

Research Paper

Challenges Related to Treatment/Care of Patients With COVID-19 Hospitalized in Forghani Hospital in Qom, Iran: A Qualitative Study



Zohre Khalajinia¹, Monireh Mirzaie², Reza Heidarifar³, *Sarallah Shojaei⁴, Fatemeh Dehghani⁵

1. Department of Midwifery, School of Medicine, Qom University of Medical Science, Qom, Iran.
2. Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
3. Clinical Research Development Center, Nekoui-Farghani Hospital (Khairin Salamet), Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
4. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
5. Spiritual Health Research Center, School of Health and Religion, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.



Citation Khalajinia Z, Mirzaie M, Heidarifar R, Shojaei S, Dehghani F. [Challenges Related to Treatment/Care of Patients with COVID-19 Hospitalized in Forghani Hospital in Qom, Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2023; 16(12):954-967. <https://doi.org/10.32598/qums.16.12.47.14>

 <https://doi.org/10.32598/qums.16.12.47.14>



Received: 28 Sep 2022

Accepted: 16 Jan 2023

Available Online: 01 Mar 2023

Keywords:

Qualitative research,
Patients, COVID-19

ABSTRACT

Background and Objectives The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic caused a crisis in health care systems such that the treatment/care of patients 19 faced big challenges. This study aims to investigate the challenges related to treatment/care of patients hospitalized in Forghani Hospital in Qom, Iran.

Methods This study was conducted using the qualitative content analysis approach in 2020 Forghani Hospital in Qom, Iran. Eleven patients with COVID-19 were selected using a purposive sampling method. Data collection tool was in-depth semi-structured interview. Data analysis was done using the conventional content analysis method.

Results The results of content analysis led to identification of three main themes including lack of disease knowledge, human recourse and equipment shortage, and individual-family and social concerns.

Conclusion Hospitalized patients with COVID-19 in Qom face various challenges due to the unknown etiology of the disease, lack of experience and sufficient medical staff, and personal and family concerns. Therefore, it is recommended to make proper planning for the management and control of pandemics in the future.

* Corresponding Author:

Sarallah Shojaei

Address: Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Tel: +98 (912) 4528115

Email: sshojaee@muq.ac.ir



Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Coronaviruses are one of the pathogens that affect the respiratory system in humans. They are a large family of viruses which cause diseases ranging from the common cold to more severe diseases such as severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome. In December 2019, a novel case of pneumonia with unknown etiology was reported in Wuhan, China for which vaccines and treatments were not effective and was later named COVID-19. It makes the patients face different challenges due to its unknown etiology, lack of sufficient experience in dealing with it, and unknown patient needs. For recovery, patients are needed to pay attention to different dimensions of health and coordination between them. The disease also made the healthcare system face new challenges and problems due to being novel, virus's high power of transmission, and its unknown treatment method. Since no study has been conducted in Iran to scientifically explore the challenges caused by COVID-19 and given that the prognosis of the disease in different patients is unknown, this qualitative study aims to investigate the challenges related to treatment/care of hospitalized patients with COVID-19 in Qom, Iran.

Methods

This study was done using the qualitative content analysis approach in 2020. Participants were 11 patients with COVID-19 hospitalized at Forghani Hospital affiliated to [Qom University of Medical Sciences](#) who were selected by a purposive sampling method. They were different in terms of age, gender, length of hospital stay, having/not having underlying diseases, smoking/not smoking. Inclusion criteria were diagnosis with COVID-19 by a physician and hospitalization for at least three days. The method used for data collection was in-depth semi-structured interview. The interview was started with the following questions: What are the treatment challenges in this hospital? What are the nursing care challenges in this hospital? As a COVID-19 patient, what are your experiences of hospitalization in this hospital? Fifteen interviews were done with 11 patients. The interviews lasted for 30-45 minutes depending on the severity of the disease. The interviews were repeated if needed. The interviews were transcribed and read carefully. The information obtained from the participants was analyzed by the conventional content analysis method. Important sentences and phrases were identified and underlined. After coding, similar codes were put in one category.

Results

The mean length of hospital stay in patients was 8 days, and 3 patients had underlying diseases (diabetes and hypertension). They were all married. Three main themes were extracted including unknown disease (lack of knowledge of disease transmission and prevention, lack of knowledge of disease complications, lack of a definitive treatment method or vaccine), human resources and equipment (shortages/fatigue of nurses and doctors, lack of space, insufficient services), and individual-family and social concerns (Fear of death, stigma, fear of infection in family members).

The factors in the first category can cause fear, anxiety and restlessness in patients which can affect their physical and mental health and delay their recovery. Based on the second category, lack of nursing staff and physicians was one of the major challenges that hospitals faced during the COVID-19 outbreak. A number of nurses (themselves or their families) contracted the disease and left the service cycle, which doubled the workload. One of the important concerns of hospitalized patients was fear of death, especially in the elderly with underlying diseases.

Discussion

Hospitalized patients with COVID-19 in Qom face various challenges due to the unknown etiology of the disease, lack of experience, shortage of medical staff, and personal and family concerns. Therefore, it is recommended to make proper planning for the management and control of pandemics in the future.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of [Qom University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MUQ.REC.1399.125).

Funding

This study was funded by [Qom University of Medical Sciences](#) (Grant No.: 991187).

Authors contributions

All authors contributed equally in preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the personnel of Forghani Hospital, the deputy for research of [Qom University of Medical Sciences](#), and all participants for their cooperation.

مقاله پژوهشی

تبیین چالش‌های درمانی-مراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به کرونا بستری در مرکز آموزشی درمانی
فرقانی قم: یک مطالعه کیفیزهرة خلجی نیا^۱، منیره میرزایی^۲، رضا حیدری فر^۳، *آرالله شجاعی^۴، فاطمه دهقانی^۵

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۲. گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۳. مرکز توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان بیمارستان نکویی-فرقانی (خیرین سلامت)، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۴. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۵. مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده سلامت و دین، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.



Citation Khalajinia Z, Mirzaie M, Heidarifar R, Shojaei S, Dehghani F. [Challenges related to Treatment/Care of Patients with COVID-19 Hospitalized in Forghani Hospital in Qom, Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2023; 16(12):954-967. <https://doi.org/10.32598/qums.16.12.47.14>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.16.12.47.14>

چکیده

زمینه و هدف: همه‌گیری کرونا در جهان همراه با ایجاد بحران در سیستم‌های بهداشتی درمانی بود. چنانچه مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ با چالش‌هایی روبه‌رو شد. بنابراین مطالعه‌ای با هدف تبیین چالش‌های مراقبت‌های درمانی بیماران بستری در مرکز آموزشی درمانی فرقانی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد تحلیل محتوای کیفی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. به منظور دسترسی به اطلاعات غنی و جامع، مرکز آموزشی درمانی فرقانی به‌عنوان بستر پژوهش انتخاب شد. ۱۱ بیمار کووید-۱۹ با استفاده از روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه عمیق نیمه‌ساختارمند بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد.

یافته‌ها: این مطالعه نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه را در قالب ۳ طبقه اصلی شامل بیماری ناشناخته، منابع انسانی و تجهیزات و همچنین نگرانی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی استخراج شد.

