Volume 22, Issue 5 (September- October 2023)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The experiences of health care staff working in health centers during the covid-19: A phenomenological study

Masome Rostami Moez[1], Jalal Abdi[2], Mohamad Kheirandish[2], Moghgan Hoseini[2], Zahra Jalali[2], Malihe Taheri[2*]

1. Research Center for Health Sciences, Hamadan university of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Hamadan Health Center, Hamadan university of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Received: 17 March 2021
Accepted for publication: 9 July 2023
[EPub a head of print-29 July 2023]
Payesh: 2023; 22(5): 603- 616

Abstract

Objectiv(s): This study aimed to explore the experiences of health care providers working in health centers during the Covid-19 disease using a phenomenological method.

Methods: A qualitative study using phenomenological method was conducted on a sample of health care staff in Hamedan, Iran. Inclusion criteria were physicians and health care providers involved with individuals with or suspected of having corona virus disease. Exclusion criteria were concealment of information in the interviewee or his / her unwillingness to participate in the research. The sampling method was purpose full and continued until data saturation (30 people). In-depth and semi-structured interviews were used to collect information. The average interview time was 40-60 minutes. Data were analyzed using the Colaizzi method.

Results: The findings indicated 4 main themes, 9 categories and 59 sub-categories. The main themes included negative emotions, positive emotions, self-efficacy, and health system problems. Sub-themes included psychological responses, lack of good outlook, unappreciative system, altruism, voluntary work, social self-efficacy, individual self-efficacy, violations of instructions, and equipment supply problems.

Conclusion: The present study showed that health service providers experienced inappropriate mental, emotional and occupational conditions during the Covid-19 pandemic. The results obtained from this study can be used to formulate support and strategies for emerging epidemics.

Keywords: Covid-19, Corona virus, Epidemics, Qualitative Research, Emotions

* Corresponding author: Hamadan Health Center, Hamadan university of Medical Sciences, Hamadan, Iran
E-mail: ma.taheri@umsha.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

سال بیست و دوم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۴۰۲

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

تبیین تجارب ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت در طول همه گیری کووید ۱۹: یک مطالعه پدیدار شناسی

معصومه رستمی معز [۱]، جلال عبدی [۲]، محمد خیراندیش [۲]، مژگان حسینی [۲]، زهرا جلالی، ملیحه طاهری [۲*]

۱. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مرکز بهداشت شهرستان همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۱۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۷ مرداد ۱۴۰۲]
نشریه پایش: ۶۱۶- ۶۰۳ :(۵)۲۲؛ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: کووید ۱۹ تمام جنبه های زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بررسی تجربه روانشناختی ارائه دهندگان خدمات به مدیریت بهتر اپیدمی کمک می‌کند. بنابراین، هدف این مطالعه تبیین تجارب ارائه دهندگان خدمات سلامت در مراکز بهداشتی و درمانی در طول همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ با استفاده از روش پدیدارشناختی بود.

مواد و روش کار: این مطالعه یک پژوهش کیفی به روش پدیدارشناسانه است. معیارورود به مطالعه پزشکان و مراقبین سلامت ارائه دهنده خدمت به افراد مبتلا یا مشکوک به ابتلای بیماری کووید ۱۹ بودند و معیار خروج عدم علاقه مصاحبه شوندگان به شرکت در پژوهش بود. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بود و تا اشباع داده ها (۳۰ نفر) ادامه یافت. برای جمع آوری اطلاعات از مصاحبه های عمیق و نیمه ساختاریافته استفاده شد. متوسط زمان مصاحبه ها ۶۰-۴۰ دقیقه بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش کلایزی استفاده شد.

یافته ها: تجارب شامل۴ طبقه اصلی،۹ طبقه فرعی و ۵۹ زیر طبقه بود. طبقه ها اصلی شامل احساسات منفی، احساسات مثبت، خودکارآمدی و اشکالات سیستم بهداشتی بود. طبقه ها فرعی شامل پاسخهای روانشناختی، نداشتن چشم انداز خوب، قدر نشناسی سیستم، نوع دوستی،کار داوطلبانه، خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی فردی، نقض دستور العمل ها، مشکلات مربوط به تامین تجهیزات بود.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که ارائه دهندگان خدمات سلامت در طول همه گیری کووید-۱۹ شرایط روحی، عاطفی و شغلی نامناسبی را تجربه کردند و در زمینه مراقبت از خود و جمعیت تحت پوشش به پشتیبانی و تجهیزات بیشتری نیاز دارند. از نتایج این پژوهش می توان برای تدوین راهبردهای حمایتی و خدمات رسانی برای ی اپیدمی های نوظهور بهره برد.

واژه های کلیدی: کووید ۱۹، کرونا ویروس، اپیدمی، تجربه، احساسات

کداخلاق: IR.UMSHA.REC.1399.164

* نویسنده پاسخگو: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز بهداشت شهرستان همدان
E-mail: ma.taheri@umsha.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

