

کمبود تجهیزاتی: مشارکت کنندگان کمبود تجهیزات را از نابسامانی‌های انتقال مجروحین بیان کرده‌اند. "مهمترین و امن ترین وسیله انتقال مجروحین، انتقال به وسیله نفربرها زرهی بود که واقعا مجروحین احساس امنیت می‌کرد اما کم بود" (۷). "همیشه امکانات انتقال مانند ترابری مناسب و یا آمبولانس در اختیار نداشتیم" (۲۰).

کمبود نیروی انسانی: مشارکت کنندگان عوامل انسانی نابسامانی‌های امداد و انتقال را شامل مشخص نبودن محل پذیرش، رعایت نکردن ایمنی، دقت در انتقال، هم زبان نبودن، دخالت در امدادسانی بیان کرده‌اند. به تعدادی از به نقل قول‌های مشارکت کنندگان اشاره می‌شود. "به دلایل و مشکلاتی که در زنجیره امداد و انتقال بود با توجه به این که ما کمک‌های اولیه را انجام داده بودیم ولی به دلیل این که مسیر امداد و انتقال تعریف نشده بود، مشکلات زیادی داشتیم در این موارد مدیریت در زنجیره امداد و انتقال و هماهنگی در جهت پذیرش خیلی مهم و حیاتی است" (۹). "موارد دیگری هم که من با آنها صحبت کردم گفته‌اند که در مواجهه با کادر پرستاری در مناطق درگیری به دلیل مشکلات زبان نمی‌توانستیم ارتباط خوبی برقرار کنیم" (۱۳).

نابسامانی‌ها اقدامات نجات بخش: این طبقه استخراج شده از تجارب مشارکت کنندگان مشتمل بر سه زیرطبقه: اولویت بندی و نداشتن تجهیزات و امکانات و ارائه نامناسب اقدامات نجات بخش است.

اولویت بندی: مشارکت کنندگان عدم اولویت بندی، اولویت بندی ناصحیح، عدم مهارت نیروهای تخصصی از نابسامانی‌های امداد و انتقال در اولویت بندی بیان کرده‌اند. "از

اهمیت و مهم است که همسو با مطالعات سایر کشورها از جمله مطالعه معین رحمان در خصوص تشخیص، تصمیم گیری در شرایط پر خطر توسط فوریت‌هاست و از اصول مهم در امداد و انتقال بحث خلاقیت و همچنین مدیریت و فرماندهی در صحنه امداد و انتقال است (۱۵). در مطالعه که توسط Hetzler در زمینه اصول کنترل آسیب در محیط پیش بیمارستان در دو محیط نظامی و غیرنظامی انجام شده این نتایج حاصل شده که احیاء هموستاتیک و هیپوولمیک اثرات زیادی بر طول عمر زخمی‌ها در درگیری‌های اخیر داشته است. همچنین فرایند کنترل آسیب موجب سهولت تصمیم گیری برای درمان و ایمنی مصدومین در محیط‌های جنگی می‌گردد. اگرچه فرایند کنترل آسیب در محیط‌های نظامی تا حد زیادی در بیمارستان و واحدهای سیار جراحی انجام می‌گیرد (۱۶). در این پژوهش درون مایه ناجی حیات اشاره به صفات و قابلیت‌های، دانش و مهارت انجام کار توسط ناجی دارد. نگرانی اصلی مشارکت کنندگان در این مطالعه انجام امداد و انتقال سریع، دقیق و جامع بوده است، این اقدام مشارکت کنندگان با مطالعات اخیر همسو است. در مطالعه‌ای که Williamson در خصوص مراقبت از تروما در محیط پیش بیمارستانی انجام گردیده؛ نشان می‌دهد که در طول دهه گذشته سیستم مراقبت پیش بیمارستانی تروما در بسیاری از کشورها توسعه یافته و این پیشرفت‌ها از تجارب بدست آمده از طب نظامی به ویژه در زمینه اورژانس بوده‌است. در این مطالعه مؤلفه‌های کلیدی مراقبت تروما شامل: باز کردن راه هوایی، برقراری تنفس و گردش خون می‌دانند که بهترین مراقبت تروما در صحنه حادثه را؛ ایجاد و تأمین راه هوایی، برقراری تهویه، احیاء مایعات و انتقال سریع به مراکز درمانی دانسته و پیشرفت‌های بدست آمده در زمینه تجهیزات پزشکی مانند وسایل پیشرفته و پرتابل پزشکی و همچنین تکنیک‌های مراقبت، باعث مراقبت آسان‌تر به مصدومین ترومایی در صحنه حادثه و در مسیر انتقال ذکر نموده‌اند (۱۷). همچنین مشارکت کنندگان در پژوهش عنوان کرده‌اند که همه اقدامات مراقبتی کامل با توجه به زنجیره امداد و انتقال از خطوط مقدم تا بیمارستان برای مجروحین انجام می‌دادند و تمام تلاشش این بوده که هیچ کاری فراموش نشده به طور کامل انجام گردد. این اقدامات همسو با بیانیه انجمن‌های پرستاری در جهت مهارت‌های لازم برای پرستار اورژانس که شامل، ارزیابی سریع، بررسی دستگاه تنفسی، مهارت رگ گیری، تریاژ و دسته بندی، تثبیت موقعیت و احیاء، فراهم سازی مراقبت در محیط‌های غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش‌بینی، مداخلات اختصاصی برای

