

The Barriers and Facilitators of Covid-19 Patient Care: A Conventional Content Analysis

Elham Navab¹, Nasibeh Barani², Parvaneh Asgari³, Fatemeh Bahramnezhad⁴

Abstract

Background & Aims: Epidemics and their consequences have widespread effects on health care workers. Since hospital work environments are under high workload, complexity, and chaos, and are constantly changing due to different medical and care developments. During epidemic and pandemic crises, this situation is exacerbated by an increase in the number of patients and lack of resources, resulting in an increased likelihood of physical and mental vulnerability of staff. In this regard, the Covid-19 pandemic has caused physical and psychological challenges for hospital staff more than the previous epidemic, especially since the high prevalence and mortality rate of the virus is the most important challenge in this field. The other common unprecedented consequence of these conditions can be depression, anxiety, insomnia, and burnout of staff especially among the elderly and experienced staff. These secondary consequences have negative impacts on the quality of the services provided by the staff and act as major barriers to effective health care delivery. However, despite the many barriers, some facilitators can facilitate and improve the delivery of different services. For example, protective actions, social distancing, and widespread detective strategies, and detection of patients can play an important role in controlling the disease and thus reducing the workload of health staff. Therefore, identifying barriers and facilitators in health care delivery for patients can be helpful in the management of this pandemic and we can rely on them to provide the basis for further studies and thus better planning. Therefore, this study aimed to explore the barriers and facilitators of caring for Covid-19 patients.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted in 2020 employing Conventional content analysis Approach. In this study, semi-structured interviews were conducted with 11 physicians and 14 nurses who were working in the Covid-19 units of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences and were willing to participate in the study. In order to follow the social distancing, all interviews were conducted virtually via Skype, WhatsApp, and by phone at intervals of 45 to 60 minutes by an experienced interviewer. Some interviews were conducted visually and some orally at the request of the interviewee. Interviews were continued until the data saturation and not reaching the new code in the last three interviews. Data analysis was performed according to the proposed steps of Granheim and Landman. Finally, the interviews were transcribed, typed, and read several times to extract the original codes. The codes were then merged and classified based on the similarities, and finally the hidden concepts were extracted from the data.

Results: A total of five themes and 14 subthemes were extracted from 340 initial codes in this study. The themes of this study were double-edged sword culture, individual factors, changes in care approach, organizational factors, and ethical challenges. In the theme of double-edged sword culture, two sub-themes of 'collectivistic culture' and 'facilitator culture' emerged. The cultural diversity of the community has created problems for the management of this disease and even the care of patients. Ignoring social distancing despite the warnings of Ministry of Health officials due to adherence to customs such as visiting and handshaking, had led to the spread of the disease and made its control difficult. Especially in the dominant Iranian culture, shaking hands is a custom and wearing gloves and masks is not a routine. On the other hand, in the culture of collectivism, they also help and cooperate with others, as they produced protective equipment and disinfectants through teamwork. Others encouraged inpatients by providing virtual communication through virtual networks which helped the treatment

¹. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Spiritual Health Group, Research Center of Quran, Hadith and Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author)
Tel: 00982161054416 Email: bahramnezhad@sina.tums.ac.ir

team and facilitated the caring process. Due to the rapid spread of the disease, the treatment team, in addition to being afraid of being a carrier, also had emotional problems due to quarantine. But having the idea that the nurses should not put stress on others, enduring psychological and physical stress as a result of the situation became more difficult. In this regard, in the theme of individual factors, three sub-themes of 'fear', 'emotional emptiness', and 'ambassador of peace' emerged. The nature of the disease, the use of protective equipment by the personnel, social distancing, changes in patient communication, changes in professional interactions, and feelings of powerlessness in virus management have all been challenges for the treatment team in caring for these patients. This condition has also affected nurse-nurse or physician-nurse interactions. But the pandemic made another change in the treatment team, and that was teamwork. Medical and nursing staff stated that they had not cooperated closely before for various reasons and refused to work as a team, but lack of equipment, insufficient knowledge about the disease had instinctively brought the treatment team closer to each other and all tried to do their best to eliminate the disease. Thus, 'care metamorphosis', 'communication', 'missing links in care and treatment', and 'integration' were the three sub-themes emerging in the theme of change in the approach to care. The themes of organizational factors included lack of necessary infrastructure, lack of equipment, manpower and lack of adequate space for patient care, but they were encouraged and continued to work with the support of hospital managers, the Deputy Minister of Health and the support of the Minister of Health. The four sub-themes of 'structural problems', 'lack of manpower', 'insufficient equipment', and 'lack of organizational support' were the most important obstacles for the treatment team in providing the best therapeutic performance. Another theme that emerged in this study was moral distress with two sub-themes of 'guilt' and 'moral helplessness' in which the individual raised issues such as lack of privacy, and not being at the bedside of a dying patient as his main concerns. Lack of privacy, reliance on writing the last name on the clothes and not introducing themselves to the patient at the beginning of the patient admission due to high workload and lack of time, elimination of the principle of respect for autonomy, lack of regular patient visits in the final stages of life except moral distress are discussed and classified.

Conclusion: According to the results, culture, individual, and organizational factors can be considered as both barriers and facilitators. But ethical challenges, as an important obstacle, can cause burnout in the medical staff. It is suggested that the authorities provide more psychological support to the treatment team, or give them a recovery period by employing new staff and reducing the workload of the treatment team. Also, getting help from a psychologist and psychiatrist, encouraging people to exercise, meditation and music can help strengthen the workforce in hospitals. Therefore, authorities should plan to increase the resilience of the medical staff in emerging and man-made phenomena such as the Covid-19 pandemic.

Keywords: Barriers, Facilitators, Covid-19, Nurse, Physician, Care, Qualitative Research

Conflict of Interest: No

How to Cite: Navab E, Barani N, Mohaddess F, Asgari P, Bahramnezhad F. The Barriers and Facilitators of Covid-19 Patient Care: A Conventional Content Analysis. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(131):82-97.

Received: 17 May 2021

Accepted: 21 Aug 2021

تبیین موانع و تسهیل‌گرهای ارائه مراقبت به بیماران کووید-۱۹: تحلیل محتوای عرفی

الهام نواب^۱، نسیمه بارانی^۲، پروانه عسکری^۳، فاطمه بهرام نژاد^۴

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی زوایای پیدا و پنهان موانع و عوامل تسهیل‌گر در مدیریت بیماری کووید-۱۹ می‌تواند، به برنامه‌ریزی برای مدیریت این بیماری و موارد مشابه آن کمک کند. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف تبیین موانع و عوامل تسهیل‌گر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ با رویکرد تحلیل محتوای عرفی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه کیفی حاضر با روش تحلیل محتوای عرفی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با ۲۵ شرکت‌کننده (۱۴ پرستار و ۱۱ پزشک) شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ انجام شد. مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها ضبط و بعد از پیاده‌سازی با رویکرد گرانهایم و لاندمن تحلیل شدند.

یافته‌ها: در مجموع از ۳۴۰ کد اولیه پنج مضمون و ۱۴ زیر مضمون در این مطالعه ظاهر شد. تم‌های این مطالعه فرهنگ شمشیر دولبه، عوامل فردی، تغییر در رویکرد مراقبت، عوامل سازمانی و چالش‌های اخلاقی هستند.

نتیجه‌گیری کلی: به نظر می‌رسد فرهنگ، عوامل فردی و سازمانی می‌توانند، هم مانع و هم تسهیل‌گر باشند. اما چالش‌های اخلاقی می‌توانند، بعنوان یک مانع باعث فرسودگی شغلی کادر درمان شود. شاید لازم باشد که مسئولین حمایت‌های روانی بیشتری از تیم درمان بعمل آورند، یا با استخدام نیروهای تازه نفس و کاهش بار کاری تیم درمان، به آنها یک دوره ریکاوری بدهند. همچنین کمک گرفتن از روان‌شناس و روانپزشک، تشویق افراد به ورزش، ذهن آگاهی و موسیقی می‌تواند در تقویت نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌ها کمک‌کننده باشد. بنابراین، مسئولین باید برای افزایش تاب‌آوری کادر درمان در پدیده‌های نوظهور و یا انسان ساخت برنامه‌ریزی کنند.

