

## کووید-۱۹ در ایران: مطالعه ای کیفی از تجربیات کارکنان بهداشتی درمانی

نادر جهان مهر<sup>۱</sup>، علی صیامی اقدم<sup>۲\*</sup>، عباس دانش کهن<sup>۱</sup>

۱- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران  
۲- دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

\*نویسنده رابط: siamiali54@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۱

### چکیده

زمینه و هدف: با گسترش سریع کووید ۱۹ در سراسر جهان، مواجهه کارکنان بهداشتی درمانی با این بیماری افزایش یافت. این مطالعه با هدف بررسی تجارب شخصی و حرفه ای ارائه دهندگان خدمات درمانی در زمان شیوع ویروس کرونا در بیمارستان های شهر تهران انجام شد.

روش کار: این پژوهش کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۰ انجام شد. نمونه گیری به صورت هدفمند با استفاده از روش گلوله برفی از میان کارکنان شاغل در واحدهای اصلی کووید ۱۹ بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی انجام شد. داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع آوری و پس از استخراج گویه ها، با استفاده از نرم افزار MAXQDA 10 آنالیز شدند. نتایج: پس از کدگذاری، تعداد ۲۳۶ کد اصلی استخراج شد. کدهای اصلی در ۱۰ طبقه اصلی و ۳۰ زیرطبقه تقسیم بندی شدند. تعداد ۴ درون مایه اصلی به نام های "تجربه شخصی کارکنان بهداشتی درمانی"، "تجربه حرفه ای کارکنان بهداشتی درمانی"، "چالش های کار در زمینه کرونا" و "راهکارهای مقابله با کرونا" بدست آمد.

نتیجه گیری: برنامه ریزی جهت برخورداری از مشاوره های روانشناختی و تامین امکانات رفاهی جهت کاهش فشارهای روحی- روانی کادر بهداشت و درمان می تواند مفید باشد. به علاوه برگزاری دوره های آموزشی و مانور در مواقع بحران، تامین تجهیزات مورد نیاز، نظارت و پایش مستمر برای بهبود شرایط کاری، پیشنهاد می گردد.

واژگان کلیدی: کووید ۱۹، تجربیات، کارکنان بهداشتی درمانی، ایران

### مقدمه

بیماری کروناویروس یا کووید ۱۹، یک عفونت حاد تنفسی است که متعلق به گروه خانواده بتا کروناویروس می باشد (۱،۲). نحوه انتقال این بیماری از طریق ذرات مایع و قطرات تنفسی ناشی از عطسه و سرفه فرد مبتلابه بیماری و تماس دست آلوده به دهان، بینی و یا مخاط چشم می باشد (۳-۶) دوره کمون کووید ۱۹ از یک تا چهارده روز و از علائم بالینی رایج آن می توان به تب، سرفه خشک، درد عضلانی یا خستگی، تنگی تنفس، گلودرد، ورم ملتحمه، اسهال، استفراغ، از دست دادن حس بویایی، چشایی و سردرد اشاره نمود. همچنین در موارد نادر کروناویروس می تواند به مشکلات تنفسی شدید، مشکلات کلیوی و یا حتی مرگ ختم شود (۱،۵،۷). میزان مرگ و میر ناشی از کرونا ویروس در حدود ۴٪ می باشد (۳). سالمندان و افراد دارای بیماری های قلبی عروقی، بیماری های تنفسی، بیماری های زمینه ای مانند فشارخون بالا، دیابت، بیماری عروق کرونری و غیره، بیشتر در معرض خطر مرگومیر قرار دارند (۵،۸). در مراحل اولیه بروز بیماری کووید ۱۹، بیمارستان ها با مشکلاتی مانند نبود فضای درمانی کافی، نبود تجهیزات

بیماری کروناویروس یا کووید ۱۹، یک عفونت حاد تنفسی است که متعلق به گروه خانواده بتا کروناویروس می باشد (۱،۲). نحوه انتقال این بیماری از طریق ذرات مایع و قطرات تنفسی ناشی از عطسه و سرفه فرد مبتلابه بیماری و تماس دست آلوده به دهان، بینی و یا مخاط چشم می باشد (۳-۶) دوره کمون کووید ۱۹ از یک تا چهارده روز و از علائم بالینی رایج آن می توان به تب، سرفه خشک، درد عضلانی یا خستگی، تنگی تنفس، گلودرد، ورم ملتحمه، اسهال، استفراغ، از دست دادن حس بویایی، چشایی و

(۲۰). در نتیجه بررسی تجربیات آن‌ها در زمینه بهبود و ارتقاء سلامت مفید به نظر می‌رسد.

یافته‌های حاصل از مطالعه‌ای در ایران سه مضمون کلیدی شامل "حفاظت فردی"، "حفاظت ساختاری" و "مشکلات ایمنی" را گزارش نمود که نشان‌دهنده تجارب پرستاران از حفاظت در برابر بیماری کرونا بود. این مضامین از جمله دغدغه‌های اصلی پرستاران در زمینه حفاظت از خود در هنگام مراقبت از بیماران مبتلابه کووید-۱۹ بود (۲۱). در مطالعه دیگری در استرالیا تجربیات پرستاران در مورد پاندمیک به ۳ دسته تقسیم شدند: تیم پرستاری پشتیبان ارائه‌دهنده مراقبت باکیفیت، تأیید پیامد فیزیکی و احساسی و پاسخگویی سازمانی نظام‌مند (۲۲).

بنابراین، با توجه به انتقال گسترده ویروس کرونا از بیمارستان (۱۷)، افزایش مواجهه کارکنان بهداشتی درمانی با خطر بیماری و مرگ و میر ناشی از آن و البته نقش کادر بهداشت و درمان جهت مراقبت از بیماران مبتلابه کرونا و تأثیر مستقیم آنان در کنترل بیماری کووید ۱۹، این مطالعه باهدف بررسی تجارب شخصی و حرفه‌ای کارکنان بهداشتی درمانی در زمان شیوع ویروس کرونا در بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه مورد بررسی، سرپرستاران، پرستاران و کمک پرستاران مراقب بیماران مبتلابه کرونا در ۴ بیمارستان انتخابی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت هدفمند، با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی انجام شد. تعداد نمونه‌ها برحسب اطلاعات دریافتی در زمینه تجربیات حرفه‌ای و شخصی تعیین شد. یعنی در نقطه‌ای که هیچ‌گونه تجربه جدیدی از کارکنان بهداشتی درمانی دریافت نشده است. در ابتدا تعداد ۵ نفر از افراد نمونه توسط فرد مصاحبه‌کننده تعیین شدند و سپس ۱۳ نفر دیگر با استفاده از روش گلوله برفی انتخاب شدند.