مقدمه

بیماری تنفسی حاد کووید ۱۹ ناشی از آلودگی با کروناویروس جدید است که در بیماران مبتلا به ذات الریه در ووهان چین در دسامبر سال ۲۰۱۹ جدا سازی و شناسایی شد. این بیماری به طور عمده باعث علائم دستگاه تنفسی و دستگاه گوارش می‌شود، علائم آن از علایم خفیف، پنومونی شدید، سندرم زجر حاد تنفسی، شوک سپتیک و حتی سندرم نارسایی ارگان‌های سیستمیک متغیر است[۲, ۱]. در حال حاضر هیچ داروی خاصی برای این بیماری وجود ندارد. درمان و پرستاری عمدتاً شامل داروهای ضد ویروسی و نگهدارنده، جداسازی، پشتیبانی علامتی و نظارت دقیق بر پیشرفت بیماری است[۳]. سازمان بهداشت جهانی در ماه مارس ۲۰۲۰ خطر بیماری جدید کرونا ویروس را اعلام نمود و یک ماه بعد آن پاندمی و عامل خطر برای کل جهان دانست که بیش از ۸۰۰۰۰ مبتلا تایید شده داشته است[۴]. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی از ۳۰ دسامبر تا ۱۱ اکتبر ۲۰۲۰، بیش از ۳۷ میلیون مورد ابتلا به کووید و یک میلیون مرگ در جهان گزارش شده است[۵]. ایران تا ۱۶ مارس ۲۰۲۰ با ۱۴۹۹۱ مورد ابتلا سومین کشور با بیشترین موارد گزارش شده کووید ۱۹ پس از چین و ایتالیا و اولین رتبه ابتلا در منطقه خاورمیانه بود[۶]. بیماری کووید ۱۹ سیستم بهداشت عمومی کشورها را به شدت تحت تاثیر قرار داده است. در این زمینه، کارکنان پزشکی، به عنوان اصلی ترین نیرو در نبرد با این بیماری همه گیر، وظیفه مهمی را بر عهده دارند[۳]. در واقع پاندمی‌ها از جمله پاندمی کووید-۱۹ همه ابعاد زندگی ارائه دهندگان خدمات سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهد[۹-۷]. هنگامی که پرستاران در تماس نزدیک با بیماران مبتلا به بیماری های عفونی نوظهور قرار می‌گیرند، آنها از تنهایی، اضطراب، ترس، خستگی، اختلالات خواب و سایر مشکلات سلامت جسمی و روانی رنج می‌برند[۱۰]. مطالعه قبلی نشان داده است که افسردگی، بی خوابی و استرس پس از آسیب در پرستاران درگیر در بیماران مبتلا به سارس وجود داشته و به دلیل احساس تنهایی برخی از آنان به مشاوره روانشناختی نیاز پیدا می‌کنند[۱۱] در مقابل، برخی از مطالعات نشان دهنده تجربه مثبت و رشد حاصل از تلاشهای مهار اپیدمی جمعی است[۱۲]. در مطالعه Niuniu Sun و همکاران، که با هدف مطالعه روانشناسی پرستاران مراقبت کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ انجام شد با استفاده از رویکرد پدیدارشناختی، تجربه روانشناختی پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹را در چهار موضوع احساسات منفی، سازگاری عاطفی و زندگی، توسعه مسئولیت حرفه ای، و احساسات مثبت همزمان با احساسات منفی خلاصه کرد[۱۳]. همچنین Almutairi و همکاران در بررسی تجربیات بازماندگان ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی بیماری MERS-CoV دریافتند بازماندگان همچنان از نتایج تجربه ها آسیب‌زای خود رنج می‌بردند که عملکرد آنها را به صورت منفی تحت تأثیر قرار داده بود[۱۴]. Belfroid و همکاران در مطالعه بررسی دیدگاه عملکرد سازمانها در زمان شیوع ابولا اهمیت یک محیط کار حمایتی مناسب در زمان بحران را نشان دادند [۱۵]. عواملی که در توانایی و تمایل کارمندان بهداشت و درمان به پیروی از دستورالعمل های مدیریت بیماری های عفونی تنفسی تأثیر می‌گذارند شامل راهنما و چگونگی ارتباط با آن، پشتیبانی مدیران، فرهنگ محل کار، آموزش، فضای فیزیکی، دسترسی و اعتماد به تجهیزات محافظ شخصی و تمایل به ارائه خدمات درمانی برای بیماران است[۱۶]. با توجه به شیوع ناگهانی بیماری کووید-۱۹، میزان زیادی اطلاعات نادرست تولید و پخش می‌گردد[۱۷]. همچنین اگاهی کارکنان بهداشتی از دستورالعمل های کنترل و پیشگیری عفونت در طول دوره اپیدمی کووید-۱۹ اهمیت دارد[۱۶]. نتایج یک مطالعه انجام شده نشان داد که پرستاران بخش بیماریهای عفونی مجبور بودند پس از گذراندن تنها یک آموزش مختصر در مورد کووید-۱۹، وارد بخش مراقبت از بیماران شوند[۱۳]. در حال حاضر، مطالعات منتشر شده حاکی از شیوع بیماری، خصوصیات سلولی، ایمنسازی ، روش‌های تشخیصی و درمان است[۲۳-۱۸]. برخی گزارش ها به شدت مشکلات روانی در پرستاران بخش های مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و ضرورت ارائه خدمات روانشناختی توجه کرده اند[۲۵, ۲۴]. از آنجا که کووید-۱۹یک بیماری جدید است و سیستم پزشکی و فرهنگ کشورهای مختلف متفاوت است، تحقیقات بیشتری در مورد تجربه روانشناختی ارائه دهندگان خدمات در خط اول مهار و مقابله با اپیدمی در مقابله با کووید-۱۹ لازم است[۱۷]. بنابراین، هدف این مطالعه تبیین تجارب ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی در طول همه‌گیری بیماری جدید کووید-۱۹ از طریق یک مطالعه کیفی با استفاده از روش پدیدارشناختی بود.

مواد و روش کار

این مطالعه با متد کیفی و از نوع پدیدار شناسی(Phenomenology) به منظور درک تجربه پزشکان و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

مراقبین سلامت را در طی همه‌گیری بیماری کرونا ویروس در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان همدان با تائید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. برای کشف تجربه زنده از پدیده‌هایی که به نحوی با تعاملات انسانی روبه‌رو هستند، مناسبترین روش برای شناخت عمق تجربه و معنای یک پدیده پیچیده، پدیدارشناسی می‌باشد[۲۶]. جامعه پژوهش در این مطالعه، پزشکان و مراقبین سلامت بودند که در طی همه‌گیری بیماری کرونا -۱۹ بعنوان خط اول مسؤولیت اصلی مراقبت از بیمار را بر عهده داشته اند. محیط اطلاعاتی در این مطالعه شامل مراکز خدمات جامع سلامت در شهرستان همدان بود که ارائه دهنده خدمات به بیماران مبتلا یا مشکوک به کرونا بودند. معیارورود به مطالعه شامل پزشکان و مراقبین سلامت درگیر با افراد مبتلا یا مشکوک به ابتلای بیماری کووید-۱۹ بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم علاقه مصاحبه شونده به شرکت در پژوهش بود. در مطالعه حاضر روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بود. شرکت کنندگان ارائه دهندگان خدمات سلامت در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان همدان بودند که تجربه مواجهه با بیماران کووید-۱۹ را داشتند. در این تحقیق هدف و روشهای مطالعه از طریق تلفن توضیح داده شد و سپس در صورت تمایل افراد برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. و سپس زمان مصاحبه حضوری و محل آن با شرکت کنندگان داوطلب مشخص گردید و تا اشباع داده‌ها یعنی تا زمانی که اظهارات جدیدی به دست نیاید، نمونه گیری صورت گرفت. تعداد مصاحبه‌های صورت گرفته ۳۰ مورد بود که سه مورد از مصاحبه‌ها بعد از رسیدن به اشباع انجام گرفته است.

برای جمع آوری اطلاعات این مطالعه از مصاحبه های عمیق و نیمه ساختاریافته استفاده شد. متوسط زمان مصاحبه ها ۶۰-۴۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌ها به طور کامل ضبط و به کلیه شرکت کنندگان بر اساس ترتیب زمانی انجام مصاحبه‌ها کد داده شد، هر مصاحبه ثبت و سپس مصاحبه بعدی انجام شد. سی مصاحبه تلفنی یا حضوری نیمه ساختار یافته با شرکت کنندگان انجام شد. روند تعیین صحت و اعتبار در تحقیقات کیفی متفاوت از کمی میباشد [۲۷]. مؤثق بودن جهت استحکام و کفایت روش تحقیق تعریف شده است. در این پژوهش نیز از چهار معیار مؤثق بودن تحقیقات کیفی یعنی قابلیت اعتبار(Trustworthiness) ، قابلیت اطمینان (Dependability)، قابلیت تصدیق(Conformability) و قابلیت انتقال(Transferability) استفاده شد[۲۸]. جهت تضمین قابلیت اعتبار که عبارتست از میزان صحت یافته ها، گابا و لینکن تکنیکهای مختلفی را برای ارتقاء و مستند نمودن اعتبار داده‌های کیفی به کار برده‌اند که یکی از آنها شرکت طولانی مدت و مشاهده مصرانه است، جهت نایل شدن به این مهم، محقق زمان لازم را برای جمع آوری داده ها اختصاص داد. در صورت مواجهه با نکات مبهم در هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها مجدداً اقدام به مصاحبه تلفنی برای روشن نمودن ابهام نمود. همچنین برای ارتقای اعتبار، محقق از همکاران متخصص کیفی برای نتیجه گیری آنچه حقیقت است، استفاده نمود و نیز شرکت کنندگان مطالعه را نیز از طریق انجام مصاحبه عمیق با آنان و همچنین ارایه بازخورد لازم به آنان برای کشف جنبه های مختلف حقیقت، دخالت داد .به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته ها به موقعیتها و گروه های مشابه، از شرکت کنندگان در گروههای متفاوت (پزشکان، مراقبین سلامت) استفاده شد. قبل از شروع مطالعه رضایت نامه آگاهانه از شرکت کنندگان کسب شد. ابزار مورد استفاده راهنمای مصاحبه بود سؤالات اصلی مصاحبه به شرح زیر بود:

۱- تجربیات خود را در طی همه گیری بیماری کرونا-۱۹ بیان کنید. ۲- احساسات خود در طی همه گیری بیماری کرونا -۱۹ بیان نمائید. ۳- آیا مطلب و یا نظر دیگری هست که تمایل داشته باشید مطرح نمایید؟ اگر بلی توضیح دهید. روش تحلیل داده ها در این مطالعه از نوع تحلیل محتوا و با استفاده از روش تجزیه و تحلیل ۷ مرحله ای کلایزی (Colaizzis Method) بود که شامل ۷ مرحله: ۱- آشنایی با داده‌ها ۲- استخراج طبقه‌ها ۳- دریافت معانی مشترک ۴- سازمان‌دهی طبقه‌ها ۵- ارایه یک توصیف جامع از پدیده ۶- شناسایی یک ساختار جامع و ۷- بازنگری اعضاء می باشد. در این پژوهش بر اساس روش کلایزی، هر مصاحبه تجزیه و تحلیل و سپس مصاحبه بعدی انجام شد. بدین ترتیب پس از پیاده‌سازی اظهارات شرکت‌کنندگان، به منظور هم احساس شدن با مشارکت‌کنندگان همه توصیفات آنها بارها خوانده شد(مرحله اول) و عبارت مهم حاوی مفاهیم عمیق از تجربه شرکت کنندگان استخراج شد(مرحله دوم). سپس مفاهیم مشترک و معانی زیربنایی آن‌ها به صورت کد فرموله شد(مرحله سوم) و با توجه به تشابهات مفهومی، در دستجات موضوعی قرار داده شد(مرحله چهارم) و توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه ارائه گردید(مرحله پنجم). بدین ترتیب با ترکیب کلیه عقاید، یک توصیف کامل از تجربه پدیده مورد نظر به دست آمد(مرحله ششم) و در نهایت جهت اطمینان از صحت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

داده‌ها مجدد به شرکت کنندگان مراجعه و در مورد یافته های استخراج شده از آنان سوال شد(مرحله هفتم)[۳۰, ۲۹].

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان۳۵سال بود، ۴۵/۵ درصد شرکت کنندگان زن و ۲۷/۳ درصد کارشناس بهداشت عمومی بودند. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در تحقیق در جدول شماره۱ ارائه شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی ۳۷۶ کد، ۹ درون مایه فرعی و ۴ درون مایه اصلی و ۵۹ زیر طبقه شد. درون مایه های استخراج شده عبارت بودند از: "احساسات منفی" ، "احساسات مثبت" ، " عوامل موثر بر غلبه بر احساسات منفی(خود کارآمدی)" ، " تجارب بیماران " ، " اشکالات سیستم بهداشتی " و " راهکارهای ارائه شده "(جدول ۲).

درون مایه شماره ۱ احساسات منفی

این طبقه از سه دسته پاسخ‌های روانشناختی، قدرنشناسی سیستم و نداشتن چشم‌انداز خوب در خصوص بیماری کرونا تشکیل شده بود. اکثر شرکت‌کنندگان بیان کردند که با شیوع بیماری غافلگیر شده‌اند و دچار استرس و نگرانی شدیدی بوده‌اند و دچار احساس درماندگی شده بودند یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد" *من احساس بیچارگی داشتم، فکر می‌کردم شکست ناپذیره و دچار درماندگی خود آموخته شدیم. کار خاصی از پیش نمیره سیل می‌ری کمک می کنی آروم میشی، زلزله میری کمک می‌کنی آروم میشی ولی کرونا این احساس رو به آدم نمیده*" (زن- ۲۹ ساله - ماما).

" *اول خیلی ترس داشتم وحشت زیادی داشتم هر روز که میومدم سرکار فکر می‌کردم کرونا در کمینه، فکر می کردم هر چی تلاش می‌کنی نمی‌تونی از اون مخمصه خلاص نمیشی هر کاریم بکنی بازم بیماری رو میگیری اوضاع بهتر نشده آمارا هم نشون میده یه روز خوبه یه روز بد* " (زن-۳۹ ساله- روانشناس).

علاوه بر این اکثر پرسنل غیر پزشک ابراز داشتند که از نحوه برخورد و تبعیض بین پرسنل احساس سرخوردگی و دلسردی داشتند چرا که کلیه تجهیزات حفاظت فردی فقط در اختیار پزشکان قرار داده می‌شد و سایر پرسنل با کمبود امکانات مواجه بودند. یکی از بهیاران بیان کرد" *من از کار نمی‌ترسیدم یکمی دلسردی ایجاد شده برامون منه بهیاری که میرم اونجا یه ماسک و دستکش می‌دادن اونم به شمار، گان هم که اصلاه از روز اول نمی‌دادن اینقدر پیگیری کردیم تا دادن ولی برای پزشکا نه ماشاالله، گان، کلاه، همه چی، چکمه، این یه نوع تبعیض و دلسردی بود اصلا همه چی براشون مهیا بود*" (مرد- ۲۸ ساله – بهیار).

" *آدم از اینکه می تونه کمک کنه احساس مفید بودن می‌کرد ولی از بی انصافی مسئول واحدا احساس ناامیدی می‌کردیم رفتار بدی داشتن من تو یکی از شیفتا معدم (معده ام) خونریزی کرد ولی اینا خیلی توهین آمیز صحبت کردن برای ما ارزشی قایل نبودن شیفت شب بودیم می‌دیدی غذا رو همونجا پرت کردن و رفتن، ما قبول داریم ضرب العجل بود ولی جلوی خیلی از بی‌برنامگی ها رو می‌تونستی بگیری کمبود امکانات بود ولی برای یه عده به بقیه هر جور دلشون می خواست می‌دادن "*(زن-۲۸ ساله -کارشناس بهداشت).

" *خیلی تفاوت بود بین پرسنل شرکتی و رسمی، منو فیکس مراکز عصر و شب گذاشته بودن ولی به پرستار رسمیشون جرات نمی‌کردن بگن بیا شیفت و بار کاری روی دوش پرسنل شرکتی بود چه پرستارش چه پزشکش، همکارای رسمی که میموندن انگار یه منتی داشتن، بحران هست برای همه هست نه فقط پرسنل شرکتی*" (زن – ۲۵ ساله – پرستار).

نداشتن چشم‌انداز خوب در خصوص بیماری کرونا مطلبی بود که توسط اکثر شرکت‌کنندگان عنوان شد که به علت به نوپدید بودن بیماری، شیوع سریع، مرگ و میر نسبتا بالا، نبود داروی اختصاصی و نبود واکسن مناسب و همچنین وجود اطلاعات ضد و نقیض قابل توجیه می‌باشد. این مشکل فقط مختص کشور ایران نبوده و مشکلی جهانی در دوره پاندمی بیماری بوده است یکی از شرکت کنندگان بیان نمود"*من احساس بیچارگی داشتم فکر می‌کردم شکست ناپذیره و دچار درماندگی آموخته شدیم ، احساس کردیم کار خاصی از پیش نمیره سیل میاد میری کمک می کنی آروم میشی، زلزله میری کمک می‌کنی آروم میشی ولی کرونا این احساس رو به آدم نمی ده "*.

یکی از شرکت کنندگان بیان کرد"*چون اوایلش ناشناخته بود همه ترس داشتن حتی همه همکارا بهم گفتن که میرم اونجا (مراکز ۱۶ ساعته) خیلی رعایت کنم هم برای خودم و هم برای اونا – دو تا از همکارامونم بودن که خیلی رعایت می کردن حتی پاپوش هم می پوشیدن ولی الان نتیجه آزمایششون مثبت شده*" (مرد- ۲۵ ساله – خدمات).

"*اسم کرونا برامون مجهول بود من ترس نداشتم فقط یه سری سوال داشتم که چه جوره؟ چه جور آدم رو درگیر می کنه، علایم*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

بیماری‌شون چیه؟ پشتیبانی ستاد یا مرکز چه‌جوریه؟ بالادستامون چه‌جور ساپورتمون می‌کنن از نظر تجهیزات؟"(مرد- ۳۲ ساله – کارشناس بهداشت).