نتیجه‌گیری: بیماران به دلیل وضعیت ناشناخته بیماری، نداشتن تجربه و منابع کافی کادر درمان و همچنین نگرانی‌های فردی و خانوادگی با چالش‌های مختلفی مواجه شدند. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای مدیریت و کنترل همه‌گیری‌ها در آینده برنامه‌ریزی مناسب صورت گیرد.

تاریخ دریافت: ۰۶ مهر ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۶ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۱ اسفند ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

مطالعه کیفی، بیماران، کووید-۱۹

* نویسنده مسئول:

آرالله شجاعی

نشانی: قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری.

تلفن: ۴۵۲۸۱۱۵ (۹۱۲) ۰۹۸+

رایانامه: sshojaee@muq.ac.ir

Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

www.SID.ir

مقدمه

حضور همراهان بر بالین بیماران باعث ایجاد ترس و احساس عدم حمایت در بیماران شد، زیرا وجود همراه در کنار بیماران تا حدود زیادی از استرس بیماران کم می‌کند و نیازهای ایشان را برآورده می‌سازد. همچنین بهرامیان و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که کاهش استرس درک شده بیماران با کووید-۱۹ می‌تواند بر روی سلامتی و بهبودی تأثیرگذار باشد [۷]. همچنین جدید بودن و قدرت سرایت بیماری و یا ناشناخته بودن درمان باعث شد که سیستم مراقبتی و درمانی با مسائل و مشکلات جدیدی مواجه شود و برای بیماران نیز چالش‌های جدیدی ایجاد کند که نیاز به بررسی عمیق دارد تا با بررسی و تبیین مشکلات بیماران بتوان در جهت ارتقای سیستم درمانی این بیماران حرکت کرد [۸]. مطالعه‌ای در چین اعلام کرد تنها با رهبری ملی می‌توان هر جامعه‌ای را به منابع سلامت رفتاری مجهز ساخت. همچنین استفاده از بسیج کارآمد و مؤثر مردمی می‌تواند بخشی از نیازهای افراد کم‌درآمد را جبران کند. چنان‌که فاصله‌گذاری اجتماعی باعث شده است بسیاری از خانواده‌ها منبع درآمد خود را از دست بدهند [۹].

پیدایش این بیماری به‌عنوان یک بحران سیاست عمومی بود که چالش‌های بسیاری با خود به‌همراه آورد. با توجه به اینکه مطالعه‌ای در کشور ما این چالش‌ها را به‌صورت علمی بررسی نکرده است و سیر و پیش‌آگهی این بیماری در افراد مختلف ناشناخته است [۱۰]. بنابراین جهت آگاهی از مشکلات و چالش‌های بیماران و مسائل پیش روی آن‌ها و درک عمیق و توصیف تجاربشان برای رویارویی با همه‌گیری‌های بعدی و مدیریت و کنترل آن، مطالعه‌ای با هدف تبیین چالش‌های درمانی-مراقبتی بیماری کرونا از دیدگاه بیماران مبتلا به کرونا بستری در بیمارستان آموزشی-درمانی فرقانی قم انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به‌روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۹ انجام شد. تحلیل محتوا یک روش تحقیق معتبر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها است [۱۱]. تحلیل محتوای کیفی را می‌توان روش تحقیقی برای تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی از طریق فرایندهای طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و تم‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته‌شده دانست [۱۲].

جهت دسترسی به اطلاعات کامل و غنی، بستر پژوهش شامل مرکز آموزشی درمانی فرقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم بود. جامعه پژوهش از کلیه بیماران مبتلا به کرونا تشکیل شد و انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش مبتنی بر هدف صورت گرفت. در این مطالعه سعی بر آن شد تا نمونه‌گیری با حداکثر تنوع باشد. بنابراین مشارکت‌کنندگان از نظر سن، جنس، مدت بستری، بیماری‌های زمینه‌ای و استعمال دخانیات تنوع داشتند. معیارهای ورود شامل کلیه افرادی که به تشخیص پزشک معالج

کرونا ویروس‌ها یکی از عوامل بیماری‌زا هستند که سیستم تنفسی را درگیر می‌کنند. این بیماری خانواده بزرگی از ویروس‌ها هستند که از ویروس سرماخوردگی معمولی تا عامل بیماری‌های شدیدتری همچون سارس، مرس و کووید-۱۹ را شامل می‌شود [۱]. در دسامبر ۲۰۱۹ نیز برای اولین بار در شهر ووهان چین، پس از اینکه مردم بدون علت مشخصی دچار پنومونی شدند و درمان‌های موجود مؤثر نبودند، نوع جدیدی از ویروس کرونا با همه‌گیری در انسان به‌نام کووید-۱۹ شناسایی شد [۲]. کووید-۱۹ یک بیماری حاد است که می‌تواند منجر به آسیب به آلوئول‌های ریه و منجر به مرگ شود. نوع آسیب به بافت ریه و عفونت ایجادشده در بیماری کرونا بسیار قوی و خطرناک است و توسط سازمان جهانی بهداشت^۱ یک فوریت بهداشتی به حساب می‌آید [۳]. با توجه به ناشناخته بودن این بیماری، مشخص نبودن نیازهای بیماران و عدم وجود تجربه کافی در این خصوص، بیماران را با چالش‌های مختلفی مواجه می‌سازد. یکی از مهم‌ترین عوامل بهبودی در بیماران توجه به ابعاد مختلف سلامتی و هماهنگی بین این ابعاد است. عدم رفع نیازهای مختلف بیماران از جمله نیازهای روحی و عاطفی آن‌ها و یا وجود استرس و ترس با افزایش اکسیداتیو باعث آسیب‌های جسمی و سرکوب سیستم ایمنی می‌شود. در این زمینه، بورایو و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، بیماران مبتلا به سرطان ریه و سر و گردن اغلب در ۴ حوزه پزشکی، مالی، فرهنگی-اجتماعی و سلامت روان نیاز به حمایت و پشتیبانی دارند [۴].

در مطالعه‌ای توجه به سلامت روان افراد در همه‌گیری کرونا بسیار حائز اهمیت تشخیص داده شد که در این زمینه استفاده از خدمات مشاوره‌ای آنلاین و مداخلات روان‌شناختی برای بیماران و اعضای خانواده نیز می‌تواند مثر ثمر باشد. تشخیص به‌موقع بیماری، همکاری سایر سازمان‌ها با نظام بهداشت و درمان و استفاده از روانشناسان و اورژانس‌های اجتماعی اثربخشی را بیشتر می‌کند [۵]. در خصوص افراد دارای بیماری زمینه‌ای مثل افراد دیابتی و مسن که مستعد عفونت بالاتری هستند، نتایج تحقیقات از عدم موفقیت راهکارهای فعلی مقابله با کرونا در بیماران دیابتی گزارش دادند؛ بنابراین مدیریت این بیماران و پیشگیری از مبتلا شدن این افراد به ویروس کووید-۱۹ بسیار ارزشمند است، زیرا اضطراب نیز موجب بالا رفتن قند خون آنان می‌شود [۶].