ضروری و اورژانسی کافی و نبود کادر سلامت باتجربه مواجه شدند (۹). علاوه بر این، با شیوع این بیماری، کارکنان بهداشتی درمانی نیز با چالش‌های متعددی از جمله افزایش حجم کاری، ساعات کاری نامنظم و طولانی به دلیل ناکافی بودن کارکنان درمانی، ازدحام بیش‌ازحد بیماران، ناکافی بودن اتاق‌های ایزوله، خستگی فیزیکی، ناکافی بودن تجهیزات حفاظت فردی، پوشیدن گان و دستکش به مدت طولانی، انتقال عفونت و آلودگی محیطی، عدم آگاهی کافی از اقدامات پیشگیری از عفونت، فقدان حمایت اجتماعی و کار با دستورالعمل‌های جدید مواجه شدند (۱۶-۱۰، ۲).

همچنین، سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود که کارکنان بهداشتی درمانی در زمان پاندمی ویروس کرونا در شرایط غیرقابل پیش‌بینی قرار گرفتند که مجبور به گرفتن تصمیمات دشواری در زمینه چگونگی تخصیص منابع کمیاب به طور برابر بین بیماران، چگونگی برقراری تعادل نیازهای روحی و جسمی در زمینه درمان بیماران و چگونگی ارائه مراقبت به بیماران با مشکلات حاد شده‌اند که این امر کارکنان بهداشتی درمانی را در شرایط پرفشار و استرس قرار داده است (۱۹-۱۷).

به‌علاوه استقرار کادر بهداشت و درمان بدون داشتن تخصص در زمینه بیماری‌های عفونی در واحد تخصصی و ویژه جهت مراقبت از بیماران مبتلابه کرونا، کارکنان بهداشتی درمانی را با رویدادهایی مانند ترس از نبود ایمنی، عدم آگاهی کافی از اقدامات پیشگیری عفونت، نگرانی در مورد سلامت خانواده، مسائل مراقبت از فرزندان، ترس از مبتلا شدن به بیماری و مواردی از این قبیل مواجه ساخته که منجر به شکست کارکنان بهداشتی درمانی در مراقبت از بیماران و مواجهه بیشتر آنان با مشکلات روحی و روانی مانند نگرانی، افسردگی، کم‌خوابی و استرس شده است (۱۷، ۱۵، ۱۴، ۱۰).

کارکنان بهداشتی درمانی از منابع حیاتی هر کشوری هستند و سلامت و ایمنی آنان برای ارائه مراقبت مستمر به بیماران و کنترل هرگونه بروز بیماری بسیار حیاتی می‌باشد

پس از تأیید، کلیه مطالب برای آنالیز وارد نرم‌افزار MAXQDA10 شدند.

## نتایج

اکثریت کارکنان بهداشتی درمانی متعلق به جنسیت مرد (۶۶٪) و متأهل (۸۸٪) بودند. گروه سنی آنها اکثراً (۳۱-۶۶ سال) بوده و میانگین و انحراف معیار گروه سنی آنها  $۳۷ \pm ۱۲$  سال بوده است. همچنین اکثر کارکنان بهداشتی درمانی دارای تحصیلات کارشناسی (۷۲٪) و پرستار (۷۷٪) بودند (جدول ۱). بعد از تحلیل داده‌ها، تعداد ۲۳۶ کد اصلی استخراج شد. کدهای اصلی در ۱۰ طبقه اصلی و ۳۰ زیر طبقه تقسیم‌بندی شدند. در نهایت، ۴ درون‌مایه اصلی به دست آمد: "تجربه شخصی کارکنان بهداشتی درمانی" و "تجربه حرفه‌ای کارکنان بهداشتی درمانی"، "چالش‌های کار در زمینه کرونا" و "راهکارهای مقابله با کرونا" (جدول ۲). درون‌مایه ۱: تجربه شخصی کارکنان بهداشتی درمانی

در این درون‌مایه دو طبقه حیطه احساسی و اجتماعی پدید آمد. در طبقه حیطه احساسی یکی از کارکنان بهداشتی درمانی بیان داشته است: "بزرگ‌ترین جنبه، جنبه عاطفی هست هم به خاطر فشار روحی که به ما وارد میشه که خیلی شدید و زیاده. مخصوصاً در آی سی یو که مریض همراهی نداره و میترسه و ما بخوایم یا نخوایم هوشیاری مریض دائم در حال تغییره و فقط مریض تا زمانی که هوشیاره باید سعی کنیم که آرومش کنیم. به‌ویژه زمانی که مرگ و میر میره بالا فشار عصبی و روحی زیادی به ما تحمیل میشه". برخی از کارکنان بهداشتی درمانی به دلیل حضور مستقیم در بیمارستان، نگران انتقال بیماری و از دست دادن عزیزان خود بوده‌اند.

"استرس زیادی وجود داره در بخش کرونا بابت انتقال ویروس که ممکنه بگیری و به خونواده منتقل کنی. درواقع فشار روحی به افراد وارد میشه. من در ماه اول با اینکه واکسن زده بودم مبتلا شدم و کل خونوادم رو درگیر کردم با اینکه واکسن زده بودم. پدر و مادرم بستری شدند. خیلی وضعیت بدی هست". همچنین از طرفی، بیماری کرونا و شرایط

