DOI: *10.29252/rbs.18.2.237*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 2

Health Care Workers Challenges during Coronavirus Outbreak: The Qualitative Study

Elham Fathi[1], **Fatemeh Malekshahi Beiranvand**[2], **Abolfazl Hatami Varzaneh**[3], **Ali Nobahari**[4]

1. Assistant professor, Counseling Department, Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran.
2. Ph.D. in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
3. Assistant professor, Counseling Department, Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran.
4. (Corresponding author)* M.A. in clinical psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Health care workers were one of the main groups under massive pressure without sufficient resources and equipment during Coronavirus outbreak. So, the aim of the present study was to explore and determine the challenges of health care workers encounter during serving patients who suffered coronavirus.

Methods and Materials: In this study, Qualitative-descriptive method was used. The statistical population of the study included all health care workers including physicians and nurses who worked in coronavirus parts of the hospitals of Qom city from the beginning of disease outbreak. eleven Health care workers by purposeful sampling were selected and using saturation criteria went through semi structured in depth interviews. Qualitative content analysis was used to analyze data.

Findings: The findings included 9 themes(experiencing psychological distress and negative emotions, experiencing difficulty and work pressure, lack of using mental health experts and sufficient psychological skills, not being prepared to encounter disease, lack of sufficient knowledge, occupational conflict experience, and decrease of interpersonal relationship and Coronavirus stigma, disagreement and tension with family members, experiencing frustration and helplessness due to the nature of the disease) and 22 subthemes.

Conclusions: The results of this study indicated that health care workers had challenges with areas of emotions, interpersonal and family relationships, and working environments and job difficulties. For this purpose, it is necessary to use strategies such as using mental health professionals for health care workers and their families, creating adequate preparation before the outbreak in terms of equipment, personnel, necessary training about the disease and its process, skill training health care workers and making various incentives.

Keywords: Health care workers, Coronavirus, Challenges, Qualitative Study.

Citation: Fathi E, Malekshahi Beiranvand F, Hatami Varzaneh A, Nobahari A. **Health Care Workers Challenges during Coronavirus Outbreak: The Qualitative Study.** Res Behav Sci 2020; 18(2): 237-248.

Ali Nobahari,
Email: ali.nobahari@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

چالش‌های کادر درمان در طول شیوع کرونا ویروس: مطالعه کیفی

الهام فتحی[۱]، فاطمه ملکشاهی بیرانوند[۲]، ابولفضل حاتمی ورزنه[۳]، علی نوبهاری[۴]

۱- استادیار، گروه مشاوره دانشگاه حضرت معصومه، قم، ایران.

۲- دکترای تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه مشاوره دانشگاه حضرت معصومه، قم، ایران.

۴- (نویسنده مسئول)* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از گروه‌های اصلی که در طی شیوع بیماری کرونا ویروس تحت‌فشار زیاد با منابع و امکانات ناکافی قرار داشتند کادر درمان بودند. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی و شناسایی چالش‌های پیش رو کادر درمان در کار با بیماران مبتلا به کروناویروس انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، از روش تحقیق کیفی – توصیفی استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش، کلیه کادر درمان اعم از پرستاران و پزشکان بیمارستان‌های شهر قم که در بخش کرونا ویروس از ابتدای شیوع بیماری مشغول به فعالیت بودند را در برمی‌گرفت. تعداد ۱۱ نفر از کادر درمان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با رسیدن به اشباع نظری مورد مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختاریافته قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوای کیفی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر شامل ۹ مضمون اصلی (تجربه آشفتگی روانی و هیجان‌های منفی، تجربه سختی و فشار کاری، عدم به‌کارگیری متخصصان سلامت روان و کمبود مهارت‌های روان‌شناختی، عدم آمادگی کافی در مقابله با بیماری، کمبود دانش تخصصی، تجربه تعارض شغلی، کاهش روابط بین فردی و ننگ کرونا ویروس، اختلاف‌نظر و تعارض با اعضای خانواده، تجربه ناکامی و درماندگی به علت ماهیت بیماری) و ۲۲ خرده مضمون بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد کادر درمانی با چالش‌هایی در حوزه‌های هیجانات، روابط بین فردی و خانوادگی، محیط شغلی و سختی کار مواجه می‌باشند. بدین منظور لازم است از راهکارهایی مانند بهره‌گیری از متخصصین سلامت روان برای کادر درمان و خانواده‌هایشان، ایجاد آمادگی کافی قبل از شیوع در بعد تجهیزات، نیروی انسانی، آموزش‌های لازم در مورد بیماری و فرایند آن و ماهر سازی کادر درمان و ایجاد مشوق‌های متعدد استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: کادر درمان، کروناویروس، چالش‌ها، تحقیق کیفی.

ارجاع: فتحی الهام، ملکشاهی بیرانوند فاطمه، حاتمی ورزنه ابولفضل، نوبهاری علی. **چالش‌های کادر درمان در طول شیوع کرونا ویروس: مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۲): ۲۴۸-۲۳۷.

*- علی نوبهاری

رایان نامه: ali.nobahari@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]

[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

مقدمه

بیماری کرونا ویروس[1] که اولین بار در ووهان چین مشاهده شد یک نشانگان تنفسی حاد و بسیار شدید است که با توجه به‌سرعت شیوع بالا و پیامدهای آن در مقیاس بین‌المللی، به‌وسیله سازمان بهداشت جهانی با مشاهده اولین فرد مبتلا در کانادا در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، یک همه‌گیری اعلام شد (۱). کرونا ویروس که احتمالاً دارای منشأ حیوانی است دارای توانایی بالای انتقال از انسان به انسان است (۲). گزارش نخستین مرگ‌های منتشرشده از پزشکانی که در حین مراقبت از بیماران آلوده به این ویروس مبتلا گشته بودند نشانگر آن است که انتقال ویروس در مراکز بهداشتی و درمانی به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی یک موضوع خطرزا است (۲، ۳). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های چین در زمان شیوع کووید ۱۹ گزارش کرده است که تا ۱۱ فوریه ۲۰۲۰ از ۴۴۶۷۲ مورد تأییدشده مبتلا به کرونا ویروس، ۱۷۱۶ نفر آن‌ها کارکنان مراقبت بهداشتی بودند (۳) و این نشانگر خطر بالای ابتلا در بین کادر درمان است (۴). از کارکنان مراقبت از سلامت در طی شیوع‌ها انتظار می‌رود که ساعت‌های طولانی تحت‌فشار زیاد با منابع و امکانات ناکافی کار کنند و همچنین خطرات ذاتی تعامل نزدیک با بیماران را نیز بپذیرند. کادر درمان نیز شبیه افراد دیگر جامعه با مشکلاتی نظیر آسیب‌پذیر بودن نسبت به خود بیماری و همچنین شایعات و اطلاعات نادرست روبرو هستند که منجر به افزایش سطح اضطراب آن‌ها می‌شود و این اضطراب وقتی شاهد مبتلا شدن و یا مرگ همکاران خود به بیماری باشند به‌شدت افزایش می‌یابد (۵)؛ به‌طورکلی کارکنان مراقبت از سلامت که در معرض بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ هستند ازلحاظ روان‌شناختی تحت استرس شدید قرار دارند (۶). چون تعداد موارد مبتلا به بیماری کووید ۱۹ در چین به‌سرعت زیادی بالا رفت وحشت در بین جمعیت عمومی شایع شد و ظرفیت کلینیک‌های محلی بسیار زود پر شدند و تعداد روبه افزایش و سریع مبتلایان به کووید ۱۹ باعث می‌شد که بیماران مشکوک یا ابتلای قطعی به کووید ۱۹ نتوانند درمان به‌موقع دریافت کنند. درنتیجه تنش و اضطراب در بین بیماران و کادر درمان بیشتر شد (۷).