بیماران بستری مبتلا به کرونا در بیمارستان‌ها، شرایط جدیدی را تجربه کردند. مراجعات گسترده بیماران به بیمارستان در یک دامنه زمانی خاص، محدود بودن ظرفیت بیمارستان‌ها و شرایط و مقررات جدید در نظر گرفته‌شده برای این بیماران با توجه به مسری بودن بیماری کرونا و خودداری از

1. World Health Organization (WHO)

مختلف پدیده تحت مطالعه، سعی شد از صحت و اعتبار یافته‌های مطالعه اطمینان لازم حاصل شود. اصول اخلاقی که محقق در پژوهش به کار گرفته است شامل موارد: انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مرکز آموزشی درمانی فرقانی قم، توضیح اهداف و روش‌های مورد استفاده در پژوهش برای مشارکت‌کنندگان، دریافت رضایت کتبی آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن کلیه مطالب مطرح‌شده، توضیح هدف از استفاده از ضبط صوت، یادآوری اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله و رعایت اصول امانت‌داری در نقل‌قول‌ها و حقوق مؤلفان بود.

یافته‌ها

براساس جداول مشخصات جمعیت‌شناختی، مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۱ نفر (۶ زن و ۵ مرد) بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۳۳ تا ۵۳ سال و میزان تحصیلات آن‌ها از بی‌سواد تا لیسانس بود. متوسط طول مدت بستری در بیماران ۸ روز و ۳ نفر دارای بیماری زمینه‌ای (دیابت، فشارخون) بودند. همه متأهل بودند (جدول شماره ۱).

همچنین در این قسمت نتایج حاصل از تحلیل ۱۵ مصاحبه با مشارکت‌کنندگان در قالب ۳ طبقه اصلی شامل «بیماری ناشناخته»، «منابع انسانی و تجهیزات» و «دغدغه‌های فردی-خانوادگی و اجتماعی ارائه می‌شود» (جدول شماره ۲).

بیماری ناشناخته

یکی از مفاهیم و طبقات اصلی چالش‌های درمانی و مراقبتی، ناشناخته بودن بیماری کرونا بود که شامل زیر طبقات عدم آگاهی از نحوه انتقال و پیشگیری، عدم آگاهی از پیامدهای بیماری و عدم درمان قطعی و واکسن است.

این بیماری یک ویروس کرونای جدید است که وحشت جهانی را برانگیخته است. در واقع، این وحشت بیشتر به علت ناشناخته بودن بیماری است؛ در حالی که بیماری شناخته‌شده‌ای چون آنفلوانزا با وجود مرگ‌ومیر فراوان به علت وجود درمان و واکسن چنین رعب و وحشتی را ایجاد نمی‌کند. بیماری کرونا از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است و شیوع بالایی دارد. یک بیماری ویروسی که آنتی‌بیوتیک بر روی آن اثری ندارد و به داروی ضدویروسی نیاز دارد که البته داروهای ضد آنفلوانزا در این خصوص اثربخش نبوده‌اند، زیرا ویروس کرونا با ویروس آنفلوانزا متفاوت است. درمان قطعی نداشته است و تاکنون داروهای زیادی را جهت درمان مورد مطالعه قرار دادند.

ماهیت پیچیده، مبهم و ناشناخته بیماری کرونا، ابهام در نحوه انتقال، پیشگیری و پیامدهای بیماری، عدم درمان قطعی و نداشتن واکسن و شکاف علمی قابل توجه، ادراک بیماران را

مبتلا به کرونا و حداقل ۳ روز بستری بودند، همچنین توانایی و امکان برقراری ارتباط مناسب را داشتند و قادر بودند اطلاعات غنی و کاملی را در اختیار پژوهشگر قرار دهند و تمایل به همکاری داوطلبانه و آگاهانه داشتند. روش گردآوری اطلاعات، مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته بود. پس از ارائه توضیحات کافی در زمینه ماهیت و اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان و کسب رضایت‌نامه کتبی از آنان، مصاحبه‌ها انجام شد. قبل از مصاحبه برای ضبط صدا اجازه گرفته شد و در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و اینکه در هر مرحله از پژوهش در مورد انصراف از همکاری مختار خواهند بود، اطمینان لازم داده شد. مصاحبه با سؤالات محوری «چالش‌های درمانی در این مرکز از نظر شما کدام است؟ چالش‌های مراقبت‌های پرستاری در این مرکز از نظر شما کدام است؟ تجربه شما از بستری شدن در این مرکز با این بیماری چیست؟ سؤالات پیگیری برای دریافت اطلاعات غنی‌تر و وارد شدن در عمق تجربیات آن‌ها در حین مصاحبه پرسیده شد. مثلاً ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ آیا منظورتان این بود؟ ممکن است مثالی در این زمینه بیاورید؟ حجم نمونه در مطالعات کیفی تا زمانی ادامه می‌یابد که به اشباع اطلاعات برسد [۱۳]. در این مطالعه، ۱۵ مصاحبه با ۱۱ بیمار مبتلا به کرونا انجام شد. مدت زمان مصاحبه با توجه به نوع بیماری از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود و اگر لازم بود مصاحبه‌ها تکرار می‌شد.

اطلاعات کسب‌شده از مشارکت‌کنندگان به‌طور هم‌زمان با روش کیفی تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شد. محقق بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه مصاحبه، چندین مرتبه مصاحبه‌ها شنیده شد و بعد از پیدا کردن دید کلی نسبت به آن‌ها، تمام مصاحبه کلمه‌به‌کلمه مکتوب شد. سپس متن پیاده شده سطر به سطر خوانده شد، جملات و عبارات مهم تعیین و زیر آن‌ها خط کشیده شد و جوهره آن نام‌گذاری شد (کدگذاری). سپس کدهای مشابه ادغام و دسته‌بندی شدند. دسته‌ها براساس ایده‌ای که دربرگرفته بودند، نام‌گذاری شدند، دسته‌های استخراج‌شده از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شد و در صورت مشابهت در کنار هم قرار گرفت و طبقات اصلی ظهور یافت. با کمک طبقات استخراج‌شده، چالش‌های درمانی-مراقبتی بیماران مبتلا به کرونا در بیمارستان آموزشی-درمانی فرقانی قم تبیین شد.

برای دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای ارائه‌شده توسط گوبا و لینکولن یعنی مقبولیت، اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری و تصدیق‌پذیری مورد توجه و استفاده قرار گرفت [۱۴].

در همین راستا با تأکید بر انتخاب بستر مناسب، منابع اطلاعاتی و مشارکت‌کنندگان واجد شرایط، مشارکت و تعامل نزدیک، دقیق و طولانی‌مدت، مکرر و مستمر، درگیر کردن مشارکت‌کنندگان، اتخاذ رویکرد تیمی با استفاده از نظرات جمعی تیم تحقیق، مراجعه مجدد به شرکت‌کنندگان و نیز بهره‌گیری از نظرات تأییدی افرادی خارج از مطالعه ولی مطلع و مشرف بر ابعاد

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران

کد	سن	جنس	طول مدت بستری (روز)	بیماری زمینه‌ای	تحصیلات	استعمال دخانیات
۱	۴۸	مرد	۷	ندارد	دیپلم	ندارد
۲	۵۳	زن	۱۰	ندارد	بی‌سواد	ندارد
۳	۴۷	زن	۱۲	دارد	دیپلم	ندارد
۴	۴۶	زن	۵	ندارد	لیسانس	ندارد
۵	۵۰	زن	۱۰	دارد	راهنمایی	ندارد
۶	۴۵	زن	۷	ندارد	دیپلم	ندارد
۷	۴۵	زن	۱۰	ندارد	دیپلم	ندارد
۸	۵۰	مرد	۶	ندارد	لیسانس	ندارد
۹	۵۲	مرد	۱۰	دارد	دیپلم	ندارد
۱۰	۳۶	مرد	۵	ندارد	لیسانس	ندارد
۱۱	۳۳	مرد	۶	ندارد	ابتدایی	ندارد