درون مایه شماره ۲ احساسات مثبت

این طبقه شامل دو دسته "نوع دوستی" و " کار داوطلبانه" بود احساس مفید بودن و و انجام خدمت به همنوع از جمله مواردی بود که شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها به آن اشاره کرده بودند. کارکنان باسابقه، اپیدمی کرونا در حال حاضر را با شرایط زمان جنگ تجمیلی مقایسه کرده و روحیه کار داوطلبانه و جهادی یکی از طبقه‌هایی بود که در مصاحبه ها به آن اشاره شد" *ما جنگ رو دیدیم تو بیمارستان تهران که شیمیایی زدن اونا رو دیدیم ما سختی کشیدیم ما همیشه تو گود بودیم"* (مرد- ۵۰ ساله – بهیار).

شرکت کننده دیگر بیان کرد *"چه اینجا چه مرز مهران یا بحث همه گیری های دیگه، حس مثبتی بود که میرفتی اونجا طرف کرونا مثبت بود بهش دلداری می‌دادی با خانوادش حرف میزدی و اونا وقتی می‌دیدن یه نفر از پرسنل بهداشت رفته باهاشون حرف می زنه خیلی احساس خوبی بهشون دست میداد "*(مرد- ۵۱ ساله- پرستار).

علاوه بر این حس نوع دوستی و دواطلب شدن نیز در میان گفته ها وجود داشت *" خوشحالم چون بخاطر مردم بوده مثل یه جبهه ای بود هیچ فرقی نداشته "* (مرد-۵۱ ساله-بهیار).

"من هیچ ترسی نداشتم چون رشتم پرستاریه و داوطلبانه رفتم و همه جوره پایه بودم این مشکل برطرف بشه "(زن- ۳۴ ساله - پرستار).

درون مایه شماره ۳ عوامل موثر بر غلبه بر احساسات منفی(خود کارآمدی)

این طبقه شامل دو دسته پاسخ خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی فردی بود. تعداد روزافزون موارد بیماری، فشار زیاد کار، کاهش وسایل حفاظت شخصی، نداشتن داروی اختصاصی و احساس عدم حمایت کافی از آن‌ها همگی منجر به فشار روانی کارکنان بهداشت و درمان می‌شود در مصاحبه‌ها عنوان شد که عواملی از جمله همراهی خانواده و رسانه ها، گذر زمان، انجام مدیتیشن و احساس اینکه این اپیدمی همگانی و جهانی هست باعث شد که آنها با این مشکل به صورت مناسب‌تری برخورد نمایند.

یکی از کارمندان در خصوص همراهی خانواده با ایشان بیان کرد که *" با خانوادم که صحبت کردم اولش مخالفت کردن یه بیست روزی هم نگفتم که دارم نمونه کرونایی می گیرم بعد که گفتم ، گفتن هر جور راحتی "*

شرکت کننده دیگری در خصوص ایجاد فرصتها در طول اپیدمی بیماری کرونا بیان نمود *"این اپیدمی یه فرصتهایی بود فرصتی که ایجاد کرد این بود که سواد بهداشتی مردم افزایش پیدا کرد رسانه ها هم حساس سازی کردن "* (مرد- ۳۰ ساله- کارشناس بهداشت).

در خصوص راههای بکار گرفته شده جهت کاهش استرس یک کارشناس بهداشت روان عنوان نمود که *"مراقبه کردم استرسم رو با مدیتیشن و تمرین تنفس خودم رو یه خورده آرومتر کردم به روال عادی زندگیم برگشتم"* (زن-۳۰ ساله-کارشناس بهداشت روان).

درون مایه شماره ۴ اشکالات سیستم بهداشتی

این تم شامل دو طبقه اصلی " نقض دستورالعملها" و "مشکلات مربوط به تامین تجهیزات" بود. شرکت‌کنندگان در مطالعه از نقض مداوم دستورالعملهای وزارت بهداشت و سازمان بهداشت جهانی و مشکلات مربوط به تامین تجهیزات نارضایتی داشتند. از نظر شرکت‌کنندگان نقض دستورالعملها شامل مواردی همچون عدم گندزدایی در مراکز منتخب کووید-۱۹، عدم توجه به سلامت پرسنل از سوی مسئولین، تبعیض در گرفتن آزمایش برخی افراد ادارات دیگر، در نظر نگرفتن OFF، تعداد زیاد دستورالعملها و وجود تناقض در آنها، تجویز بیش از حد دارو توسط پزشکان، حمل ناصحیح نمونه ها و .... می‌گردید. چنانچه یکی از شرکت‌کنندگان در مطالعه بیان نمود" *والا چیزی که ما دیدیم سوء مدیریت بود کمبود منابع، اصلا مدیریت بحران نبود، تو شیفتی که من بودم تو ۱۰ دقیقه ۵ بار برنامه من عوض می شد... با مردمی که ارجاع می‌شدن خیلی سلیقه‌ای باهاشون رفتار می‌شد مراکز ۱۶ساعته ناکارآمد بود و خدمات دهی به افراد متفاوت بود"* (زن-۴۹ ساله- بهیار).

کارمند دیگری در خصوص وضعیت نامناسب مراکز ۱۶ ساعته بیان کرد که *"از لحاظ بهداشتی خیلی رعایت نمی‌شد من از ساعت ۱ مراکز ۱۶ساعته بودم تا ۸ شب هیچ گونه ضدعفونی انجام نمی‌گرفت جمعیت خیلی زیادی اونجا میومدن"*(زن- کارشناس بهداشت ۳۴ ساله).

" قسمت پذیرش هم که هر کس قرار میگیره ۸۵ درصد مریض میشه بالاخره اگه می خواستن یه پلاستیکی می کشیدن اینا باید پرسنل براشون مهم باشه اگر پرسنل سالم نباشن کی میخواد از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

مردم محافظت کنه وقتی برای پرسنل خودشون ارزش قایل نمی شن" (زن-کارشناس بهداشت-۲۸ ساله).

"... برای ما هیچ آفی در نظر نمی گرفتن من ۷ صبح تا ۲ میرفتم درمانگاه بعد از اون بلافاصله باید میرفتم شیفت تا ۱۲ شب، دوباره فردا صبشم[صبح هم] سر کار، بهشون گفتم شما برای پرسنل ارزش قائل نمیشین" (زن- ۳۵ ساله – کارشناس مامایی).

"من خودم علامت داشتم ازم تست نمی‌گرفتن و قبول نمی‌کردن تمام ارگانها میان تست میدن ولی اینا از خود ما آزمایش نمی‌گیرن اون روزی که من شیفت بودم از اداره برنامه و بودجه اومدن آقای x زنگ زدن گفتن از همشون تست بگیرید با ویزیت رایگان حتی" (مرد- ۳۲ سال – کارشناس بهداشت).

"نامه از وزارت خونه اومده که فقط افراد بالای ۶۰ سال و در معرض خطر تست کرونا باشه ولی این یه دست نشده بین همکاران مثلا فرد میاد ما براش توضیح میدیم که برای شما لازم نیست میره مرکز بهداشت نامه میاره که ازش تست گرفته بشه- اون بنده خدا که باید بره آزمایشگاه دی ۶۰۰ هزار تومن بده چه فرقی با آشنای من داره که رایگان تست براش انجام میشه- من طرف رو متقاعد کردم که برای شما آزمایش نمی گیره میره یه نامه میاره و من نمی تونم نه بگم"(زن- ۳۵ ساله –بهیار).