درصد قابل‌توجهی از پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های چین در زمان شیوع کووید ۱۹، نشانگان افسردگی (۵۰.۴ درصد) اضطراب (۴۴/۶۰ درصد)، بی‌خوابی (۳۴ درصد) و پریشانی یا آشفتگی (۷۱/۵) را تجربه کردند. آن‌هایی که در ووهان مرکز استان هوبی مشغول به کار بودند در مقایسه با افرادی که خارج از استان هوبی کار می‌کردند نشانگان پریشانی یا آشفتگی را شدیدتر تجربه می‌کردند؛ و کادر درمانی که در خط مقدم مبارزه با کرونا در بخش‌های تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بودند خطر بالاتری از نشانگان افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و آشفتگی را نشان دادند؛ و این حاکی از آن است که نگرانی‌های جدی راجع به بهزیستی روان‌شناختی پزشکان و پرستاران در دوره شیوع ویروس وجود دارد که باید موردتوجه قرار بگیرد (۶).

کادر درمان در ووهان که در بخش داخلی کار می‌کردند در مقایسه با کادر درمانی که در بخش‌های دیگر کار می‌کردند سطح بالایی از نشانگان وسواسی جبری، اضطراب، حساسیت بین فردی و سطح پایین‌تر حمایت اجتماعی و تاب‌آوری نشان دادند (۸). مطالعه‌ای که در زمان شیوع کرونا ویروس سارس[2] انجام‌شده نشانگر آن است که کارکنان تحت تأثیر ترس از آلودگی و آلوده کردن خانواده، دوستان و همکاران قرار داشتند، مراقبت از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی مبتلا شده به‌عنوان بیمار و درعین‌حال همکار، ازنظر هیجانی برایشان سخت بود و ننگ اجتماعی[3] و انزوای بین فردی از نگرانی‌های عمده آن‌ها بود (۹). پژوهش بر روی کادر درمان در شیوع آنفولانزای H1N1 در کشورهای اروپایی نیز نشانگر آن است که کادر درمان در زمینه ارتباط با چالش‌هایی نظیر ارتباطات اولیه کادر درمان، حجم بالای اطلاعات و در زمینه ظرفیت‌ها با چالش‌هایی نظیر نظارت ضعیف و کمبود تجهیزات بخش مراقبت‌های ویژه روبرو بودند (۱۰).

تعداد روزافزون موارد تأییدشده و مشکوک، فشار زیاد کار، کاهش وسایل محافظت شخصی، پوشش گسترده رسانه‌ها، نداشتن داروی خاص و احساس عدم‌حمایت کافی از آن‌ها، همگی منجر به فشار روانی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (۶). پژوهشی در چین نشان داد که ۳۹/۱ ۳۹.۱ درصد از کارکنان مراقبت بهداشت بالأخص آن‌هایی که در خط مقدم

1. covid-19

2. SARS
3. stigmatization

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

مبارزه با بیماری کار می‌کنند، ایزوله شده و یا عضوی از خانواده یا همکارانشان به بیماری مبتلا شده‌اند، آشفتگی‌های روان‌شناختی داشتند (۷).

نتایج پژوهشی در زمان شیوع آنفولانزا در بریتانیا نشان داد که موانعی بر سر راه کارکنان مراقبت بهداشتی وجود دارد که مانع انجام دادن وظایف و تعهداتشان می‌شود. این موانع ادراک‌شده توسط کارکنان مراقبت بهداشت شامل موانع برای توانایی کار کردن و موانع برای اشتیاق به کار بود. موانع برای توانایی کار کردن مثل بیمار بودن خود کارکنان مراقبت بهداشتی، مشکلات حمل‌ونقل (رفت‌وآمد) و مسئولیت‌های فرزندان بود و موانع اشتیاق برای کار کردن شامل اولویت دادن به بهزیستی اعضای خانواده؛ عدم اعتماد و حسن نیت نسبت به بیمه‌های خدمات درمانی؛ فقدان اطلاعات در مورد خطرات و آنچه از آن‌ها در هنگام بحران انتظار می‌رود، ترس از دادخواهی؛ و احساس اینکه کارفرمایان نیازهای کارمندان را جدی نمی‌گیرند، بود (۱۱).

تجارب زیسته پرستاران و کادر پزشکی در واحد مراقبت‌های ویژه در طی همه‌گیری آنفلوانزای HQN1 2009 در استرالیا نشان داد که سختی پوشیدن تجهیزات محافظ شخصی برای ساعاتی طولانی؛ روش‌های کنترل سرایت، ترس از انتقال بیماری؛ نقش‌های جدید برای کارمندان؛ سطح روحیه؛ آموزش در مورد اکسیژن‌رسانی؛ و چالش‌های مراقبت از بیمار، برای کارکنان مهم بود (۱۲).

تعادل کار- خانواده (نگرانی راجع به مراقبت از فرزند بیمار و تعطیلی احتمالی مدارس و مهدکودک‌ها)، نیاز به اطلاعات به‌موقع، منسجم و قابل‌اتکا راجع به بیماری، نگرانی راجع به آموزش و آماده‌سازی خانواده کارکنان و جامعه، نگرانی اخلاقی و انصاف (نگرانی‌هایی در مورد توزیع عادلانه قرار گرفتن در معرض خطر و دسترسی به منابع و احساس فشار برای کار ایجادشده، به‌خصوص هنگامی‌که کارمندان بیمار هستند اما بیمارستان دارای کمبود نیروی کاراست)، بی‌اعتمادی یا ترس از سلامتی کارکنان مراقبت بهداشت (پیام برجسته بیماری همه‌گیر سارس این بود که کارمندانی که ترس و دوری از خانواده و اعضای جامعه را تجربه کرده بودند انتظار داشتند که این اتفاق دوباره در یک بیماری همه‌گیر رخ دهد) نیز به‌عنوان منابع استرس کارکنان مشغول به کار بیمارستان در همه‌گیری آنفولانزا شناخته‌شده است (۱۳).