به دنبال آن کمتر خواهد بود" (۲۰). "تعداد زیادی نیرو برای بیمارستان فرستاده بودند که بعضی از آنها نیروهای تخصصی سن بالا بودند" (۱۹).

فرهنگی: مشارکت کنندگان در خصوص نابسامانی‌های مدیریتی فرهنگی و نگرش و باور را بیان کرده‌اند. به نقل قول‌های مشارکت کنندگان در این زمینه اشاره می‌شود. "مجروحین با فرهنگ‌های مختلف مشکلاتی را در روند درمان و پذیرش داشتند" (۱۵).

بحث

این مطالعه نشان داد که امداد و انتقال در جبهه متناسب با نیازهای جنگ بوده و بکارگیری تجارب پرستاران در امداد و انتقال مجروحین همسو با سایر مطالعات از جمله مطالعه فیروزکوهی (۲۰۱۵) در خصوص تأثیر جنگ بر پرستاری است در این پژوهش به این نتیجه رسیده نیروهای پرستاری توانمندی در جنگ ساخته شدند (۸).

همچنین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه انجام شده توسط Baker با عنوان پیشرفت‌های پزشکی ناشی از جنگ در کره، همسو است در این مطالعه بیان شده که نتایج این جنگ به تجارب جدیدی به خصوص در زمینه امداد و انتقال مجروحین منجر شده است (۱۳). در مطالعه حاضر درون مایه‌های استخراج شده شامل: «مدیریت و رهبری در امداد و انتقال» و «ناجی حیات» پدیدار شد. به طور کلی معنی این درون مایه‌ها این است که تلاش همه مشارکت کنندگان در راستای ایجاد امداد و انتقال توانمند و انجام مراقبت دقیق، سریع جهت نجات جان مجروحین بر مبنای معنویات و تخصص است. اما شرایط زمینه‌ای و عوامل مداخله گر نیز در امداد و انتقال نقش داشته که در درون مایه «نابسامانی‌های امداد و انتقال» منعکس شده است. این یافته‌ها همسو با مطالعات سایر کشورها در مأموریت‌های نظامی است. از جمله در مطالعه ای که Redman و Ross در خصوص تجارب امداد و انتقال پرستاران مستقر در مناطق عملیاتی انجام گرفته است. در این مطالعه به امداد و انتقال سریع، امداد هوایی و نقش مدیریت در امداد و انتقال تحت عنوان سازماندهی انبوه مصدومین، ایجاد مراکز درمانی عملیاتی، بهر برداری منابع و توسعه سیستم‌های پیگیری، تاکید شده است (۱۴). در این پژوهش مدیریت در امداد و انتقال علاوه بر این که به عنوان یک درون مایه با طبقات مختلف بیان شده است. در سایر طبقات مانند صفات و قابلیت‌های ناجی نیز نقش دارد و به عنوان شاخص‌ترین گزینه قدرت تصمیم گیری در امداد و انتقال بسیار با