تجارب کارکنان مرکز بهداشت شهرستان همدان در طول دوره همه گیری کرونا

از شرکت‌کنندگان در مطالعه در خصوص تجاربی که در دوره کرونا کسب کرده بودند سوال شد طبقه ها استخراج شده شامل " انگ، داغ و استیگما " ، "اهمیت ندادن به بیماری و اصول بهداشتی" ، "سردرگمی مردم" و "مقاومت در برابر آموزشها " بود(جدول شماره ۳). کارکنان بهداشتی عنوان کردند که در ابتدای بیماری احساس طرد شدگی و تنهایی باعث می‌شد که بیماران به موقع به مراکز درمانی مراجعه نکنند و بیان کردند که گاها بیماران حتی از طرف خانواده نیز طرد شده بودند. یکی از کارکنان بیان کرد که " ... *مثلا یه خانمی گفت شوهرم کرونا گرفته یه هفتست ولش کردم رفتم خونه بابام بنده خدا رو تنهایی ول کرده بود تو خونه واقعا شوکه شدم* " (مرد-۴۵ ساله-علوم آزمایشگاهی)

همچنین یک کارشناس علوم آزمایشگاهی عنوان کرد" *یه نفر اومده بود میگفت خانوادم هیچی به من نمی دن منو کردن تو یه اتاقی زندانی همش میگن برو درمانگاه دارو بگیر* " ((زن- ۲۸ ساله – علوم آزمایشگاهی).

"... حتی اونایی که مثبتن نمی گن که مثبتن به خاطر آبروشون، یه حالتی داره که هر کی مثبت باشه یه انگی بهشون بچسبونن به همین خاطر خودشونو قرنطینه نمی کنن و سر کار می رن"(مرد- کارشناس بهداشت- ۲۷ ساله).

از جمله تجربیات کارکنان در ارتباط با افراد این مسئله عنوان شد که مسائل و توصیه های بهداشتی از سوی مردم جدی گرفته نمی شود و از نظر ایشان میزان رعایت پروتکل های بهداشتی پایین بوده است یک مصاحبه شونده بیان نمود که " *مردم اصلا رعایت نمی کردن ما در خونه مردم و بیمارا که می رفتیم در خوشبینانه ترین حالت ده درصد رعایت می کردن شاید دست شستناشون [شستن های آنها] بیشتر شد ولی اینکه بیماری رو بگیرن یا نگیرن خیلی براشون اهمیت نداره هیچکی[هیچکس] دلش برای هیچکس نمی سوزه* " (زن- کارشناس مامایی ۲۹ ساله).

کارکنان بهداشتی بیان کردند که نوپدید بودن بیماری و شیوع یکباره آن، نبود امکانات و تجهیزات و دستورالعملهای بعضا متناقض بهداشتی باعث سردرگمی افراد جامعه شده بود این مسئله باعث شد بار کاری پرسنل افزایش یابد بصورتی که شهروندان برای هر خواسته خود به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کردند که ممکن بود در حیطه اختیارات کارکنان بهداشتی نباشد، یک کارشناس بهداشت روان بیان کرد " *بیمارانی که پیش من مراجعه می کردند همش دنبال ماسک و دستکش بودند من کارم مشاوره دادن بود بهش مشاوره می دادم آروم بشه ولی اون خدمات دیگه می خواست*" (زن-کارشناس بهداشت روان -۲۸ ساله).

مسئول یکی از مراکز ۱۶ ساعته بیان کرد " *مردم گیج و عصبی بودن، نمی دونستن باید چکار کنن اوایل که خیلی ترسیده بودند همش میومدن سراغ ما دعوا می‌گرفتن که شما ماسک دارید به ما نمی‌دید مریضا همه می‌رفتن بیمارستان خیلی کار کردیم تا مراکز ۱۶ ساعته رو معرفی کنیم* "زن- کارشناس پرستاری- ۳۰ ساله).

کارکنان بیان کردند که این قبیل مسایل به دلیل بی اعتمادی مردم به دولت و مراکز جامع خدمات سلامت ایجاد می گردید. چنانچه یکی از مصاحبه شوندگان بیان داشت" *مردم اعتمادی به مراکز بهداشتی ندارن اگر صحبتی می‌کردیم اینو به حساب سیاستهای دولت می‌دونستن ...* " (زن- پرستار- ۳۴ ساله).

راهکارهای ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان

در نهایت کارکنان مصاحبه شونده راهکارهایی از جمله انجام نیازسنجی قبل از آموزش، توجه به هنجارها، فرهنگ سازی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

استفاده از آموزش چهره به چهره و استفاده از چهره‌های مردمی برای آموزش را جهت بهبود اثربخشی آموزش در بحرانها و اپیدمی‌ها بیان کردند (جدول شماره ۴). چرا که از نظر ایشان اگر آموزشها اصولی می‌بود و از سوی افراد جامعه به صورت مناسب رعایت می‌گردید احتمال کنترل بیماری کرونا بیشتر می بود یک شرکت کننده بیان نمود" *... اگر فرهنگ سازی بشه خیلی از مشکلات ما حل میشه ما آموزش رو یادمون میره از محلات شروع کنیم تا توی تلویزیون، از افرادی که دم دست ترن استفاده کنیم مثلا تو مساجد اینا خیلی قبول دارن* ".

جدول ۱: تعداد مشارکت‌کنندگان از هر جناح فکری تا رسیدن به اشباع نظر

متغیر		تعداد	درصد
سن	۲۰-۳۰ سال	۷	۳۱/۸
	۳۱ تا ۴۰ سال	۸	۳۶/۴
	۴۱ تا ۵۰ سال	۴	۱۸/۲
	۵۱ تا ۶۰ سال	۳	۱۳/۶
جنس	مرد	۱۰	۴۵/۵
	زن	۱۲	۵۴/۵
رسته شغلی	پزشک	۲	۹/۱
	کارشناس علوم آزمایشگاهی	۱	۴/۵
	کارشناس بهداشت	۶	۲۷/۳
	پرستار	۳	۱۳/۶
	بهیار	۴	۱۸/۲
	مامایی	۲	۹/۱
	کمک بهیار	۲	۹/۱
	روانشناس	۱	۴/۵
تاهل	متاهل	۱۷	۷۷/۳
	مجرد	۵	۲۲/۷
تحصیلات	دیپلم	۵	۲۲/۷
	فوق دیپلم	۴	۱۸/۲
	لیسانس	۱۰	۴۵/۵
	فوق لیسانس	۱	۴/۵
	دکترا	۲	۹/۱
میزان سابقه کار	زیر ۱۰ سال	۱۲	۵۴/۵
	۱۰ تا ۲۰ سال	۴	۱۸/۲
	۲۱ تا ۳۰ سال	۶	۲۷/۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

جدول ۲: درون مایه های اصلی و طبقه های استخراج شده

درون مایه استخراج شده	طبقه	زیر طبقه
		ترس
		استرس
		احساس بیچارگی
	پاسخهای روانشناختی	در ماندگی آموخته شده
		انکار
		نا امیدی
		اجتناب ناپذیر بودن بیماری
		ناشناخته بودن بیماری
		اغراق در میزان کشندگی و انتقال بیماری
حساسات منفی		افزایش سوالات بی پاسخ
	نداشتن چشم انداز خوب	
		تردید در پاسخگویی سیستم های بهداشتی
		افزایش بار کاری پرسنل
		احساس موش آزمایشگاهی(حس آزمون و خطا)
		ناامیدی بخاطر عدم پاسخگویی سیستم بهداشتی
		عدم توجه به سلامت پرسنل
	قدر نشناسی سیستم	عدم حساسیت نسبت به فاصله گذاری با همکار
		رفتارهای متناقض
		نگرانی از زدن ماسک در طولانی مدت
		دلسردی
		خدمت به هم نوع
		حس خوب ناشی از قدر شناسی مردم
		دلسوزی
	نوع دوستی	شناخت درد مردم
		شناخت بیشتر از مردم
احساسات مثبت		حس شجاعت
		با ارزش دانستن خدمت
		عدم ترس بخاطر داوطلبانه کار کردن
	کار داوطلبانه	حس قوی تر شدن و اعتماد به نفس
		افزایش صبر و حوصله
		خوشحالی
		همراهی خانواده
		جزیی از زندگی دانستن کرونا
	خودکارآمدی اجتماعی	همراهی رسانه ها
		حس آرامش ناشی از تامین تجهیزات
عوامل موثر بر غلبه بر احساسات		حس همگانی بودن اپیدمی
منفی(خود کار آمدی)		گذر زمان
		مشاوره سلامت روان
	خودکارآمدی فردی	نگاه به بیماری بعنوان فرصت
		مدیتیشن
		داوطلبانه کار کردن
		عدم تامین تجهیزات به تعداد کافی
		عدم دسترسی
		کیفیت پایین تجهیزات
اشکالات سیستم بهداشتی	مشکلات مربوط به تامین تجهیزات	خرابی تجهیزات
		کمبود منابع
		آمادگی نداشتن سیستم برای مقابله با بیماری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]