نسبت بزرگی از آشفتگی‌های کادر درمان شامل آشفتگی‌های سلامت روانی است، پرستاران و پزشکان در ووهان با محدودیت‌های زیادی در دسترسی به خدمات مراقبت از سلامتی که به‌وسیله و روان‌پزشکان ارائه می‌شود روبه‌رو بوده‌اند (۱۴). پژوهشی با تمرکز بر خانواده‌های کادر درمان به این نتیجه رسید که اختلال اضطراب فراگیر ۳۳/۷۳ درصد و نشانگان افسردگی ۲۹/۳۵ درصد در بین خانواده‌های کادر درمان شیوع دارد. واکنش روان‌شناختی به شیوع کووید ۱۹ در میان اعضای خانواده کادر درمان بسیار شدید بوده است، افرادی که اغلب نادیده گرفته می‌شوند (۱۵).

بسیار مهم است که کارکنان مراقبت از سلامت (کادر درمان) و پژوهشگران در همه حوزه‌ها از تأثیر بالقوه‌ای که این بیماری می‌تواند در زمینه‌های مربوطه و جامعه پزشکی به‌طورکلی داشته باشند آگاه باشند (۱،۲)؛ کارکنان مراقبت بهداشت در خط مقدم تلاش برای مهار این شیوع قرار دارند (۵) و درحالی‌که چندین مطالعه از شیوع‌های گذشته مربوط به کروناویروس مای قبلی نظیر سارس وجود دارد که درس‌هایی را از این کرونا ویروس‌ها فراهم می‌آورد که در کرونا ویروس کنونی اطلاعات مفیدی را بری حفاظت از کارکنان مراقبت از سلامت فراهم می‌آورد در مورد کووید ۱۹ موضوعات ناشناخته بسیاری وجود دارد (۲). همچنین شیوع سریع و قدرت کشندگی کرونا ویروس جدید متفاوت از موارد قبلی بود و لزوم مطالعه در مورد این ویروس در ابعاد مختلف را بیشتر نشان می‌دهد (۵).

از یک سو با توجه به اهمیت نقش کادر درمانی در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر همچون کرونا ویروس به‌عنوان تلاشگران خط مقدم مقابله با و همچنین قدرت شیوع و کشندگی بالای این ویروس که با همه‌گیری‌های قبلی متفاوت بوده او از سوی دیگر جستجوهای پژوهشگران در پایگاه‌های داده‌ها نشانگر آن بود که پژوهشی که در ایران به بررسی چالش‌های کادر درمان بپردازد یافت نشد، درنتیجه پژوهش حاضر قصد دارد با روش‌شناسی کیفی، چالش‌های پیش روی کادر درمان که در بخش بیماران مبتلا به کرونا مشغول به فعالیت هستند را شناسایی کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کیفی – توصیفی بود و با توجه به این که پژوهشگران به دنبال شناسایی چالش‌های پیش روی کادر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

درمان در بخش بیماران مبتلا به کرونا ویروس بودند، استفاده از این روش مناسب به نظر رسید. مطالعات کیفی و توصیفی، توصیف خلاصه و جامعی از یک پدیده یا واقعه را به زبان روزمره فراهم می‌آورد (۱۶). جامعه موردمطالعه کلیه کادر درمان اعم از پرستاران و پزشکان بیمارستان‌های شهر قم که در بخش کرونا ویروس از ابتدای شیوع بیماری مشغول به فعالیت بودند. انتخاب مشارکت‌کنندگان به‌صورت مبتنی بر هدف و تا اشباع داده‌ها انجام گرفت. کادر درمان به‌منظور شرکت در پژوهش باید حداقل ۵ سال سابقه کار مستمر در بیمارستان را داشته و حداقل ۲ هفته یا بیشتر در بخش بیماران مبتلا به کرونا ویروس مشغول به خدمات‌رسانی بوده باشند. داده‌های موردنظر از طریق جلسات مصاحبه انفرادی نیمه ساختاریافته و با استفاده از راهنمای مصاحبه، به همراه ضبط صدا و یادداشت‌های عرصه جمع‌آوری شد. کسب رضایت شفاهی آگاهانه، توجه به حریم خصوصی افراد، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پژوهش ازجمله ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد. مصاحبه با یک سؤال کلی تحت عنوان «از زمانی که در بخش بیماران مبتلا به کرونا ویروس مشغول به فعالیت هستید چه موضوعاتی ذهن شما را به خود مشغول کرده است؟» آغاز می‌شد. سپس در صورت لزوم سؤالاتی نظیر«چه افکار نگران‌کننده‌ای که ذهن شما را درگیر می‌کرد؟» پرسیده شد. جهت انجام مصاحبه، پژوهشگر قبل از انجام مصاحبه با معرفی خود و ارائه توضیحات لازم در ارتباط با هدف و روند پژوهش و جلب همکاری آنان مصاحبه شروع می‌شد. در جلسات مصاحبه پژوهشگر با توضیح در مورد ضبط صدا و کسب اجازه اقدام به انجام مصاحبه نمود. درمجموع ۱۱ مصاحبه صورت گرفت که هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

بعد از انجام هر مصاحبه، در کوتاه‌ترین زمان ممکن، اطلاعات ضبط‌شده چند بار به‌طور دقیق بررسی و کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. سپس اطلاعات منتقل‌شده بر روی کاغذ، تایپ و دوباره با موارد ضبط‌شده مقایسه شد. تحلیل داده‌ها طی مراحل اولیه جمع‌آوری آغاز گردید. این امر به فرایند رفت‌وبرگشت بین ایجاد مفاهیم و جمع‌آوری داده‌ها کمک کرده و می‌تواند موجب جهت دادن به جمع‌آوری داده‌های بعدی برای دستیابی به اطلاعات مناسب جهت پاسخ به سؤالات پژوهش گردد (۱۷).

جهت تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. تحلیل داده‌ها از اولین مصاحبه آغاز گردید تا رفت‌وبرگشت بین جمع‌آوری داده‌ها و ایجاد مفاهیم تسهیل شود و جمع‌آوری داده‌های بعدی نیز در مسیر مناسب صورت گیرد (۱۷). روند تحلیل داده‌ها بر اساس روش گرانهیم و لودمن در سال ۲۰۰۴ بود که مراحل آن عبارت‌اند از: ۱- پیاده‌سازی مصاحبه‌های انجام‌شده و چندین بار مرور آن‌ها به‌منظور پیدا نمودن درک صحیحی نسبت به‌کل موارد پیاده شده، ۲- استخراج واحدهای معنایی و دسته‌بندی نمودن آن‌ها تحت عنوان واحدهای فشرده، ۳- خلاصه و دسته‌بندی نمودن واحدهای فشرده و انتخاب برچسب مناسبی برای آن‌ها، ۴- مرتب نمودن زیردسته‌ها و ۵- انتخاب عنوان مناسبی که قابلیت پوشش دسته‌های حاصل‌شده را دارا باشد (۱۸).

