Volume 23, Issue 5 (September- October 2024)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Nurses' experiences of caring for COVID-19 patients

Tooba Hoseini Azizi[1], Nahid Dehghan Nayeri[2*], Fatemeh Bahramnezhad[3], Alun C. Jackson[4]

1. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Australian Centre for Heart Health, Melbourne Australia

Received: 30 November 2023
Accepted for publication: 15 June 2024
[EPub a head of print-10 September 2024]
Payesh: 2024; 23(5): 779- 791

Abstract

Objective(s): Caring for COVID-19 patients was a new and challenging experience for nurses. Knowing the effect of psychological, emotional, and spiritual care on physiological responses, nurses provided holistic care.
Methods: This qualitative study was conducted with the conventional content analysis approach in one of the referral hospitals for COVID-19 in Iran. Data were collected using in-depth, semi-structured individual interviews. Data was analyzed using the Lundman and Granheim qualitative content analysis and the Lincoln and Goba criteria.
Results: In all 17 nurses were interviewed. The mean age (SD) of participants was 34.41 ± 7.49 years. The findings indicated a "butterfly-like care" with four main categories [caring with all one's heart, resilience, self-sacrifice, and conscious presence in danger).
Conclusion: During the COVID-19 pandemic, nurses, being aware of all the health and social consequences and overcoming fear and doubt, volunteered to take care of patients and save lives, and despite understanding the risk of being infected, they lovingly surrounded the patients. Considering the central role of nurses in the treatment team, special attention should be given to the maintenance and strengthening of nurses in the planning of the development of healthcare systems in the face of the upcoming epidemics.

Keywords: Nurse, COVID-19, Holistic Care, Qualitative Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

* Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: nahidnayeri@gmail.com

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

بیان تجربه پرستاران از مراقبت بیماران کووید-۱۹

طوبا حسینی عزیزی[۱]، ناهید دهقان نیری[۲*]، فاطمه بهرام نژاد[۳]، آلن سی جکسون[۴]

۱. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. مرکز سلامت قلب استرالیا، ملبورن استرالیا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۲۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ شهریور ۱۴۰۳]
نشریه پایش: ۷۹۱- ۷۷۹ :(۵)۲۳ ؛۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: مراقبت از بیماران کووید-۱۹، تجربه‌ای جدید و دشوار برای پرستاران بود. پرستاران با علم به تأثیر مراقبتهای روانی، عاطفی و معنوی بر پاسخهای فیزیولوژیک، شکلی از مراقبت کل نگر را ارائه کردند.

مواد و روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم در یکی از بیمارستان‌های دانشگاهی مرجع کووید-۱۹ در ایران انجام شد. داده ها با استفاده از مصاحبه انفرادی عمیق نیمه ساختاریافته جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی مرسوم لاندمن و گرانهیم و معیارهای لینکلن و گوبا برای اطمینان از دقت داده ها انجام شد.

یافته ها: با تحلیل یافته‌های ۱۹ مصاحبه با ۱۷ مشارکتکننده، با میانگین سنی ۷/۴۹ ± ۳۴/۴۱ سال، "مراقبت پروانه‌وار" با چهار طبقه اصلی مراقبت با تمام وجود، تاب آوری، از خود گذشتن و حضورآگاهانه در خطر و ده زیر طبقه شکل گرفت.

نتیجه گیری: درپاندمی کووید-۱۹ پرستاران با آگاهی از همه پیامدهای سلامتی و اجتماعی و با غلبه بر ترس و تردید، داوطلب مراقبت از بیماران و نجات جانها شدند و با وجود درک خطر سوختن، عاشقانه، گرد بیماران چرخیدند. با توجه به نقش محوری پرستاران در تیم درمان بایستی در برنامه ریزی توسعه سیستمهای مراقبت سلامت، توجه ویژه‌ای برای حفظ و تقویت پرستاران در مواجهه با بیماریهای همه گیر پیش روی در نظر گرفته شود.

