



Experiences of Nursing Managers in the Covid-19 Epidemic in a Tehran Hospital: A Qualitative Study

Beheshteh Jebelli¹ , Solmaz Zarineh¹, Mohammad Varahram², Shirin Esmaili³, Elham Ghazanchaei^{3*} 

1. Clinical Tuberculosis and Epidemiology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Mycobacteriology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 2021/09/11

Accepted: 2022/04/06

Abstract

Background and Aim: With the prevalence of Covid-19 and the involvement of many countries, nurses as a large segment of the medical staff on the front lines of the disease, have the most contact with patients and rich resources of experience, while caring for patients from attendance hours. The hospital is until his discharge or death. Accordingly, the purpose of this study was to investigate the experiences of nursing managers at the time of the onset of the Covid-19 epidemic in one of the leading hospitals in the reception and treatment of Covid-19 patients.

Methods: This was a qualitative study with a conventional content analysis method. The study population in this study consisted of nursing managers including head nurses and supervisors who were active in the Covid ward in relation to Covid-19 patients.

Results: Data were collected and analyzed from 15 participants, including 12 females and 3 males. The results showed that the challenges that nursing managers, including head nurses and supervisors, presented as the experiences of Covid-19 time include the three main categories of physical and mental issues, health literacy, and barriers to patient service.

Conclusion: By properly implementing health measures through access to adequate resources including medical and pharmaceutical equipment, efficient manpower, and financial interactions, the challenges raised in the experiences of nursing managers can be overcome.

Keywords: *Experiences; Nursing Managers; Covid-19; Health Literacy; Physical Mental; Challenges; Hospital*

Please cite this article as:

Jebelli B, Zarineh S, Varahram M, Esmaili S, Ghazanchaei E. Experiences of Nursing Managers in the Covid-19 Epidemic in a Tehran Hospital: A Qualitative Study. *Irtiqa Imini Pishgiri Masdumiyat*. 2022;10(2):108-20.
doi: 10.22037/iipm.v10i2.36077

*Corresponding Author: El_gh2008@yahoo.com

تجربیات مدیران پرستاری در اپیدمی کووید-۱۹ در یکی از بیمارستان‌های تهران: یک مطالعه کیفی

بهشته جبلی^۱ , سولماز زرینه^۱، محمد وره‌رام^۲، شیرین اسماعیلی^۳، الهام قازانچایی^{۳*} 

۱. مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مایکوباکتریولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۰

چکیده

سابقه و هدف: با شیوع کووید-۱۹ و درگیری بسیاری از کشورها، پرستاران به عنوان قشر بزرگی از کادر درمان در خط مقدم مقابله با این بیماری، بیشترین ارتباط را با بیماران داشته و منابع غنی از تجربیات، در زمان مراقبت از بیماران از ساعات حضور در بیمارستان تا ترخیص و یا مرگ وی می باشند. هدف از این مطالعه بررسی تجربیات مدیران پرستاری در زمان شروع اپیدمی کووید-۱۹ در یکی از بیمارستان‌های پیشگام در پذیرش و درمان بیماران کووید-۱۹ بود.

روش کار: مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای قراردادی بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش از مدیران پرستاری شامل سرپرستاران و سوپروایزران بود که در ارتباط با بیماران کووید-۱۹ مشغول به فعالیت در بخش کووید بودند.

یافته‌ها: از طریق جمع آوری و آنالیز داده‌ها از ۱۵ شرکت کننده شامل ۱۲ زن و ۳ مرد انجام گرفت. نتایج نشان داد چالش‌هایی که مدیران پرستاری شامل سرپرستاران و سوپروایزران به عنوان تجربیات زمان کووید-۱۹ مطرح نمودند شامل سه طبقه اصلی مسایل جسمی روانی، سواد سلامت و موانع ارائه خدمت به بیماران می باشد.

نتیجه‌گیری: با اجرای صحیح اقدامات بهداشتی از طریق دسترسی به منابع کافی شامل تجهیزات پزشکی و دارویی، نیروی انسانی کارآمد و تعاملات مالی می توان بر چالش‌های مطرح شده در تجربیات مدیران پرستاری فائق آمد.

واژگان کلیدی: تجربیات، مدیران پرستاری، کووید-۱۹؛ سواد سلامت، جسمی روانی؛ چالش‌ها؛ بیمارستان

به این مقاله، به صورت زیر استناد کنید:

Jebelli B, Zarineh S, Varahram M, Esmaili S, Ghazanchaei E. Experiences of Nursing Managers in the Covid-19 Epidemic in a Tehran Hospital: A Qualitative Study. Irtiqa Imini Pishgiri Masdumiyat. 2022;10(2):108-20. doi: 10.22037/iipm.v10i2.36077

* نویسنده مسئول مکاتبات: El_gh2008@yahoo.com

مقدمه

شیوع کووید-۱۹ از دسامبر ۲۰۱۹، شوک بزرگی به سیستم های بهداشتی درمانی وارد کرد (۱). طبق مطالعات انجام شده مشخص شده است که شایعترین علائم پاتولوژیک این بیماری شامل تب (۸۶٪)، سرفه (۶۳٪)، ضعف و خستگی (۳۴٪) می باشد (۲). این بیماری توسط سازمان بهداشت جهانی و پس از تحت تأثیر قرار دادن ده ها کشور و سرزمین، یک بیماری همه گیر با نگرانی بین المللی اعلام شد (۳، ۴). از ابتدای شیوع همه گیری تا تاریخ نگارش این مطالعه در تاریخ ۱۰ آگوست ۲۰۲۱ تعداد ۲۰۲۶۰۸۳۰۶ نفر تحت تأثیر ویروس کووید-۱۹ مبتلا و ۴۲۹۳۵۹۱ نفر در سطح دنیا جان داده اند و سهم ایران از این آمار، ابتدای ۴۹۹۵۳۸ نفر و فوت ۹۴۶۰۳ نفر بوده است (۵). چگونگی تأثیر وضعیت اجتماعی- جمعیت شناختی و ویژگی های شخصی بر رفتارهای محافظتی در طول یک بیماری همه گیر متمرکز است و رفتارهای حفاظتی از سه دیدگاه-فاصله گذاری اجتماعی، رفتار حفاظت شخصی و آگاهی از مسئولیت اجتماعی ارزیابی می شود (۶). در این شرایط است که باید جداسازی و ظرفیت بخش های بیمارستان برای پذیرش تعداد بیشتری از بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد (۷). مطالعات قبلی نشان داده است که در هنگام بلایای طبیعی ناگهانی و بیماریهای عفونی، پرستاران نیازهای خود را فدا خواهند کرد تا به طور فعال در کارهای ضد اپیدمی مشارکت داشته باشند و از مسئولیت اخلاقی و حرفه ای مشارکت ایثارگرانه انجام دهند (۸). پرستاران به عنوان قشر بزرگی از کادر درمان، بیشترین ارتباط را با بیمار دارند و می توانند منبع غنی از تجربیات، در مورد فرایند مراقبت از بیمار، از زمان حضور در بیمارستان تا ترخیص و یا مرگ وی باشند (۹). پرستاران مانند هر انسان دیگری در تشخیص و واکنش سریع به موقعیت ها و انطباق با موقعیت های جدید و اطلاعات جدید بسیار خوب هستند، اما باز هم مانند هر انسان دیگری ممکن است حواس پرت شود و در نتیجه ممکن است به مهم ترین جنبه های یک کار خاص توجه نکنند. یا یک موقعیت واکنش اضطراری رابطه بین عوامل انسانی و ایمنی بیمار برای همه کارکنان مراقبت های بهداشتی مهم است زیرا موقعیت آنها می تواند احتمال خطا را افزایش دهد (۱۰).