طی فرایند تحلیل داده‌ها، ابتدا واحدهای تحلیل مشخص شدند که در پژوهش حاضر، کل متن هر مصاحبه به‌عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. پس‌ازآن واحدهای معنایی مشخص گردیدند که عبارات و جملات دربرگیرنده جنبه‌های مختلف مفهوم اصلی بودند. سپس کدگذاری انجام شد که طی آن واحدهای معنایی فشرده‌شده و به کد تبدیل شدند. کدها خلاصه و دسته‌بندی‌شده و طبقات را به وجود آوردند؛ و درنهایت طبقات دارای نظم تکرارشونده، درون‌مایه‌ها را تشکیل دادند (۱۸). صحت یافته‌ها از طریق بررسی مقبولیت[4]، همسانی[5]، تأیید پذیری[6] و انتقال‌پذیری[7] بررسی گردید. بدین منظور درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اصلاحی صاحب‌نظران در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی و کدهای استخراج‌شده با برخی مشارکت‌کنندگان در میان گذارده و مورد تأیید آنان قرار گرفت. درروش جمع‌آوری داده‌ها تلاش شد در انتخاب نمونه حداکثر تنوع لازم در نظر گرفته شود (۱۹).

یافته‌ها

در ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه می‌گردد.

4. Credibility
5. Dependability
6. Conformability
7. Transferability

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در تحقیق

شرکت‌کننده‌ها	جنسیت	سن	وضعیت تأهل	شغل	سابقه کار	تحصیلات
۱	مرد	۳۹ سال	متأهل	پرستار	۱۵ سال	کارشناسی پرستاری
۲	مرد	۴۸ سال	متأهل	پرستار	۲۰ سال	کارشناسی پرستاری
۳	مرد	۵۴ سال	متأهل	پزشک	۲۰ سال	پزشک عمومی
۴	زن	۳۲ سال	مجرد	پرستار	۱۰ سال	کارشناسی پرستاری
۵	زن	۴۰ سال	متأهل	پرستار	۱۴ سال	کارشناسی پرستاری
۶	مرد	۳۷ سال	متأهل	پزشک	۸ سال	پزشک عمومی
۷	مرد	۴۷ سال	متأهل	پزشک	۱۸ سال	پزشک عمومی
۸	مرد	۳۶ سال	متأهل	پرستار	۱۰ سال	ارشد پرستاری
۹	مرد	۵۶ سال	متأهل	پرستار	۳۰ سال	کارشناسی پرستاری
۱۰	زن	۴۰ سال	متأهل	پزشک	۱۵ سال	پزشک عمومی
۱۱	زن	۲۸ سال	مجرد	پرستار	۶ سال	کارشناسی پرستاری

در این مطالعه ۱۱ شرکت کننده در دامنه سنی بین ۲۸ تا ۵۶ سال مورد مصاحبه قرار گرفتند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در تحقیق ۴۱.۵ سال بود. ازنظر وضعیت تأهل ۹ نفر از افراد متأهل و ۲ نفر مجرد بودند. همچنین شغل ۷ نفر از متخصصان کادر درمان پرستار و ۴ نفر نیز پزشک بودند. از این تعداد ۷ نفر مرد و ۴ نفر از آنان نیز زن بودند. میانگین مدت زمان سابقه کار این افراد ۱۵/۰۹ بود. ازنظر تحصیلات ۷ نفر کارشناسی پرستاری و ۳ نفر پزشکی عمومی و ۱ نفر از آن ها کارشناسی ارشد بودند.

در جدول شماره ۲ مضامین اصلی و مضامین فرعی مطرح‌شده برای چالش‌های پیش رو کادر درمان ارائه‌شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر در مورد چالش‌های پیش روی کادر درمان شامل ۹ مضمون اصلی (تجربه آشفتگی روانی و هیجان‌های منفی، تجربه سختی و فشار کاری، عدم به‌کارگیری متخصصان سلامت روان و کمبود مهارت‌های روان‌شناختی، عدم آمادگی کافی در مقابله با بیماری، کمبود دانش تخصصی، تجربه تعارض شغلی، کاهش روابط بین فردی و استیگمای کرونا ویروس، اختلاف‌نظر و تعارض با اعضای خانواده، تجربه ناکامی و درماندگی به علت ماهیت بیماری) و ۲۲ خرده مضمون بود. لازم به ذکر است که برخی از مفاهیم شامل خرده مفاهیم می‌شود که در ادامه به همراه نمونه‌ای از اظهارات شرکت‌کنندگان گزارش‌شده است.

۱- تجربه آشفتگی روانی و هیجان‌های منفی: کادر درمان احساس غم و افسردگی از فوت ناگهانی و دردناک بیماران و بیان این موضوع به خانواده‌شان، احساس ناامیدی و درماندگی، نگرانی و اضطراب از عود بیماری، وحشتناک بودن بیماری به علت برچسب کرونا، احساس گناه از ناکارآمدی درمان و از ناقل بودن و انتقال بیماری به سایرین، ادامه افکار منفی و همراه با اضطراب حتی در هنگام برگشت به خانه، ترس از مبتلا شدن به بیماری در مورد خود و اطرافیان، از دست دادن شغل، ترس از عقوبت الهی و ترس از دست دادن موقعیت‌های ازدواج را تجربه نمودند. همچنین در فرایند خواب، تغذیه و استراحت آن‌ها تداخل ایجادشده بود. به‌عنوان نمونه چند مورد از نقل‌قول‌های شرکت‌کنندگان عبارت‌اند از:

- شرکت‌کننده ۸: بیشترین افکاری که آزارم میده همین ترس از اینکه آدم مبتلا به این ویروس بشه. به اینم خیلی فکر می‌کنم که اگر آدم جای این بیمارا بود چه قدر سخت بود براش. یا اینکه اگر یکی از این بیماران عزیزانش بود چه قد بهشون سخت می‌گذشت... احساسات مختلفی رو میشه گفت. بعضی وقت‌ها احساس غمگینی کنم به خاطر شرایط و وضعیت بیمارا چون بالاخره سخته، یه وقتایی احساس گناه هم خیلی داشتم چون واقعاً مریضیه که خیلی نمیشه کاری براشون کرد یا اینکه کاری از دستم برنمیاد.
- شرکت‌کننده ۵: من یه چیزی خیلی برام دردناک بود این بود که این مریض‌ها غریبانه می‌مردند؛ و بی‌کس و بی خانواده بودند خیلی سخت بود (مصاحبه‌شونده با بغض صحبت می‌کند). ببین وقتی اون آدم می‌مرد حتی خانواده‌اش هم خیلی سختشون بود جسدش رو تحویل بگیرن و خیلی ازشون می‌ترسیدن.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

- شرکت‌کننده ۱۱: بابا کار کردن تو اینجا برام عذابه. من خودم مشکل اضطراب دارم. تازه قصد دارم مشاوره هم برم. من اینقد آدم استرسی‌ام که کلی ریزش مو پیدا کردم. حالا واقعاً کار کردن تو این بخش خیلی برام سخته. خب خیلی اضطراب دارم. واقعاً بیماری خاصیه. همه رو درگیر می‌کنه. ولی خب جز نگرانی بیشتر غمگین هم میشم یعنی دلم می‌گیره (مصاحبه‌شونده بغض می‌کند) یعنی واقعاً عجب دنیای بی رحمیه، جلو چشم آدم، این بیماران فوت می‌کردند چه قدر سختِ از همه سخت‌تر اینکه چه طوری به خانواده‌هاشون بگیم. خدا خودش بهمون رحم کنه.