کلیدواژه‌ها: موانع، تسهیل‌گر، کووید-۱۹، پرستار، پزشک، مراقبت، تحقیق کیفی

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۰۰/۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۰۰/۵/۳۰

۱. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۲. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۳. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۴. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه سلامت معنوی، مرکز تحقیقات علوم قرآن، حدیث و طب، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۰۹۸۲۱۶۱۰۵۴۴۱۶ E-mail: bahramnezhad@sina.tums.ac.ir

مقدمه

اپیدمی‌ها و ابعاد پیرامون آن اثرات گسترده‌ای بر کارکنان سیستم‌های بهداشتی درمانی وارد می‌کنند؛ دلایل این امر را این گونه می‌توان اشاره کرد که محیط کار سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت و بیمارستان‌ها همواره در معرض فشار بالای کاری، پیچیدگی و هرج و مرج است و به دلیل تحولات در زمینه‌های مختلف درمانی و مراقبتی، دائماً در حال تغییر می‌باشد^(۱). بیمارستان‌ها، به طور ذاتی محیط‌های پر استرس بوده و کارکنان آن به طور معمول بار کاری ذهنی و فیزیکی زیادی را متحمل می‌شوند^(۲)؛ کادر درمانی با مشکلات و موانع کاری متعددی از جمله کمبود نیروی کار، ازدحام و شلوغی در بخش‌های مهم بیمارستانی، تعارض با همراهان بیماران، کاغذ بازی (سیستم بوروکراتیک)، مشکلات مربوط به دریافت حقوق و پاداش و ضعف عملکردی مواجه هستند^(۳،۴). بر اساس تحقیقات انجام گرفته، بسیاری از کارکنان نظام سلامت در اپیدمی‌های قبلی دچار اختلالات اضطرابی و عاطفی شده بودند. برای مثال، تعدادی از محققین اعلام کردند، پرستارانی که مسئول مراقبت از بیماران با بیماری سارس Severe acute respiratory syndrome (SARS) بودند، سطوح بالاتری از اختلالات اضطراب، استرس و افسردگی را داشتند^(۵-۷). در مطالعه دیگری در زمان اپیدمی بیماری مرس Middle East Respiratory Syndrome (MERS) مشخص شد، پزشکان و پرستاران بخش اورژانس، دچار استرس پس از حادثه ((Past trauma stress disorder (PTSD) شده بودند^(۸). از دیگر مشکلات این افراد در دوران اپیدمی‌های سابق می‌توان به دی‌سترس عاطفی، خستگی، ترس، وحشت و استرس‌های روانی به علت دوری از خانواده و نگرانی از احتمال انتقال بیماری به بستگان اشاره کرد^(۹-۱۱).^(۸) در مطالعه Kollie و همکاران که به بررسی تجربه پرستاران از همه‌گیری ابولا در کشور آفریقای جنوبی پرداخته بودند، نشان داده شد که مفهوم "زندگی در ترس

و وحشت"، اصلی‌ترین پدیده تجربه شده در بین مشارکت‌کنندگان مطالعه بود^(۱۰). در این راستا انتشار ویروس کرونا که به شدت واگیردار است، نیز همه سیستم‌های مراقبت بهداشتی جهان را در یک وضعیت اورژانسی قرار داده و ظرفیت‌های نظام سلامت کشورها را به شدت تحت تأثیر قرار داده است^(۱۲،۱۳). در کنار علایم بالینی، عواملی نظیر انتشار سریع، وجود نداشتن درمان‌های مؤثر دارویی و میزان مرگ بالای این بیماری، به شدت طبقات مختلف اجتماعی با جایگاه‌های مختلف را در این اپیدمی درگیر نموده است^(۱۴). در این میان، کارکنان سیستم بهداشت و درمان از جمله پزشکان و پرستاران در خط اول مبارزه با این بیماری قرار گرفته‌اند^(۱۵). همه‌گیری کووید-۱۹ کارکنان بیمارستان‌ها را با پیامدهای جسمی و روانی بسیار گسترده‌تری از اپیدمی‌های قبلی مواجه ساخته است^(۱۶). مهمترین تهدید، خطر جدی ابتلا به ویروس و مرگ به علت قدرت سرایت بالا و میزان کشندگی قابل توجه این بیماری می‌باشد. از دیگر پیامدهای ایجادشده، فرسودگی کارکنان نظام سلامت است که در میان نیروهای مسن و با تجربه بیشتر گزارش شده است^(۱۷،۱۸). Chen و همکاران نشان دادند که پرستاران و پزشکان در خط اول مبارزه با کرونا، اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی زیادی را تجربه کرده‌اند^(۶). افسردگی یکی از پیامدهای رایج این شرایط بی‌سابقه است. در مطالعه دیگری که اخیراً در بین کارکنان بیمارستان جدید ساخته‌شده در Wuhan چین انجام شده بود، نشان داده شد که نزدیک به ۳۰ درصد از آنها دچار استرس و ۲۴/۱ درصد علائم اضطراب را داشتند^(۱۹). علاوه بر مشکلات روانی، بسیاری از کارکنان بهداشتی دچار مشکلات جسمی و اختلال در فرآیند زندگی روزمره خود نیز شده‌اند^(۲۰). در ایران مطالعاتی نیز درباره سلامت روان کارکنان بخش درمان در شیوع پاندمی Covid-19 انجام شده است. در این مطالعات به اضطراب، افسردگی، ترس و فرسودگی شغلی در کارکنان بیمارستان اشاره شده است^(۲۱-۲۳). همچنین

استفاده مداوم از تجهیزات حفاظت فردی تأثیر زیادی بر عملکرد کارکنان ایجاد کرده است^(۲۰). به طور مشابه، در مطالعه دیگری، کمبود تجهیزات حفاظت فردی، شرایط کاری این افراد را به میزان زیادی سخت‌تر کرده بود. همه این موارد، به علاوه بار کاری زیاد کارکنان و نیز ماهیت ناشناخته بیماری، مشکلاتی را برای کادر درمان ایجاد کرده است^(۳۰).

در این میان و بر خلاف موانع موجود در مقابل ارائه مراقبت مؤثر، تسهیل‌گرهایی نیز می‌توانند ارائه مراقبت‌های مؤثر را تسریع و بهبود بخشند؛ به عنوان مثال سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده که برای پیشگیری از همه‌گیری این ویروس، رعایت اقدامات حفاظتی و فاصله گذاری اجتماعی از اهمیت زیادی برخوردار است^(۳۱). وسایل حفاظت فردی و احتیاطات نسبت به این بیماری شامل استفاده از ماسک N95، گان، دستکش، کلاه، عینک و چکمه و بستری بیمار در اتاق ایزوله با فشار منفی اعلام شده است^(۳). گرچه به دلیل گسترش سریع بیماری بسیاری از کشورها در تأمین امکانات حفاظتی کافی با مشکل مواجه شده‌اند؛ اما تأمین این تجهیزات با مشارکت سازمان‌های دولتی و مردم‌نهاد می‌تواند به عنوان یک تسهیلگر مهم در ارائه خدمات باشد. استراتژی‌های گسترده تشخیصی و شناسایی بیماران نیز به عنوان این تسهیلگرهایی معرفی شده‌اند که می‌توانند نقشی مهم در کنترل بیماری و کاهش بار کاری کارکنان نظام سلامت شود^(۳۲).