کارمندان بهداشت و درمان در خط مقدم هر بیماری همه گیر عفونی قرار دارند و جان خود را در این راه به خطر می اندازند. این افراد در معرض استرس شدیدی قرار دارند که می تواند پیامدهای روانی طولانی مدتی از خود به جا بگذارد. نتایج تحقیقات نشان داده است که پرسنل کادر درمان در طول بیماری همه گیری دچار آشفتگی روحی شدیدی قرار می گیرند (۱۱). همچنین در طول COVID-19، بسیاری از

تغییرات جدید باید در بسیاری از واحدها و به ویژه بخش های مراقبت های ویژه ایجاد می شد. بسیاری از بیمارستان ها یا بخش های صحرایی برای مقاصد دیگر مورد استفاده قرار گرفتند. از این رو، این امر باعث ایجاد اختلال ناگهانی در بسیاری از خدمات پرستاری شد و از این رو عامل انسانی را مختل کرد (۱۰).

پرستاران درجه یک بالینی در معرض خطر بالای عفونت هستند و با کمبود تجربه و آمادگی ناکافی برای کووید-۱۹ روبرو هستند که منجر به اختلالات جسمی و روانی می شود (۱۲). پرستاران خط مقدم حجم زیادی از کار، خستگی طولانی مدت، خطر عفونت و سرخوردگی از مرگ بیمارانی را که تحت مراقبت آنها هستند، تجربه می کنند (۱۳). کارکنان بهداشت و درمان خط مقدم در هنگام مراقبت از بیماران در شرایط سخت، استرس و اضطراب شدیدی را تجربه می کنند و با بیماری ای که هیچ درمانی برای آن نداریم، اغلب با تجهیزات محدود مبارزه می کنند. آنها خسته شده اند و تمام تلاش خود را می کنند، اما بیماران همچنان می میرند. پزشکان و پرستاران همچنین باید نگران سلامتی خود و خطر انتقال یک بیماری کشنده به خانه و خانواده خود باشند. این تجربیات ممکن است پیامدهای عاطفی و عملکردی طولانی مدت داشته باشد (۱۵).

بیماری کرونا ویروس سلامتی کادر درمان را به خطر می اندازد و چندین هزار نفر از کادر درمان نیز تا کنون به این بیماری مبتلا شدند (۱۶). آنها در طول مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ چالشهای زیادی مانند فشارهای روحی روانی، خستگی های بیش از حد فیزیکی و مدیریت ناکارآمد را تجربه می کنند (۹، ۱۳). علاوه بر این، آنها نگران خانواده خود هستند. مطالعه روی ۸۵ پرستار ICU در ووهان چین نشان داده است که علائم اصلی بحران روانی ایجاد شده برای آنها شامل کاهش اشتها یا سوء هاضمه (۵۹٪)، خستگی (۵۵٪)، مشکل در خواب (۴۵٪)، عصبی بودن (۲۸٪)، گریه مکرر (۲۶٪) و حتی افکار خودکشی (۲٪) به ویژه در پرستاران جوان که تجربه مراقبت از بیماران بدحال را ندارند، بوده است (۱۳). در مقابل، برخی از مطالعات نیز تجربه و رشد مثبت ناشی از تلاش های جمعی ضد اپیدمی را نشان می دهد (۱۷).

روش کار

مطالعه حاضر که به صورت مقطعی از فروردین ۹۹ تا شهریور ۹۹ انجام شد از روش تحلیل محتوای قراردادی برای جمع آوری و آنالیز داده ها استفاده کرده است که هدف آن دستیابی به توصیف انتزاعی و وسیع از پدیده بوده و براین آنالیز از طریق مفاهیم یا طبقاتی می باشد که پدیده مورد نظر را توصیف می نماید (۱۹) جامعه مورد مطالعه در این پژوهش

یادآور نویسی) و تحلیل مقایسه ای مداوم استفاده شد. از طریق فرایند چک توسط مشارکت کنندگان، متن مصاحبه های کدگذاری شده به سه نفر از مشارکت کنندگان برگردانیده شد و کدها تایید گردید. همچنین توضیحات لازم در خصوص هدف و روش مطالعه به مشارکت کنندگان داده شد و از آنها رضایت کتبی برای ورود به مطالعه اخذ گردید و جهت حفظ محرمانگی اطلاعات آنها اطمینان داده شد. در ضمن هر کدام از آنها می توانستند در هر مرحله ای از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

در این مطالعه اکثر مصاحبه شوندگان زن (۱۲ نفر) و ۳ نفر مرد بودند. ۶ نفر سوپروایزر و باقی سرپرستار بودند. کلیه شرکت کنندگان از ابتدای شروع اپیدمی کووید-۱۹ در پست سازمانی خود مشغول به کار بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده

متغیر	شرح متغیر	تعداد	فراوانی نسبی (%)
جنس	مرد	۳ نفر	۲۰
	زن	۱۲ نفر	۸۰
سن	۳۵-۴۵	۸ نفر	۵۳/۳
	۴۶-۵۵	۷ نفر	۴۶/۶
	۵۶ به بالا	۰	۰
وضعیت تاهل	متاهل	۱۳ نفر	۸۶/۶
	مجرد	۲ نفر	۱۳/۳
سابقه کار	کمتر از ۱۵ سال	۰	۰
	۱۵-۲۰ سال	۸ نفر	۵۳/۳
	بیشتر از ۲۰ سال	۷ نفر	۴۶/۶
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۳ نفر	۸۶/۶
	کارشناسی ارشد	۲ نفر	۱۳/۳
	دکتر	۰	۰
روش مصاحبه	چهره به چهره	۱۵ نفر	۱۰۰
	تماس تلفنی	۰	۰
سطح تجربیات	سرپرستار	۹ نفر	۶۰
	سوپروایزر	۶ نفر	۴۰
شیفت کاری	صبحکار	۱۰ نفر	۶۶/۶
	عصر و شب کار	۵ نفر	۳۳/۳

تحلیل داده های جمع آوری شده نشان داد چالش هایی که مدیران پرستاری شامل سرپرستاران و سوپروایزران به عنوان تجربیات زمان کووید-۱۹ مطرح نمودند شامل سه طبقه اصلی مسایل جسمی روانی، سواد سلامت و موانع ارائه خدمت به بیماران می باشد که در زیر به تفصیل شرح داده شده است (جدول ۲).

از مدیران پرستاری شامل سرپرستاران و سوپروایزران می باشد که در ارتباط با بیماران کووید-۱۹ مشغول به فعالیت در بخش هستند. نمونه گیری در این مطالعه به صورت هدفمند صورت گرفت و تا زمان رسیدن داده ها به حالت اشباع ادامه یافت که در نهایت تعداد مشارکت کنندگان در این مطالعه ۱۵ نفر شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش همچون محرمانه بودن اطلاعات و کسب اجازه از مشارکت کنندگان جهت ضبط صدا پیش از شروع کار مورد توجه قرار گرفت.