[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

		عدم گند زدایی در مراکز منتخب
		عدم توجه به سلامت پرسنل از سوی مسئولین
		تبعیض در گرفتن ازمایش برخی افراد ادارات دیگر
		در نظر نگرفتن OFF
		نقض دستور العمل ها با سفارشی انجام دان نمونه ها توسط برخی پرسنل
	نقض دستور العمل ها	تعداد زیاد دستورالعمل ها و تناقض در دستور العمل ها
		تجویز بیش از حد دارو توسط پزشکان
		سوء مدیریت(تغییر برنامه شیفت)
		سلیقه ای عمل کردن پزشکان و پرسنل
		حمل ناصحیح نمونه ها
		کمبود مراکز منتخب کووید

جدول ۳: تجارب کارکنان مرکز بهداشت شهرستان همدان در طول دوره همه گیری کرونا

درون مایه استخراج شده	طبقه
	احساس تنهایی در بیماران
	احساس طرد
انگ ، داغ و استیگما	عدم همدلی
	حس خودخواهی(ترجیح سلامت خود بر دیگر اعضای خانواده)
	کاهش حساسیت مردم= افزایش پیک بیماری
اهمیت ندادن به بیماری و اصول بهداشتی	اهمیت سنت های خانوادگی و صله رحم
	زدن به سیم آخر
	ترس مردم از کمبود وسایل حفاظتی
	عدم عتماد به مراکز بهداشتی درمانی
سردرگمی مردم	عدم اعتماد به سیاست های دولت
	تغییر علائم بیماری در طول زمان
	نگرانی بخاطر فرزندان
	باور به هنجارهای انتزاعی(گروههای غیر رسمی)
مقاومت در برابر آموزشها	اموزشها بر اساس نیاز سنجی نمی باشد

جدول ۴: راهکارهای رفع مشکلات آموزشی در طول دوره کرونا از نظر کارکنان مرکز بهداشت شهرستان همدان

		انجام نیاز سنجی قبل از آموزشها
		توجه به هنجارها
		فرهنگ سازی
	آموزش اثربخش	آموزش چهره به چهره
راهکارهای ارائه شده		استفاده از چهره های مردمی و شناخته شده برای آموزش
		بالا بردن سطح آگاهی پرسنل
		ایجاد ترس
		آموزش خود مراقبتی

بحث و نتیجه‌گیری

طبقه‌های استخراج شده این تحقیق در خصوص احساسات و تجربیات ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی شامل احساسات منفی، احساسات مثبت، عوامل موثر بر غلبه بر احساسات منفی (خودکار آمدی)، تجارب بیماران، اشکالات سیستم بهداشتی و راهکارهای ارائه شده بود. احساس فراگیر اولیه ترس توام با تردید در مراحل اولیه مواجهه با بیماری بود که به تدریج و با گذر زمان و توانمندی پرسنل برای حفاظت از خود با احساس خودکارآمدی و غلبه بر ترس جایگزین شده است. احساس‌های تجربه شده در ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی شامل ترس، احساس درماندگی، تردید، احساس غافلگیری، حس کارآمدی و ارزشمندی و حس همانند سازی با بحرانهای قبلی بود. همچنین عوامل موثر بر غلبه بر احساسات منفی از نظر شرکت‌کنندگان شامل حمایت، عادی شدن و نگاه به بیماری بعنوان فرصت بودند. به علاوه تجربیات شرکت‌کنندگان شامل اشکالات سیستم بهداشتی بدست آمد که در برگیرنده طبقه‌های اشکالات در فرایند، اشکالات تجهیزاتی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

پشتیبانی و اشکالات مربوط به نیروی انسانی بودند و راهکار ارائه شده توسط مشارکت‌کنندگان به فرهنگ سازی اشاره داشت. تجربه احساس ترس ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی شامل ترس از ابتلا بیماری در خود فرد، ترس از ابتلا بیماری توسط خانواده و طولانی شدن بیماری بود که این ترس ها ناشی از ناشناخته بودن بیماری، افزایش بار مراجعین و کمبود وسایل حفاظت فردی ناشی می‌شد. تجربه احساس درماندگی حس دیگر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در برابر کووید-۱۹ بود که با احساس بیچارگی، اجتناب ناپذیر بودن ابتلا به بیماری، نداشتن چشم انداز خوب برای بیماری، دلسردی، رفتار دوگانه و متناقض و اغراق در میزان کشندگی و انتقال بیماری بیان شد. تجربه احساس تردید به شکل جدی‌نگرفتن بیماری، تردید در پاسخگویی سیستم های بهداشتی، افزایش سوالات بی پاسخ و عدم حساسیت به رعایت فاصله اجتماعی بیان گردیده بود. تجربه احساس غافلگیری ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی به حس‌هایی نظیر موش آزمایشگاهی بودن و انجام آزمون و خطا و حس ناامیدی بخاطر عدم پاسخگویی سیستم بهداشتی اشاره داشت. تجربه احساس کارآمدی و ارزشمندی ناشی از حس‌های نوع دوستی، خدمت به همنوع، حس شجاعت، با ارزش دانستن خدمت، عدم ترس بخاطر داوطلبانه کار کردن، شناخت بیشتر از مردم، حس خوب ناشی از قدر شناسی مردم، خوشحالی، حس قوی‌تر شدن و اعتماد به نفس، حس همدلی و دلسوزی بود. تجربه دیگر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی حس همانندسازی با بحرانهای قبلی بود که با عبارات تشبیه اپیدمی به جنگ تحمیلی و کمک گرفتن از تجربه بحرانهای قبلی بیان گردیده بود. علاوه بر تجارب فوق پرسنل ارائه دهنده خدمت تجارب خود را در خصوص عواطف و احساسات بیماران بیان نمودند که انگ بیماری، عدم اعتماد، سردرگمی و مشکلات فرهنگی از آنجمله بودند. انگ بیماری را با عباراتی چون احساس طرد شدگی، احساس تنهایی و برچسب و انگ بیماری بیان کردند و عدم اعتماد خود را به شکل عدم اعتماد به مراکز بهداشتی درمانی، عدم اعتماد به سیاست های دولت، اهمیت ندادن به بیماری و اصول بهداشتی، تناقض در اطلاع رسانی در رسانه ها، عادی انگاری اپیدمی در رسانه ها و عدم قرنطینه بیماران در روزهای اول از سوی دولت بیان کرده بودند. احساس سردرگمی بیماران را با انکار بیماری، ترس از کمبود وسایل حفاظتی، تغییر علائم بیماری در طول زمان و زدن به سیم آخر تجربه کرده بودند. مشکلات فرهنگی بیماران در برابر کووید-۱۹ نیز شامل حس خودخواهی (ترجیح خود بر دیگران)، عدم همدلی، ارجحیت صله‌رحم، نگرانی بخاطر فرزندان، تاثیر پذیری از گروههای غیر رسمی و مقاومت در برابر آموزشها بود.