از نتایج این مطالعه می‌توان در محتوی درسی پرستاران نظامی استفاده نمود، تا با یادگیری روش‌های جدید و اصلاح روش قبلی بتوانند گامی موثر در امداد و انتقال مجروحین بردارند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه با توجه درون مایه‌های استخراجی «ناجی حیات»، «مدیریت و رهبری در امداد و انتقال» و «نابسامانی‌های موجود» نشان داد که امداد و انتقال در صحنه نبرد متناسب با نیازهای جنگ بوده و بکارگیری تجارب پرستاران در امداد و انتقال مجروحین دربرگیرنده کلیه ابعاد ضروری به ویژه نیروی انسانی مورد نیاز بوده و می‌تواند منبعی معتبر جهت ایجاد یکپارچگی و ارزیابی اقدامات امداد و انتقال به منظور ارتقاء توان رزم باشد. در فرایند امداد و انتقال بکارگیری نیروی انسانی کارآمد، توانمندسازی رزمندگان و نیروهای تخصصی، ارزیابی مراقبت‌های موثر امدادی در نقطه درگیری، تصمیم‌گیری صحیح و مستند سازی منجر به امداد و انتقال سریع و پاسخ‌گو خواهد شد.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- تقویت پست امداد اولیه در صحنه نبرد از نظر امکانات و نیروی انسانی
- جانمایی مناسب پست امداد اولیه با نظر خواهی از مدیران بهداری رزمی
- انتقال سریع و اصولی مصدوم بعد از انجام کارهای اولیه

تشکر و قدردانی: از معاونت درمان و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) به خاطر حمایت‌های معنوی تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Straughair C. Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 1. British Journal of Nursing. 2012;21(3):160-4.
2. Masters K. Role development in professional nursing practice: Jones & Bartlett Learning; 2018.
3. Klainberg M, Dirschel K. Today's nursing leader: Managing, succeeding, excelling: Jones & Bartlett Learning; 2010.
4. Moayed MS, Mahmoudi H, Ebadi A, Salary MM, Danial Z. Effect of Education on Stress of Exposure

بیماران خاص و تداوم مراقبت و آمادگی برای عمل جراحی اورژانسی است (۱۸).

در این پژوهش نابسامانی‌های امداد و انتقال مشارکت کنندگان عنوان کرده‌اند که نابسامانی‌ها مربوط به کمبود یا نقصان آموزش، کمبود تجهیزات، مشکل نیروی انسانی، مشکل در تریاژ و عدم ارائه اقدامات نجات بخش بوده است. این مطالعه همسو با مطالعه پژوهشی Lairret و همکاران که به منظور بررسی مداخلات پیش بیمارستانی در منطقه انجام داده به این نتیجه رسیده که این اقدامات می‌تواند در نتیجه تلفات تأثیر گذار باشد. با توجه به یافته‌های این مطالعه کمترین مداخله شامل لوله گذاری داخل تراشه، عدم اقدام برای پنوموتوراکس و احیاء مایعات و کاهش فشار خون مشخص شدند؛ و بیشترین مداخله انجام شده بکارگیری تورنیکت بوده است. همچنین بیشترین مداخله نادرست در کنترل راه هوایی و صدمات قفسه سینه بوده است (۱۹).

توانمند نمودن نیروهای رزمی در امداد و انتقال مصدومین با آموزش مناسب از موارد مهم است. در مطالعه گذشته نگر توسط Gilpin در زمینه تیم‌های عملیات ویژه بیان کرده توانمندسازی شامل افزایش مهارت نیروهای عملیاتی به ویژه کارکنان درمانی است. در مرحله اول این برنامه کیفی انفرادی کمک‌های اولیه که محتوی تجهیزات پزشکی و انتقالی است و در مراحل بعدی توانمندسازی نیروها شامل آموزش و ارزیابی تجهیزات بیشتر به واحدهای عملیاتی است (۲۰).