معیار ورود، داشتن سمت سرپرستاری و یا سوپروایزری و سابقه کار در بخشهای کرونایی و یا داشتن ارتباط با کارکنان خط مقدم و بیماران کرونایی بود. در صورت عدم تمایل مشارکت کنندگان از مطالعه خارج می شدند. مصاحبه های نیمه ساختاریافته و رو در رو برای جمع آوری داده ها توسط مصاحبه کننده منتخب در محل کار مصاحبه شوندگان و داخل بخشها صورت گرفت. در مصاحبه با سرپرستاران و سوپروایزران در یک سوال کلی از آنها خواسته شد تا در خصوص تجارب خود در زمان مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا توضیح دهند. جمع آوری و تحلیل داده ها همزمان انجام شد. در این مطالعه تحلیل داده ها بر اساس مراحل مطرح شده توسط Graneheim و Lundman صورت گرفت. این مراحل شامل: دستیابی به حس کلی واحدهای تحلیل، تعیین واحدهای معنایی موجود در متن و خلاصه سازی آنها، انتزاعی نمودن و برچسب گذاری، طبقه بندی کدها بر اساس شباهت ها و تفاوت ها و در نهایت استخراج الگوها از طریق مقایسه طبقات و تعیین ارتباطات آن ها بود (۲۰).

بر همین اساس در پایان هر مصاحبه و ثبت یادداشت برداری های میدانی ابتدا بیانات ضبط شده شرکت کنندگان مکررا گوش داده و اظهاراتشان کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شد. سپس واحدهای معنایی مرتبط با اجزا و بخش های داده ها خلاصه شد. در ادامه واحدهای معنایی خلاصه شده انتزاعی و سپس با دادن کدهای مناسب برچسب گذاری شدند. کدهای حاصله طی مقایسات مداوم با توجه به شباهت ها و تفاوت ها مقایسه شده و در نتیجه کدهای مشابه در طبقات و زیر طبقات جای گرفتند که این طبقات سطحی توصیفی از محتوای آشکار هستند. در نهایت نیز تعیین ارتباط بین طبقات با استخراج درون مایه ها صورت گرفت که درون مایه ها در سطح تفسیری بوده و بیانگر محتوای پنهان داده ها می باشند (۲۰). همچنین جهت حصول اطمینان از صحت و استحکام داده های کیفی، معیارهای چهارگانه کوبا و لینکلن شامل اعتبار، اعتماد، تایید پذیری و قابلیت انتقال مورد توجه قرار گرفت (۲۱). در راستای این معیارها از روش تلفیق روش های جمع آوری داده ها (مصاحبه، یادداشت های عرصه و

جدول ۲: درون مایه استخراج شده مطالعه کیفی تجربیات مدیران پرستاری در اپیدمی کووید-۱۹ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

طبقات	زیرطبقات	کدها
مسائل جسمی روانی	تأثیرات روحی- روانی	ترس استرس و آشفتگی بیمار وابستگی شدید بیمار به دیگران فشارهای روحی- روانی پرسنل دلتنگی بیماران نگرانی
		نوپیدی بیماری تضعیف سیستم ایمنی بدن پیش آگهی بد بیماران اینتوبه مشخص نبودن زمان و مکان دقیق ابتلا به بیماری دوره طولانی بیماری سرعت غیرقابل باور همه گیری بیماری سخت تاخیر در بهبودی
	ویژگی خاص بیماری	تنگی نفس افت اکسیژن خون شریانی بی اشتها تب سرفه دیسترس تنفسی
		علائم خاص بیماری
سواد سلامت	درک خطر	رسانه ها اخبار و شایعات سردرگمی ساده انگاری کرونا نیاز به تصمیم گیری ناگهانی در زمان بحران
		آموزش، آگاهی و آمادگی کمبود آموزش به پرسنل نبود آمادگی در برابر بحران اصرار بیمار به دریافت داروهای غیرلزام کمبود دانش کافی برای بیماریهای نوظهور
	امکانات، منابع و تأثیرات محیطی	کاهش کیفیت تجهیزات ضروری کمبود تجهیزات و دارو تکمیل ظرفیت بیمارستانها حجم بالای کار سختی کار با ماسک و کاور خستگی زیاد شلوغی و ازدحام مختل شدن چرخه زندگی کمبود سیستم های حمایتی قطع امید به زندگی در بیماران و ترس از مرگ مشکلات خانوادگی دوراهی انتخاب شغل و زندگی تاخر فرهنگی در استفاده از وسایل حفاظت فردی
		موانع ارائه خدمت به بیماران مسائل فرهنگی- اعتقادی

مسائل جسمی- روانی

اظهارات مشارکت کنندگان حاکی از آن بود که مجموع ویژگی های خاص بیماری که آن را متمایز از سایر بیماریها نموده است همراه با علائم مشخصه به ظاهر ساده بیماری که در درصد بالایی از موارد پیچیده و پرخطر می شود، منجر به ایجاد تأثیرات منفی روحی- روانی بر بیماران و کادر درمان شده است. در این شرایط مدیریت و هدایت کادر درمان نیازمند تلاش و درک مضاعف از سوی مدیران پرستاری می باشد.

الف) تأثیرات روحی- روانی: از ابتدای پدیدار شدن بیماری و شکست برای مقابله با همه گیر شدن آن، ترس و اضطراب ناشی از سرایت بیماری در مردم و همچنین در کادر درمان افزایش یافت. ترس و اضطراب ناشی از ابتلا به بیماری و مرگ همراه با نگرانی از انتقال بیماری به خانواده، احساس تنهایی، دلتنگی و اضطراب ناشی از کاهش منابع و کمبود آگاهی به فشارهای روحی-روانی بیماران و کادر درمان افزوده و تأثیرات خود را به جا گذاشته است.

"در ابتدا این بیماری سختی های خودش را دارد، جدای اون ناتوانی که برای بیمار ایجاد میکنه ترس وحشتناکی رو براشون ایجاد می کنه. یعنی یک افت روحی شدیدی به بیمار دست میده" (P4)

"واقعا استرس عظیمی بود و از همه بدتر این بود که ما باید این استرس ها رو بخصوص ما مدیران در خودمون نهفته نگه می داشتیم و پرسنل رو مدیریت و رهبری می کردیم. من خودم به شخصه می تونم بگم چندین برابر پرسنل عادی به ما استرس وارد شد" (P13).

"وقتی باهاش مواجه شدیم دیدیم که چه بحران عظیمیه چه بیماری عظیمیه که همه گیر شده و جوری بود که این تجربه آمیخته بود با ترس و استرس و غم و اندوهی که شما مثلا خودتو باید از دیگران بخصوص خانواده جدا کنی و اینکه این قضیه ممکنه ماهها طول بکشه و آیندش رو نمی دونستی که چیه و چجوری جمع و جور میشه" (P5).

شرکت کننده دیگری از نگرانی انتقال بیماری به خانواده می گوید: "اون اوایلش استرسی که خود پرسنل داشتن و دلهره ای که برای خودشون نه ولی برای خانواده هاشون داشتند، برای پدر پیر، مادر پیر و بچه همش چالش هایی بود که اون اوایل وجود داشت" (P1).

ب) ویژگی خاص بیماری: در همه گیری بیماری کرونا ویروس در پایان ماه دسامبر ۲۰۱۹ که در ووهان چین گزارش شد، موارد ابتلا

ایجاد می کند که همین باعث میشه ناتوانی‌شون چند برابر بشه که قاعدتا باعث پیشرفت بیماری و پایین آمدن سیستم ایمنی و تاخیر در بهبودی می شه" (P4).