خطر شیوع یک پاندمی و همه‌گیری جهانی ممکن است، همواره وجود داشته باشد، کما اینکه در عصر حاضر شیوع ویروس کرونای جدید در کنار مرگ و میر و تبعات آن، باعث ایجاد نگرانی عمده و استرس وارده بر مراقبین بهداشتی از جمله پرستاران شده است. از طرفی باید در جهت تقویت و حفظ بسترهای تسهیلگر در ارائه مراقبت مؤثر این پاندمی تأکید و توجه ویژه‌ای داشت. از طرفی، پژوهشگر از ابتدای شیوع پاندمی کووید-۱۹ شاهد مراجعات بالای افراد به دلیل ترس از بیماری به مراکز

میزان اضطراب در مراقبین بهداشتی زن بیشتر از مردان گزارش شده است^(۲۴،۲۵).

در مطالعاتی به چالش‌های مقابله با کووید-۱۹ از دیدگاه متخصصین سلامت^(۲۶) و شناسایی موانع خودمراقبتی در پیشگیری از این بیماری^(۲۷) پرداخته شده است اما به نظر می‌رسد تا کنون مطالعات بسیار کمی در رابطه با موانع و تسهیل‌گرهای ارائه مراقبت به بیماران کووید-۱۹ در ایران، انجام شده است.

بر اساس یافته‌های مطالعه علیزاده و همکاران، کارکنان بخش درمان شرایط خاصی همچون ماهیت ناشناخته بیماری، تعداد بالای مراجعات، مرگ و میر بالا را تجربه کردند. سایر عواملی که منجر به دیسترس روانشناختی گزارش شد عبارت بود از رهبری ناکارآمد، کاهش نیروی انسانی، کمبود تجهیزات ضروری و اولیه محافظتی و ترس از انتقال بیماری به اطرافیان. از طرفی کاهش تقاضاها، افزایش منابع، حمایت مدیران، ارائه بازخورد مؤثر و به موقع، توجه به ویژگی‌های مثبت شخصیتی کارکنان و قدردانی از فداکاری‌های آنها جز عوامل مؤثر در جلوگیری از فرسودگی شغلی و افزایش تعامل بوده و همچنین با افزایش اعتماد به نفس، استقلال و احساس توانمندی در مراقبت از بیماران کووید-۱۹ همراه بوده است. امید، معنویت، رضایت دلسوزی (compassion) و استراتژی فعال مقابله، با اضطراب و فرسودگی شغلی رابطه منفی داشت^(۲۸).

ساداتی و همکاران نیز در یک مطالعه کیفی از تجربیات پرستاران در شیوع بیماری کووید-۱۹ به مواردی از جمله آمادگی ناقص و غیر قابل قبول، بدترین خطر درک شده (worst perceived risk) و ناشناخته بودن بیماری، حمایت از خانواده و نگرانی از سرایت بیماری به آنها، ننگ اجتماعی، تعهد و فداکاری اشاره کردند^(۲۹).

پیامدهای اشاره شده تأثیری منفی بر کیفیت ارائه خدمات کارکنان داشته است و به عنوان مانعی در مقابل ارائه مراقبت مؤثر عمل می‌کنند. Ong و همکاران، در مطالعه خود نشان دادند، سردرد کارکنان بیمارستانی در نتیجه

درمانی بوده و تعداد بالای ابتلا به خصوص در موج‌های این بیماری، کمبود وسایل و امکانات، ترس اعضای تیم درمان از ناشناخته‌ها و در عین حال داوطلب بودن عده‌ای از اعضای تیم درمان برای ارائه خدمات مراقبتی همگی از مواردی بودند که پژوهشگر تصمیم به انجام این مطالعه گرفت. دانشگاه علوم پزشکی تهران یکی از اولین دانشگاه‌های درگیر در این زمینه بوده و به دلیل حجم بالای مراجعات به بیمارستان‌های این دانشگاه، پژوهشگر این احتمال را داد که شناسایی زوایای پیدا و پنهان عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده مراقبت از بیماران کووید-۱۹ شاید بتواند به سایر اعضای تیم درمان کمک کرده و یا خود سنگ بنایی برای انجام تحقیقات بیشتر باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین موانع و عوامل تسهیل‌گر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد.

روش بررسی

مطالعه کیفی حاضر با رویکرد آنالیز محتوای عرفی از فروردین تا شهریور سال ۱۳۹۹ انجام شد. در این مطالعه، پزشکان و پرستارانی که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، سینا، بهارلو، ولیعصر و بیمارستان یاس) انجام شد. در بخش‌های کووید مشغول به کار بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، وارد مطالعه شدند. با ۲۵ شرکت‌کننده (۱۴ پرستار، ۱۱ پزشک) مصاحبه‌های نیمه ساختارمند انجام شد. نمونه‌ها به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای ورود (شاغل در بخش کووید-۱۹ بیش از یک ماه و تمایل به شرکت در مطالعه) وارد مطالعه شدند.

جمع‌آوری داده

برای کمک به طرح فاصله‌گذاری اجتماعی و شکست زنجیره انتقال ویروس، همه مصاحبه‌ها به صورت غیر حضوری و با کمک **Skype** و **What's APP** در زمانی که برای شرکت‌کنندگان مناسب بود، انجام شد. مصاحبه‌ها توسط نویسندگان مسئول که در زمینه تحقیق کیفی با تجربه

فرآیند تحلیل‌ها داده با توجه به مراحل پیشنهادی **Lundman & Graneheim** انجام شد که شامل مراحل: ۱- پیاده سازی مصاحبه بلافاصله بعد از هر مصاحبه، ۲- خواندن متن برای درک کلی از آن، ۳- تعیین واحدهای معنی و کدهای اولیه، ۴- طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات ۵- تعیین محتوای نهفته‌ها در داده‌ها می‌باشد^(۷).

در مطالعه حاضر بلافاصله بعد از انجام مصاحبه، محتوای مصاحبه‌های ضبط شده، کلمه به کلمه دست نویس شدند. مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و همزمان سایر مصاحبه‌ها نیز انجام شد. جهت کدگذاری اولیه از جملات مشارکت‌کنندگان و کدهای دلالت‌کننده بر محتوای مربوطه استفاده شده. واحدهای معنایی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه از مصاحبه‌ها

بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت کنندگان از آنان درخواست نمود تا فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمایند و پیش از شروع مصاحبه، اجازه ضبط صدا و یادداشت برداری از مشارکت کنندگان گرفته شد. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج، اسامی آنها محرمانه خواهند ماند و تنها نتایج دموگرافیک به صورت کلی گزارش می شوند. همچنین به آنها اطمینان داده شد، پس از گزارش نهایی، فایل های صوتی حذف خواهند شد و در صورت تمایل می توانند، فایل صوتی مربوط به مصاحبه را از پژوهشگر دریافت نمایند و از نتایج کلی نیز آگاه گردند. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که مختارند در هر مرحله از پژوهش از مطالعه خارج شوند.

یافته ها

در این مطالعه، میانگین سنی پرستاران $45/3 \pm 12/8$ سال و میانگین سنی پزشکان $40/1 \pm 10/1$ سال بود. مصاحبه با ۲۵ پرستار و پزشک انجام شد که ۲۰ نفر متأهل و ۱۶ نفر زن بودند.

تجزیه و تحلیل داده های مصاحبه منجر به ظهور ۳۴۰ کد اولیه شد که در نهایت ۵ مضمون و ۱۴ زیرمضمون در این مطالعه ظاهر شد.

فرهنگ، شمشیر دولبه

در این رابطه دو زیر مضمون "فرهنگ جمع گرایی" و "فرهنگ تسهیل گر" وجود داشت. پزشکان و پرستاران شرکت کننده در این مطالعه اظهار داشتند که فرهنگ حاکم بر جامعه مشکلاتی را برای مدیریت این بیماری و حتی مراقبت از بیماران فراهم کرده است. در واقع فرهنگ ایرانی باعث شده که آنها فاصله گذاری اجتماعی را با وجود هشدارهای مکرر مسئولین وزارت بهداشت، رعایت نکنند. اوایل شروع این بیماری مصادف با جشن نوروز در ایران شده و برخی از خانواده ها به دلیل پایبندی به آداب و رسوم و دید و بازدید، فاصله اجتماعی را رعایت نکرده و به دیدار اقوام به ویژه بزرگترهای فامیل رفته و دست

استخراج شدند. چندین بار هر کد بازخوانی شد و سپس مبتنی بر تشابه و تناسب بیان کننده موضوع واحد، در یک طبقه قرار گرفتند. سپس با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه، طبقه بندی انجام شد. سپس طبقه ها با هم مقایسه شده و طبقه هایی که از نظر خصوصیت مشابه بودند در یکدیگر ادغام شده و طبقه وسیع تری ظاهر شد. لازم به ذکر است که کدهای حاصل از تحلیل داده ها تا مرحله نگارش نهایی طرح بازنگری و پایش شدند.