داده‌ها با استفاده از راهنمای مصاحبه از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق در زمان آزاد مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. در آغاز پس از توصیف اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه به صورت شفاهی برای ضبط مکالمات جهت شرکت در مطالعه، اطلاعاتی در مورد سن، وضعیت تأهل، سابقه کار و تحصیلات پرسیده شد. سپس سؤالاتی در زمینه تجربه شخصی و حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان پرسیده شد که بدین شرح می‌باشند: "از تجربه خود در مورد مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا بگوئید"، "تفاوت بین ارائه مراقبت به دلیل پاندمی کروناویروس و کار در واحدهای اصلی چیست؟"، "سخت‌ترین بخش کار در طول پاندمیک کووید ۱۹ چه بوده است؟"، "اولین روز خدمت در واحدهای مراقبت ویژه کرونا چه احساسی داشتید؟ اکنون چه احساسی دارید؟"، "چگونه احساس شما در طول زمان تغییر کرد؟"، "چه تغییری در زندگی شخصی و شغلی شما ایجاد شده است؟"، "در مورد چگونگی مطابقت تغییرات زندگی شغلی و فردی خود توضیح بدهید"، "در حین مراقبت با چه چالش‌هایی مواجه شدید؟"، "چه پاسخی به چالش‌ها دادید؟ استراتژی‌های مورد استفاده شما چه بوده‌اند؟"، "دیدگاه شما در مورد مواجهه با کووید ۱۹ چیست؟"، "پیشنهاد شما جهت مدیریت بهتر این بیماری چیست؟"، "آیا حمایتی از سایر سازمان‌ها دریافت کردید؟ چه بوده؟ به چه حمایت‌های دیگری نیاز دارید؟" (۲۶-۲۳، ۸، ۱۰) به‌منظور درگیر کردن کارکنان بهداشتی درمانی در فرآیند مصاحبه، از سؤالات اکتشافی مانند "توضیح بیشتری در این مورد بدهید" یا "می‌توانید این مورد را واضح‌تر بیان کنید" استفاده شد. مصاحبه‌ها در حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول کشیدند. پس از پایان مصاحبه، به‌دقت به اطلاعات ضبط‌شده گوش داده شد و سپس کلمه به کلمه در نرم‌افزار Word پیاده شدند. برای اعتبار داده‌های جمع‌آوری‌شده، مطالب تایپ‌شده توسط اعضای تیم پژوهش به‌طور جداگانه بررسی شد. در نهایت یافته‌ها مقایسه و برای انتخاب موضوعات، طبقات و زیر مجموعه‌های آنها جهت اتفاق نظر بحث شدند. در نهایت

ایجادشده توسط آن، تصمیم‌گیری جهت خدمت کارکنان بهداشتی درمانی در بخش‌های درمانی را تحت تأثیر قرار داده است. به طوری که مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود که "به مقدار سخت بود ولی دیدم همکاران این از جان‌گذشتگی رو انجام دادن و دارن به قول گفتنی یجورایی پیش‌مرگ میشن و میرن جلو و ما هم تصمیم گرفتیم و گفتیم که خون ما که رنگی‌تر نیست و ما هم تصمیم گرفتیم که به بخش ویژه بریم و خدمت کنیم به مردم عزیز".

در طبقه حیطه اجتماعی، برخی از کارکنان بهداشتی درمانی معتقد بودند که به خاطر کار در بخش کرونا بسیاری از اطرافیان و دوستان به دلیل ترس از بیماری، واکنش منفی و برخورد متفاوتی نسبت به آنان داشتند. به‌عنوان مثال شرکت‌کننده‌ای بیان نمود که "ممکنه بخوای یا نخوای یک سری ری اکشن‌هایی رو از بقیه بگیری که یذره میترسن ازت که حق هم دارن".

همچنین، برخی به اهمیت بحث کاهش ارتباطات با افراد مختلف در دوران پاندمی کرونا جهت جلوگیری از انتقال ویروس به سایر افراد اشاره نمودند. مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود که "این دوری کردن‌ها، محدود کردن‌ها، ساعت‌های کار طولانی، اضافه شدن شیفت‌ها، شرایط را سخت‌تر کرده بود". تعدادی از شرکت‌کنندگان به مخالفت خانواده خود با کار در بخش کرونا به دلیل حساسیت بالا و جدید بودن آن اشاره نمودند که این موضوع نیز آن‌ها را تحت فشار گذاشته بود. به‌عنوان مثال شرکت‌کننده‌ای این‌گونه بیان نموده است که "واقعیتش اینه که اون موقع چون این بیماری تازه شیوع پیدا کرده بود و درمانش به علت ناشناخته بودنش وجود نداشت همه می‌ترسیدند و حتی با مخالفت خانواده هم خیلی مواجه بودیم که میگفتن در این شرایط نه تنها خودت آسیب می‌بینی بلکه خانواده هم در معرض آسیب قرار داشتند".

درون‌مایه ۲: تجربه حرفه‌ای کارکنان بهداشتی درمانی در این درون‌مایه سه طبقه ناشناخته بودن بیماری، شرایط کاری و آموزش پدید آمد. در طبقه ناشناخته بودن بیماری، شرکت‌کنندگان در مورد مسائلی مانند یکسان نبودن

دستورات پزشکان، جدی بودن و حساسیت بالای کنترل کرونا، متفاوت بودن پروتکل درمانی کرونا، ساختار متفاوت کار با کرونا و مبهم بودن آینده بیماری کرونا مطالبی را بیان نمودند. در طبقه شرایط کاری، کارکنان بهداشتی درمانی بیان نمودند که در ابتدا مواجهه با شرایط بیماری کرونا بسیار سخت بوده اما باگذشت زمان شرایط عادی شده و توانستند با شرایط سازگار شوند. در این خصوص شرکت‌کننده‌ای این‌گونه بیان داشته است که "عادت کردم. بعد از اینکه خونوادم مبتلا شدن به مقداری خیالم راحت شد که حداقل به ایمنی موقتی بین اعضای خونوادم هست". همچنین برخی بیان نمودند که به مرور زمان تجربیاتی در درمان بیماری به دست آوردند که با توجه به آن‌ها بهتر می‌توانند به بیماران رسیدگی کنند. در این خصوص، شرکت‌کننده‌ای بیان نموده است که "تجربمون بیشتر بر اساس آزمون و خطا بوده مخصوصاً در روزهای اولی که این بیماری اومده بود مخصوصاً بر اساس مراقبت‌هایی که ما داشتیم بیشتر بر اساس پروتکل‌های بیماری تنفسی مثل آنفلوآنزا بوده ولی خوب حالا به مرور زمان این دوره‌های آموزشی گذشت. بیمارانی که دیدیم خوب تجربمون اضافه شد که حالا به‌عنوان یک پرستار با تجربه توی کرونا داریم کار می‌کنیم". علاوه بر این، در این طبقه به اهمیت رعایت دستورالعمل‌های ایمنی برای جلوگیری از درگیر شدن با بیماری کرونا و تأثیر بیماری کرونا بر روند کاری کارکنان بهداشتی درمانی پرداخته شده است. مورد دیگری که مطرح شد عدم مطابقت کارکنان به محیط کاری جدید به دلیل جابجایی‌های زیاد در بیمارستان بوده است که تأثیر بدی از نظر روحی- روانی بر کارکنان داشته است.