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «من می‌دونم اگر توی این بیمارستان باشم می‌میرم. دیشب این تخت بغلی من اونقدر سرفه کرد. بنده خدا بعد یه پرستار آقا آمد بالای سرش. بهش می‌گم این بنده خدا شش‌هاش اومد تو حلقش؛ یه دارو بهش بزن. می‌گه دارو نمی‌خواهد این بیماری دارو نداره. اگر تو خونه بود و نشاسته می‌خورد خیلی بهتر بود براش. یعنی یه چرک خشک کن به ما نباید بدهند؟ همش این خانم پرستار میاد می‌گه ماسک بزن. به من کلاً دوتا قرص می‌دهند؛ یعنی با این دوتا قرص خوب می‌شیم؟»

تحت‌تأثیر قرار داده و دچار سردرگمی و آشفتگی کرده است. همچنین باعث احساس ترس، اضطراب و بی‌قراری شده بود. این پاسخ‌های هیجانی می‌تواند بر عملکرد و سلامت جسمی و روانی آن‌ها تأثیر گذاشته و بهبودی آن‌ها را به تأخیر اندازد.

در این زمینه، یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «ان‌شاءالله خدا خودش ماهارو شفا بده والا میگن این بیماری دارو خاصی نداره. فقط چندتا قرص می‌دهند که خوب نمی‌شیم. بیشتر خشکی دهان، اسهال و معده درد می‌گیریم. پسر عموم تهران پرستاره می‌گه اونجا قرص زیاد می‌دهند ولی باز مریض‌ها می‌میرند.»

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات بیانگر چالش‌های درمانی-مراقبتی بیماران بستری کرونا

زیرطبقات	طبقات
عدم آگاهی از نحوه انتقال و پیشگیری	بیماری ناشناخته
عدم آگاهی از پیامدهای بیماری	
عدم درمان قطعی و واکسن	
پرستار و پزشک	منابع انسانی و تجهیزات
محدودیت فضا	
ارائه خدمات ناکافی	
ترس از مرگ	دغدغه‌های فردی-خانوادگی و اجتماعی
انگ بیماری	
نگرانی در مورد اعضای خانواده	

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد ارائه خدمات درمانی در بیمارستان چنین گفت: «تو یک اتاق کوچک چندتا تخت گذاشتند که همه هم کرونا دارند. این تخت‌های بغلی من اونقدر سرفه می‌کنند که نه خودشون می‌خوانند نه می‌گذارند من بخوابم. همش شب‌ها بیدارم و یک تلویزیون هم تو اتاق که تا صبح روشنه. صدایش مارو اذیت می‌کنه».

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «ماسک اکسیژن زدم که فش فش می‌کنه. شب‌ها سروصدا زیاد ساعت بالای سرم صدا می‌کنه. مانیتورها بوق بوق می‌کنند. دیشب تخت بغلیم حالش بد شد. جوان بود بیماری هم نداشت. ده تا دکتر اومدن بالای سرش فکر کنم مرد. از اون وقت نه اشتها دارم نه خواب، اشتها که ندارم ولی تغذیه‌اشون هم خیلی بد و سرده، بوی وایتکس تو اتاق‌ها زیاده خیلی مارو اذیت می‌کنه. حوصلم سر رفته؛ ملاقات‌کننده نداریم. دلتنگ خانواده هستم؛ فقط با موبایل باهاشون صحبت می‌کنم که دلتنگیم بیشتر می‌شه؛ اینترنت هم ادمو می‌ترسونه اطلاعات غلط می‌ده».

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «پرستارها واقعاً خوبن و دلسوز و زحمت کش. توفعی نداریم اگر بعضی وقت‌ها پیگیری نمی‌کنند؛ به خاطر تعداد کم و خستگی‌شون هست. بعضی‌هاشون خیلی مهربون و روحیه می‌دهند».

یکی دیگه گفت: «روزی چند بار گریه می‌کنم غذاهاشون سرد و سفت من دندون ندارم پرستارها بد اخلاق هستند؛ سرو صدا زیاد بوی وایتکس اذیت می‌کنه».

یکی دیگه هم این چنین گفت: «اون روز اونقدر سرفه کردم که از دهنم خون اومد. وحشت کردم پرستارها رو صدا کردم. هیچکس نیومد. صبح که اومدن نشونشون دادم. گفت طبیعی بعضی‌هاشون خیلی بد حرف می‌زنند. اصلاً نمی‌رسن. سرمون داد می‌زنند. بهمون اهمیت نمی‌دهند، دکترها هم فقط صبح به صبح می‌آیند برا ویزیت. خدا خیر بده به نیروهای جهادی خیلی مهربون».

دیگری گفت: «پیرمرد کنار تختم حالش بد بود. بد نفس می‌کشه؛ داشت می‌خورد زمین. کسی نبود کمکش کنه. آخه تعداد پرستارها کمه و کار زیاد دارن. پرستارها اولش خیلی باهامون سرد بودن انگار اون‌ها هم ترسیده بودن. حالا بهتر شدن. بعضی وقت‌ها ترس و وحشت از مردن باعث تنگی نفس می‌شه ولی می‌ترسم به پرستارها بگم چون واقعاً این‌ها هم خسته هستند و این‌ها هم ترسیده‌اند».

دغدغه‌های فردی-خانوادگی و اجتماعی

از دیگر طبقات تجربه‌شده، دغدغه‌های فردی-خانوادگی و اجتماعی بود که شامل ترس از مرگ، انگ بیماری و نگرانی در مورد اعضای خانواده است. یکی از دغدغه‌های بیماران بستری،

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «پرستارها می‌گن ماسک بزنید، تو صورت ما حرف نزنید. هیچی نگو، هرچی می‌پرسم ازشون جواب نمی‌دهند. می‌گن دارو نداره، واکسن نداره، برای سن‌های بالا با بیماری زمینه‌ای بده».

یکی از نگرانی‌های بیماران، درمان بود و اغلب بیان می‌کردند: «با وجود نبود درمان قطعی و مرگ‌ومیر بالا آیا امکان دارد ما دوباره به خانه برگردیم و سلامتی خود را به دست آوریم؟».

مشارکت‌کننده‌ای از پیامدهای بیماری نگران بود و در این زمینه گفت: «حالا اگر هم خوب بشیم و بریم خونه؛ معلوم نیست این سرفه‌ها خوب بشه یا نه. شاید شش‌هامون هیچ‌وقت مثل قبل نشه. نمی‌دونم من چند روزه هیچ حس بویایی ندارم. اصلاً مزه هیچی رو هم حس نمی‌کنم. می‌گن حس بویایی ممکنه تا یک سال یا بیشتر برنگردد. کسی اطلاعات درست در این مورد نداره».

همچنین مشارکت‌کننده دیگری گفت: «نمی‌دونم این ویروس کجا بود که به جون مردم افتاد؟ همه چی رو رعایت می‌کردم چرا مریض شدم؟ نمی‌دونم چطوری مریض شدم؟ از کی گرفتم؟».