از عوامل موثر بر غلبه بر احساس‌های منفی حمایت بود که شامل حمایت خانواده، حمایت رسانه‌ها و حمایت سیستم بهداشتی بود. عوامل موثر بر غلبه بر احساسات منفی شامل عادت کردن، جزیی از زندگی دانستن کرونا، همگانی دانستن کرونا، گذر زمان، کار در مراکز منتخب کووید-۱۹، رفتن تو دل حادثه، شناسایی راههای انتقال بیماری به مرور زمان، داوطلبانه کار کردن، و ماهرتر شدن پرسنل بیان شده بود. نگاه به بیماری بعنوان فرصت یکی دیگر از عوامل غلبه بر احساسات منفی بود بیماری به عنوان فرصتی برای افزایش سواد بهداشتی، افزایش حساسیت مردم به رعایت اصول بهداشتی و فرهنگ سازی بود. احساس کمبود وسایل محافظتی و احساسات منفی و متعاقب آن بروز احساسات مثبت در خصوص از عهده برآمدن و حس خودکارآمدی پرسنل در مقابله با بیماری کووید-۱۹ در مطالعه قبلی نیز به دست آمده است[۳]. در این مطالعه احساس ترس و نگرانی در خصوص ابتلا خود و خانواده با مطالعه قبلی همخوانی داشت [۳]. احساسات منفی نشان داد در ابتدای مواجهه با بیماری عواملی از قبیل ترس و نگرانی در خصوص ابتلا و نداشتن چشم انداز خوب برای بیماری در برخی افراد احساس ترس و دلشوره ایجاد کرده بود، احساس غافلگیری و نداشتن راه چاره در برابر ویروس و ناشناخته بودن بیماری، افزایش بار کاری پرسنل، عدم پاسخگویی سیستم بهداشتی عدم توجه به سلامت پرسنل و قدرناشناسی سیستم باعث ایجاد حس ناامیدی در آنان بود. خستگی، نبود دانش کافی، تهدید سلامت، و ناآشنایی با درمان بیماری‌های ناشناخته عواطف و احساسات منفی زیادی را شامل ترس، اضطراب و نومیدی در پرسنل ارائه دهنده خدمات ایجاد نموده بود که در مطالعات قبلی نیز گزارش شده است [۳۲, ۳۱, ۱۰]. بنابراین بهتر است مداخله زودهنگام روانی به خصوص در یک بیماری همه گیر مهم برای کاهش استرس و نگرانی ارائه دهندگان خدمت انجام شود تا بتوانند عواطف و هیجان های خود را مدیریت کنند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند[۳۳]. سیستم پشتیبانی زودهنگام مانند تهیه اقلام حفاظت فردی، تخصیص منابع انسانی منطقی، خدمات مراقبتی برای خانواده ارائه دهندگان خصوصا کودکان و افراد مسن، آموزش قبل از شروع کار، تعامل بین فردی ارائه‌دهندگان خدمت برای انطباق با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

وظایف برای پیشگیری و کنترل بیماری و تقسیم کار می‌تواند از فشارها و تنش‌های روانی بکاهد. می‌دانیم که ارزیابی شناختی، حمایت اجتماعی و روش تقابل با مشکل از عوامل کنترل استرس به شمار می‌روند. مطالعات نشان داده‌اند که انطباق روانشناختی و حمایت اجتماعی در افرادی که تحت استرس بوده‌اند نقش میانجی را در بازتوانی‌های روانی داشته‌اند[۳۶-۳۴].

فشار روانی ناشی از بار بیماری کرونا ارائه دهندگان خدمت را وادار به کسب دانش و ارتقا مهارت و دانش خود در خصوص جداسازی، اجتناب و رعایت فاصله گذاری و خودآگاهی از خود و دفاع روانی در برابر شرایط موجود نمود و همچنین از روش‌های آرام سازی و پذیرفتن وضعیت پیش آمده و پذیرفتن همگانی بودن بیماری به ارائه دهندگان این فرصت را داد که از روشهای گفته شده برای مقابله با شرایط استرس‌زای بیماری استفاده نمایند و بتوانند از عهده وظایف شغلی محوله برآیند ضمن اینکه تامین و در دسترس قرار دادن وسایل حفاظت فردی باعث اطمینان خاطر بیشتر آنان گشت[۳۷]. در مطالعات قبلی استفاده از طنز و موسیقی و مدیتیشن باعث آرامش ارائه دهندگان خدمات برای مقابله با ویروس سارس شده بود[۳۹, ۳۸]. خدمت به همنوع در مطالعه ما در راستای مطالعات قبلی از احساسات مثبتی بود که به افراد کمک کرد در ادامه خدمت بتوانند با احساسات منفی خود کنار آیند و بر ترس خود تا حدی غلبه نمایند. به طور کلی، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند از طریق شناخت منطقی، خود را به شرایط همه گیری عادت دهند و همچنین این انطباق با دانش غنی پزشکی و مرتبط به حرفه آنان و نگرش مثبت و منطقی تر به همه گیری ارتباط دارد[۳،۴۰]. اعتماد به ایمنی، آموزش های اولیه، و اعتماد به نفس در مهارت های مورد نیاز عواملی هستند که اشتیاق پرسنل پزشکی را برای کار بر علیه همه گیری ها افزایش می‌دهند . همچنین پاداش‌های روانی و فیزیکی می‌تواند به عنوان حمایتگر در این زمینه کمک کننده باشند. احساسات مثبت در ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در همه‌گیری به حمایت های از جانب گروهها و افراد مختلف مانند بیماران، حمایت خانواده و محیط کار و حمایت اجتماعی بستگی دارد و حمایت اجتماعی در این زمینه نقش مهمی را ایفا می‌کند[۱۳]. در جمع بندی نهایی از نتایج پژوهش حاضر می‌توان به اهمیت این مطلب واقف شد که ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در بخشهای پیشگیری و کنترل بیماری کووید-۱۹ شرایط روحی، عاطفی و شغلی نامناسبی را تجربه می‌کنند. باوجود این موانع، آنها همچنان مراقبت مناسب از بیماران را ارائه می‌دهند. بر اساس تجربیات کارکنان بخش بهداشت، آنان در زمینه کنترل و پیشگیری از بیماری کووید-۱۹ و همچنین مراقبت از جسم و روان خودشان به پشتیبانی و تجهیزات بیشتری نیاز دارند. طبق نظر شرکت کنندگان در این مطالعه، مدیران باید ضرورت مراقبتهای پرسنل بخش بهداشت را در اپیدمی کرونا در نظر بگیرند و در جهت تأمین نیازهای ضروری آنان، تأمین نیروهای تازه نفس و تجهیزات گام بردارند و همچنین آموزشهای لازم را برای پرسنل در جهت ارتقای سلامت روان و همچنین ارتقای مراقبت‌های کنترل و پیشگیری از بیماری را ارائه دهند. عدم رسیدگی به این نیازها، اقدامات و مراقبتهای پرسنل بخش بهداشت را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. با توجه به مسئولیت خطیر و مهم آنها در پیشگیری و کنترل بیماری، ضروری است که همه مسئولین به کاهش استرسهای شغلی این قشر توجه بیشتری داشته باشند. اختلالات روحی پرسنل بخش بهداشت می‌تواند کیفیت ارائه خدمات آنها را به شدت کاهش دهد. علیرغم اهمیت اصلی این موضوع و یافته های مطالعات قبلی، هنوز به این امر مهم توجه نشده است. با توجه به تأثیراتی که این بیماری بر روی جسم، روان وزندگی ارائه دهندگان خدمات سلامت بر جای می‌گذارد لذا حمایت دوستان، خانواده، مردم و سازمان در روحیه آنها بسیار مؤثر است. این حمایت ها باعث افزایش انگیزه و کاهش خطاهای کاری می‌شود. همچنین باید از طریق مشاوره و آموزش به سلامت روان و افزایش خودکارآمدی آنان توجه شود. با توجه به اینکه پژوهش پیش رو بر روی ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در بخش کرونا صورت گرفت، از این رو پیشنهاد می شود پژوهشهای مشابهی نیز بر روی سایر رسته های بهداشتی و درمانی مرتبط با بیماران کرونایی صورت گیرد تا درک عمیقتری از تجربه زندگی آنان نیز به دست آید.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می دارند که تضاد منافعی ندارند.