۲- تجربه سختی و فشار کاری: دشواری استفاده از پوشش‌های محافظ (لباس مخصوص، ماسک)، شستشوی مداوم و تعویض لباس، ایجاد رد ماسک روی صورت، کاهش پرسنل کاری مشغول به کار در بخش بیماری کرونا ویروس از جمله سختی‌های کادر درمان گزارش شد. برخی از شرکت‌کنندگان چنین بیان کردند:

- شرکت‌کننده ۲: خب واقعیتش روزای اول که این بیماری اومده بود و بخش ما تبدیل به این بخش کرونایی شده بود چون ما بخش جراحی مغز و اعصاب بودیم و اینقد لازم نبود که از خودمون حفاظت فردی و شخصی داشته باشیم اینکه هر چند دقیقه یکبار دستامون رو بشوریم، ماسک بزنیم، لباس بپوشیم. خود همین ماسک زدنه خیلی ما رو کلافه می‌کنه. مدام احساس خفگی می‌کنیم. خود این عامل‌های حفاظتی واسه آدم استرس میاره، تنگی نفس میاره، آدم تنش عرق می‌کنه خیلی حس بدیه. عرصه بر آدم تنگ میشه.
- شرکت‌کننده ۹: اون اوایل خیلی جو دِپرس کننده بود، همه ما نگران بودیم و دقیقا نمی‌دوستیم که چه کار باید بکنیم، بیمار زیاد بود و پرسنل خیلی کم، مثلاً اون اوایل کلاً چهار تا پرستار بود و بالای بیست تا بیمار تو بخش ما.

۳- عدم بکارگیری متخصصان سلامت روان و کمبود مهارت‌های روان‌شناختی: تعدادی از کادر درمان اشاره کردند که به‌اندازه کافی از مهارت‌های روان‌شناختی برای مدیریت استرس و مدیریت تعاملات خانوادگی بهره‌مند نبودند و نیاز به آموزش در این زمینه داشتند و حضور متخصصان سلامت روان کاملاً به چشم می‌خورد. به‌عنوان نمونه یکی از شرکت‌کنندگان بیان داشت:

شرکت‌کننده ۷: داستان کرونا تموم میشه ولی چیزی که ما نتونستیم و از اون خیلی غافل بودیم همین کنترل استرس در مریض‌ها و پرسنل درمان بود من شخصاً اعتقاد دارم علت مرگ همش کرونا نبود. به نظرم باید از همون اول خیلی از روانشناسا و مشاورا کمک می‌گرفتن نقششون خیلی می‌تونست مهم باشه. باور کنید ما باید جلسات گروهی تشکیل می‌دادیم و به یک پروتکل می‌رسیدم که برای مقابله با این استرس چه کار کنیم.

٤- عدم آمادگی کافی در مقابله با بیماری: کادر درمان در بیان تجربیات خود اذعان داشتند که در ابتدای شیوع بیماری به دلیل عدم آمادگی کافی تجهیزات کافی نبود، تعداد پرسنل با توجه به سرعت رشد بالای بیماران ناکافی بود و حتی تعدادی از پرسنل نیز انصراف داده بودند.

- شرکت‌کننده ۹: اوایل کار کمبود داروی مناسب، کمبود اکسیژن و کمبود نیرو خیلی احساس می‌شد و این فشار کاری را روی ما خیلی زیاد می‌کرد ولی الان شرایط خیلی بهتره.

۵- کمبود دانش تخصصی و تجربه کافی ویژه این بیماری: اغلب کادر درمان بیان نمودند که دانش تخصصی کافی در مورد ماهیت بیماری، با فرایند و نحوه عملکرد بیماری کرونا ویروس، نحوه درمان، پیش‌بینی سرعت شیوع و حجم بیماری و احتمال عود نداشته و از مهارت‌های کافی در نحوه مقابله با این بیماری را بهره‌مند نبودند. همین موضوع زمینه ساز آشفتگی‌های روانی بیشتر بود. به عنوان مثال شرکت‌کننده ۲ جملات زیر را بیان کرد:

- بالاخره شرایط خاص بیماری، نوع سرایت سریع، ناشناخته بودن این بیماری حتی خود متخصصین هنوز نوع اثر و عملکرد این بیماری رو نشناختن. این مبهم بودنش خیلی سخته. بعضی‌ها می‌گن اثرش روی ریه است بعضی از دانشمندا می‌گن رو قلبه. این ناشناخته بودنش من رو نگران می‌کنه. وقتی کسی آگاهی داشته باشه نگرانی‌اش کمتر میشه. حتی همین سرطان چون من خودم می‌دونم چه طوری عمل می‌کنه یا تقریباً چه طوری ایجاد میشه یا اگر چه کار کنم بیماری پیشرفت کمتری داره کمتر استرس آوره تا کرونا.
- شرکت‌کننده ۷: این بیماری ناشناخته است، معلوم نیست چیه و درمانش چی هستش، حتی هیچیش مشخص نیست، چند نوع داره، یعنی کاملاً ناشناخته؛ یعنی نه تنها درمانش بلکه خودش هم ناشناخته است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

۶- تجربه تعارض شغلی: تعدادی از پرسنل درمان به این موضوع اشاره کردند که در مورد حضور یا عدم حضور در بیمارستان تعارض داشتند. از طرفی نسبت به بیماران احساس شفقت می‌کردند، با آنها همانندسازی کرده و نگرانشان بودند و از عدم رسیدگی احساس گناه می‌کردند، از طرفی ترس از ابتلا و یا از دست دان شغل و احساس بی‌عدالتی از عدم حضور سایر پزشکان در آنها تردید ایجاد می‌کرد و منجر به ایجاد تعارض درونی بود. به عنوان نمونه یکی از شرکت‌کنندگان بیان نمود:

شرکت‌کننده ۶: عرض کنم که اولش یه کم ترس و دلهره داشتم و یه جور حس تردید که آیا قبول کنم یا خیر و وقتی هم که برای اولین بار رفتم تو بخش همچنان این ترس ها را داشتم و مدام نگران این بودم که نکنه من هم مبتلا بشم و اگر مبتلا بشم چی میشه. این افکار هم داشتم که چرا من و چرا پزشکان با تجربه‌تر یا دیگران چرا نباید بیان. از طرفی هم آدم احساس گناه داشت که نیاد و خودشا عقب بکشه، به نوعی یه چالش درونی بود که چه تصمیمی درست هست یا نه.

۷- کاهش روابط بین فردی و استیگمای کرونا ویروس: دوری خود از اطرافیان به دلیل ترس از انتقال و احساس تنهایی و دوری اطرافیان به علت ترس از مبتلا شدن از تجارب کادر درمان بود که منجر به احساس تنهایی و عدم دریافت کافی حمایت‌های اجتماعی و دریافت استیگما. به عنوان نمونه به چند مورد اشاره می شود:

- شرکت‌کننده ۱: خب اوایل که خیلی ازم دوری می‌کردند. البته بیشتر آدم‌های دور برمون؛ یعنی خود زن و بچه‌ام خوبن رفتارشون. ولی خب یه کم دور ترها مثل دوستام و اینا یه کم کمتر شده. خب بیشتر تلفنی شده. به نظرم بیشتر مردم اینطوری شدن. ولی بعضی‌ها بیشتر از ما دور میشن. می‌دونید چیه مردم اشتباه فکر می‌کنن با توجه به قدرت سرایت بالای این بیماری همه ممکنه ناقل باشن.
- شرکت‌کننده ۱۱: من دیگه تقریباً درست و حسابی حتی مامان و بابام رو نمی‌بینم. وقتی میام خونه مستقیم می‌رم طبقه بالا. حتی یه وقتایی هم تا بتونم و مامان اصرار نکنه بالا غذامو می‌خورم. خب دیگه هیچ جایی نمی‌رم. تقریباً ارتباط خاصی ندارم.