منابع انسانی و تجهیزات

یکی دیگر از چالش‌ها، منابع انسانی و تجهیزات بود که شامل کمبود و خستگی پرستار و پزشک، محدودیت فضا و ارائه خدمات ناکافی است. کمبود نیروی پرستاری و پزشک از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی بیمارستان‌ها در دوران شیوع کرونا بود. تعدادی از نیروی‌های پرستاری خود یا خانواده مبتلا و طبیعتاً از چرخه ارائه خدمت خارج شدند. این مسئله نیز فشار کاری ناشی از کمبود نیرو را دوچندان کرده است. همچنین استفاده مدام از وسایل حفاظتی در این دوران با وجود گرما، کار زیاد و خستگی و سختی امر مراقبت از بیماران و دور ماندن طولانی‌مدت از خانواده و فرزندان و حتی گاهی اقامت در بیمارستان خود موجب کاهش کارایی می‌شود. علاوه بر این خستگی ایمنی بدن را پایین می‌آورد و امکان ابتلا به بیماری با وجود وسایل محافظت شخصی بیشتر می‌شود.

همچنین افزایش آمار بیماران بستری نیاز به تخت‌های ویژه و تخت‌های بستری را طلب می‌کند؛ درحالی‌که تعداد تخت‌های بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی^۲ و تخت‌های بستری در کشور بر پایه نیازهای عادی تعبیه شده بود. بنابراین، طبیعی است که بیمارستان‌ها با کمبود تخت مواجه شوند و در فضای محدود از تخت‌های بیشتری استفاده کنند. کمبود نیرو از یک طرف و افزایش روزافزون بیماران مبتلا به کرونا از طرف دیگر، ارائه خدمات را مختل کرده و سبب نارضایتی بیماران شده است.

2. Intensive Care Unit (ICU)



و ترس از استیگما در این بیماران و افراد مرتبط با آن‌هاست. فرد مبتلا به کرونا در کنار تحمل بار درد و استرس ناشی از بیماری و ترس از مرگ، ناچار است نگاه و احساسات منفی دیگران مانند طرد، تحقیر و انواع تبعیض‌ها را از سوی جامعه تحمل کند؛ به طوری که به نظر می‌رسد پیامدها و مشکلات ناشی از انگ اجتماعی مرتبط با کرونا از خود بیماری دردناک‌تر باشد. مشارکت‌کننده‌ای در مورد انگ بیماری متذکر شد: «حتی اگر خوب هم بشویم فکر نکنم فامیل به دیدن ما بیایند. یک از دوستانم تعریف می‌کرد زمانی که بعد از بهبودی و اتمام دوران قرنطینه برای کاری از خانه بیرون رفتم. نگاه‌های آزاردهنده همسایه‌ها قلبم را به درد آورد. مگر من جذام داشتم؟ حتی یکی از همسایه‌ها وقتی دید با پسر کوچکش در حال خوش‌وبش هستم. سریع جلو آمد، دستش را گرفت و به سرعت دور شد. بدون اینکه کارم را انجام دهم. به خانه برگشتم و در تنهایی خود گریه کردم. حتماً با ما هم این‌طوری رفتار می‌کنند».

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «تمام شب‌هایی که در تب می‌سوختم نگرانی‌ام از این بود که نکند کسی بفهمد کرونا گرفته‌ام. تنها همسرم می‌دانست. حتی اجازه ندادم خانواده خودم هم بفهمند. اگر می‌فهمیدند لابد از فردا برادرزاده‌ها و خواهرزاده‌هایم می‌گفتند همان عمه یا خاله کرونايي! یا اقوام شوهرم می‌گفتند همان عروس کرونايي تان».

یکی از مشارکت‌کنندگان هم گفت: «همش با خودم درگیر هستم که چرا من؟! چرا من باید این بیماری را بگیرم؟ نمی‌دونم کجا چه اشتباهی کردم که گرفتار این بیماری شدم. اولین بار که تب کردم به روی خودم نیاوردم. فردایش رفتم سر کار و در مواجهه با دوستان سعی می‌کردم. فاصله اجتماعی را تا جایی که شک نکنند رعایت کنم. روزهای بعد که تنگی نفس و سرفه به آن اضافه شد، کارم سخت‌تر شد. سرفه‌ام را نگویم تا خودم را به دستشویی برسانم و در آنجا سرفه کنم. اما این‌طور نمی‌شد. این شد که به بهانه اینکه تصادف کرده‌ام بستری شدم. حالا عذاب وجدان این را دارم که در آن روزهایی که کرونا داشتم چند نفر را ممکن است آلوده کرده باشم».

یکی از دغدغه‌های مهم بیماران، نگرانی در مورد اعضای خانواده خود بود. این نگرانی‌ها شامل ابتلا ماندن و آینده اعضای خانواده بود. اغلب از اینکه موجب ابتلای خانواده خود بشوند نگران بودند. همچنین از اینکه بمیرند و خانواده خود را تنها گذاشته و آینده مبهمی در انتظار خانواده باشد، مضطرب و آشفتگی می‌شدند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این مورد گفت: «اینجا ملاقات‌کننده نداریم. دلتنگ می‌شیم ولی از یک‌طرف هم خوب؛ چراکه اینجا آلوده است. خانواده هم بیمار می‌شوند. البته نگرانم اگر برم خونه اون‌ها رو بیمار نکنم؛ خیلی نگران پسر هستم آخه تو بانک کار می‌کنه. میگن بانکی‌ها خیلی می‌میرن».

ترس از مرگ بود. به‌ویژه در سالخورده‌ها با بیماری زمینه‌ای که داشتند. علاوه بر آن مشاهده مرگ هم‌اتاقی جوان بدون بیماری زمینه‌ای ترس و وحشت بیماران از مرگ را دو چندان کرده بود. غیرقابل پیش‌بینی بودن مرگ در بیماران مبتلا به کرونا همراه با نداشتن درمان قطعی مایه اضطراب شده بود. به‌ویژه هنگام بروز تنگی نفس این ترس افزون‌تر می‌شد. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «مهم‌ترین نگرانی من ترس از تنگی نفس هست؛ چون من شنیدم که تنگی نفس آدم می‌کشد».

یکی دیگر گفت: «یکی دوتا از پرستارها که میان پیشم. نمی‌دونم زن هستن یا مرد. آخه یه جور لباس پوشیدن که آدم وحشت می‌کنه. من می‌ترسم، نگرانم؛ روزی چندبار گریه می‌کنم». بیمار دیگری گفت: «شنیدم خدمات می‌گفتن ۱۵ نفر فقط تو بیمارستان ما مردن. خیلی ترسیدم».

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «این پرستارها برامون خیلی زحمت می‌کشند ولی بعضی‌هاشون خیلی ترسیدن. ترس اون‌ها ما رو هم می‌ترسونه». فرد دیگری گفت: «بعضی پرستارها آدمو می‌ترسونن. داشتن دیروز با هم حرف می‌زدند می‌گفتن دیشب ۷ نفر مردن. جوان هم بودن. من و تخت بغلی خیلی ترسیدیم».