همچنین، کارکنان بهداشتی درمانی به برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه نحوه رسیدگی به بیماران مبتلا به کرونا به صورت مستمر اشاره نمودند که به صورت حضوری و مجازی توسط متخصصین و گاه‌ها مسئولین بخش‌ها برگزار می‌شد. شرکت‌کننده‌ای در این خصوص این‌گونه اظهار داشته است که "هر ۶ ماه جلسات ویژه داریم

مشارکت‌کننده‌ای بیان نموده است که "کمبود تجهیزات در ابتدا خیلی ملموس بود ولی ما سعی کردیم که با آمادگی این مشکلات را پشت سر بگذاریم". برخی از کارکنان بهداشتی درمانی به ضعف بودن امکانات و تسهیلات بیمارستانی برای خود و رسیدگی به بیماران اشاره نمودند. به‌عنوان مثال شرکت‌کننده‌ای این‌گونه اظهار کرده است که "از نظر امکانات بخش مثل کم بودن سیستم گرمایشی یا سرمایشی بخش طوری هست که داریم تحمل می‌کنیم دیگه". مورد دیگر حمایت مالی ضعیف بوده است که مشارکت‌کننده‌ای بیان کرده است که "اینکه چون ما جونمون رو در خطر انداختیم حداقل جنبه مادیش هم بیشتر رعایت بشه. اوج حمایت وزارت بهداشت این بوده که پرستاران ما از شما متشکریم. این اولش هم همین بوده الانم همین رو می‌گن. حداقل باید حق این کار سخت رو بهمون بدن".

در طبقه جامعه گزارش شد که به دلیل وضعیت اقتصادی ضعیف برخی از مردم، برای تأمین امرارمعاش خود مجبور به حضور در جامعه هستند تا هزینه‌های ماهیانه خود را تأمین نمایند. متأسفانه برخی از افراد به‌طور کامل شیوه‌نامه‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری کرونا را رعایت نمی‌کنند که این امر خود باعث گسترش بیماری شده است. برخی از افراد نیز در جامعه به دلیل ناآگاهی این بیماری را جدی نمی‌گیرند و حتی بدون توجه به علائم و استفاده از ماسک در جامعه حضور پیدا می‌کنند. برخی نیز به دلیل استرس ناشی از بیماری، برخورد نامناسبی با کارکنان بهداشتی درمانی داشتند که این امر خود باعث افزایش فشار روحی روانی کارکنان درمان شده بود.

درون‌مایه ۴: راهکارهای مقابله با کرونا

در این درون‌مایه سه طبقه اصلی حیطه برون‌سازمانی، مراقبت و منابع انسانی به وجود آمد. در طبقه برون‌سازمانی به اهمیت همکاری بین مردم و کادر درمان اشاره شده است که در صورت ایجاد همچنین شرایطی بسیاری از مشکلات در زمینه پیشگیری و کنترل کرونا حل خواهد شد. مشارکت‌کننده‌ای بیان نموده است که "همدل باشند مردممون، به همدیگه اعتماد داشته باشند دست‌به‌دست هم بدیم از نظر

که توسط متخصصین ارائه میشه و هر سه ماه هم دوره آموزشی برگزار میشه در بخش‌ها توسط خود کارکنان".

درون‌مایه ۳: چالش‌های کار در زمینه کرونا

در این درون‌مایه دو طبقه اصلی حیطه سازمانی و جامعه پدید آمد. در طبقه حیطه سازمانی، اکثر کارکنان بهداشتی درمانی به کمبود تجهیزات حفاظت فردی در شروع کرونا و کیفیت ضعیف آن و همچنین به‌سختی‌ها و فشارهایی که به کادر بهداشت و درمان در اثر استفاده از وسایل حفاظت فردی حین کار در بخش کرونا وارد می‌آید، اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای این‌گونه اظهار داشته است که "در مراحل ابتدایی از نظر آمادگی در مقابله با این ویروس در شرایط ضعیفی قرار داشتیم و کمبودهای بسیاری داشتیم حتی در زمینه استریل کردن وسایل و ضدعفونی کردن در مضیقه قرار داشتیم و محدودیت داشتیم". همچنین کارکنان بهداشتی درمانی به بالا بودن حجم و فشار کاری در بخش کرونا اشاره نمودند که از دیگر سختی‌های کار در بخش کرونا بوده است. شرکت‌کننده دیگری این‌گونه اظهار نموده است که "حجم کاری در بخش‌های کرونا بسیار زیاد شده بود. ساعت‌هایی که ما دور از خانواده هامون بودیم. خیلی از همکاران، مبتلا به کرونا می‌شدند. به خاطر همین ساعت کاری ماها اضافه می‌شد. خیلی فشار کار زیاد بود". برخی از کارکنان بهداشتی درمانی به کمبود دارو و هزینه‌های بالای آن اشاره نمودند که این موارد خود تحمیل‌کننده فشارهای زیادی بر کادر بهداشت و درمان بوده است. به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده‌ای این‌گونه بیان کرده است که "یکی از چالش‌ها این بود که داروهایی که برای کرونا مصرف می‌شد بیمه تقبل نمی‌کرد. مخصوصاً اوایل که هزینه‌های دارو هم بالا بود". ضعیف بودن مدیریت بحران در استفاده از منابع نیز موردی بود که باید طبق برنامه از قبل تعیین شده و با هماهنگی زیاد صورت می‌گرفت. به علاوه برخی از کارکنان بهداشتی درمانی به کمبود تجهیزات بیمارستانی مانند دستگاه‌های تنفسی برای رسیدگی به بیماران مبتلا به کرونا اشاره نمودند که همین کمبودها منجر به از بین رفتن بیماران می‌شد.

استانداردهای بین‌المللی اشاره نمودند که بدین شرح می‌باشد: مشارکت‌کننده‌ای این‌گونه بیان نموده است "ساعت هاشو که تا حدودی با استانداردهای بین‌المللی مطابقت داشته باشد، تغییر دهند".

## بحث

این مطالعه باهدف بررسی تجارب شخصی و حرفه‌ای کارکنان بهداشتی درمانی در زمان شیوع ویروس کرونا در بیمارستان‌های پر مراجعه شهر تهران انجام شد.