استحکام داده ها

استحکام در پژوهش کیفی از طریق توجه پژوهشگر، کشف اطلاعات و تأیید آن نشان داده می شود^(۱۶). هدف استحکام، نمایش دقیق تجربیات مشارکت کنندگان است. عبارات متفاوتی برای شرح فرآیند - سدی - ک - ه منج - ر - ب - ه استحکام در داده های پژوهش کیفی می شود، وجود دارد برای افزایش مقبولیت و دقت یافته ها، از تلفیق چند روش مصاحبه نیمه ساختارمند، چک کردن مجدد با مصاحبه شونده ها و تحلیل هم زمان توسط پژوهشگران استفاده شد. به منظور قابلیت اعتماد یا ثبات یافته ها با نسخه نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران و مرور دست نوشته ها توسط مشارکت کنندگان صورت گرفت. همچنین برای تأیید پذیری یافته ها، درباره صحت تفسیرها و فرآیند کدگذاری با تعدادی از متخصصان (دو نفر عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و یک نفر عضو هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی) مشورت شد و همه مراحل انجام کار و چگونگی استخراج داده ها به دقت ثبت گردید. قابلیت انتقال نیز با ارایه نقل قول های مستقیم و تبیین غنی داده ها و مشورت با اساتید مطرح در زمینه تحقیق کیفی امکان پذیر شد.

پژوهش حاضر به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (IR.TUMS.VCR.REC.1399.015) رسید. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر علاوه

"اگر این مردم نبودند ما می‌مردیم، اومدن برامون لباس و ماسک دوختن، هر روز برامون آبمیوه و غذاهای مقوی می‌آوردند که ما جون بگیریم". (شرکت کننده ۱۱).

عوامل فردی

تیم درمانی به دلیل ماهیت بیماری نیز دغدغه‌هایی داشتند. در واقع ماهیت انت‌شار سریع این بیماری برای تیم درمان یک احساس ترس در خصوص ناقل بودن آنها ایجاد کرده بود. آنها ترس آن را داشتند که ناقل بوده و این بیماری را به خانواده‌شان منتقل کنند. همچنین به دلیل قرنطینه بودن، از نظر عاطفی افراد تحت تأثیر قرار گرفتند. در واقع به دلیل محافظت خانواده‌شان، آنها یا در بیمارستان‌ها می‌ماندند و یا فرزندان آنها به خانه پدری و مادر بزرگ رفته بودند و آنها دچار دل‌تنگی شده بودند. از طرفی با تحمل این خلأ عاطفی و ترس، اما آنها معتقد بودند که نباید این فشار و استرس به بیماران منتقل شود و نیاز است که آنها نقش اصلی‌شان را که حمایت و دادن آرامش به بیماران است را ایفا کنند. در واقع تفکر اینکه پرستار باید، آرامش دهنده باشد و نباید به دیگران استرس وارد کند، منجر به تسهیل روند کاری پرستار و تحمل فشارهای روانی و جسمی ناشی از شرایط سخت می‌شد. در همین راستا سه زیرمجموعه "ترس"، "خلأ عاطفی" و "سفیر آرامش" ظاهر شدند.

"من واقعا می‌ترسم که پسر سه ساله‌ام مبتلا بشه برای همین ۲۵ روزه فرزندمو ندیدم، خیلی دلم تنگ شده و

حسابی از نظر عاطفی درگیرم". (شرکت کننده ۱)

"از ابتدای شروع کرونا خودم داوطلبانه خواستم که به این مریضا کمک کنم؛ اما از ترس اینکه ناقل باشم خونه نمی‌رم همینجا در پانسیون می‌مونم، آآن ۶۰ روزه پسر یازده ساله ام را ندیدم دیگه طاقت ندارم. دو سه شبه هر شب گریه می‌کنم". (شرکت کننده شماره ۵)

"پرستار یعنی ایثار؛ یعنی آرامش‌بخش. ما مثل قرص‌های آرام‌بخشیم و همین به ما کمک می‌کنه تا ترس و

دادن و دیده‌بوسی نیز جزء این فرهنگ است. از طرفی توجه نکردن به استفاده از ماسک شاید به دلیل اینکه ایرانی‌ها عادت به اینکه دست ندهند و یا دستکش و ماسک بپوشند، ندارند، منجر به گسترش این بیماری شده و همین امر باعث ابتلای بسیاری و مراجعه آنها به بیمارستان شده و همین امر با توجه به محدود بودن تجهیزات و نیروی انسانی مراقبت از این بیماران را سخت‌تر کرده و تیم درمان را دچار نوعی سردرگمی کرده بود. مراجعه تعداد زیاد از مبتلایان یا مشکوکین به این بیماری به بیمارستان‌ها، و افزایش حجم کاری تیم درمان را دچار سردرگمی کرده است. البته آنها اظهار داشتند که این فرهنگ همیشه هم بد نیست، چرا که ایرانی‌ها در فرهنگ جمع‌گرایی، کمک به دیگران و ایثار را دارند. آنها به صورت گروهی با هم برای شکست یک مشکل و یا نجات جان انسان‌ها کمک می‌کنند و کسی هم با هر پست و مقامی که باشد، در گروه هر نقشی به او بدهند، می‌پذیرد. این فرهنگ در کرونا نیز کمک کرده است به گونه‌ای که آنها با هم تیم شده و به تولید تجهیزات، وسایل محافظتی و مواد ضدعفونی‌کننده پرداختند. بسیاری تیم شده و از آنجایی که بیماران در بخش‌های بستری کرونا، خانواده و دوستانشان را ملاقات نمی‌کردند، به آنها به صورت مجازی از طریق شبکه‌های مجازی روحیه می‌دادند. عده‌ای از جوانان داوطلبانه به تیم درمان کمک می‌کردند. همین امر بار کاری کارکنان را کمتر کرده و خستگی آنها را کاهش می‌داد.

"ما ایرانی‌ها از دیرباز به عاطفی بودن شهره‌ایم. ما حتی عادت داریم از ظرف هم غذا بخوریم. ما عادت داریم که دست بدهیم و همدیگر رو ببوسیم. حالا یکباره همیشه که این فرهنگ رو عوض کنیم و همینم ابتلا به این بیماری رو زیاد کرده... وقتی مراجعات زیاد شود، همه محاسبات ما به هم میریزه و تعداد زیاد مراجعات ما را بیچاره می‌کنه".