دیگری گفت: «خیلی می‌ترسم. واقعاً بعضی از شب‌ها خواب می‌بینم که دارم می‌میرم و کسی نیست بهم کمک کنه. ترسم از مردن هستش. چون توی اینستاگرام نوشته بود اونهایی که تنگی نفس دارن بیشترشون می‌میرن. می‌گن کروناهایی که می‌میرن ۵ متر زیر زمین خاک می‌کنند روشن آهک می‌ریزن و نمی‌زارن کسی بیاد برای خاکسپاری. از وقتی این‌ها رو شنیدم بیشتر دیونه شدم. این پرستارها با این لباس‌ها که میان می‌گم آدم باور می‌کنه مطالب اینستاگرام، شب‌ها حالم خیلی بد می‌شه. می‌ترسم تو خواب نفسم بگیر و بمیرم».

یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «از وقتی اومدم می‌خواهم فرار کنم. احساس می‌کنم اینجا بمونم می‌میرم. اصلاً بوی مرگ می‌ده بیمارستان. کلیپ‌هایی که تو اینستاگرام دیدم مرده‌ها رو بدون غسل و کفن تو قبر می‌ندازند. منو نگران کرد. دارم دیونه می‌شوم. ای کاش یه دارو بززن من بخوابم تا چند روز چیزی نفهمم. حوصله‌ام سر رفته. پرستارها جواب نمی‌دهند. این خدماتی فقط گفت این بیماری پیر و جوان نداره. همه رو می‌کشه. آخه این چه بیماری بود؟ خدایا پرستارها هم خودشون ترسیدن خیلی نمیان بالای سرمون».

یکی از پیامدهای اجتماعی ابتلا به کرونا، ترس و وحشت بیمار از واکنش‌های اجتماعی، انگ بیماری و ناقل بودن آن است که به آن استیگما می‌گویند. اضطرابی که موجب افزایش شیوع و مانع جدی توقف بیماری است. تصورات اشتباه مردم، کاربرد کلماتی با بار معنایی منفی، انتشار اطلاعات غلط و تفسیر نادرست به گفته کارشناسان از جمله علل و عوامل ایجادکننده استیگمای اجتماعی

درمان می‌تواند باعث کاهش مشارکت و همکاری ایشان در فرایند بهبودی شود و یا اقدامات درمانی انجام‌شده برای ایشان را بی‌فایده تلقی کند و در پذیرفتن مداخله‌های درمانی و مراقبتی مقاومت کند. عدم قطعیت در درمان و استفاده از درمان‌ها و داروهای متنوع در بیمارستان‌های مختلف باعث شد افراد دچار سرگردانی شده و بیماران نسبت به دریافت مطلوب‌ترین خدمات مردد شوند.

یکی از مفاهیم و طبقات اصلی چالش‌های درمانی و مراقبتی، کمبود منابع انسانی و تجهیزات بود که شامل زیرطبقات کمبود و خستگی پرستار و پزشک، محدودیت فضا و ارائه خدمات ناکافی بود. تعداد بالای بیماران و اضافه کردن تخت‌های بیمارستان و شلوغی بخش‌ها باعث شد نیروی انسانی موجود پاسخ‌گویی تعداد بالای بیماران نباشد و نتواند نیازهای بیماران را به‌خوبی مرتفع سازد. هم‌سو با این مطالعه در بعضی تحقیقات نیز کمبود تجهیزات و نیروی انسانی مشخص شد [۱۱۵] ابتلای تعداد زیادی از کادر بیمارستان‌ها و قرنطینه شدن آن‌ها نیز مزید بر علت کم‌شدن تعداد نیروی انسانی می‌شد. نتایج مطالعه‌ای در زمان شیوع آنفولانزا نشان داد که موانعی برای انجام وظایف و تعهدات کارکنان مراقبت بهداشتی وجود دارد که شامل موانعی برای توانایی کارکردن مثل بیمار شدن ایشان، مشکلات رفت‌وآمد و مسئولیت‌های فرزندان بود [۱۱۵]. همچنین خستگی و فرسودگی و کار در شرایط سخت کرونایی باعث شد کیفیت ارائه خدمات توسط نیروی انسانی افت داشته باشد. مطالعه‌ای دیگر نشان داد سختی پوشیدن تجهیزات محافظ شخصی برای ساعات طولانی و روش‌های کنترل سرایت و ترس از انتقال بیماری و چالش‌های مراقبت از بیمار در همه‌گیری آنفولانزای H1N1 در پرستاران و کارکنان دیده شد [۱۱۶] که در مطالعه ما از عوامل افت کیفیت مراقبت بود.

عدم‌وجود همراه نیز فشار کاری کارکنان را افزایش داده و ایجاد خستگی مضاعف می‌کرد؛ درحالی‌که همراه در کنار بیمار می‌توانست نیازهای اولیه و شخصی بیمار را مرتفع سازد و خلأ ارتباطی که ممکن بود بین پرستار و بیمار اتفاق بیفتد را پر کند. در مطالعه‌ای نیز نشان داده شد که در زمان شیوع ویروس سارس کارکنان تحت‌تأثیر ترس از آلودگی قرار داشتند [۱۱۷]. همچنین در شیوع آنفولانزا در کشورهای اروپایی نشان داد که کادر درمان درزمینه ارتباط با چالش‌هایی نظیر مشکلات اولیه ارتباطی برخوردار بودند [۱۱۸]. همچنین افزایش تعداد بیماران بدحال موجب شد که تجهیزات پزشکی موجود کافی نبوده و بعضی بیماران از خدمات مطلوب بهره‌مند نشوند. نیاز اکثر بیماران به اکسیژن و همچنین استفاده بی‌رویه از آن توسط اغلب بیماران باعث شد که بارها فشار اکسیژن افت کند و اکسیژن‌رسانی در موارد متعدد با مشکل روبرو شود و یا کمبود دستگاه‌های ونتیلاتور و تجهیزات پزشکی بیماران را نگران کرده بود که در مطالعات دیگر نیز کمبود وسایل و تجهیزات پزشکی مشهود بود [۱۱۶].

مشارکت‌کننده دیگری هم گفت: «اگر بچه کوچیک نداشتم اصلا بیمارستان نمی‌ماندم. آخه اینجا تنهایی بی‌حوصلگی داره اذیتم می‌کنه. خونه راحت‌ترم ولی می‌ترسم پسر و خانمم رو آلوده کنم».

دیگری گفت: «مرگ حق است ولی من می‌ترسم که بمیرم و زن و بچه‌ام تنها بزارم. نمی‌دونم چی برسر اون‌ها میاد. آخه من هنوز خونه اجاره‌ای دارم و کارگر هستم و روزمزد. درآمدی ندارم و اگر بمیرم خانواده‌ام تنها می‌شوند و اموراتشون را نمی‌دونم چطوری می‌گذرانند».