الف) تجربه شخصی کارکنان بهداشتی درمانی درگیر با کرونا مطابق با یافته‌ها، اکثر کارکنان بهداشتی درمانی در مطالعه نگران انتقال بیماری به خانواده و عزیزان خود بودند و این عامل منجر به ترس و وحشت از کار در زمینه کرونا شده بود. یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین هم‌راستا با یافته‌های این مطالعه می‌باشند (۲۹-۲۷، ۲۲، ۲۰). برای پیشگیری از پیامدهای روان‌شناختی، حمایت سلامت روان ضروری می‌باشد. نامشخص بودن شرایط بیماران و فوت ناگهانی تعداد زیادی از بیماران بدون داشتن علائم مشکوک از جمله مواردی بودند که منجر به افزایش فشار روحی و روانی کارکنان مراقبت سلامت شده بود که با یافته‌های حاصل از مطالعه انجام‌شده توسط گله‌دار در ایران هم‌راستا بود (۳۰). به نظر می‌رسد که این موضوع ناشی از همدردی کارکنان با بیماران و خانواده آن‌ها می‌باشد.

مطابق با سایر یافته‌ها، از یک‌طرف به دلیل حس مسئولیت وجدان کاری، کارکنان بهداشتی درمانی خود را ملزم به ارائه خدمت به بیماران مبتلا به کرونا می‌دانستند از طرفی دیگر به دلیل نامشخص بودن شرایط درمان بیماران، ازدحام بیش از حد بیماران و فشار و استرس ناشی از حجم بالای کاری از قرار گرفتن در محیط کرونا واهمه داشتند که با یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین هم‌راستا می‌باشد (۳۱، ۲۷، ۲۴، ۲۲) بدین‌صورت که کارکنان بهداشتی درمانی به دلیل حس مسئولیت و الزام وظیفه حرفه‌ای خود به کار در بخش بیماری کووید ۱۹ مشغول شدند.

تولید واکسن و اعتماد بین بخشی برای از بین بردن و ریشه‌کن کردن بیماری". همچنین برخی از شرکت‌کنندگان به اهمیت تدوین سیاست‌های بیمارستان برای ایجاد شرایط مستعد تأمین نیازهای روحی-روانی کارکنان اشاره نمودند. مشارکت‌کننده دیگری این‌گونه اظهار داشته است که "یکی دیگه اینکه حالا چه سیاستی در پیش بوده وقتی که داریم با دولت همکاری می‌کنیم دوست داریم از دولت این امتیازات رو بگیریم. این سیاست‌های کلان هر بیمارستانیه که باید تعیین کنن خودشون. و باید اونها عمل کنن تا بهترین نتیجه رو بدن بیرون بسته به شرایطی که قرار دارن".

همچنین برخی از مشارکت‌کنندگان به اهمیت استفاده از تکنیک‌هایی برای درمان بیماری کرونا و تأثیر زمان‌بر کنترل بیماری اشاره نموده است. مشارکت‌کننده‌ای دیگر به اهمیت تدوین پروتکل‌های درمانی توسط متخصصین مطابق با مستندات و مقالات علمی اشاره نموده است که بدین شرح می‌باشد "اگه منظورتون در داخل کشور باشه که خوب از عام جامعه نمیشه انتظار داشت در مورد مسائلی که پیش میاد خیلی به‌روز و خیلی علمی و منطقی به مسئله نگاه کنن. این وظیفه مسئولین بهداشتی و درمانی کشور هست. اولاً که در وهله اول بررسی بکنند و ببینند که این مسائل چقدر جدی هست بر پایه مستندات علمی هر آنچه که منابع علمی و معتبر دنیا بهش اذعان دارن به‌عنوان سند مدرک و به‌عنوان شرح اقدامات بررسی‌هایی که انجام میدن و به ما ارائه می‌دهند". و شرکت‌کننده‌ای به ضعف بودن بحث پیشگیری اشاره نموده است که خود منجر به تشدید شدن بیماری و افزایش مرگ‌ومیر بیماران مبتلا به کرونا شده است. به‌علاوه بسیاری از کارکنان بهداشتی درمانی به افزایش زمان‌های استراحت، مرخصی و تعطیلات برای کاهش فشار کاری و افزایش کارایی اشاره نمودند. مشارکت‌کننده‌ای در این خصوص این‌گونه گفته است "زمان‌های استراحت باید بیشتر باشد. شیفت‌های ۲۴ ساعته خیلی خسته‌کننده هستند اگه عصر و شب نیرو اضافه بشه خیلی بهتره چون آدم کشش نداره". برخی از کارکنان بهداشتی درمانی به مطابقت ساعات کاری کارکنان درمان با

مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که دستورالعمل‌های ایمنی بیمار به سرعت در حال تغییر می‌باشند (۳۵).

مطابق با یافته‌ها کارکنان بهداشتی درمانی به برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه نحوه رسیدگی به بیماران مبتلابه کرونا و نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی به صورت مستمر اشاره نمودند که به صورت حضوری و مجازی توسط متخصصین و گاه مسئولین بخش‌ها برگزار می‌شد که باعث کاهش استرس و نگرانی می‌شده است.

#### ج-چالش‌های کار در زمینه کرونا

اکثر کارکنان بهداشتی درمانی به کمبود تجهیزات حفاظت فردی در شروع کرونا و کیفیت ضعیف آن و همچنین به سختی‌های استفاده از آن‌ها در حین کار اشاره کردند. یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین به ضعیف بودن و معایب استفاده از تجهیزات حفاظت فردی اشاره نمودند (۲۵، ۳۴، ۳۶، ۳۷). لذا لازم است تمهیداتی در این رابطه اندیشیده شود که از جمله آن‌ها می‌توان به لزوم در نظر گرفتن زمان استراحت، محدود نمودن ساعات کاری و استفاده از تجهیزات حفاظت فردی باکیفیت اشاره نمود.