ج) علائم خاص بیماری: قبل از ظهور SARS-CoV-2 که به کووید-۱۹ شهرت یافته است، شش کووید انسانی شناسایی شده بود که دو مورد از آنها تهدید کننده زندگی هستند، سارس و سندرم تنفسی خاورمیانه و ویروس کرونا. سارس در سال ۲۰۰۲ در چین ظاهر شد و ده سال بعد، مرس در خاورمیانه شناسایی شد (۳۰-۲۸). مدت زمان عفونت نهفته برای ویروس کووید-۱۹ بر اساس برآورد موجود ۳/۶۹ روز تعیین شده است. کووید-۱۹ با انتقال از انسان به انسان ارتباط دارد و با عطسه و قطرات تنفسی ناشی از سرفه و انتقال مستقیم منتشر می شود (۳۱) علاوه بر این، جداسازی کووید-۱۹ از سواب های خون و مدفوع راه های انتقال متعدد را نشان می دهد (۳۲). با توجه به ماندگاری این ویروس در قطرات آئروسل، می تواند در بازه های زمانی طولانی تر بصورت زنده و عفونی باقی بماند (۳۳). بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در زمان بستری شدن در بیمارستان، معمولاً تب و سرفه خشک نشان می دهند (۳۴-۳۶). ظرف ۵-۶ روز از شروع علائم، بار ویروسی به طور قابل توجهی زودتر از ویروس سارس به اوج خود می رسد، جایی که بار ویروسی در حدود ۱۰ روز پس از شروع علائم به حداکثر می رسد (۳۷-۳۹).

"چیزی که هست بیماری که تو بخش ما میان بیمارانی هستن که ریه هاشون کاملاً درگیره و با سچوریشن های خیلی پایین مراجعه میکنن، خیلی از بیماران بنده خداها نمیدونن و این رو با سرما خوردگی یا آنفولانزا اشتباه میگیرن و وایمیستن تا اون لحظه که به نهایتش میرسه و ریه ها کامل درگیر میشه و مریض های ما (این شرکت کننده در بخش آی سی یو مشغول به کار می باشد) همشون بلا استثناء ریه هاشون درگیره و اینا اشتها ندارن و خوب غذا نمی خورن" (P2).

"من تو اتاق هایی که می رفتم اتاق های پنج شش تخته بود می دیدم که همه یه مشکل دارن و کنار هم، یکی تب داره، یکی ناله میکنه، یکی درد داره و اینکه شرایطشون خوب نبود و مثل بخش های عادی که بیمارا بتونن از مصاحبت با همدیگه لذت ببرن و یا اینکه ساپورت رو تو شرایطی که خانواده ها نیستن از هم دریافت کنن، میخوام بگم مریض کرونایی واقعا شرایط سختی می گذرونه" (P3).

بطور گسترده ای افزایش یافت و در نهایت به یک بیماری همه گیر تبدیل گردید که تا کنون نیز به سرعت در حال افزایش است (۲۲). خیلی زود مشخص شد یک بتا کرونا ویروس بعنوان شاخه ای از خانواده کرونا ویروس مسول این پنومونی است که پیش از این نیز باعث شیوع سارس در سال ۲۰۰۲ و مرس در سال ۲۰۱۲ شده است (۲۳). این بیماری که کووید-۱۹ نام گرفت به عنوان SARS-COV2 شناخته شد که کل توالی ژنوم آن از طریق واکنش زنجیره پلیمرازی و کشت ترشحات حلق بیماران کشف گردید (۲۴، ۲۵). ژنوم این ویروس که هفتمین کرونا ویروسی است که انسان را بیمار می کند، ۸۰-۷۵٪ به سندرم حاد تنفسی کرونا ویروس، ۵۰٪ به سندرم تنفسی خاورمیانه و ۹۶٪ به کرونا ویروس خفای شباهت دارد و از یک گیرنده سلولی، آنزیم مبدل آنژیوتانسین II (ACE2) که توسط هم استفاده می شد، استفاده می کند (۲۶). بیماری کووید-۱۹ یک بیماری عفونی است که عامل سندرم حاد تنفسی شدید با مشکلات قابل توجه قلبی عروقی در بیماران مبتلا می باشد. تحقیقات نشان داده افرادی که دارای سابقه بیماریهای قلبی عروقی می باشند، ریسک شدت بیماری و حتی مرگ در آنها افزایش می یابد (۲۷). در هر صورت این ویروس شناخته شده این بار با تظاهراتی جدید وارد میدان شده و با جهش های متوالی انسان را غافلگیر می کند.

"پرسنل ما خودش مشکوک شده که بیماری را گرفته و رفته آزمایش داده و مثبت شده حالا از کی مثبت بوده مشخص نیست که آیا از یک هفته پیش گرفته و یا تازه درگیر شده و تو این مدت چند نفر درگیر شدن" (P15).

"یه بیمار ممکنه حداقل چهارده روز در بخش بستری باشه، و در مورد کادر درمان هم هر نفری که مثبت میشه چهارده روز از سیکل درمان خارج میشه و این خودش خیلی آسیب می رسونه. همینطور بیماران در فاز حاد خیلی بدحال هستند" (P3).

"خب ما تا الان تو مملکت همچین چیزی نداشتیم، همچین بحرانی نداشتیم، درسته سیل و زلزله هست اونا مریضیای خاص خودشون رو دارن ولی این کرونا اصلاً یه بحران دیگه بود و واقعا ناشناخته ست" (P6).

کاهش توان بیمار و ضعف شدید یکی از مشخصه های خاص این بیماریست و یکی از شرکت کنندگان در این مورد می گوید: "ناتوانی که در این بیماری بوجود می آید ترس وحشتناکی را برای بیمار

سواد سلامت

عواملی وجود دارند که با کاهش توانایی دسترسی و درک اطلاعات بهداشتی باعث آسیب پذیری بیشتر افراد می شوند. تصمیم گیری های آگاهانه و انجام اقدامات بهینه برای ارتقاء سلامتی مهارتی است که معمولاً "سواد سلامت" نامیده می شود (۴۰). اطلاعات قابل اعتماد برای طراحی و اجرای اقدامات پیشگیرانه و ارتقای آگاهی بهداشتی در مبارزه با کووید-۱۹ حیاتی است. در عصر رسانه های اجتماعی، حرکت اطلاعات گسترده به سرعت صورت می گیرد و بر نیاز به تأیید سریع داده های دقیق و جلوگیری از انتشار اطلاعات گمراه کننده تأکید می کند (۴۱).

الف) رسانه ها: در عصر حاضر نقش رسانه در همه جوانب زندگی بشر انکار ناپذیر است و در شرایط کنونی که بحران کرونا بیشتر کشورهای جهان را درگیر کرده است، رسانه ها با توجه به فراگیری و تأثیری که در بین مردم دارند می توانند نقش های مثبت و منفی بسیاری در کنترل یا تشدید این بحران داشته باشند (۴۲).

"با توجه به اینکه ما سابقه قبلی داشتیم یعنی صداسیما، کلی در موردش صحبت کرده بودن و آموزش داده بودن مثل آموزش های فردی مثل استفاده از وسایل حفاظت فردی و اینا رو همه گفته بودن با اینحال مواجهه با آن نشان داد که با بحران عظیمی روبرو هستیم" (P13).

"بسیاری از بیماران ترجیح می دهند که اخبار نشنوند، هنوز که هنوز هم سر خود من بعد از یک ماه که گذشته اصلاً اخبار رو گوش نمیده و تمایلی برای شنیدن اخبار بد نداره و دوست نداره آمار رو بشنوه و دوست نداره در مورد بیماری چیزی بشنوه" (P7).