کلیدواژه ها: پرستار، کووید-۱۹، مراقبت کلنگر، تحقیق کیفی

کد اخلاق: IR. TUMS. VCR. REC. 1400. 031

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی
E-mail: nahidnayeri@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

مقدمه

انتشار سریع SARS-CoV-2، ویروس عامل کووید-۱۹، منجر به چالش‌های بسیاری برای نظام سلامت شد که از زمان شیوع آنفلوآنزای اسپانیایی در سال ۱۹۱۸ تاکنون سابقه نداشت[۱]. این چالش‌ها به‌خصوص در ابتدای شیوع کووید-۱۹، شامل تعداد بالای بیماران نیازمند بستری، کمبود متخصصان سلامت و محدودیت‌های تامین تجهیزات بودند. در این میان، بیشترین گروه از متخصصان سلامت که با بحران مواجه شدند، پرستاران بودند که در خط مقدم مبارزه با بیماری، به دلیل تماس مستقیم با بیماران مبتلا و افزایش حجم کار، سلامت خود و خانواده خود را در معرض خطر قرار دادند[۲]. مراقبت از بیماران کووید-۱۹ به‌دلیل بیماری‌زایی بالای ویروس عامل کووید- ۱۹، مرگ و میر بالای بیماران و دستورالعمل-های خاص حفاظتی، تجربه‌ای جدید و دشوار برای پرستاران بود[۳]. لزوم برآوردن نیازهای ویژه بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در کنار تجربه ترس، ایمن نبودن به‌دلیل کمبود تجهیزات حفاظت فردی و محدودیت‌های ناشی از پوشش تجهیزات حفاظت فردی منجر به تنش‌های جسمی و روانی قابل ملاحظه‌ای برای پرستاران شده بود[۴]. با این وجود و در شرایطی که سیاست‌های سخت گیرانه پیشگیری از انتقال عفونت، همه افراد را به استفاده از تجهیزات حفاظت فردی و حفظ فاصله اجتماعی ملزم می‌کرد، پرستاران با علم به تأثیر مراقبت‌های روانی و عاطفی بر پاسخ‌های فیزیولوژیک، سعی داشتند با استفاده راه‌های خلاقانه و سازگارتر امکان مراقبت کل‌نگر را فراهم کنند[۵]. درمراقبت پرستاری کل نگر، مراقبت‌های جسمی، ذهنی، عاطفی و معنوی در نظر گرفته می‌شود که برای مدیریت نیازهای پیچیده بیماران در پاندمی کووید-۱۹ پیشنهاد و عملی شد[۶].