کارکنان بهداشتی درمانی شرکت‌کننده در مطالعه به بالا بودن فشار کاری و کمبود کارکنان درمان در بخش کرونا اشاره نمودند که از دیگر سختی‌های کار در بخش کرونا بوده است. مطالعات پیشین با یافته‌های این مطالعه هم‌راستا بوده است (۲۵، ۲۷، ۳۶). می‌توان گفت که کمبود کارکنان و افزایش فشار کاری در بخش کرونا به افزایش فشار روانی کارکنان و کاهش کارایی و کیفیت خدمات درمانی ختم می‌شود. برخی از کارکنان بهداشتی درمانی نیز به کمبود دارو و هزینه‌های بالای آن اشاره نمودند که این موارد خود تحمیل‌کننده فشارهای زیادی بر کادر پرستاری بوده است. موضوع دیگر ضعیف بودن مدیریت بحران در استفاده از منابع بوده است. به نظر می‌رسد که باید تعادلی بین کارکنان بهداشتی درمانی و میزان استفاده استراتژیک از منابع بیمارستانی ایجاد شود که این لزوم برگزاری دوره‌های آموزشی، پایش و نظارت قوی توسط مدیران بیمارستان را می‌رساند.

اکثر کارکنان بهداشتی درمانی بیان نمودند که جدایی از خانواده در زمان شیوع پاندمی برای جلوگیری از انتقال بیماری، تحمل شرایط بیماری را بسیار سخت کرده بود که اثرات منفی بر روحیه آن‌ها داشته است که با مطالعه انجام‌شده در عمان هم‌راستا بوده است (۳۲). بسیاری از خانواده‌ها رضایتی به انجام فعالیت فرزندان یا والدینشان در واحدهای کووید ۱۹ نداشتند که همین امر از لحاظ روحی مشکلاتی را برای کارکنان بهداشتی درمانی ایجاد نمود. به‌ویژه در ایران، نقش حمایت خانواده در افزایش انگیزش، مقاومت و کاهش نگرانی کارکنان درمان بسیار مهم می‌باشد. برخی از کارکنان بهداشتی درمانی بیان نمودند که به علت تماس مستقیم با بیماران مبتلابه کرونا، افراد برخورد نامناسبی داشتند که با یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین هم‌راستا بوده است (۲۹، ۳۳، ۳۴). به نظر می‌رسد که سیاست‌گذاران سلامت باید از طریق رسانه‌های اجتماعی، همکاری فعال بین رهبران بخش‌های مختلف به دنبال راهی برای جلوگیری از واکنش‌های منفی عموم نسبت به کادر بهداشت و درمان باشند.

ب) تجربه حرفه‌ای کارکنان بهداشتی درمانی درگیر کرونا مطابق با یافته‌ها جدید بودن و حساسیت بالای کنترل کرونا منجر به افزایش نگرانی کارکنان بهداشتی درمانی می‌شد چراکه به دلیل تازگی این بیماری و مشخص نبودن علائم آن، کارکنان درمان از پیاده‌سازی بهترین روش درمان آگاهی نداشتند و همین موضوع باعث کاهش کیفیت عملکرد آن‌ها می‌گردید. همچنین کارکنان بهداشتی درمانی شرکت‌کننده در مطالعه بیان نمودند که در ابتدا مواجهه با شرایط بیماری کرونا بسیار سخت بوده اما با گذشت زمان شرایط و محیط کار عادی شده و توانستند با شرایط سازگار شوند که با یافته‌های مطالعه‌ای در انگلستان هم‌راستا بوده است (۳۵).

اهمیت رعایت دستورالعمل‌های ایمنی برای جلوگیری از درگیر شدن با بیماری کرونا از جمله مواردی می‌باشد که برای جلوگیری از سرایت سریع کرونا نقش مهمی را ایفا می‌کند. البته برخی از دستورالعمل‌ها مانند انتقال بیماری از سطوح باگذشت زمان تغییر کردند. یافته‌های حاصل از

اهمیت تأثیر حمایت اجتماعی بر کاهش نگرانی افراد اشاره شده است (۱۱،۱۲). به نظر می‌رسد که با برگزاری دوره‌های آموزشی در رسانه‌های اجتماعی بتوان جهت افزایش احساس مسئولیت و همکاری مردم گام برداشت. برخی نیز به اهمیت تدوین سیاست‌های بیمارستان برای ایجاد شرایط مستعد تأمین نیازهای روحی-روانی کارکنان اشاره نمودند. تأمین نیروی انسانی و منابع مالی از طریق همکاری با سایر ارگان‌ها و افزایش همکاری بین بیمارستان‌ها از جمله مواردی است که به کاهش تنش روانی بین کارکنان بهداشتی و درمانی کمک می‌کند.

استفاده از تکنیک‌های مؤثر جهت درمان و تدوین پروتکل‌های مقابله با کرونا بر پایه مستندات و متون معتبر علمی و مورد تأیید وزارت بهداشت یکی دیگر از گام‌های ضروری برای مقابله با کرونا می‌باشد. استفاده از تریاژ و پزشکی از راه دور می‌تواند از مواجهه بسیار زیاد کارکنان بهداشتی درمانی با بیماران جلوگیری کند و بیماران را قبل از رسیدن به بیمارستان به‌طور مؤثر غربالگری نماید (۳۹). بنابراین به نظر می‌رسد در صورت پیاده‌سازی تکنیک‌هایی برای درمان بیماران مبتلابه کرونا، هم روند درمانی بیماران اثربخش خواهد بود و هم کارکنان بهداشتی درمانی از لحاظ روحی روانی شرایط بهتری را تجربه می‌کنند. راهکارهای دیگر برای افزایش انگیزه کارکنان بهداشتی درمانی افزایش امکانات رفاهی، زمان استراحت و تعطیلات، مطابقت ساعات کاری با استانداردهای بین‌المللی، نظارت بر بخش‌های درمانی، افزایش تعداد نیروی پرستاری و گوشزد نمودن ایرادات در حد تذکر برای جلوگیری از افزایش تنش و اضطراب بین کادر بهداشتی و درمانی می‌باشند.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت. برخی از کارکنان بهداشتی درمانی از ادامه مصاحبه به دلیل خستگی و نداشتن انگیزه انصراف دادند که افراد دیگری جایگزین شدند. محدودیت دیگر، توجه به بحث پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی بود که در صورت وجود محدودیت در برقراری مصاحبه حضوری، مصاحبه به صورت تلفنی برگزار شد. به دلیل انجام مطالعه در برخی از بیمارستان‌های

برخی از کارکنان بهداشتی درمانی به کمبود تجهیزات بیمارستانی برای رسیدگی به بیماران مبتلابه کرونا اشاره نمودند که همین کمبودها منجر به از بین رفتن بیماران و افزایش فشارهای روحی-روانی کارکنان بهداشتی درمانی می‌شد که با یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین در یک راستا می‌باشند (۲۵،۳۳،۳۵،۳۸). می‌توان نتیجه گرفت که یکی از اقدامات ضروری برای مراقبت از بیماران تأمین تجهیزات اولیه کافی می‌باشد.