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۳ طبقه اصلی «بیماری ناشناخته»، «منابع انسانی و تجهیزات» و «دغدغه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی» در بیماران مبتلا به کرونا هستند. جدید بودن بیماری و اطلاعات ناقص و متفاوت در مورد این بیماری درخصوص روش‌های پیشگیری و راه‌های انتقال و مقابله و عدم قطعیت روش‌های درمانی از یک‌طرف و عدم‌تأمین لوازم و تجهیزات پزشکی موردنیاز در بیمارستان با توجه به کثرت بیماران با نیازهای مشابه و عدم‌آمدگی کارکنان درمانی در مواجهه با شرایط بحرانی پیش‌آمده، از طرف دیگر، منجر به این شد که ترس و نگرانی در بیماران ایجاد شود. با توجه به پیش‌زمینه قبلی و ذهنیت ایجادشده در مورد این بیماری در کشور چین و پوشش رسانه‌ای گسترده و مداخلات و اقدامات صورت‌گرفته باعث دغدغه بسیار در بیماران شد؛ به‌طوری‌که خطر را بیش از حد درک کرده و خود را در آستانه مرگ می‌دیدند و در عین حال نگاه جامعه نسبت به ایشان و دوری کردن نزدیکان باعث انزوای ایشان شد.

یکی از مفاهیم و طبقات اصلی چالش‌های درمانی و مراقبتی، ناشناخته بودن بیماری کرونا بود که شامل زیرطبقات عدم‌آگاهی از نحوه انتقال و پیشگیری، عدم‌آگاهی از پیامدهای بیماری و عدم‌درمان قطعی و واکسن نبود. اطلاعات ناقص و متناقض رسانه‌های مختلف در مورد این بیماری و تغییرات مکرر نظرات و توصیه‌ها و همچنین قابل‌اطمینان نبودن بسیاری از اخبار منتشره و گاهی عدم‌اعتماد مردم به رسانه‌های معتبر باعث شد که این بیماری همچنان برای افراد ناشناخته و مبهم باقی بماند. عدم‌اطلاع از نحوه انتقال و یا عدم‌وجود واکسن برای پیشگیری سایرین باعث می‌شد که نزدیکان و اطرافیان از بیمار دوری کنند و احساس ناخوشایند طرد، روند بهبودی را در بیماران کند می‌کرد. همچنین عدم‌اطلاع از پیامد بیماری و یا مشاهده پیامدهای مختلف در موارد مبتلا نیز با ایجاد ناامیدی در بیماران ممکن است با تضعیف روحیه بیمار و سیستم ایمنی، مداوای ایشان را با شکست روبرو کند. در این زمینه شکاف علمی قابل‌توجهی وجود دارد که باید تعاریف و اطلاعات درباره آن هر لحظه به‌روز شود و اطلاعات آن منعکس شود [۱۱۰]. عدم‌آگاهی بیمار از روند



نیز بر این موضوع تأکید می‌کند که کووید-۱۹ باتوجهبه ناشناختگی باعث استیگما و رفتارهای تبعیض‌آمیز اجتماعی علیه افراد مرتبط شده است. ترس از استیگمای اجتماعی و به تبع آن ترس از برچسب خوردن، مورد تبعیض قرار گرفتن، طرد شدن و مسائل دیگری از این قبیل به منجر به پنهان‌کاری و اجتناب از درمان می‌شود [۲۵]. دوری مردم از این بیماران به جهت میزان سرایت بالای این بیماران و عدم وجود تجهیزات حفاظتی لازم در بین مردم باعث طرد ایشان شد؛ به طوری که بسیاری از بیماران احساس تنهایی کرده و این نگرش برای آن‌ها غیرقابل تحمل بود و گاهی این انگ‌زنی باعث می‌شد تا فرد دچار انزوا و محرومیت از حقوق اجتماعی شود [۲۶] یا اینکه ترجیح می‌دادند که بیماری خود را مخفی کنند و از گفتن حقیقت سرباز زند که خود می‌توانست عامل مهمی در انتشار بیماری محسوب شود.

در مطالعات دیگری نیز هم‌سو با نتایج این مطالعه اثرات استیگما و انگ در بیماری‌های مختلف دیده شد. مثلاً در میان بیماران مبتلا به سرطان ریه ترس از استیگما منجر به تأخیر در گزارش علائم و افزایش احساس آشفتگی و احساس گناه و افسردگی شده بود [۲۷]. مطالعه پدیدارشناسانه دیگری نشان داد استیگما و هویت اجتماعی بی‌اعتبار شده در بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن عمدتاً به ۲ عامل بستگی دارد. اول سرطان مذکور با رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و سیگار مرتبط است که می‌تواند به ایجاد احساس گناه و تقصیر و خود سرزنشگری در فرد منجر شود و دوم درمان اغلب منجر به بدشکلی‌های خفیف یا شدید در ناحیه سروصورت بیماران می‌شود [۲۸]. یکی دیگر از دغدغه‌های بیماران بستری، اعضای خانواده ایشان بودند. از طرفی، دوری و دل‌تنگی ایشان را رنج می‌داد. از طرفی ترس از ابتلای ایشان نگران‌کننده بود. از آنجایی که اغلب بستری‌شدگان بالای ۶۰ سال سن داشتند و دارای زن و فرزند بودند، فکر کردن در مورد آینده خانواده و فرزندان در صورت مرگ و همچنین مشکلات اقتصادی و اجتماعی پیش روی خانواده، برای بیماران آزاردهنده بود. اینکه ممکن است فرد بیمار نزدیکان خود را نیز مبتلا کند و برای ایشان خطر بیافریند نیز بیماران را رنج می‌داد [۲۹].

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی بوده است و مانند سایر پژوهش‌های کیفی تعمیم‌پذیری آن محدود است.

نتیجه‌گیری

بیماران به دلیل وضعیت ناشناخته بیماری، عدم آگاهی از نحوه انتقال و پیامدهای بیماری، عدم درمان قطعی، نداشتن تجربه و منابع کافی کادر درمان و همچنین انگ بیماری و ترس از مرگ با چالش‌های مختلفی مواجه شدند. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای مدیریت و کنترل همه‌گیری‌ها در آینده، برنامه‌ریزی و آمادگی لازم را جهت رویارویی با این نوع بحران‌های بزرگ صورت گیرد.

یکی از مفاهیم و طبقات اصلی چالش‌های درمانی و مراقبتی، دغدغه‌های فردی-خانوادگی و اجتماعی بود که شامل زیرطبقات ترس از مرگ، انگ بیماری و نگرانی در مورد اعضای خانواده بود. براساس بررسی‌های انجام‌شده، بیماران در قرنطینه و بیماران کووید-۱۹ دارای ظرفیت تحمل روان‌شناختی پایینی هستند و به شدت در معرض بروز اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند [۱۹]. بسیاری از بیماران خود را در معرض مرگ می‌دیدند و با دیدن لباس‌های مخصوص کادر درمانی دچار وحشت می‌شدند و بیماری را بیش از واقعیت، پرخطر درک کرده و دچار یأس و ناامیدی می‌شدند. بیماری کووید-۱۹ باتوجهبه نوظهور بودن بیماری و کم‌بودن دانش مرتبط با مخاطره، همبستگی مثبتی با درک خطر وجود داشت [۲۰].

مشاهده سرنوشت بعضی بیماران مشابه و صحبت‌های بین کادر بهداشتی درمانی و یا کلیپ‌های منتشرشده در فضای مجازی و اطلاعات مبالغه‌آمیز در این خصوص باعث شد که بیماران مرگ را برای خود بسیار محتمل دانسته و دچار ترس از مرگ شوند. ترس از مرگ شامل ترس از خود مرگ و اتفاقاتی است که پس از آن رخ می‌دهد. این واکنش هیجانی می‌تواند محرک‌های محیطی و موقعیتی و نیز محرک‌های درونی در رابطه با مرگ خود فرد یا دیگران برانگیخته کند [۲۱].