(شرکت کننده ۶)

اضطرابمونو پنهان کنیم و به دیگران کمک کنیم". (شرکت کننده ۸)

تغییر در رویکرد مراقبت

ماهیت این بیماری و استفاده از وسایل حفاظتی توسط پرسنل، رعایت فاصله، تغییر در نحوه ارتباط با بیمار، تغییر در تعاملات حرفه‌ای، احساس فقدان قدرت در مدیریت این ویروس همگی از جمله چالش‌های تیم در مان در مراقبت از این بیماران بوده است. در واقع کارکنان درمانی ملزم به استفاده از تجهیزات محافظت فردی در برابر فرد مشکوک یا مبتلا می‌باشند. وسایل حفاظت فردی و احتیاط نسبت به این بیماری شامل استفاده از ماسک N95، گان، دستکش، کلاه، عینک و چکمه و بستری بیمار در اتاق ایزوله و با فشار منفی اعلام شده است. حجم کاری بالا، پوشیدن لباس‌های حفاظتی، رعایت فاصله‌گذاری با بیمار، ماهیت ارتباط با بیماران را با چالش مواجه کرده است. علاوه بر چالش‌های ارتباطی با بیمار تیم در مان در برقراری ارتباط با همدیگر نیز مشکلاتی را تجربه کردند. همه تیم درمان در دنیا غافلگیر شدند و یک احساس فقدان قدرت در برابر این ویروس ناشناخته را برای تیم درمان به وجود آورد. در واقع فقدان داشتن دانش کافی نسبت به این بیماری، ناشناخته بودن نشانه‌ها و عوارض بیماری همگی برای تیم درمان ایجاد چالش کرده بود. اما این ویروس یک تغییر دیگر نیز در تیم درمان ایجاد کرده بود و آن انجام کار تیمی بود. پرسنل پزشکی و پرستاری اظهار داشتند که تا قبل از این به دلایل مختلف با هم همکاری نزدیکی نداشته و از انجام کار تیمی سرباز می‌زدند، اما کمبود تجهیزات، فقدان دانش کافی در خصوص بیماری، ناخودآگاه تیم در مان را به هم نزدیک کرده و همگی تلاش می‌کردند تا هر چه در توان دارند برای از بین بردن این بیماری بکار بگیرند. این تغییر در ارتباط با یکدیگر و همچنین نحوه ارائه خدمات درمانی با گان، لباس محافظتی، عینک و سایر وسایل حفاظتی یک تجربه جدید برای بیماران و تیم درمانی بوده و از طرفی روحیه

همکاری تیمی را بین اعضای تیم درمان دو چندان کرده است. "ذگردیسی مراقبت"، "ارتباط، حلقه مفقوده مراقبت و درمان"، "یکی شدن"، سه زیرمضمون ظاهر شده در این مطالعه هستند.

"وقتی ماهیت بیماری با یک سرعت عجیب و غریب تغییر می‌کنه، همه چیز به یکباره تغییر می‌کنه و شما دچار نوعی سردرگمی میشی". (شرکت کننده ۳)

"یکدفعه ما مجبور شدیم لباس‌هایی را بپوشیم که حتی برای خودمان هم غریبه بودند تا برسه به بیماران و از طرفی خودمون با خودمونم دیگه نمی‌تونیم حرف بزنیم. اینها واقعا اذیت‌کننده هستند". (شرکت کننده ۹)

"عجیبه در این بیست سال هیچ وقت ندیدم کادر درمانی یکی بشن، دیگه معنی نداشت که هرکسی چه سمتی داره، پزشک، پرستار، مسئول، کارگر، فیزیوتراپ همه و همه یکی شدن برای اینکه این ویروسو از بین ببرن، واقعا نمیتونی تشخیص بدی که کی چه پستی و مقامی داره". (شرکت کننده ۱۲)

عوامل سازمانی

تیم درمان معتقد بودند دنیا با یک شوک ناگهانی مواجه شده و هیچ کشوری آمادگی قبلی برای این بیماری نوظهور را نداشت. در همین راستا وجود نداشتن زیرساخت‌های لازم و کمبود تجهیزات و نیروی انسانی، همگی از مهم‌ترین چالش‌های تیم درمان بوده است. در واقع آنها اظهار داشتند که وجود نداشتن فضای مناسب برای مراقبت از این بیماران، کمبود نیروی انسانی و نبود امکاناتی همچون دارو، دستگاه ونتیلاتور و سایر تجهیزات از مهمترین چالش‌های پی‌شروی کادر درمان بوده اما آنچه که به آنها کمک کرده تا بتوانند در این فرآیند مقاومت کنند، حمایت از سوی مدیران بیمارستانی، معاونت درمان و حمایت وزیر بهداشت و رهبری انقلاب بود. در واقع آنها اظهار داشتند که وقتی با گذشت یک ماه از شروع این بیماری، رهبر انقلاب از آنها تمجید کرده و یا وقتی که مشاهده می‌کردند وزیر بهداشت با پای آنها در صحنه

فرد آزاردهنده بود و باعث خستگی وی در امر مراقبت از بیمار می‌شد. با این خستگی، پرستار در امر تصمیم‌گیری اخلاقی دچار استیصال و درماندگی می‌شد. در همین راستا دو زیرمضمون "احساس گناه" و "درماندگی اخلاقی" برای تیم درمان ظاهر شد.

"مامام با خودم اینو میگم که آخه این طفلی‌ها دور از خانواده میمیرن؛ ولی حتی ما فرصت نداریم لحظه مرگ دستشونو بگیریم، مامام این روی ذهنمه و با من تکرار میشه، حتی شبها خوابم نمی‌بره. همش می‌گم نکنه من خطایی کردم و هر اتفاقی که توی زندگیم می‌افته را می‌گم بخاطر کم‌کاری یا اشتباه برای مراقبت از این‌ها بوده". (شرکت کننده ۸)

"درمونده شدم، من حتی به مریضم نمی‌گم که تو کجا هستی؟ چی می‌خواهی؟ چی نمی‌خواهی؟ حریم خصوصیشو رعایت نمی‌کنیم، نه میشه نه می‌تونیم؛ اینا روی اعصابمن، افسرده شدم و شب‌ها از عذاب وجدان خوابم نمی‌بره، من بعد از این بحران استعفامو می‌نویسم. چون واقعا کلافه شدم و نمی‌دونم باید چیکار کنم". (شرکت کننده ۱۳).

بحث و نتیجه‌گیری

در راستای هدف مطالعه عوامل مختلفی نظیر فرهنگ، عوامل فردی، عوامل سازمانی و تغییر رویکرد مراقبت به عنوان موانع و تسهیل‌کننده‌های مراقبت از بیماران کووید-۱۹، تبیین شدند. در راستای مضمون اول، تجربه مشارکت‌کنندگان نشان داد که فرهنگ همانند یک شمشیر دولبه هم می‌تواند یک مانع و هم یک تسهیل‌گر باشد. پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم درمان در ایران در بحران فعلی و با وجود شرایط سخت کاری، با اتحاد و همدلی، ایثارگرانه به مبارزه با بیماری پرداختند. همچنین حضور برخی از افراد در بیمارستان به عنوان افراد داوطلبی که به تیم درمان کمک می‌کردند، بار کاری تیم درمان را کمتر کرده بود و این امر به عنوان یک تسهیل‌گر در فرآیند مراقبت از بیماران مطرح شده بود. Dassey و همکاران در مطالعه‌ای در خصوص ایثار و فداکاری در

است روحیه گرفته و به کار ادامه می‌دادند. در این راستا، چهار زیرمضمون "مشکلات ساختاری"، "کمبود نیروی انسانی" و "تجهیزات ناکافی"، "حمایت سازمانی" از مهمترین موانع تیم درمان برای ارائه مراقبت بوده است.

"الآن مهمترین چالش ما مثل همه دنیا اینه که نسبت نیروی درمان به بیمارانمون یکدفعه تغییر کرده و این ما رو با کمبود امکانات مواجه کرده". (شرکت کننده ۱۰)

"بخش‌های بیمارستانی، تعداد تخت‌های بخش مراقبت ویژه، هیچ کدوم برای همچین روزهایی آماده نبودن و ما غافلگیر شدیم". (شرکت کننده ۹)

"چیزی که منو و بچه‌های بخش رو سر پا نگه داشت، حرفهای آقای رهبر بود راستش من خیلی آدم معتقدی نیستم ولی وقتی دیدم شخص اول مملکت حواسش به ما هست، خون توی رگام جریان پیدا کرد، دیگه تازه اون وقت گفتم، خستگی خداحافظ، نالا میدی خداحافظ". (شرکت کننده ۴)