۸- اختلاف نظر و تعارض با اعضای خانواده: مخالفت اعضای خانواده از حضور کادر درمان در محیط بیمارستان بالاخص زنان و در ابتدای شیوع، افزایش تعارض با خانواده مبدا، همسر و فرزندان از این موارد بودند. به عنوان مثال شرکت‌کنندگان بیان داشتند:

- شرکت‌کننده ۹: وقتی با من تماس گرفتن که من به عنوان پرستار با بیماران کرونایی کار کنم، خانواده‌ام خیلی نگران شدن، بچه‌هام گریه می‌کردن و از من می‌خواستن که قبول نکنم، کلاً خانواده خیلی ترسیده بودن و اصلاً راضی نبودن که من قبول کنم و این موضوع باعث نارحتی و احساس تردید در من می‌شد.
- شرکت کننده ۲: مخصوصاً خانم‌ها خیلی براشون سخته. چون خانواده‌هاشون رضایت نمی‌دادند که بیان کار کنن. چون همسراشون و پدراشون اجازه نمی‌دادن که بیان سر کار. من راستش خانمم هم اصلاً روزای اول راضی نبود. می‌گفت: نرو سر کار فوقش اخراجت می‌کنن اشکالی نداره.
- شرکت‌کننده ۱: خب خیلی غمگین می‌شم. وقتی کارم تموم میشه و می‌رم خونه همسرم میگه خیلی دمغام. البته نه اینکه بخام با اونا بدرفتاری کنم. ولی خب حالم گرفته می‌شه. می‌گم بیشتر دیدن فوت آدم‌ها سخته.

۹- تجربه ناکامی و درماندگی به علت ماهیت بیماری: شرکت‌کنندگان در بیان تجارب اشاره کردند که در برخورد با این بیماری با توجه به مرگ ناگهانی و بدون علامت و غیرقابل پیش‌بینی احساس ناامیدی، درماندگی و ناکامی می‌نمودند. به عنوان نمونه به ذکر چند مصداق می‌پردازیم:

- شرکت‌کننده ۱۰: بیشتر ترس از ابتلاء به این بیماری هست، تو این همه سال تجربه کاری هیچ بیماری به این قدرت سرایت و توجه عمومی ندیدم و بیشتر اینکه آدم نمی‌دونست چه کار باهاش کنه و داروی خاصی برای کنترل این بیماری نداریم، نوع مرگاش هم متفاوته، مریض‌هایی بودن که خیلی خوب بودن ولی یک دفعه به کما می‌رفتن یا فوت می‌کردن.

شرکت‌کننده ۱: آره. خب ببینید امروز خانواده بیمار زنگ می‌زد می‌گفت حال مثلاً پدرم چطوره، بعد ما می‌گفتیم که خوبه. چون واقعاً خوب بود به فرض سرفه‌اش کمتر شده بود، اشتهاش بهتر شده بود، تب‌اش قطع شده بود. ولی بعد یه هو همین بیمار فردا در اثر ایست قلبی فوت می‌کرد و خب این توضیح دادنش برای خانواده بیمار خیلی سخت بود. فک می کردن ما دروغ می‌گیم بهشون. ولی لامذهب مریضی‌اش عجیب غریبه یه هویی آدم رو از پا می‌اندازه.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

جدول ۲. مضامین اصلی و مضامین فرعی مطرح‌شده برای چالش‌های پیش رو کادر درمان

مضامین اصلی	مضامین فرعی
۱- تجربه آشفتگی روانی و هیجان‌های منفی	• احساس غم و افسردگی از فوت ناگهانی بیماران
	• احساس گناه ناشی از ناقل بودن و انتقال بیماری به سایرین • احساس گناه ناشی از عدم کار آیی کافی درمان،
	• نگرانی و اضطراب از عود بیماری، وحشتناک بودن بیماری به علت برچسب بیماری، ادامه افکار منفی و همراه با اضطراب حتی در هنگام برگشت به خانه
	• ترس از مبتلا شدن به بیماری در مورد خود و اطرافیان، ترس از دست دادن شغل، ترس از عقوبت الهی، ترس از دست دادن موقعیت‌های ازدواج
	• به‌هم‌ریخته شدن خواب، غذا و زمان استراحت
۲- تجربه سختی و فشار کاری:	• ایجاد تنش ناشی از پوشیدن لباس‌های محافظ و ماسک (سختی پوشش و ایجاد رد ماسک) • شستشوی مداوم و تعویض لباس
	• کاهش کارکنان کاری مشغول به کار در بخش بیماری کرونا ویروس
	• نبود همراه بیمار و افزایش فشار روانی بر کادر درمان به علت احساس تنهایی بیمار
۳- عدم به‌کارگیری متخصصان سلامت روان و کمبود مهارت‌های روان‌شناختی	• نداشتن مهارت‌های کافی روان‌شناختی در مدیریت استرس و مدیریت روابط خانوادگی در شرایط بیماری
	• نبود نیروی متخصص سلامت روان
۴- عدم آمادگی کافی در مقابله با بیماری	• کمبود تجهیزات در ابتدای شیوع بیماری
	• کمبود کارکنان درمانی (انصراف تعدادی از کارکنان و افزایش سریع بیماران در ابتدای شیوع)
۵-کمبود دانش تخصصی و تجربه کافی ویژه این بیماری	• فقدان دانش کافی در زمینه ماهیت بیماری، فرایند و نحوه عملکرد بیماری کروناویروس، نحوه درمان، پیش‌بینی سرعت شیوع و حجم بیماری و احتمال عود
	• عدم مهارت و تجربه بالینی کافی برای مقابله با کروناویروس
۶- تجربه تعارض شغلی	• مسئولیت‌پذیری در قبال دیگران: تجربه احساس شفقت و دلسوزی به بیماران، احساس گناه نسبت به بیماران
	• مسئولیت‌پذیری در قبال خود و خانواده: ترس از ابتلای خود و عزیزان
۷- کاهش روابط بین فردی و استیگمای کرونا ویروس	• دوری خود از اطرافیان به دلیل ترس از انتقال و احساس تنهایی
	• دوری اطرافیان به علت ترس از مبتلا شدن
	• دریافت انگ اجتماعی
۸- اختلاف‌نظر و تعارض با اعضای خانواده	• مخالفت اعضای خانواده با حضور کادر درمان در محیط بیمارستان بالأخص زنان و در ابتدای شیوع بیماری • مخالفت خانواده منجر به ایجاد احساس تردید و ناراحتی
	• افزایش تعارض با خانواده مبدأ • افزایش تعارض با همسر • افزایش تعارض با فرزند
۹- تجربه ناکامی و درماندگی به علت ماهیت بیماری	• سرعت شیوع بالا • مرگ ناگهانی و بدون علائم