ب) درک خطر: ارائه وضعیت کنونی کووید-۱۹ با یک چرخش بسیار مثبت نه تنها واقعیت را تیره می کند بلکه ابتکارات حیاتی بهداشت عمومی را نیز با مشکل مواجه می کند. تداوم ادعاهای غیرواقعی یا عدم گزارش صادقانه اخبار منفی، عدم اطمینان را در بین مردم و متخصصان مراقبت های بهداشتی ایجاد می کند و مردم را از انجام اقدامات پیشگیرانه یا جدی گرفتن پیام های بهداشت عمومی منصرف می کند (۴۳). درک خطرات به منظور تشویق مردم و دولت های آنها برای اقدام در شرایط عدم اطمینان و بحران از اهمیت مهمی برخوردار است. آنها باید بدانند که خطر چیست، چقدر می تواند اثر بد داشته باشد و برای کاهش خطر یا کمک به آسایش جمعی چه کاری باید انجام دهند (۴۴).

"در مورد این بیماری، واقعاً بیماری هست که باید خیلی جدی گرفت، ما فکر می کنیم ساده هست اما در عمل خیلی باید بهش توجه و دقت کنیم. ما با اون بخشی کار داریم که در واقع بیست درصدی است که دچار بحران میشن و نیاز به بیمارستان پیدا می کنن، ما با این فشر کار داریم و اینهارو نباید ساده گرفت" (P8).

"مریض ها و پرسنل درمان اول دچار سردرگمی شده بودند، دلهره و ترس داشتند و نمی دونستند چجوری برخورد کنند با این بیماری" (P9).

ج) آموزش، آگاهی و آمادگی: به منظور بهبود وضعیت مدیریت هدفمند، توجه به موانع تحقق ابعاد ایمنی بیمار، نهادینه نمودن فرهنگ ایمنی بیمار و ارتقاء جو ایمنی، آموزش مداوم اثربخش نیازمندی های آموزشی کارکنان در زمینه ارتقاء ایمنی ذینفعان به ویژه در همه گیری کووید-۱۹ ضرورت دارد (۴۵). بدون اطلاع رسانی صریح و صادقانه در مورد خطرات COVID-19 برای مردم، مهار این بیماری غیرممکن است (۴۳). حال این اطلاع رسانی ها باید همراه با آموزش باشد تا بتواند افراد را از سردرگمی نجات دهد و به سوی رفتار صحیح بهداشتی هدایت کند.

"مردم در ابتدا استرس و دلهره داشتند ولی خدایوشکر آموزش هایی که بهشون داده شد از نحوه ماسک زدن و شستشوی دست یا اینکه اگر مبتلا هستند تو خونه چه کارهایی باید انجام بدن و قرنطینه باشن اتاقشون جدا باشه در اتاق و پنجره باز باشه هوا بیاد بره اینا همه به نظر من اصلاً انگار یه نوع فرهنگ سازی شده برای همه" (P1).

"یه وسیله ای که میاد ما هنوز آمادگی و آموزش لازم رو نگرفتیم، این وسیله در اختیار ما گذاشته میشه مثلاً ماسک هایی که آمد ماسک های فیلتر دار بود و خیلی هم بیمارستان یا خیرین بابتش هزینه دادن، من خیلی از بخش ها می رفتم پرسنل بلد نبودن از این ماسک ها استفاده کنن، کاش قبل از اینکه ماسک توزیع می شد شیوه استفاده توضیح داده می شد، بعداً که فیلم آموزشیش رو گذاشتن یکی دو هفته بعد از توزیعش، خیلی از بچه ها گفتن ما اصلاً نمی دونستیم در حالیکه داشتن یه وسیله یه بحثه، با نحوه استفاده صحیحش آشنا باشی یه بحث دیگه ست" (P8).

موانع ارائه خدمت به بیماران

اظهارات مصاحبه شوندگان نشان می دهد امکانات و منابع و تاثیرات محیطی همراه با برخی مسایل فرهنگی- اعتقادی بیماران می تواند

العسر یسری، به همکارم گفتم صدای چی بود که اون گفت صدایی نمیداد. بعدها که کرونا آمد و بیماران کرونایی بخش را پر کردن تو گزارشی این جمله را دیدم و آرزو کردم که ایشالا آسونی بیاد و دیگه این روند نداشته باشیم. ایشالا که ایمان ما قوی تر بشه" (P6).

"بعضی پرسنل دچار مشکلات خانوادگی شده بودن که من شاهدش بودم، حتی بعضی ها به فکر استعفا بودن و حتی بعضی ها به بهانه های مختلف از کار کنار کشیدن یا غیبت کردن یا به بهانه های مختلف استعلاجی می گرفتند، به هر حال به نظر می رسید که می خوان از این شرایط فرار کنن" (P10).

بحث

در راستای هدف مطالعه مبنی بر تجربیات مدیران پرستاری در بحران اپیدمی کووید-۱۹ غیرقابل پیش بینی بودن این ویروس بیماری زا و عدم آشنایی با رفتارهای ویروس افراد را دچار نگرانی و خستگی ناشی از طولانی بودن دوره درمان می کند. همسو با مطالعه حاضر یافته های مطالعه یانگ و همکاران که روی ۱۲۱۰ پاسخ دهنده از ۱۹۴ شهر چین در ژانویه و فوریه ۲۰۲۰ انجام شد، نشان داد که ۵۴٪ از پاسخ دهندگان تأثیر روانی شیوع کووید-۱۹ را متوسط یا شدید ارزیابی کردند. ۲۹٪ علائم اضطراب متوسط تا شدید را گزارش کردند و ۱۷٪ علائم افسردگی متوسط تا شدید را گزارش کرده اند. اکثر پاسخ دهندگان (۷۵/۲٪) نگران ابتلای اعضای خانواده خود به شیوع کووید-۱۹ بودند؛ علائم جسمی خاص (به عنوان مثال، میالژی، سرگیجه، سرماخوردگی) و وضعیت نامناسب سلامت خود با تأثیر روانی بیشتری از شیوع بیماری و سطوح بالاتر استرس، اضطراب و افسردگی همراه بود (۴۹). در مطالعه دیگر از عاطفه زندی فر و همکاران نتایج نشان داد که به طور کلی ۹۷/۲٪ از بیماران مبتلا به کووید -۱۹ درجاتی از افسردگی را داشتند. بر اساس پرسشنامه DASS شدت افسردگی ۸۵/۸٪ بود. (۰/۹٪) بیماران اضطراب شدید و (۹۹/۱٪) بسیار شدید داشتند. از نظر میزان استرس، ۹۷/۱٪ از بیماران تا حدی استرس داشتند (۵۰٪). در مطالعه ای که توسط موشیوا و همکارانش انجام شد نتایج نشان داد پزشکان سطح بالایی از اضطراب را با میانگین نمره $7/95 \pm 59/20$ گزارش کردند. همچنین یک رابطه معکوس بین تاب آوری و اضطراب پیدا شد. چهار علت برجسته (خستگی ذهنی، اضطراب در مورد آلوده شدن، نگرانی برای اعضای خانواده و مشکلات خواب) با نمرات

از منابع پیش روی ارائه دهندگان خدمت در زمان بحران باشد. از جمله افزایش حجم کار، فرسودگی جسمی، تجهیزات نامناسب شخصی، انتقال بیمار و نیاز به تصمیم‌گیری اخلاقی دشوار در رابطه با جیره‌بندی مراقبت ممکن است تأثیرات چشمگیری بر بهزیستی جسمی و روحی آن‌ها بگذارد (۴۶).