طبق نظر محققان، سیستم‌های سلامت برای آمادگی در دوران پسا کووید-۱۹، نیاز به شناسایی واقعیات تجربه شده در کووید-۱۹ دارند[۷]. برای شناسایی واقعیت پرستاری نیز لازم است تجربیات پرستاران از مراقبتی که در طول پاندمی بی‌سابقه کووید-۱۹ ارائه دادند، درک شود. نتایج مطالعات در کشورهای مختلف نشان می-دهد پرستاران در جنبه‌های مختلف بالینی، روانی، اجتماعی و عاطفی مراقبت از بیماران، مبارزه در خط مقدم، تعارضات اخلاقی و مدیریت منابع، تجارب مشترکی داشته‌اند[۱۳-۷]. در ایران نیز همزمان با بیشتر کشورهای دنیا، پس از گزارش رسمی نخستین موارد ابتلا به کووید-۱۹ در اسفند سال ۱۳۹۸، بیمارستان‌های مرجع کووید-۱۹ برای بستری شدن بیماران، مشخص و تجهیز شدند[۱۴]. هر چند پرستاران بیمارستان‌های غیر مرجع هم در مواردی از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مراقبت می‌کردند؛ اما پرستاران بیمارستان‌های مرجع کووید-۱۹ غنی‌ترین تجارب مراقبت از این بیماران را داشتند و از این رو مورد مطالعه پژوهشگران قرار گرفتند. نتایج مطالعاتی که در ایران با هدف درک تجربه پرستاران از ماهیت مراقبت از بیماران کووید-۱۹ منتشر شده‌اند در راستای نتایج مطالعات دیگر در کشورهای دنیا، به افزایش فشار کاری، مراقبت متفاوت متناسب با ماهیت بیماری، دشواری‌های پوشش حفاظتی، کمبودها، انگ بیماری، تغییر هویت حرفه‌ای پرستاری و فداکاری‌های پرستاران اشاره می‌کنند [۲۰-۱۵, ۳]. این مطالعات یا به جنبه خاصی از شرایط پرستاران در این دوران پرداخته‌اند مانند انگ بیماری[۲۰] و یا تجارب زیسته پرستاران را بررسی کرده-اند[۱۹, ۱۵]، لذا نیاز به مطالعه‌ای که به ماهیت ویژه مراقبت پرستاری کل‌نگر در دوران کووید-۱۹ بپردازد حس می‌شد؛ بنابراین بر آن شدیم تا تجارب پرستاران را بر پایه مراقبت پرستاری کل‌نگر و متمرکز بر ابعاد انسانی آن انجام دهیم. رویکردهای پژوهش کیفی معمولاً زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که درک فعلی محدودی از یک پدیده روان‌شناختی و اجتماعی - که ذاتاً پیچیده و در هم تنیده است- وجود داشته باشد و تحلیل محتوا یکی از روش‌های متعدد مورد استفاده در پژوهش‌های کیفی است. تحلیل محتوا به محتوا حساس است و برای تجزیه و تحلیل بسیاری از انواع داده های کیفی استفاده می شود[۲۱]. بنابراین روشی مفید برای هدف این مطالعه است و می تواند درک نحوه مراقبت پرستاران از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ را تسهیل کند. هدف این مطالعه کاوش تجربیات پرستاران از مراقبت کل‌نگر از بیماران کووید-۱۹ بود.

مواد و روش کار

مطالعه کیفی حاضر بخشی از یک مطالعه ترکیبی بود که با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم Conventional qualitative content analysis انجام شد. مشارکت‌کنندگان با توجه به هدف اصلی مطالعه با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از میان پرستاران شاغل در بیمارستان مرجع کووید-۱۹ دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند (با لحاظ کردن حداکثر تنوع)، از فروردین ۱۴۰۰ تا فروردین ۱۴۰۱، انتخاب شدند. این بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی ۳۲۰ تختخوابی بجنورد، از اسفند سال ۱۳۹۸، مرجع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

پذیرش بیماران کووید-۱۹ بود و در آن‌زمان بیش از ۳۰۰ پرستار در بخش‌های مختلف در آن مشغول به خدمت بودند. پرستاران با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و سابقه حداقل ۳ ماه اشتغال در بخش‌های کووید-۱۹ که تمایل به مشارکت داشتند، وارد مطالعه شدند. از آنجا که در مطالعات کیفی، حجم نمونه زمانی مناسب است که اشباع داده‌ها حاصل شود[۲۲]، نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت.

در این مطالعه داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های فردی عمیق بدون ساختار در آغاز و مصاحبه‌های نیمه ساختارمند در ادامه، جمع‌آوری شد. برای هر مشارکت‌کننده، پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، وضعیت تاهل، جنسیت، تحصیلات، سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی، سابقه کار، سابقه کار دربخش کووید -۱۹ تکمیل شد.

ابتدا با مراجعه حضوری به بیمارستان یا تماس تلفنی با مشارکت کننده موردنظر، اهداف مطالعه توضیح داده و رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه و ضبط مصاحبه گرفته شد. با توجه به این که در زمان نمونه‌گیری طرح، رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی الزامی بود، به‌دلیل درخواست مشارکت‌کنندگان، بیشتر مصاحبه‌ها در بستر فضای مجازی به صورت تماس تلفنی یا صوتی واتس‌آپ (WhatsApp) انجام شد. قبل از شروع مصاحبه، راهنمای اولیه آن تهیه شد. پس از برقراری ارتباط و آماده کردن فضای ارتباط، ابتدا یک سؤال باز مانند "از تجربه مراقبتی خود در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بگویید" پرسیده می‌شد. سپس مصاحبه با طرح سؤال‌های دیگری براساس راهنمای مصاحبه و پاسخ مشارکت کنندگان، ادامه پیدا می‌کرد. برحسب نیاز در ادامه مصاحبه از سؤال های کاوشی استفاده شد. مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه تایپ وپیاده‌سازی شد.