تأمین امکانات و تسهیلات لازم برای کارکنان بهداشتی درمانی یکی از شرایط ضروری برای ارائه خدمات باکیفیت می‌باشد. سیاست‌گذاران باید گام‌هایی برای تأمین امکانات و تسهیلات اولیه برای ارائه خدمت باکیفیت کارکنان بردارند. همه کارکنان بهداشتی درمانی به کمبود حمایت مالی اشاره نمودند که در مقابل حجم کاری که آن‌ها در بیمارستان‌ها انجام می‌دادند بسیار ضعیف بوده و همین امر می‌توانست منجر به کاهش انگیزه کادر بهداشتی و درمان شود. به‌علاوه برخی از مردم برای تأمین امرارمعاش خود مجبور به حضور در جامعه هستند تا هزینه‌های ماهیانه خود را تأمین نمایند. به نظر می‌رسد که با حمایت مالی از خانواده‌های فقیر و ارائه برنامه‌های آموزشی از طریق رسانه‌های اجتماعی می‌توان افراد را به ماندن در خانه و پذیرش دستورالعمل‌های بهداشتی تشویق نمود. برخی از افراد در جامعه به دلیل ناآگاهی این بیماری را جدی نمی‌گیرند و حتی بدون توجه به علائم و استفاده از ماسک در جامعه حضور پیدا می‌کند. در این مورد ضروری هست تا به افراد آگاهی موردنیاز برای پذیرش مسئولیت‌پذیری اجتماعی داده شود. برخی از افراد نیز به دلیل استرس ناشی از بیماری، برخورد نامناسبی با کارکنان بهداشتی درمانی داشتند که این امر خود باعث افزایش فشار روحی روانی کادر بهداشتی و درمان شده بود.

د) راهکارهای مقابله با کرونا

کارکنان بهداشتی درمانی به اهمیت همکاری بین مردم و کادر بهداشتی و درمان برای پیشگیری و کنترل کرونا اشاره نمودند. دریافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده به

جهت درمان، افزایش آگاهی و همکاری جامعه می‌تواند به‌عنوان راهی جهت کنترل مشکلات کارکنان بهداشتی درمانی مطرح شوند.

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نتایج مطالعه قابل‌تعمیم به کل کشور نمی‌باشد و نیاز به بررسی و مطالعات بیشتری در این زمینه می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

انجام این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده مجازی مدیریت و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.SME.REC.1399.100 تصویب شد. از کادر درمان شرکت‌کننده در پژوهش که به ما در ارائه نکته نظرات کارشناسی کمک و در گردآوری داده‌ها راهنمایی نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

### نتیجه‌گیری

برگزاری دوره‌های آموزشی و مانور و تأمین وسایل حفاظتی لازم با حمایت بیشتر سیاست‌گذاران پیشنهاد می‌گردد چراکه ضمن آمادگی بیشتر مراکز درمانی، به کاهش آسیب روحی روانی کارکنان درمان و کاهش مرگ‌ومیر منتهی می‌شود. همچنین مداخلاتی مانند استفاده از تریاژ، پزشکی از راه دور، تدوین پروتکل‌های مقابله با کرونا بر پایه مستندات علمی و استفاده از تکنیک‌های مؤثر

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک کارکنان بهداشتی درمانی شرکت‌کننده در مطالعه کووید-۱۹ در ایران

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۶۶/۷
	زن	۳۳/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱/۱
	متاهل	۸۸/۹
	فوق‌دیپلم	۵/۶
	کارشناسی	۷۲/۲
سطح تحصیلات	کارشناسی ارشد	۲۲/۲
	کمک پرستار	۵/۶
	پرستار	۷۷/۷
سمت	سرپرستار	۱۶/۷
	۲۳-۳۰	۴
	۳۱-۳۸	۵
	۳۹-۴۶	۵
	۴۷-۵۴	۴

جدول ۲- طبقات و زیر طبقات تجربیات کارکنان بهداشتی درمانی شرکت‌کننده در مطالعه کووید-۱۹ در ایران

زیر طبقه	طبقه	درون‌مایه
فشار روحی-روانی	حیطه احساسی	تجربه شخصی
ترس و نگرانی از انتقال بیماری به خانواده		
استرس و مقاومت کارکنان برای کار در بخش کرونا		
دید منفی نسبت به کادر درمان	حیطه اجتماعی	
فاصله‌گذاری اجتماعی		
مقاومت خانواده		
جدید بودن بیماری	ناشناخته بودن بیماری	
سازگاری با شرایط در طول زمان	شرایط کاری	
کسب تجربه		تجربه حرفه‌ای
رعایت دستورالعمل ایمنی		
تأثیر کرونا بر محیط و روابط کار		
برگزاری جلسات آموزشی	آموزش	
کیفیت پایین تجهیزات حفاظت فردی		
مشکلات دارویی		
مدیریت ضعیف بحران		
افزایش فشار کاری	حیطه سازمانی	چالش‌های کار در زمینه کرونا
کمبود تجهیزات		
ضعیف بودن امکانات بیمارستانی		
حمایت مالی ضعیف		
وضعیت اقتصادی ضعیف		
عدم توجه به بیماری	جامعه	
برخورد نامناسب مردم		

## References

1. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020.
2. Nienhaus A, Hod R. COVID-19 among Health Workers in Germany and Malaysia. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(13):4881.
3. Dost B, Koksall E, Terzi Ö, Bilgin S, Ustun YB, Arslan HN. Attitudes of Anesthesiology Specialists and Residents Toward Patients Infected with the Novel Coronavirus (COVID-19): A National Survey Study. *Surgical Infections*. 2020;21(4):350-6.
4. Sommerstein R, Fux CA, Vuichard-Gysin D, Abbas M, Marschall J, Balmelli C, et al. Risk of SARS-CoV-2 transmission by aerosols, the