پیشانی اخلاقی

شرکت‌کنندگان در این مطالعه اظهار داشتند در بسیاری از موارد آنها نمی‌توانستند حفظ حریم خصوصی بیمار را داشته باشند و یا در بدو پذیرش بیمار، بدلیل حجم کاری بالا و نداشتن وقت، خود را به بیمار معرفی نمی‌کردند و فقط با مازیک نام خانوادگی خود را روی لباس نوشته بودند، در این شرایط به خودمختاری و تصمیم‌گیری بیماران توجهی نمی‌شد و این با اصل اول اخلاق پزشکی یعنی اصل خودمختاری منافات داشت. در بسیاری از موارد وقتی بیمار مبتلا به کووید-۱۹ در لحظات انتهایی زندگی بوده، تیم درمان به دلیل مشغله زیاد فرصت حضور بر بالین وی و انجام خواسته‌هایش را نداشتند. در مواردی مجبور به تصمیم‌گیری اخلاقی می‌شدند که نیاز به شجاعت اخلاقی داشته و آنها را با چالش مواجه می‌کرد. این تصمیم‌گیری‌ها برای پرستار عذاب‌آور بوده و او را دچار عذاب وجدان می‌کرد. از طرفی این عذاب وجدان دائم منجر به دیسترس اخلاقی شده و به طور دائم برای

است شناخت این رفتارها در ارائه آموزش مؤثر و نهایتاً در پیشگیری و درمان بیماری تأثیر خواهد داشت. بنا به اظهارات مشارکت کنندگان، این بیماری نوظهور و فرآیند انتقال آن، سبب ایجاد ترس، تشویش و احساس فقدان تعلق و امنیت در تیم درمانی می‌شود. اما آنها همچنان درصدد ایفای نقش حمایت‌دهی و القای آرامش به بیماران و تلاش در جهت انتقال ندادن فشار ناشی از این استرس به بیماران خود هستند. **Correos** و **Magneye** در پژوهش خود بیان داشتند، پرستاران فیلیپینی در مراقبت از بیماران با بیماری نوظهور مدام با خودشان درگیر هستند و از امنیت خود در خط مقدم و ابتلای به بیماری می‌ترسند^(۱۴).

Kim و همکاران نیز در مطالعه پدیدارشناسی به این نتیجه رسیدند که پرستاران کره‌ای در دوران مراقبت از بیماران مبتلا به **MERS** احساس می‌کردند که وارد یک میدان خطر می‌شوند و محافظتی در برابر آن ندارند، از طرفی آن را وظیفه خود دانسته و به عنوان یک پرستار این مراقبت را باعث رشد خود می‌دانستند. آنها به علت ایزولاسیون و دوری از خانواده احساس ناامیدی داشتند^(۱۵).

مطالعه حاضر نشان داد که رویکرد مراقبت از بیماران در پاندمی کووید-۱۹ دچار دگردیسی شده و تغییر در عامل ارتباط با بیمار در امر مراقبت، ملموس‌تر از سایر حوزه‌ها به نظر می‌رسد. بیماری‌هایی که اپیدمی یا پاندمی می‌شوند به خصوص بیماری‌های منتقله از راه تنفس که نیازمند استفاده از وسایل حفاظتی است، ارتباط با بیمار، خانواده و سایر اعضای تیم درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. **Wittenberg** و همکاران در مرور نظام‌مند خود که به بررسی فرصت‌های بهبود ارتباط مراقبین بیماران کووید پرداختند، به این نتیجه رسیدند که ویروس کرونا با ایجاد تغییرات سریع در سیستم سلامت سبب تأثیر بر روابط مراقبین سلامت، بیماران و خانواده‌ها شده است. کاهش کانال‌های ارتباطی، فقدان حضور خانواده‌ها در کنار بیماران، خستگی و فرسودگی مراقبین سلامت و کاهش

فرآیند مراقبت از بیماران در مناطق مختلف کشور چین اشاره می‌کند و ایثار و کار در نوبت‌های کاری طولانی اغلب در سکوت را با توجه به فشار بالای کاری و شرایط غیر قابل پیش‌بینی بحران می‌سازد. همچنین در این مطالعه اظهار می‌دارد که وقتی تیم درمان، یا خیریه‌ها و افراد جامعه به طور داوطلبانه به هم کمک می‌کنند تا فرآیند مراقبت را تسهیل کنند، این امر کیفیت مراقبت را هم افزایش می‌دهد. حضور مردم برای حمایت از کادر درمانی مهم‌ترین عامل مؤثر در مقاومت تیم درمان در برابر بار کاری بالا بود^(۳۳). اگر چه پژوهشگر مطالعه‌ای در خصوص اهمیت فرهنگ در پیشگیری، مراقبت و درمان کووید-۱۹ مشاهده نکرد، اما مطالعات متعددی در کره همچون مطالعه **Deborah** و همکاران^(۸) و **Boyington** و همکاران^(۹) نشان دادند که تغییر سبک زندگی و پیشگیری از بیماری و یا درمان و اصلاح یک مشکل سلامتی، وابسته به فرهنگ افراد است و تغییر در فرهنگ افراد می‌تواند، به فرآیند پیشگیری و مراقبت کمک کند^(۱۰،۱۱). هر فرهنگی دارای دیدگاه‌ها، رفتارها و عقاید خاصی است که نه تنها شیوه زندگی، نقش و جهان‌بینی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه بر روی سلامت و بیماری افراد هر جامعه نیز تأثیرگذار است. **Farrell** و همکاران در مطالعه‌ای که به بررسی موانع و تسهیل‌کننده‌های فاصله اجتماعی در پاندمی کرونا پرداختند، روابط نزدیک خانواده‌ها را به عنوان یکی از موانع حفظ فاصله فیزیکی مطرح کردند. در این مطالعه مشارکت کنندگان دور بودن از جمع خانوادگی و حفظ فاصله اجتماعی با دوستان نزدیک را به عنوان سخت‌ترین تجربه این دوران توصیف کردند^(۳۴). بنابراین به منظور ارائه آموزش و مراقبت مؤثر و متناسب با شرایط بیمار و خانواده‌اش ضروری است، تیم درمانی ارزش‌ها و باورهای بیماران و خانواده‌ها را بشناسند. در کشوری نظیر ایران که از قدمت و تنوع فرهنگی بسیاری برخوردار است، می‌توان پیش‌بینی کرد جامعه پزشکی با بیمارانی مواجه هستند که به سبب باورهای خاص فرهنگی، رفتارهای ویژه‌ای دارند. بدیهی

مناسب همچون بلندی صدا، لحن، لهجه، سرعت کلام، لبخند توأم با احترام، ارتباط چشمی، حالات و حرکات بدنی و ژست‌های چهره، مغفول مانده و می‌تواند اثرات غیر قابل جبرانی را از نظر روحی و روانی برای بیمار فراهم آورد. Jia و همکاران در پژوهش خود در چین بیان داشتند که شیوع گسترده بیماری و مملو شدن بیمارستان‌ها از بیماران مبتلا به کرونا از یکسو و فقدان حضور خانواده‌ها در کنار بیماران از سوی دیگر سبب کم‌رنگ شدن ارتباط با بیمار، کمبود حمایت عاطفی و احساس تنهایی در بیماران شده بود (۳۷).

در مضمون عوامل سازمانی، شرکت کنندگان کمبود زیرساخت‌ها و امکانات لازم و تجهیزات و نیروی انسانی را جز موانع مراقبت بیان کردند و از طرفی حمایت مسئولین در رأس را تسهیل‌کننده فرآیند مراقبت می‌دانستند. شیوع مهلک بیماری کرونا فراتر از ظرفیت‌های موجود نظام سلامت در بسیاری از کشورها بوده است و با سرعت گرفتن همه‌گیری، کمبود تجهیزات پیشگیری، تشخیص و درمان به عنوان جدی‌ترین معضل مشهود بوده است. از موانع دیگر فقدان وجود زیرساخت‌ها و فضای فیزیکی مناسب می‌باشد. با شروع همه‌گیری کرونا در فصل سرد در بیشتر کشورهای دنیا نیاز بود تا هوای داخل بخش‌ها گرم‌تر از هوای خارج بخش‌ها باشد که با شلوغ شدن بیمارستان‌ها و افزایش بیماران این مسئله فراتر از توان عملیاتی بسیاری از مراکز سلامت گزارش شده است. همچنین در فصول گرم، نیاز به تهویه مستمر وجود دارد که علاوه بر چالش انرژی مشکل افزایش افزایش عفونت‌های فرصت طلب نیز مطرح است در این راستا Palagyi و همکاران، در یک مرور نظام‌مند در خصوص آمادگی کشورهای جهان سوم و در حال توسعه در برابر بیماری‌های عفونی نو ظهور به این نتیجه رسیدند که دولت‌ها و نظام سلامت کشورها در زمینه تجهیزات، نیروی انسانی، نظارت و هماهنگی بین تیمی با هم، دچار نقصان هستند و همین امر مدیریت بیماری را در این کشورها مشکل‌ساز کرده است (۱۶). البته در خصوص کووید-۱۹، این فقدان

مراقبت بیمار محور از موانع ارتباط صحیح در این دوران بود (۳۵).