در این مطالعه از رویکرد تحلیل محتوای کیفی مرسوم با روش گران هایم و لاندمن استفاده شد و تحلیل داده‌ها با مقایسه مداوم صورت گرفت. در این روش از به‌کارگیری طبقات از پیش تعیین شده اجتناب می‌شود و این فرصت فراهم می‌شود که طبقات از درون داده‌ها استخراج شوند[۲۳]. روش گران‌هایم و لاندمن شامل پنج مرحله است: در ابتدا، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده شد. در مرحله ی دوم، متن هر مصاحبه برای به دست آوردن درک اولیه و کلی چندین بار مرور شد. در مرحله‌ی سوم، بر اساس اهداف مطالعه جملات مهم که در ارتباط با تجارب مراقبتی مشارکت‌کنندگان در پاندمی کرونا بود، مشخص و به هر واحد معنایی کد مناسب داده شد. در مرحله چهارم، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه بندی شده و زیرطبقات استخراج شد. در مرحله‌ی پنجم، زیرطبقات چندین بار مورد مقایسه با یکدیگر قرار گرفتند. داده‌ها از طریق نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای اطمینان از استحکام داده‌ها، معیارهای لینکلن و گوبا شامل اعتبار، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری، انتقال‌پذیری و صحّت رعایت شد[۲۴]. اعتبار داده‌ها از طریق ایجاد تنوع در ویژگی‌های مشارکت کنندگان (از نظر سن، جنسیت، سابقه کار، نوع استخدام) و همچنین درگیری طولانی مدت محقق با داده‌ها و غرق شدن در داده‌ها افزایش یافت. داده‌ها جهت بازبینی کدها و طبقات در اختیار همکاران پژوهش قرار گرفت؛ همچنین جهت اطمینان از اعتبار یافته‌ها از روش بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان نیز استفاده شد. به این ترتیب که یافته‌های مطالعه، کدها و طبقات استخراج شده از داده‌ها در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شد و آن‌ها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود به محققان ابراز کردند. انتقال‌پذیری با ارائه توصیف غنی از جمع‌آوری داده‌ها، فرآیندهای تجزیه و تحلیل و یافته‌ها، افزایش یافت. این روش کاربرد و تعمیم نتایج را برای سایر زمینه‌های مشابه افزایش می‌دهد. برای اطمینان از صحت، سعی شد احساس و تجربه مشارکت-کنندگان از طریق افزایش مدت زمان تعامل، ضبط صدا و پیاده سازی کلمه به کلمه در زمان جمع‌آوری اطلاعات و شرح بسیط، واضح و انگیزاننده در گزارش یافته‌ها منعکس شود.

یافته ها

در یافته‌های حاصل از این مطالعه نتیجه ۱۹ مصاحبه با ۱۷ مشارکت‌کننده، با میانگین سنی ۷/۴۹ ± ۳۴/۴۱ سال است. از میان مشارکت‌کنندگان، ۱۲ نفر زن و ۱۲ نفر متأهل و همگی کارشناس پرستاری بودند. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود. در مطالعه حاضر، پس از تحلیل یافته‌ها، ۳۲۹ کد اولیه استخراج شد و بر اساس مقایسه مداوم شباهت‌ها، تفاوت‌ها و تناسب، مراقبت پروانه‌وار با ۴ طبقه اصلی و ۱۰ زیر طبقه شکل گرفت (جدول شماره ۲).