- rational use of masks, and protection of healthcare workers from COVID-19. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. 2020;9(1):1-8.
5. Fini MB. What dentists need to know about COVID-19. *Oral Oncology*. 2020:104741.
  6. Mhango M, Dzobo M, Chitungo I, Dzinamarira T. COVID-19 risk factors among health workers: A rapid review. *Safety and Health at Work*, 2020.
  7. Izzetti R, Nisi M, Gabriele M, Graziani F. COVID-19 transmission in dental practice: brief review of preventive measures in Italy. *Journal of Dental Research*. 2020:0022034520920580.
  8. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*. 2020;48(6):592-8.
  9. Chersich MF, Gray G, Fairlie L, Eichbaum Q, Mayhew S, Allwood B, et al. COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Globalization and Health*. 2020;16:1-6.
  10. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, Anxiety, Stress Levels of Physicians and Associated Factors In Covid-19 Pandemics. *Psychiatry Research*. 2020:113130.
  11. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 2020.
  12. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2020;26:e923549-1.
  13. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal :Acute Cardiovascular Care*. 2020:2048872620922795.
  14. Heath C, Sommerfield A, von Ungern-Sternberg B. Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*. 2020;75(10):1364-71.
  15. Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, You G, et al. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*, 2020.
  16. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: a digital learning package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(9):2997.
  17. Almaghrabi RH, Alfaradi H, Al Hebshi WA, Albaadani MM. Healthcare workers experience in dealing with Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Saudi medical journal*. 2020;41(6):657-61.
  18. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *bmj*. 2020;368.
  19. Jin Y-H, Huang Q, Wang Y-Y, Zeng X-T, Luo L-S, Pan Z-Y, et al. Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected

- healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey. *Military Medical Research*. 2020;7:1-13.
20. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*, 2020.
  21. Saffari M. Nurses' Experiences on Self-Protection when caring for COVID-19 patients. *Journal Mil Med*. 2020;22(6):570-9.[Persian].
  22. Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, et al. Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*. 2020:103637.
  23. Sterling MR, Tseng E, Poon A, Cho J, Avgar AC, Kern LM, et al. Experiences of home health care workers in New York City during the coronavirus disease 2019 pandemic: a qualitative analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(11):1453-9.
  24. Kim Y. Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. *American journal of infection control*. 2018;46(7):781-7.
  25. Ardebili ME, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American journal of infection control*. 2021;49(5):547-554.
  26. Karimi Z, Fereidouni Z, Behnammoghadam M, Alimohammadi N, Mousavizadeh A, Salehi T, et al. The lived experience of nurses caring for patients with COVID-19 in Iran: a phenomenological study. *Risk management and healthcare policy*. 2020;13:1271-1278.
  27. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, Otero-García L, et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021;62:102966.
  28. AlAteeq DA, Aljhani S, Althiyabi I, Majzoub S. Mental health among healthcare providers during coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*. 2020; 13(10):1432-7.
  29. Dye TD, Alcantara L, Siddiqi S, Barbosu M, Sharma S, Panko T, et al. Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: An analytical cross-sectional global study. *BMJ open*. 2020;10(12):e046620.
  30. Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: A qualitative study. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1-9.
  31. Abedi G, Rahkola GM, Rouhani S. The Experiences of Healthcare Providers Regarding Professional Ethics of Front Line Health Workers (A Qualitative Study). *Iranian Journal of Health Sciences*, 2020.
  32. Al Ghafri T, Al Ajmi F, Anwar H, Al Balushi L, Al Balushi Z, Al Fahdi F, et al. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. *Journal of primary care & community health*. 2020;11:2150132720967514.
  33. Perera B, Wickramarachchi B, Samanmalie C, Hettiarachchi M. Psychological experiences of healthcare professionals in Sri Lanka

- during COVID-19. *BMC psychology*. 2021;9(1):1-9.
34. Khanal P, Devkota N, Dahal M, Paudel K, Joshi D. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. *Globalization and health*. 2020;16(1):1-12.
35. Vindrola-Padros C, Andrews L, Dowrick A, Djellouli N, Fillmore H, Gonzalez EB, et al. Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ open*. 2020;10(11):e040503.
36. Hoernke K, Djellouli N, Andrews LJ, Lewis-Jackson S, Manby L, Martin S, et al. Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal. *medRxiv*, 2020.
37. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*. 2020;5(9):e475-e83.
38. Okediran JO, Ilesanmi OS, Fetuga AA, Onoh I, Afolabi AA, Ogunbode O, et al. The experiences of healthcare workers during the COVID-19 crisis in Lagos, Nigeria: A qualitative study. *Germs*. 2020;10(4):356.
39. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Moghadam AD, Farokhi E, Rezaei N. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *Journal of Clinical Virology*. 2020;126:104345.

## Covid-19 in Iran: A Qualitative Study of the Experiences of Health Care Workers

Nader Jahanmehr<sup>1</sup>, Ali Siamiaghdam<sup>\*2</sup>, Abbas Daneshkohan<sup>1</sup>

- 1- Ph.D. Assistant Professor, Department of Health Services Management, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- MSc. Student, Department of Health Services Management, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding Author: siamiali54@yahoo.com

Received: Jan 14, 2022

Accepted: Jun 11, 2022

### Abstract

**Background and Aim:** With the rapid spread of Covid-19 around the world, the exposure of health care workers to the disease has increased. The study aimed to investigate the personal and professional experiences of health care workers during the outbreak of coronavirus in hospitals in Tehran, Iran.

**Materials and Methods:** This qualitative study included health care workers in the main Covid-19 units in Shahid-Beheshti University of Medical Sciences hospitals in Tehran, Iran conducted using the content analysis method in 2021. The sample was selected by purposeful sampling, using the snowball method. Data were collected through semi-structured interviews and, after extracting the items, analyzed using the MAXQDA 10 software.

**Results:** After coding a total of 236 main codes were extracted and divided into 10 main categories and 30 subcategories. Four main themes were identified: "Personal experience of health care workers", "Professional experience of health care workers", "Challenges of working in the field of Covid-19" and "Strategies to deal with Covid-19".

**Conclusion:** Due to the increasing psychological pressure on health care workers, it seems that planning psychological counseling and providing welfare facilities for them can be useful in reducing their mental stress. In addition, it is recommended to hold training and maneuvering courses at times of crisis and provide the necessary equipment, as well as take action for continuous supervision and monitoring to improve the working conditions of health workers.

**Keywords:** Covid-19, Experiences, Health Care Workers, Iran

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.