همکاری تیمی در میان کارکنان درمانی نیز در میان یافته‌ها بارز است. در این راستا در بررسی مطالعات مشابه، می‌توان این موضوع را در خصوص بیماری ابولا در قاره آفریقا بررسی نمود. اگر چه بیماری ابولا نظام سلامت آفریقا را دچار مشکلاتی کرده بود اما رویکرد همکاری تیمی بارز بوده است (۲۰). Holmgren و همکاران بیان کردند که تجربه پرستاران در شیوع ابولا در غرب آفریقا نشان دهند اهمیت کار تیمی بوده و آنها معتقد بودند که در بیماری‌های نو ظهور باید بین اعضای تیم یکدلی و وحدت وجود داشته باشد تا آنها بتوانند بیماری را مهار کنند (۲۱). Weaver و همکاران نیز در مطالعه‌ای در ایالات متحده، به بررسی تأثیر پاندمی کرونا بر تیم مراقبت تسکینی کودکان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در این دوران، ساختار، خدمات روزانه و مدل‌های ارتباطی این تیم تقویت شده است. بنابراین کار تیمی یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌ها در پیامدهای مثبت و هزینه‌های اثربخش در محیط‌های سازمانی مختلف و نیز در تعامل افراد با هم در محیط‌های پرخطر می‌باشد (۳۶).

بستری بیماران در اتاق ایزوله، استفاده از وسایل حفاظت فردی (شامل ماسک، گان، دستکش، کلاه، شیلد)، رعایت فاصله اجتماعی و کوتاه کردن زمان صرف‌شده بر بالین بیمار، یکی از مهمترین حقوق بیمار یعنی برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در علم پرستاری، برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار هسته اصلی را تشکیل می‌دهد. با ارتباط بین فردی مؤثر می‌توان نیازهای بیماران، مشکلات و انتظارات آنها از سیستم درمانی و روند بیماری را شناسایی کرد و از طرفی مددجویان را برای پذیرش مسئولیت و ارتقای سلامتشان در برنامه درمانی درگیر ساخت. در مراقبت از بیمار مبتلا به کووید، به دلیل حجم کاری بالای پرستاران و پیشی گرفتن فعالیت محوری بر بیمار محوری به دلایلی همچون افزایش ناگهانی بارکاری در این شرایط، اصول ارتباطی

مهم‌ترین محدودیت این مطالعه عدم مصاحبه حضوری به دلیل رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی بود. شاید اگر مصاحبه‌ها حضوری بود، تجربیات عمیق‌تری را می‌شد، درک کرد و حالات فیزیکی افراد را هم درک نمود.

این مطالعه نشان داد پاندمی کرونا و ابعاد پیرامون آن با ایجاد موانع مهم، ارائه مراقبت مؤثر کارکنان نظام سلامت به بیماران درگیر با بیماری کووید-۱۹ را با تهدیدات جدی مواجه ساخته است. فرهنگ جامعه ایرانی همانند یک شمشیر دو لبه عمل کرده بود و در مواردی به دلیل فقدان استفاده از ماسک و یا دید و بازدید، ابتلای افراد افزایش پیدا کرده بود و از طرفی افراد با روحیه ایثار و فداکاری با همدلی سعی در رفع کمبودها داشتند. همچنین به نظر می‌رسد، به دلیل پریشانی اخلاقی، فرد به دلیل احساس گناه و درماندگی اخلاقی با یک فرسودگی شغلی مواجه شده و در دراز مدت این فرسودگی به نفع نظام سلامت نمی‌باشد. کمبود تجهیزات و زیرساخت‌های مناسب در پی این پاندمی و در عین حال استفاده از این تجهیزات می‌تواند، مانعی مهم در ارائه مراقبت مؤثر تلقی شود. اما حمایت مسئولین، اتحاد تیم درمان، اعتقاد به اینکه پرستار باید آرامش بخش باشد، همگی از عوامل تسهیلگر فرآیند مراقبت و درمان بیماران کووید-۱۹ می‌باشد. به نظر می‌رسد، شاید لازم باشد که مسئولین حمایت‌های روانی بیشتری از تیم درمان به عمل آورند یا با استخدام نیروهای تازه نفس و کاهش بار کاری تیم درمان، به آنها یک دوره ریکاوری بدهند. همچنین کمک گرفتن از روان‌شناس و روانپزشک، تشویق افراد به ورزش، مدیتیشن، و موسیقی می‌تواند در تقویت نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌ها کمک کننده باشد. مسئولین باید برای افزایش تاب‌آوری کادر درمان در پدیده‌های نوظهور برنامه‌ریزی کنند. به نظر می‌رسد، انجام مطالعاتی مستقل در زمینه نقش فرهنگ در مدیریت بیماری در سطح جامعه لازم باشد. تلاش برای تغییر فرهنگ افراد جامعه بسیار زمان‌بر بوده و شاید لازم به گذشت سالها باشد، اما آگاهی دادن به مردم در خصوص همکاری و همدلی برای

آمادگی تنها مختص کشورهای جهان سوم نیست و در حال حاضر حتی پیشرفته‌ترین کشورهای دنیا نیز در مدیریت این بیماری با کمبود امکانات مواجه بوده و دچار مشکلاتی هستند. Nacoti و همکاران، اظهار داشتند که اگر مراقبت جامعه محور نشود با این حجم از بیماران و کمبود شدید نیروی انسانی و تجهیزات باید برای یک فاجعه آماده شد^(۱۷). مطالعه‌ای عوامل سازمانی نظیر کمبود تجهیزات حفاظتی، فقدان آمادگی کافی در ارائه خدمات به مراجع‌کنندگان، تغییر سریع اطلاعات، فقدان دسترسی به اطلاعات به روز، فقدان وجود داروهای اختصاصی بیماری و کمبود تجهیزات مراقبت‌های ویژه نظیر تخت و ونتیلاتور در بحران کرونا مسبب ایجاد استرس در کادر درمان عنوان کرده است^(۳۸).

در خصوص مضمون پریشانی اخلاقی که به عنوان یکی از موانع مراقبت از بیمار کووید-۱۹ با دو زیر مضمون احساس گناه و درماندگی اخلاقی مطرح شد. William و همکاران اظهار داشتند که پریشانی اخلاقی احتمالاً در بحران‌های حاد مراقبت‌های بهداشتی رخ می‌دهد، زیرا توانایی ارائه مراقبت بهینه مطلق نبوده و همین امر باعث تشویش خاطر ارائه دهنده خدمات بهداشتی به خصوص پرستاران خواهد شد^(۳۹). Wang و همکاران در مطالعه‌ای در چین، در خصوص پریشانی اخلاقی اعضای تیم درمان در طی بیماری کووید-۱۹، اظهار داشتند که وقتی اعضای تیم درمان نمی‌توانند مراقبت با کیفیت تعریف شده را به بیمار ارائه بدهند، احساس گناه و درماندگی می‌کنند که این احساس می‌تواند منجر به پریشانی اخلاقی شده و حتی فرسودگی شغلی پرستار را به همراه خواهد داشت^(۴۰). همچنین در آنالیز محتوایی که Silverman و همکاران در خصوص تبیین پریشانی اخلاقی در مراقبت از بیماران کووید-۱۹ انجام دادند، فقدان توانایی برای تصمیم‌گیری صحیح در خصوص بیماران مبتلا به کووید به خصوص در بحث توزیع عادلانه خدمات و یا ارائه مراقبت ایمن از بیمار را مهم‌ترین دلیل احساس گناه و عذاب وجدان بیان کردند^(۴۱).