سهم نویسندگان

معصومه رستمی معز: مجری طرح، طراحی مطالعه، طراحی پرسشنامه، تجزیه و تحلیل اطلاعات، تهیه گزارش و تصحیح و ویراستاری نسخه نهایی مقاله

ملیحه طاهری: مجری طرح، طراحی مطالعه، طراحی پرسشنامه، تجزیه و تحلیل اطلاعات، تهیه گزارش و تصحیح و ویراستاری نسخه نهایی مقاله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

جلال عبدی: مجری طرح، همکاری در تـدوین پروپـوزال، تجزیـه و تحلیل اطلاعات، تصحیح و ویراستاری نسخه نهایی مقاله
زهرا جلالی: همکاری در تدوین پروپوزال، جمع آوری داده ها
محمد خیراندیش: همکاری در اجرای طرح
مژگان حسینی: همکاری در اجرای طرح

تشکر و قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان بابـت تـامین حمایت مالی این تحقیق قـدردانی مـی شـودهمچنین از کلیـه شـرکت کنندگان که صادقانه ما را دراین تحقیق یاری کردنـد تشـکر مـی شـود.

منابع

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. The New England Journal of Medicine 2020; 382:727-33
2. 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. The Lancet 2020; 395:497-506
3. 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; 48:592-8
4. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Bio Medica: Atenei Parmensis 2020; 91:157
5. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) 2020. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336034/nCoV-weekly-sitrep11Oct20-eng.pdf[2022/27/01]
6. Arab-Mazar Z, Sah R, Rabaan AA, Dhama K, Rodriguez-Morales AJ. Mapping the incidence of the COVID-19 hotspot in Iran–Implications for Travellers. Travel Medicine and Infectious Disease 2020; 382:727-33
7. Aliakbari F, Hammad K, Bahrami M, Aein F. Ethical and legal challenges associated with disaster nursing. Nursing Ethics 2015; 22:493-503
8. Wang P, Wang HM, Qin QY, Li YR, Hong JF, Li SW. Effectiveness of a professional identity promotion strategy for nursing students during the COVID-19 pandemic: A quasi-experimental study. Japan Journal of Nursing Science 2022; 19:e12479
9. Bastani P, Hakimzadeh SM, Bahrami MA. Designing a conceptual framework for misinformation on social media: a qualitative study on COVID-19. BMC Research Notes 2021; 14:408
10. Kim Y. Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. American Journal of Infection Control 2018; 46:781-7
11. Smith MW, Smith PW, Kratochvil CJ, Schwedhelm S. The psychosocial challenges of caring for patients with Ebola virus disease. Health Security 2017; 15:104-9
12. Mutombo PBWB, Mambu TNM, Tshefu AK, Wembodinga GU, Bebe DN, Mavila A, et al. Community Compliance to the Ebola Outbreak Control Measures in the North-eastern Region of the Democratic Republic of the Congo in 2019. Central African Journal of Public Health 2019; 5:316-32
13. Sun N, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, Wang H, et al. A Qualitative Study on the Psychological Experience of Caregivers of COVID-19 Patients. American Journal of Infection Control 2020; 48: 592–598
14. Almutairi AF, Adlan AA, Balkhy HH, Abbas OA, Clark AM. "It feels like I'm the dirtiest person in the world." Exploring the experiences of healthcare providers who survived MERS-CoV in Saudi Arabia. Journal of Infection and Public Health 2018; 11:187-91
15. Belfroid E, van Steenbergen J, Timen A , Ellerbroek P, Huis A, Hulscher M. Preparedness and the importance of meeting the needs of healthcare workers: a qualitative study on Ebola. Journal of Hospital Infection 2018; 98:212-8
16. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A ,et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020; 4:Cd013582
17. Wang L, Li J, Guo S, Xie N, Yao L, Cao Y, et al. Real-time estimation and prediction of mortality caused by COVID-19 with patient information based algorithm. Science of the Total Environment 2020; 727: 138394
18. Rahimi H, Salehiabar M, Barsbay M, Ghaffarlou M, Kavetskyy T, Sharafi A, et al. CRISPR Systems for COVID-19 Diagnosis. American Chemical Socity 2021; 6:1430-45
19. Surveillances V. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020 . China CDC Weekly 2020; 2:113-22

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]

20. Li Y, Xia L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): role of chest CT in diagnosis and management. American Journal of Roentgenology 2020; 214:1280-86
21. Gautret P, Lagier J-C, Parola P, Meddeb L, Mailhe M, Doudier B, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International Journal of Antimicrobial Agents 2020; 56: 105949
22. Prompetchara E, Ketloy C, Palaga T. Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology 2020; 38:1-9
23. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of Autoimmunity 2020; 109:102433
24. Bo H-X, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. Psychological Medicine 2020; 51:1052-1053
25. Guo W-P, Min Q, Gu W-W, Yu L, Xiao X, Yi W-B, et al. Prevalence of mental health problems in frontline healthcare workers after the first outbreak of COVID-19 in China: a cross-sectional study. Health and Quality of Life Outcomes 2021; 19:103
26. Cronin C, Lowes J. Brief encounters with qualitative methods in health research: Phenomenology and interpretative phenomenological analysis. Cumbria Partnership Journal of Research Practice and Learning 2016; 5:8-12
27. Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. Theory Into Practice 2000; 39:124-30
28. Baxter, J. Content analysis. In R. Kitchin & N. Thrift (Eds.), International Encyclopedia of Human Geography. Oxford, UK: Elsevier2009; 1: 275-280
29. Colaizzi PF, Valle R, King M. Existential phenomenological alternatives for psychology. Psychological Research as the Phenomenologist views1978:48-71
30. Colaizzi PF. Reflection and research in psychology.3th ed. Kendall/Hunt Pub. Co, Dubuque, Iowa; 1973
31. O'Boyle C, Robertson C, Secor-Turner M. Nurses' beliefs about public health emergencies: fear of abandonment. American Journal of Infection Control 2006; 34:351-7
32. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. Clinical Medicine & Research 2016; 14:7-14
33. Lin L, Li T. Interpretation of" Guidelines for the diagnosis and treatment of novel coronavirus (2019-nCoV) infection by the national health commission (Trial version 5)". Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2020; 100:E001
34. Bender M, van Osch Y, Sleegers W, Ye M. Social support benefits psychological adjustment of international students: Evidence from a meta-analysis. Journal of Cross-Cultural Psychology 2019; 50:827-47
35. Labrague LJ, De los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. Journal of Nursing Management 2020; 28:1653-61
36. Kılınç T, Sis Çelik A. Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: A study from Turkey. Perspectives in Psychiatric Care 2021;57:1000-8
37. Main A, Zhou Q, Ma Y, Luecken LJ, Liu X. Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. Journal of Counseling Psychology 2011; 58:410
38. Wong TW, Yau JK, Chan CL, Kwong RS, Ho SM, Lau CC, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. European Journal of Emergency Medicine 2005; 12:13-8
39. Lee S-H, Juang Y-Y, Su Y-J, Lee H-L, Lin Y-H, Chao C-C. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. General Hospital Psychiatry 2005; 27:352-8
40. Mishra P, Bhadauria US, Dasar PL, Kumar S, Lalani A, Sarkar P, et al. Knowledge, attitude and anxiety towards pandemic flu a potential bio weapon among health professionals in Indore City. Przeglad Epidemiologiczny 2016; 70:41-5

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.5.5.2]
[DOI: 10.61186/payesh.22.5.603]