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که کادر درمانی اعم از پزشکان و پرستاران که در بخش بیماران مبتلا به کرونا ویروس مشغول به فعالیت بودند با چالش‌های بسیاری روبه‌رو بودند که این چالش‌ها در حوزه هیجانات منفی روان‌شناختی، روابط بین فردی و خانوادگی، محیط شغلی و سختی کار هست. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که عدم به‌کارگیری متخصصان سلامت روان و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

کمبود مهارت‌های روان‌شناختی یکی از چالش‌های پیش روی کادر درمانی می‌باشد. همسو با تحقیق حاضر پژوهشی که در ووهان انجام شد نشان داد که نسبت بزرگی از آشفتگی‌های کادر درمان شامل آشفتگی‌های سلامت روانی است، پرستاران و پزشکان در ووهان با محدودیت‌های زیادی در دسترسی به خدمات مراقبت از سلامتی روبه‌رو بوده‌اند (۱۴).

همین مصالح به اهمیت توجه به جنبه‌های روان‌شناختی کادر درمان و مجهز نمودن این متخصصان با مهارت‌های روان‌شناختی علاوه بر جنبه‌های جسمی بیماری تأکید دارد. ژنگ در تحقیق خود نشان داد که ترس از برچسب‌زنی به‌صورت بالقوه مانع این افراد در درخواست کمک‌های روان‌شناختی بود و همین عامل می‌تواند تأثیر مهمی بر سلامت روان کادر درمان داشته باشد (۲۱).

شرکت‌کنندگان در این پژوهش به‌واسطه اشتغال در بخش بیماران مبتلا به کرونا ویروس هیجانات منفی غم و اضطراب را به‌صورت گسترده تجربه می‌کردند. تحقیق لای و همکاران (۲۰۲۰) که بررسی پیامدهای روانی‌ای که کادر درمان در معرض آن هستند پرداخته بود همسو با تحقیق حاضر نشان داد که درصد قابل‌توجه ای از پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های چین در زمان شیوع کووید ۱۹، نشانگان افسردگی (۵۰/۴) اضطراب (۴۴/۶۰)، بی‌خوابی (۳۴ درصد) و پریشانی یا آشفتگی (۷۱/۵) را تجربه کردند (۶).

در یک تحقیق دیگر نیز نشان داده شد که کادر درمان در ووهان که در بخش داخلی کار می‌کردند در مقایسه با کادر درمانی که در بخش‌های دیگر کار می‌کردند سطح بالایی از نشانگان وسواسی جبری، اضطراب، حساسیت بین فردی را نشان دادند (۸). ماوندر و همکاران (۲۰۰۳) همسو با یافته‌ی پژوهش حاضر که کاهش روابط بین فردی و استیگمای کرونا ویروس بود مطالعه‌ای که در زمان شیوع کرونا ویروس سارس انجام‌شده بود نشان دادند که کارکنان تحت تأثیر ترس از آلودگی و آلوده کردن خانواده، دوستان و همکاران قرار داشتند و ننگ اجتماعی و انزوای بین فردی از نگرانی‌های عمده آن‌ها بود (۹). پژوهش بر روی کادر درمان در شیوع آنفولانزای H1N1 در کشورهای اروپایی نیز نشانگر آن است که کادر درمان در زمینه ارتباط با چالش‌هایی نظیر مشکلات اولیه ارتباطی برخوردار بودند (۱۰).

می‌توان چنین بیان داشت که با توجه به لزوم فاصله‌گذاری و قطع زنجیره انتقال روابط بین فردی کاهش‌یافته است که بسیار نیز ضروری به نظر می‌رسد اما همین مسئله منجر به کاهش روابط بین فردی و احساس دوری از انسان‌ها شده است و برای همین موضوع نیز از منظر روان‌شناختی باید تدبیری اندیشیده شود. یکی از نتایج تحقیق پژوهش ایوس و همکاران (۲۰۰۹) در زمان شیوع آنفولانزا در بریتانیا مسئولین مراقبتی با فرزندانشان با توجه به تعطیلی مهدکودک‌ها بود (۱۱). در تحقیق حاضر بیشتر تعارض مربوط به نگرانی فرزندان از حضور والدین و ترس از ابتلا شدن می‌باشد؛ که با توجه به حمایت خانواده‌های ایرانی از نوه‌هایشان و همکاری در تربیت فرزند قابل تبیین است. در مطالعه‌ای متمرکز بر خانواده‌های کادر درمان به این نتیجه رسید که اختلال اضطراب فراگیر ۳۳/۷۳ ۳ و نشانگان افسردگی ۲۹/۳۵ در بین خانواده‌های کادر درمان شیوع دارد. واکنش روان‌شناختی به شیوع کووید ۱۹ در میان اعضای خانواده کادر درمان بسیار شدید بوده است که اغلب مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند (۱۵).

طبق یکی از نتایج تحقیق آیلو و همکاران (۲۰۱۱) نگرانی راجع به آموزش و آماده‌سازی خانواده کارکنان و جامعه به‌عنوان یکی از منابع استرس کارکنان مشغول به کار بیمارستان در پاندمی آنفولانزا شناخته‌شده است (۱۶) که در تحقیق حاضر نیز بسیاری از خانواده‌ها به علت عدم آگاهی و آشنایی کافی با حضور کادر درمان مخالفت کردند و منجر به تنش خود و کادر درمان بودند. می‌توان چنین بیان داشت که آموزش خانواده و توجه به ابعاد روان‌شناختی خانواده‌ها و کار روان‌شناختی با خانواده‌های کارکنان درمان علاوه بر خود کارکنان درمان از اهمیت بالایی برخوردار است. همسو با تحقیق حاضر، لای و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیق خود نشان دادند که فشار زیاد کار، کاهش وسایل محافظت شخصی، نداشتن داروی خاص منجر به فشار روانی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (۶).

کورلی، هاموند و فریزر (۲۰۱۰) در مطالعه خود که به بررسی تجارب زیسته پرستاران و کارکنان پزشکی در واحد مراقبت‌های ویژه در طی پاندمی آنفلوانزای HQN1 2009 در استرالیا پرداختند بیانگر این بود که سختی پوشیدن تجهیزات محافظ شخصی برای ساعاتی طولانی؛ روش‌های کنترل سرایت، ترس از انتقال بیماری؛ حفظ سطح کافی کارکنان در بخش مراقبت‌های ویژه. نقش‌های جدید برای کارمندان؛ سطح روحیه؛ آموزش در مورد اکسیژن‌رسانی؛ و چالش‌های مراقبت از بیمار برای کارکنان در حال مراقبت از بیماران چالش‌های این افراد بود که همسو با نتایج پژوهش می‌باشد (۱۲).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

با توجه به تحقیق اسچوارتزکینگ و یـن (۲۰۲۰) مـی‌تـوان بیان داشت که شیوع سریع و قـدرت کشـندگی کرونـا ویـروس جدید متفاوت از موارد قبلی پاندمی‌ها است و باید موردتوجه ویژه قرار بگیرد. به‌علاوه مطالعات اخیر روی بیماری سارس نشان داد کـه متخصصـان سـلامت روان مسـائلی ازجملـه افسـردگی، اضطراب، ترس و ناامیدی و درماندگی را تجربه می‌کنند (۲۱). با توجه به شیوع بالا و نبود دانش تخصصی کـافی در ایـن زمینـه تجربه ناکامی و درماندگی به نظر طبیعـی مـی‌رسـد. همسـو بـا تحقیق حاضر همچنین نعیم، عرفان و جـواد (۲۰۲۰) در تحقیـق خود بر اهمیت افزایش تاب‌آوری اشاره کردند (۲۲).