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بدین وسیله قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شرکت کنندگان در این مطالعه اظهار می‌دارند.

مدیریت این بیماری ممکن است بتواند در کاهش ابتلا و همه‌گیری نقش داشته باشد.

تعارض منافع: هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- Parchment J, Andrews D. The incidence of workplace bullying and related environmental factors among nurse managers. *JONA: J Nurs Adminis.* 2019;49(3):132-7.
- Garosi E, Mazloumi A, Kalantari R, Vahedi Z, Shirzhiyan Z. Design and ergonomic assessment of an infusion set connector tool used in nursing work. *Applied ergonomics.* 2019;75:91-8. [Persian]
- Hoonakker PL, Carayon P. Work system barriers and strategies reported by Tele-intensive care unit nurses: a case study. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2018;30(2):259-71.
- Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. *Iranian journal of nursing and midwifery research.* 2013;18(2):145. [Persian]
- Oh N, Hong N, Ryu DH, Bae SG, Kam S, Kim KY. Exploring nursing intention, stress, and professionalism in response to infectious disease emergencies: the experience of local public hospital nurses during the 2015 MERS outbreak in South Korea. *Asian Nurs Res.* 2017;11(3):230-6.
- Siyu C, Xia M, Wen W, Cui L, Yang W, Liu S, Fan JF, Yue H, Tang S, Tang B, Li X. Mental health status and coping strategy of medical workers in China during The COVID-19 outbreak. *MedRxiv.* 2020 Jan 1.
- Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological medicine.* 2004;34(7):1197-204.
- Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry.* 2018;87:123-7.
- Kim JS, Choi JS. Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea. *Asian nursing research.* 2016;10(4):295-9.
- Kollie ES, Winslow BJ, Pothier P, Gaede D. Deciding to work during the Ebola outbreak: the voices and experiences of nurses and midwives in Liberia. *Int J Africa Nurs Sci.* 2017;7:75-81.
- Phua DH, Tang HK, Tham KY. Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Acad Emerg Medic.* 2005;12(4):322-8.
- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric R, Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, Haagmans BL, Lauber C, Leontovich AM, Neuman BW, Penzar D. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv.* 2020.
- Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT. Duty to plan: health care, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. *Nam Perspectives.* 2020 Mar 5.
- Correos JB. Lived Experience of Emerging Re-emerging Infectious Disease (ERID) Unit Nurses: The Untold Battle. *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research.* 2018;6(3).
- Eghbali M, Negarandeh R, Froutan R. COVID-19 epidemic: Hospital-level response. *Nursing Practice Today.* 2020;7(2):81-3. [Persian]
- Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. *Cureus.* 2020;12(3).
- Buerhaus PI, Auerbach DI, Staiger DO. Older clinicians and the surge in novel coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Jama.* 2020;323(18):1777-8.
- Foyle A. I had depression caused by compassion fatigue. *Cancer Nursing Practice.* 2019;19(1):15.
- Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G, Miao J, Zhang C, Yang Y, Sun W, Zhu S. COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. *MedRxiv.* 2020.

20. Ong JJ, Bharatendu C, Goh Y, Tang JZ, Sooi KW, Tan YL, Tan BY, Teoh HL, Ong ST, Allen DM, Sharma VK. Headaches associated with personal protective equipment—A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2020;60(5):864-77.
21. Karimi Z, Fereidouni Z, Behnammoghadam M, Alimohammadi N, Mousavizadeh A, Salehi T, Mirzaee MS, Mirzaee S. The lived experience of nurses caring for patients with COVID-19 in Iran: a phenomenological study. *Risk management and healthcare policy*. 2020;13:1271.
22. Rahmani R, Sargazi V, Jalali MS, Babamiri M. Relationship between COVID-19-caused Anxiety and Job Burnout among Hospital Staff: A Cross-sectional Study in the Southeast of Iran. *Journal of Occupational Hygiene Engineering Volume*. 2021;7(4):61-9. [Persian]
23. Khajeh Nouri Ranjbar M, Benisi P. The relationship between Covid-19 anxiety on depression and burnout and mental health of nurses. Seventh International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences, 2020. <https://civilica.com/doc/1136553/>. [Persian]
24. Hassannia L, Taghizadeh F, Moosazadeh M, Zarghami M, Taghizadeh H, Dooki AF, Fathi M, Alizadeh-Navaei R, Hedayatizadeh-Omran A, Dehghan N. Anxiety and Depression in Health Workers and General Population During COVID-19 in IRAN: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2021;41(1):40-9.
25. Shahyad SH, Mohammadi MT. Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: a narrative review. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(2):184-92. [Persian]
26. Mirkazehi Rigi Z, Dadpishesh S, Sheikhi F, Balouch V, Kalkali S. Challenges and Strategies to deal with COVID-19 from the perspective of physicians and nurses in southern of Sistan and Baluchestan, Iran. *Journal Mil Med*. 2020;22(6):599-606. [Persian]
27. Keyvanara M, Shaarbafchizadeh N, Jangi M, Samouei R. Evaluating self-care barriers in prevention of COVID-19 according to healthcare experts and laypersons: A mixed study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2020;30(189):117-25. [Persian]
28. Alizadeh A, Khankeh HR, Barati M, Ahmadi Y, Hadian A, Azizi M. Psychological distress among Iranian health-care providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2020;20(1): 494.
29. Kalateh Sadati A, Zarei L, Shahabi S, Heydari ST, Taheri V, Jiriaei R, et al. Nursing experiences of COVID-19 outbreak in Iran: A qualitative study. *Nursing Open*. 2021;8(1):72-9.
30. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, Smith GD. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J Clin Nurs*. 2020;12(10).
31. Hirschmann MT, Hart A, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavirus: recommended personal protective equipment for the orthopaedic and trauma surgeon. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 2020;28(6):1690-8.
32. Moatti JP. The French response to COVID-19: intrinsic difficulties at the interface of science, public health, and policy. *The Lancet. Public Health*. 2020;5(5):e255.
33. Dossey L. Healers in the pandemic: honoring the ultimate sacrifice. *Explore (New York, Ny)*. 2021 25.
34. Farrell K, Durand H, McSharry J, Meade O, Panel TH, Kenny E, Noone C, O'Connor LL, Lavoie KL, Byrne M, Mooney R. Exploring barriers and facilitators of physical distancing in the context of the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *HRB Open Research*. 2021;4(50):50
35. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2021 Jan 9.
36. Weaver MS, Rosenberg AR, Fry A, Shostrom V, Wiener L. Impact of the Coronavirus Pandemic on Pediatric Palliative Care Team Structures, Services, and Care Delivery. *J Palliat Medic*. 2021;24(8):1213-20.
37. Weaver MS, Rosenberg AR, Fry A, Shostrom V, Wiener L. Impact of the Coronavirus Pandemic on Pediatric Palliative Care Team Structures, Services, and Care Delivery. *J Palliat Medic*. 2021;24(8):1213-20.

38. Pahuja M, Wojcikewych D. Systems barriers to assessment and treatment of COVID-19 positive patients at the end of life. *J Palliat Medic.* 2021;24(2):302-4.
39. Williams RD, Brundage JA, Williams EB. Moral injury in times of COVID-19. *J Health Service Psychol.* 2020;46(2):65-9.
40. Wang Z, Harold KG, Tong Y, Wen J, Sui M, Liu H, Zaben FA, Liu G. Moral injury in Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2021 May 27.
41. Silverman HJ, Kheirbek RE, Moscou-Jackson G, Day J. Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19. *Nursing Ethics.* 2021 29:09697330211003217.