الف) امکانات، منابع و تأثیرات محیطی: کادر درمانی بایستی در محیطی کاملاً ایمن به مراقبت بپردازند و تمرکز لازم و کافی را در درمان بیماران داشته باشند. یکی از حیاتی‌ترین مواردی که می‌تواند در افزایش ایمنی، نقش مهم و فعالی ایفا نماید، در دسترس بودن امکانات و منابع موردنیاز برای مراقبت است (۴۷).

تجربیات شرکت کنندگان در بحران اپیدمی کووید-۱۹ در رابطه با اهمیت وجود امکانات و منابع کافی اینگونه اظهار می شود: "پرسنل مشکلات متعددی داشتن، وسایل حفاظت فردی که خدایم‌گردد تقریباً بیمارستان ما مشکلی در این زمینه نداشت هرچند که به مرور زمان به نظر میاد کیفیت وسایل مثل اوایل نیست" (P3).

"در عرض یک هفته کل بخش ها بیمار کرونایی بستری شد، خیلی هم چالش داشتیم تو این بحران وسایل حفاظت فردی رو فراهم و توزیع کنیم بخصوص تو روزای اول کمبود وسایل حفاظت فردی بود و چون یهو مریض ها آمدن و ما وسایل محدودی داریم و برای مثلاً ۱۳ تا مریض تعریف شده، الان مریضای کرونایی همه بدحال و من ونتیلاتور و چیکار کنم، مدیریت اینا خیلی سخته" (P6).

ب) مسائل فرهنگی - اعتقادی: اعتقادات مذهبی در زمان بیماری نسبت به هر زمان دیگر از زندگی شخص اهمیت بیشتری پیدا می کند و به بعضی از افراد کمک می کند که بیماری را بپذیرد و بعضی دیگر معنای بیماری را دریابند. در صورتی که روحیات مذهبی در زمان بیماری تقویت نشود می تواند منجر به افزایش احساس ترس و وحشت گردد (۴۸). از طرفی مسایل فرهنگی ذکر شده در مصاحبه ها نشان می دهد، فرهنگ و اعتقادات می تواند نقش موثری در یادگیری مسائل آموزشی و هماهنگی برای درمان بیماری همه گیری داشته باشد.

شرکت کننده ای از حالات عرفانی خود می گوید: "آخر بهمن بود واقعا خالصانه و عین حقیقت می گم، شب خواب دیدم شب کارم و بالاسر مریضی نشستم و گزارش می نویسم، بعد به همکارم می گم این مریض بالاخره خوابید خیلی نگران بود، بعد همانطور که مشغول نوشتن گزارش بودم یه صداهایی داره توی گوش من می گه ان مع

آنها پرسیدیم آیا اطلاعات در رسانه های اجتماعی رفتار آنها را تغییر داده است یا خیر، مردم تأیید کردند که ۳۴/۵٪ از پاسخ دهندگان با اطلاعات به دست آمده از رسانه های اجتماعی احساس خوبی دارند و بر رفتار آنها در مورد احتیاط ها یا ایمنی در جامعه تأثیر گذاشته اند. همچنین مشخص شده است که استفاده از رسانه های اجتماعی با افزایش ظرفیت و نتیجه یادگیری ارتباط زیادی دارد (۵۵). در مطالعه دیگر که توسط علی حسن و همکارانش در عربستان انجام شده است نتایج نشان داد ارتباط بین سطح آگاهی از بیماری همه گیر شیوع کووید-۱۹ و ویژگی های جمعیت شناختی بین سطح آگاهی از همه گیری شیوع کووید-۱۹ و متغیرهای جمعیت شناختی مانند ملیت، سن، محل زندگی، سطح تحصیلات و شغل ارتباط آماری معنی داری وجود دارد (۵۶). در مقابل در مطالعه انگس بریدمن و همکارانش که در کانادا انجام شده است نتایج نشان داد که قرار گرفتن در معرض رسانه های اجتماعی با درک نادرست در مورد واقعیت اصلی شیوع کووید-۱۹ همراه است در حالی که عکس آن برای رسانه های خبری صادق است. این تصورات نادرست به نوبه خود با رعایت کمتر اقدامات فاصله گذاری اجتماعی همراه می شود. بنابراین ارتباط واضحی از اطلاعات غلط در رسانه های اجتماعی، به ویژه تویتر، با رفتارها و نگرش هایی که به طور بالقوه میزان و کشندگی شیوع کووید-۱۹ را بالا می برند، دیده می شود (۵۷). در مطالعه دیگری در این زمینه، مایکل هامیلرز و همکارانش در آمریکا، انگلیس، هلند و آلمان نشان دادند، افرادی که اطلاعات غلط بیشتری را درک می کردند، تمایل کمتری برای جستجوی اطلاعات بیشتر داشتند و تمایل کمتری برای پیروی از دستورالعمل های رسمی داشتند. علت آن این است که مردم اطلاعات عمومی در مورد ویروس جدید کرونا و شیوع کووید-۱۹ را با اطلاعات غلط و نادرست مرتبط می دانند، اما به احتمال زیاد اطلاعات را به عنوان اطلاعات نادرست (اشتباهات صادقانه) نسبت به اطلاعات غلط (عمداً گمراه کننده) تلقی می کنند. همینطور افرادی که ادراک اطلاعات نادرست (اشتباهات صادقانه) قوی تری دارند احتمال بیشتری وجود دارد که از مداخلات برای مقابله با کروناویروس جدید و شیوع کووید-۱۹ پیروی کنند، در حالی که افرادی که ادراک اطلاعات غلط (عمداً گمراه کننده) قوی تری دارند تمایل کمتری به رعایت آن دارند. در واقع افرادی که تصورات غلط اطلاعاتی قوی تری دارند تمایل دارند به طور فعال از اطلاعات مربوط به کرونا اجتناب کنند، در حالی که

اضطراب ارتباط مستقیم دارد (۵۱). در مطالعه لای و همکارانش بر روی پرسنل مراقبت های بهداشتی در چین نشان داد که میزان بالایی از افسردگی و اضطراب وجود دارد، به ویژه در میان افرادی که در خط مقدم جبهه هستند (۵۲).

رسانه ها به طور قابل توجهی به آگاهی و ارتقاء سلامت کمک می کنند و آن را به عنوان یک واسطه ضروری برای ارتباطات بهداشتی تبدیل می کنند (۵۳). بیماری همه گیر شیوع کووید-۱۹ نیز از جمله شرایطی است که باعث ایجاد اینفودمیک شده است یعنی اطلاعات وسیعی در مورد این بیماری ایجاد شده که این وسعت اطلاعات، پیدا کردن راه حل برای آن را دشوار می سازد و انتشار این اطلاعات نادرست و شایعات می تواند مانع پاسخگویی راهکارهای موثر سلامتی شده و همچنین باعث ایجاد نوعی سردرگمی و عدم اطمینان در بین مردم شود، به این ترتیب که رسانه های مختلف و پورتال رسانه های دیجیتال اطلاعات غلط و توصیه های بدون منبع بسیاری را در مورد سلامتی به اشتراک می گذارند (۴۱، ۵۴). بخشی از یافته های اساسی مطالعه ما تحت الگوی دوم نشان داد در سایه آموزش و افزایش آگاهی از طریق رسانه های مختلف، بهبود علم و آمادگی در وضعیت های بحرانی و شرایط ناشناخته نمود پیدا می کند و در شرایط خطر درک و فهم درست از خطر، ارتقا می یابد و توانایی شناسایی شایعات از اخبار درست بالا می رود. در مقابل، عدم دریافت اطلاعات درست از بحران می تواند منجر به ساده انگاری و بی تفاوتی گردد و یا توجه به شایعات و اخبار کذب از منابع نامعتبر موجب بروز رفتارهای غیرعلمی و غیرمتعهدانه شود. در راستای این الگو نتایج مطالعه محمد سعود و همکارانش نشان داد اکثریت پاسخ دهندگانی که از رسانه های اجتماعی برای دسترسی و جستجوی اطلاعات پزشکی در مورد بیماری همه گیر در حدود ۲۱ تا ۲۵ سال هستند و یا جوانانی هستند که به طور فعال با شبکه های اجتماعی درگیر شده اند. تعداد افراد زیر ۲۰ سال و بالای ۳۶ سال در دسترسی به اطلاعات مربوط به شیوع کووید-۱۹ بسیار محدود است. در این مطالعه مشخص شد اکثریت پاسخ دهندگان (۶۷/۵٪) اظهار داشتند که رسانه های اجتماعی برای یادگیری و جمع آوری اطلاعات در مورد بیماری مفید است. در حالی که بخش کوچکی (۲۰/۴٪) اظهارات منفی دارند. با این حال، مردم می دانند که رسانه های اجتماعی در واقع به آنها کمک می کنند تا به روز شوند و رفتار خود را در جهت احتیاط و ایمنی خود و خانواده تغییر دهند. وقتی از