محدودیت مطالعه: از آنجا که این مطالعه امداد و انتقال مجروحین در صحنه نبرد از دیدگاه پرستاران نظامی را بررسی نمود و به صورت کیفی انجام شد، تنوع نظرات زیاد بود، لذا برای اشباع داده‌ها مجبور شدیم با ۲۶ نفر از پرستارانی که سابقه امداد و انتقال در ماموریت‌های اخیر جبهه مقاومت داشتند صورت گیرد که بسیار وقت گیر بود. با توجه به اهمیت امداد و انتقال پیشنهاد می‌شود که دستورالعمل امداد و انتقال با توجه به تغییر نوع جنگ و نوع عملیات بازنگری شود.

- to Sharps Among Nurses in Emergency and Trauma Care Wards. Trauma monthly. 2015;20(2).
5. Moayed MS, Mahmoudi H, Ebadi A, Nia HS. Stress and fear of exposure to sharps in nurses. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2016;10(3).
6. Saei A, Rahmani A, Ebadi A, Mahmoudi H, Nir MS, Khankeh HR. Traffic Accidents and Health of the Driver. Trauma Monthly. 2018;23(2).
7. Clarke JE, Davis PR. Medical evacuation and triage of combat casualties in Helmand Province

Afghanistan: October 2010–April 2011. *Military medicine*. 2012;177(11):1261-6.

8. Firouzkouhi M, Zargham-Boroujeni A, Nouraei M, Rahnama M, Babaiepur M. The effects of imposed war on Iran's nursing: A historical research. *Journal of Military Medicine*. 2015;17(3):127-36.

9. Sarhangi F, Gholami HR, Khaghanizade M, Mehri SN. First Aid and Transportation Course Contents Based on Experience gained in the Iran-Iraq War: a Qualitative Study. *Trauma monthly*. 2015;20(1).

10. Brice JH, Studnek JR, Bigham BL, Martin-Gill C, Custalow CB, Hawkins E, et al. EMS provider and patient safety during response and transport: proceedings of an ambulance safety conference. *Prehospital Emergency Care*. 2012;16(1):3-19.

11. Mahdizade A, Mahmoudi H, Ebadi A, Rahimi A. Expectations of faculty of nursing schools in Tehran on administrative management of schools: a qualitative study. *Journal of hayat*. 2012;18(1):52-66.

12. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*: Sage publications; 2017.

13. Baker MS. Military medical advances resulting from the conflict in Korea, Part I: Systems advances that enhanced patient survival. *Military medicine*. 2012;177(4):423-9.

14. Redman TT, Ross EM. A novel Expeditionary perfused cadaver model for trauma training in the out-of-hospital setting. *The Journal of emergency medicine*. 2018;55(3):383-9.

15. Rahman M, editor *Emergency Medical Responders and Physicians: Diagnostics. Decision Making and Medical Management in High Stakes Situations Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*; 2012.

16. Hetzler M. Damage control and point of injury care: extending the care continuum to military prehospital providers. *Journal of special operations medicine: a peer reviewed journal for SOF medical professionals*. 2012;12(1):1-10.

17. Williamson K, Ramesh R, Grabinsky A. Advances in prehospital trauma care. *International journal of critical illness and injury science*. 2011;1(1):44.

18. Shamsi V, Mahmoudi H, Nir MS, Darzi HB. Effect of Job Specialization on the Hospital Stay and Job Satisfaction of ED Nurses. *Trauma monthly*. 2016;21(1).

19. Laird JR, Bebart VS, Burns CJ, Laird KF, Rasmussen TE, Renz EM, et al. Prehospital interventions performed in a combat zone: a prospective multicenter study of 1,003 combat wounded. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2012;73(2):S38-S42.

20. Gilpin J. The United States Special Operations Command (USSOCOM) -Tactical Combat Casualty Care (TCCC) Casualty Evacuation (CASEVAC) Set Program a Retrospective and Overview. *Journal of special operations medicine: a peer reviewed journal for SOF medical professionals*. 2012;12(4):79-85.