در مطالعه‌ای همسو با تحقیق حاضر در جامعـه پاکسـتان در طول شیوع کرونا ویروس نشان دادند کـه متخصصـان سـلامت روان احساس فرسـودگی، ناکـامی و چـالش‌هـای سـازگاری بـا شرایط جدید را فراهم نموده است (۲۳). همسو با تحقیق حاضـر برخی از تحقیقات نشان دادند که تجهیزات و نیروی متخصـص کافی در دسترس نبود (۱۲، ۱۰). همچنین همسو با یافتـه‌هـا در مطالعه‌ی در مورد کادر درمان پاکستان نتایج نشان داد کـه ایـن افراد از کمبود تجهیزات کافی در حفاظت از خـود مواجـه بودنـد (۲۳). البته طبق تجربیات شرکت‌کننـدگان در تحقیـق در ایـران کادر درمان اغلب با تجهیزات پزشکی و نه محافظتی و عمدتاً در ابتدای شیوع مواجه شده و همان‌طور که بیان نمودند در ادامه از این منظر وضعیت بهبود پیداکرده بود. محققان اذعان دارنـد کـه در مورد بیماری کرونا ویروس موضوعات ناشناخته بسیاری وجود دارد (۲).

این پژوهش ما را به این سمت رهنمـون مـی‌سـازد کـه در شروع و همه‌گیـر شـدن بیمـاری کرونـا ویـروس کـادر درمـان استرس، اضطراب و تعارض زیادی را تجربه کرده و ابهام زیادی در مورد انجام کار داشتند. فضای درمانی کاملاً یأس‌آور بوده که علت آن عدم آگاهی کافی، ترس از ابتلا و انتقـال آن بـه سـایر اعضای خانواده و مخالفت آنان بوده است. بدین‌جهـت پیشـنهاد مـی‌گـردد کـه در شـرایط بیمـاری‌هـای واگیـرداری ازجملـه بیماری‌های همچون کرونا ویروس و سارس که سرعت انتقال و میـزان فشـار کـاری کـادر درمـان بـالا مـی‌باشـد. اسـتفاده از متخصصین سلامت روان در به‌کارگیری نیروهای آمـوزش‌دیـده برای کار در شرایط بحرانی و استفاده از مشوق‌ها و حمایت‌هـای مادی و معنوی و آموزش و دادن اطلاعات لازم در مورد بیماری مؤثر می‌باشد.

محدودیت در دسترسی به نمونه بیشتر به دلیل سختی کار و کمبود زمان کادر درمان ازجمله محدودیت‌های این پـژوهش بـه شمار می‌آید.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از تمامی کادر درمان ازجمله پزشکان، پرستاران و کارکنان درمانی شهر قم که در این پژوهش ما را یاری کردنـد نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bondi-Zoccai G & Brodie D. Cardiovascular considerations for patients, health care workers and health systems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Journal of the American College of Cardiology 2020; 75(18): 2352-71
2. Wax RS, Christian MD. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie. 2020; 67: 568–76
3. Bowdle A, Munoz-Price LS. Preventing infection of patients and healthcare workers should be the new normal in the era of novel coronavirus epidemics. Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists 2020;132(6): 1292-95
4. Zhou P, Huang Z, Xiao Y, Huang X & Fan XG. Protecting Chinese healthcare workers while combating the 2019 novel coronavirus. Infection Control & Hospital Epidemiology 2020; 1-4.
5. Schwartz J, King CC, Yen MY. Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: lessons from Taiwan's severe acute respiratory syndrome response. Clinical Infectious Diseases. 2020;71(15):858-860.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]

6. Lai J, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Tan H. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA network open. 2020; 3(3): 203976-203976.
7. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19).outbreak on healthcare workers in China. medRxiv 2020
8. Deng G, Li H, Song X, Ni C, Cai W, Hou T & Yin Q. Psychological status of health care workers during the outbreak of Coronavirus disease in China: a cross-sectional study. Asian Journal of Psychiatry. 2020; 102111(51): 1-4
9. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, Mazzulli T. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. Cmaj. 2003 May 13;168(10):1245-51.
10. Hashim A, Jean-Gilles L, Hegermann-Lindencrone M, Shaw I, Brown C, Nguyen-Van-Tam J. Did pandemic preparedness aid the response to pandemic (H1N1) 2009? A qualitative analysis in seven countries within the WHO European Region. Journal of infection and public health. 2012 Aug 1;5(4):286-96.
11. Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JI, Sorell T, Wilson S. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. BMC Public Health. 2009 Dec;9(1):1-3.
12. Corley A, Hammond NE & Fraser JF.The experiences of health care workers employed in an Australian intensive care unit during the H1N1 Influenza pandemic of 2009: a phenomenological study. International journal of nursing studies. 2010;47(5): 577-585.
13. Aiello A, Young-Eun Khayeri M, Raja S, Peladeau N, Romano D, Leszcz M & Moore A. Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic. Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2011;31(1): 15-20.
14. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, Hu S. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. Brain, behavior, and immunity. 2020; 87:11-17
15. Ying Y, Ruan L, Kong F, Zhu B, Ji Y, Lou Z. Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a cross-sectional study. BMC psychiatry. 2020 Dec;20(1):1-0.
16. Polit DF, Tatano Beck CH. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization (Essentials of Nursing Research (Polit)). 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins 2006.
17. Zhang Y, Wildemuth BM.Qualitative analysis of content. In: Wildemuth B, editor. Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science. Westport, CT: Libraries Unlimited 2009.
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004; 24(2): 105-12.
19. Boswell C, Cannon SH. Introduction to Nursing Research: Incorporating Evidence Based Practice. Boston, MA: Jones & Bartlett Publishers. 2007.
20. Zheng W. Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. Journal of affective disorders. 2020 May 15;269:201.
21. 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.
22. Naeem F, Irfan M, Javed A. Coping With Covid-19: Urgent Need for Building Resilience Through Cognitive Behaviour Therapy. Khyber Medical University Journal. 2020 Mar 31;12(1):1-3.
23. Rana W, Mukhtar S & Mukhtar S. Mental Health of Medical Workers in Pakistan during the Pandemic COVID-19 Outbreak. Asian Journal of Psychiatry. 2020;7(51): p102080.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.4.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.237]