استفاده از تکنولوژی روز می باشد. عدم همکاری برخی کارکنان از مشکلات و محدودیت های مصاحبه بوده که با توضیح هدف پژوهش می توان بر این مشکل تا حدودی غلبه نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مطالعه از سرپرستاران و سوپروایزران این مرکز برای همکاری و مشارکت در مصاحبه ها با وجود خستگی و کار زیاد ابراز قدردانی می نماید و قدردانی ویژه از ریاست بیمارستان و همچنین معاون پژوهش مرکز در حمایت از پژوهشگران می نمایند.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت از شرکت کنندگان جهت ضبط صدا کسب شد و به آنان جهت حفظ محرمانگی اطلاعات اطمینان داده شد. مطالعه کد اخلاق با شماره Ir.sbm.u.nritld.rec.1399.032 را اخذ کرد.

تضاد منافع

نویسندگان از ترتیب اسامی نوشته شده در مقاله رضایت داشتند. در زمان نگارش این مقاله هیچ تضاد منافی برای نویسندگان وجود نداشت.

منابع مالی

مقاله استخراج شده از طرح تحقیقاتی مرتبط به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات بیماری های مزمن تنفسی بیمارستان مسیح دانشوری بود و از طرف مرکز تحقیقات بودجه مورد نظر تامین گردید.

نقش نویسندگان

الهام قازانچایی در طراحی تحقیق، جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها و تفسیر داده های کاغذی نقش داشت. سولماز زرینه در مصاحبه نقش داشت. محمد ورهرام و بهشته جبلی در طراحی مطالعه، اعتبارسنجی داده ها، تحلیل و تفسیر داده ها، ویرایش مقاله و بازنگری مقاله مشارکت داشتند. شیرین اسماعیلی در طراحی مطالعه و نهایی کردن مقاله مشارکت داشت. جواد آقازاده عطاری درگیر طراحی مطالعه بود. همه نویسندگان در نگارش دست نوشته و تایید مقاله نهایی مشارکت داشتند.

افرادی که ادراک اطلاعات نادرست آشکارتر دارند تمایل دارند به اخبار مربوط به کرونا نزدیک شوند (۵۸).

یافته های مربوط به الگوی سوم در مطالعه حاضر حاکی از آن بود که در پس زمینه بحرانی همچون اپیدمی کووید-۱۹ موانع موجود در ارائه خدمت می تواند به طور مستقیم و غیر مستقیم در کنترل آن تاثیرگذار باشد. در حالی که نیاز به پرداخت هزینه های بالا برای کنترل بحران اعم از واکسیناسیون عمومی، انجام تستهای غربالگری، درمان بیماران مبتلا، تهیه تجهیزات و لوازم مصرفی و بسیاری از هزینه های دیگر در دولتها دیده می شود از سویی دیگر ایجاد بحران اقتصادی به علل مختلف من جمله الزام رعایت قرنطینه و ورود و خروج، اختلال در کسب و کار و تولید و غیره می تواند باعث ایجاد عدم توازن در هزینه و درآمد باشد. عدم توازن که بخصوص در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته محسوس تر است و در زندگی مردم جامعه و ارائه خدمت به بیماران بیشتر نمود می کند. در مطالعه ای که توسط یانگ جوو و همکارانش بصورت کیفی انجام شد یافته ها نشان داد پنج موضوع به عنوان موانع مراقبت از شیوع کووید-۱۹ شناسایی شد: اطلاعات محدود در مورد شیوع کووید-۱۹، وظایف غیرقابل پیش بینی و شیوه های چالش برانگیز، حمایت ناکافی، نگرانی در مورد خانواده و استرس روحی و روانی (۵۹) نتیجه مطالعه دیگری که توسط آنایاس مکیبول و همکارانش انجام شد، نشان داد که از بین ۱۰ موانع شناسایی شده، کمبود منابع برای اجرای اقدامات بهداشت عمومی و اجتماعی مهمترین مانع برای اجرای اقدامات بهداشت عمومی و اجتماعی برای جلوگیری از انتقال شیوع کووید-۱۹ است (۶۰).

نتیجه گیری

به طور کلی، سه الگوی کلی جنبه های مشترک در بیماران کووید-۱۹، سواد سلامت و موانع ارائه خدمت به بیماران در این مطالعه نشان داد مدیران پرستاری شاغل در بخشهای کرونایی با چالش های متعددی روبرو هستند. رفع غالب این چالش ها با اجرای صحیح اقدامات بهداشتی و نظر به در دسترس بودن منابع کافی شامل تجهیزات پزشکی و دارو، نیروی انسانی کارآمد و تعاملات مالی بستگی دارد. از نقاط قوت این مطالعه امکان بهره گیری از نتیجه این کار تحقیقاتی به نفع ایجاد حمایت های بیشتر از سوی مقامات ذیربط و مسولین بالارتنه با انجام برنامه های مشخص و مدون با