محدودیت در فضا موجب شد که فاصله‌گذاری مناسب و تفکیک بیماران بدحال از سایرین به خوبی صورت نگیرد؛ به طوری که تخت بیماران بدحال در کنار بیماران با وضعیت بهتر قرار داده شد و مشاهده وضعیت بیماران بدحال باعث ایجاد ترس در دیگران شده و در صورت فوت کردن، ضربه شدید روحی به دیگر بیماران وارد می‌شد. در مطالعه رحمتی‌نژاد و همکاران نیز ترس از مرگ یکی از مضامین اصلی مبتلا به کرونا به دست آمد [۲۲]. بعضی صحبت‌های غیرمنطقی مانند این که بستری شدن در بیمارستان احتمال مرگ را افزایش می‌دهد نیز بر مزید بر علت بود؛ در حالی که اغلب بیماران دارای بیماری‌های زمینه‌ای و بدحال تر به بیمارستان مراجعه کرده بودند یا بستری می‌شدند و به همین دلیل آمار مرگ‌ومیر در بیمارستان‌ها افزایش می‌یافت [۲۳]. بعضی اقدامات بدون پایه علمی همچون تدفین اموات بدون غسل و کفن در عمق ۴-۵ متری زمین همراه با آهک و بدون حضور خانواده‌ها، نیز ترس از مرگ را تشدید می‌کرد. از دیگر چالش‌های پیش روی بیماران مبتلا به کرونا نگرانی ایشان از نگاه جامعه به ایشان و انگ اجتماعی مربوطه است. تصورات اشتباه مردم، کاربرد کلمات با بار معنایی منفی، انتشار اطلاعات غلط و تفسیر نادرست به گفته کارشناسان از جمله علل و عوامل ایجادکننده استیگمای اجتماعی است [۲۴]. در زمینه سلامت، ارتباط منفی افراد با یک شخص یا گروهی از مردم که در ویژگی‌های معین یک بیماری خاص شریک هستند و یا این بیماری را دارند را شامل می‌شود. با همه‌گیری ویروس کرونا در جهان گزارش مشترک یونیسف^۳ و سازمان بهداشت جهانی

3. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)



ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1399.125 در دانشگاه علوم پزشکی قم تصویب شده است.

حامی مالی

حامی مالی این پژوهش معاونت فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی قم، است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

تشکر و قدردانی

از معاونت فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی قم جهت تأمین منابع مالی پژوهش و از بیماران کووید ۱۹ بستری در مرکز آموزشی درمانی فرقانی، جهت همکاری در انجام پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Bogoch II, Watts A, Thomas-Bachli A, Huber C, Kraemer MUG, Khan K. Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: Potential for international spread via commercial air travel. *J Travel Med.* 2020; 27(2):taaa008. [DOI:10.1093/jtm/taaa008] [PMID] [PMCID]
- [2] Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature.* 2020; 579(7798):265-9. [DOI:10.1038/s41586-020-2008-3] [PMID] [PMCID]
- [3] Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020; 395(10223):497-506. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30183-5] [PMID] [PMCID]
- [4] Borraro EA, Scott KL, Drennen A, Bendriss TM, Kilbourn KM, Valverde P. Treatment challenges and support needs of underserved Hispanic patients diagnosed with lung cancer and head-and-neck cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2020; 38(4):449-62. [DOI:10.1080/07347332.2019.1705453] [PMID]
- [5] Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(4):300-2. [DOI:10.1016/S2215-0366(20)30073-0] [PMID] [PMCID]
- [6] Prem K, Liu Y, Russell TW, Kucharski AJ, Eggo RM, Davies N, et al. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: A modelling study. *Lancet Public Health.* 2020; 5(5):e261-70. [DOI:10.1016/S2468-2667(20)30073-6]
- [7] Bahramnia M, Ramak N, Sangani A. [The role of perceived mental stress in the health of suspected cases of COVID-19 (Persin)]. *J Mil Med.* 2020; 22(2):115-21. [DOI:10.30491/JMM.22.2.115]
- [8] Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, 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. *Lancet.* 2020; 395(10223):514-23. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30154-9] [PMID] [PMCID]
- [9] Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* 2020; 287:112934. [DOI:10.1016/j.psychres.2020.112934] [PMID] [PMCID]
- [10] Ryu S, Chun BC, Korean Society of Epidemiology 2019-nCoV Task Force Team. An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiol Health.* 2020; 42:e2020006. [DOI:10.4178/epih.e2020006] [PMID] [PMCID]
- [11] Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kynäs H. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *Sage Open.* 2014; 4(1):2158244014522633. [DOI:10.1177/2158244014522633]
- [12] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005; 15(9):1277-88. [DOI:10.1177/1049732305276687] [PMID]
- [13] Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. [Link]
- [14] Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1985. [Link]
- [15] Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JI, et al. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: A qualitative study. *BMC Public Health.* 2009; 9:56. [DOI:10.1186/1471-2458-9-56] [PMID] [PMCID]
- [16] 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. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(5):577-85. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.015] [PMID] [PMCID]
- [17] Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ.* 2003; 168(10):1245-51. [PMID] [PMCID]
- [18] 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. *J Infect Public Health.* 2012; 5(4):286-96. [DOI:10.1016/j.jiph.2012.04.001] [PMID]
- [19] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020; 395(10227):912-20. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)30460-8] [PMID]
- [20] Samadipour E, Ghardashi F. [Factors influencing Iranians' risk perception of COVID-19 (Persian)]. *J Mil Med.* 2020; 22(2):122-9. [DOI:10.30491/JMM.22.2.122]
- [21] Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract.* 2009; 23(1):23-41. [DOI:10.1891/1541-6577.23.1.23] [PMID]
- [22] Rahmatinejad P, Yazdi M, Khosravi Z, Shahisadrabadi F. Lived experience of patients with coronavirus (COVID-19): A phenomenological study. *J Res Psychol Health.* 2020; 14(1):71-86. [DOI:10.3390/ijerph19148742] [PMID] [PMCID]
- [23] Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in COVID-19. *N Engl J Med.* 2020; 382(25):e102. [DOI:10.1056/NEJMoa2007621] [PMID] [PMCID]
- [24] Ghazi Tabatabai M, Pawluch D, Vedadhir A. Constructing a socio-demographic problem: Toward the social-critical demography of Hiv/Aids in Iran. *Lett Iran Demogr Soc.* 2007; 2(1):136-70. [Link]
- [25] Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med.* 2007; 64(7):1524-35. [DOI:10.1016/j.socsci-med.2006.11.013] [PMID]
- [26] Jahangasht K. [Social stigma: The social consequences of COVID-19 (Persian)]. *J Mar Med.* 2020; 2(1):59-60. [DOI:10.30491/2.1.9]

- [27] Raleigh ZT. A biopsychosocial perspective on the experience of lung cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2010; 28(1):116-25. [DOI:10.1080/07347330903438990] [PMID]
- [28] Threader J, McCormack L. Cancer-related trauma, stigma and growth: The 'lived' experience of head and neck cancer. *Eur J Cancer Care.* 2016; 25(1):157-69. [DOI:10.1111/ecc.12320] [PMID]
- [29] Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020; 109:102433. [DOI:10.1016/j.jaut.2020.102433] [PMID] [PMCID]