References

1. Keykha R, Heydari. Attitude and Barriers of Teamwork in Intensive Care Unit from the Perspective of Nurses in COVID-19 Pandemic. *Journal of Military Medicine*. 2021;Volume 23, (issue 4): 329-37.
2. Mao Y, Lin W, Wen J, Chen G. Clinical and pathological characteristics of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): a systematic reviews. 2020.
3. Ayoub HH, Chemaitelly H, Mumtaz GR, Seedat S, Awad SF, Makhoul M, et al. Characterizing key attributes of COVID-19 transmission dynamics in China's original outbreak: Model-based estimations. *Global epidemiology*. 2020;2:100042.
4. Bhagavathula AS, Aldhaleei WA, Rahmani J, Mahabadi MA, Bandari DK. Novel coronavirus (COVID-19) knowledge and perceptions: a survey on healthcare workers. *MedRxiv*. 2020.
5. Homepage WC .-WHO Health Emergency Dashboard. 2021.
6. Uddin S, Imam T, Khushi M, Khan A, Moni MA. How did socio-demographic status and personal attributes influence compliance to COVID-19 preventive behaviours during the early outbreak in Japan? Lessons for pandemic management. *Personality and Individual Differences*. 2021;175:110692.
7. Liao X, Wang B, Kang Y. Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Intensive care medicine*. 2020;46(2):357-60.
8. Aliakbari F, Hammad K, Bahrami M, Aein F. Ethical and legal challenges associated with disaster nursing. *Nursing ethics*. 2015;22(4):493-503.
9. heydari g, tolabi. perceptonal of nurses for care of patients with covid 19: qualitive study [persian]. *yafteh*. 2020;1(23).
10. Buheji M, Buhaid N. Nursing human factor during COVID-19 pandemic. *Int J Nurs Sci*. 2020;10(1):12-24.
11. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical medicine & research*. 2016;14(1):7-14.
12. Tan R, Yu T, Luo K, Teng F, Liu Y, Luo J, et al. Experiences of clinical first-line nurses treating patients with COVID-19: A qualitative study. *Journal of nursing management*. 2020;28(6):1381-90.
13. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. Springer; 2020.
14. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
15. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KW, Sham PC, et al. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2007;52(4):241-7.
16. Khan MU, Shah S, Ahmad A, Fatokun O. Knowledge and attitude of healthcare workers about middle east respiratory syndrome in multispecialty hospitals of Qassim, Saudi Arabia. *BMC public health*. 2014;14(1):1-7.
17. Honey M, Wang WY. New Zealand nurses perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nursing in critical care*. 2013;18(2):63-9.
18. Liu H, Liehr P. Instructive messages from Chinese nurses' stories of caring for SARS patients. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(20):2880-7.
19. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
21. Lincoln YS, Guba EG, Pilotta J. *Naturalistic inquiry* Newbury Park. Cal: Sage. 1985.
22. Finell E, Nätti J. The combined effect of poor perceived indoor environmental quality and psychosocial stressors on long-term sickness absence in the workplace: A follow-up study. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(24):4997.
23. Lai C-C, Shih T-P, Ko W-C, Tang H-J, Hsueh P-R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International journal of antimicrobial agents*. 2020;55(3):105924.
24. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*. 2020.
25. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with

- a new coronavirus of probable bat origin. *nature*. 2020;579(7798):270-3.
26. Arabi YM, Murthy S, Webb S. COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. *Intensive care medicine*. 2020;46(5):833-6.
 27. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Biondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;75(18):2352-71.
 28. Coleman CM, Frieman MB. Coronaviruses: important emerging human pathogens. *Journal of virology*. 2014;88(10):5209-12.
 29. Li W, Shi Z, Yu M, Ren W, Smith C, Epstein JH, et al. Bats are natural reservoirs of SARS-like coronaviruses. *Science*. 2005;310(5748):676-9.
 30. Zaki AM, Van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus AD, Fouchier RA. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *New England Journal of Medicine*. 2012;367(19):1814-20.
 31. Galbadage T, Peterson BM, Gunasekera RS. Does COVID-19 spread through droplets alone? *Frontiers in public health*. 202۰;۸:۱۶۳;۰
 32. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*. 2020;7(3):228-9.
 33. Zhang R, Li Y, Zhang AL, Wang Y, Molina MJ. Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;117(26):14857-63.
 34. Alhazzani W, Møller M, Arabi Y, Loeb M, Gong M, Fan E. & Du, B.(2020). Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive care medicine*.1-34.
 35. Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The lancet*. 2020;395(10223):514-23.
 36. Wu W, Wang A, Liu M. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
 37. Zhang Y, Dai C, Wang H, Gao Y, Li T, Fang Y, et al. Analysis and validation of a highly sensitive one-step nested quantitative real-time polymerase chain reaction assay for specific detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Virology Journal*. 2020;17(1):1-13.
 38. Kim JY, Ko J-H, Kim Y, Kim Y-J, Kim J-M, Chung Y-S, et al. Viral load kinetics of SARS-CoV-2 infection in first two patients in Korea. *Journal of Korean medical science*. 2020;35(7).
 39. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(12):1177-9.
 40. Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, O'Connor RM, Curtis L, Benavente JY, et al. Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the US outbreak: a cross-sectional survey. *Annals of internal medicine*. 2020;173(2):100-9.
 41. Mheidly N, Fares J. Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic. *Journal of public health policy*. 2020:1-11.
 42. haydari s, behzad, parhizkar. The contribution of media, education and information to 19 scientific and timely prevention of Qovid. *behvarz journal*. 1399;107:44-7.
 43. Lancet T. COVID-19 in India: the dangers of false optimism. *Lancet* (London, England). 2020;396(10255):867.
 44. Latif R. COVID-19: Policy sciences: initial reactions and perspectives [persian]. *iranian journal of biology*. 2021;4(8):25-39.
 45. Farahani M EM, Ashrafizadeh H, Hajibabae F, Haghani SH, Ariyamloo P. Evaluation of Imam Khomeini Hospital of Tehran Compliance with the Standards of Patient Safety Friendly Hospital about the COVID-19 Pandemic: A Case Report. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2021;34(129):50-66.
 46. Que J, Le Shi JD, Liu J, Zhang L, Wu S, Gong Y, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry*. 2020;33(3).
 47. Roshanzadeh M HM, Jamalinik M, Tajabadi A. Stigma of Covid : ۱۹ -The Basic Challenge in Health Economics. *Iran Occupational Health*. 2020;17.
 48. Abedi HA AM, Kazemi Z, Saffari Fard F, Nasiri M. Religious care of hospitalized patients and its barriers [persian]. *tebotazkiyeh journal*. 2005;14(2):16-23.
 49. Wang C ,Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus

disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(5):1729.

50. Zandifar A, Badrfam R, Yazdani S, Arzaghi SM, Rahimi F, Ghasemi S, et al. Prevalence and severity of depression, anxiety, stress and perceived stress in hospitalized patients with COVID-19. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2020;19(2):1431-8.

51. Mosheva M, Hertz-Palmor N, Dorman Ilan S, Matalon N, Pessach IM, Afek A, et al. Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety*. 2020;37.۷۱-۹۶۵:(۱۰)

52. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*. 2020;3(3):e203976-e.

53. Mheidly N, Fares J. Health communication research in the Arab world: a bibliometric analysis. *Integrated Healthcare Journal*. 2020;2(1):e000011.

54. V ZG. Infodemic in the Global Coronavirus Crisis. *Depiction of Health* 2020;11(1):1-5.

55. Saud M, Mashud Mi, Ida R. Usage of social media during the pandemic: Seeking support and awareness about COVID-19 through social media platforms. *Journal of Public Affairs*. 2020;20(4):e2417.

56. Alnasser AHA, Al-Tawfiq JA, Al Kalif MSH, Alobaysi AMA, Al Mubarak MHM, Alturki HNH, et al. The positive impact of social media on the level of COVID-19 awareness in Saudi Arabia: a web-based cross-sectional survey. *Infez Med*. 2020;28(4):545-50.

57. Bridgman A, Merkley E, Loewen PJ, Owen T, Ruths D, Teichmann L, et al. The causes and consequences of COVID-19 misperceptions: Understanding the role of news and social media. *Harvard Kennedy School Misinformation Review*. 2020;1(3).

58. Hameleers M, van der Meer TG, Brosius A. Feeling “disinformed” lowers compliance with COVID-19 guidelines: Evidence from the US, UK, Netherlands, and Germany. *Harvard Kennedy School Misinformation Review*. 2020;1(3).

59. Joo JY, Liu MF. Nurses’ barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *International nursing review*. 2021;68(2):202-13.

60. Maqbool A, Khan NZ. Analyzing barriers for implementation of public health and social measures to prevent the transmission of COVID-19 disease using DEMATEL method. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020;14(5):887-92.