بنا به اظهار مشارکت‌کنندگان، مراقبت و مدیریت بیماران کووید-۱۹، متفاوت با تجارب مراقبتی قبلی آنان بود. تجربه درک نیاز مضاعف بیماران به حضور پرستار، تاب‌آوردن تنش‌ها در کنار حضور جان‌فشانه در بالین با وجود درک خطر حقیقی توسط پرستاران به "مثل پروانه دور بیمار گردیدن" تعبیر شد که ما عنوان "مراقبت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

پروانه وار" را برای آن برگزیدیم. مراقبت پروانه‌وار در چهار طبقه اصلی و ده زیر طبقه به شرح زیر دسته‌بندی شد.

الف: مراقبت با تمام وجود

پرستاران سعی می‌کردند تا احساس ترس از انتقال، باعث کوتاهی آن‌ها در انجام مراقبت‌های لازم بیمار نشود. آن‌ها به مؤثر بودن حمایت‌های روانی و عاطفی از بیماران در بهبود پیامد بیماری پی برده بودند و از این رو خود را موظف به برآورده کردن آن‌ها می دیدند. در کنار این دو موضوع، بیماران کووید-۱۹، مراقبت‌های فیزیولوژیک بیشتری می‌طلبیدند و در غیاب افراد خانواده، که در شرایط عادی به عنوان همراه از آنان کمک گرفته می‌شود، برای رفع تشنگی و گرسنگی هم وابسته به کمکِ پرستار بودند. پرستاران مشارکت‌کننده باور داشتند در شرایط نبود دانش کافی از بیماری و داروی مؤثر بر آن، مراقبت‌های پرستاری برای بیماران کووید-۱۹ حیات‌بخش هستند. یکی از مشارکت‌کنندگان زن با مرور تجارب خود از ماه‌های ابتدایی پاندمی، همدلی خود با شرایط بیمار را اینطور بازگو کرد:

"خودمو به جای اون بیمار می‌ذاشتم. اگه من الان به جای اون بودم، دوست نداشتم کسایی که میان تو اتاقم بترسن از من، دوست نداشتم کسی از من فراری باشه، دوست داشتم کسی باشه که باهام صحبت کنه. پس منم سعی می‌کردم و می‌کنم که همین مدلی با بیمارم رفتار کنم. "[p۱]

حیات‌بخش بودن مراقبت‌های پرستاری، حقیقتی بود که پرستاران به کرّات تجربه کرده بودند. تجربه یکی از پرستاران زن از مراقبت در موج پنجم بیماری این گونه بیان شد:

"یه مریض با درگیری بالای ریه و حال وخیم داشتیم. ۳ تا بچه کوچیک داشت. تو خلوتم براش گریه می‌کردم. اما می‌رفتم بهش کلی امیدواری می‌دادم که خوب میشی، فقط استرس نداشته باش، آروم باش، به بچه‌هات فکر کن. باور نمی‌کردم ولی مریض خوب شد و رفت. خیلی مورد داشتیم این جوری."[p۱۴]

پرستاران با درک لزوم مراقبت از روان بیمار حتی خارج از وظایف بالینی و مدیریتی خود، برای آن وقت و انرژی صرف می‌کردند. پرستار مرد، پدر یک فرزند، شاغل در بخش عفونی، خاطره خود از تلاش برای روحیه بخشی به بیماران را نقل کرد:

"یک بیمار سالمند داشتیم، یه روز گفت خیلی وقته بچه‌هامو ندیدم. فردا شب تولد منه، هرساله بچه‌ها تولد می‌گیرن. بدون اینکه بهش بگیم، از بچه‌ها و خانمش خواستیم بیان براش تولد بگیرن. خانواده‌اش اومدن، گان و شیلد بهشون دادیم. تک اتاقش کردیم. مثل این مورد زیاد. اینا خارج از وظایف پرستاری بود، تو اون حجم کاری، ولی تو کرونا واقعاً نیاز بود. چون اکثر مریضای ما روحی روانی خیلی ضعیف بودن، انگاری کرونا حکم مرگ بود براشون."[p ۶]

برای فراهم کردن آسودگی جسمانی و رفع نیازهای اولیه بیمار بخصوص در غیاب افراد خانواده، حضور مکرر پرستاران در بالین بیمار لازم بود. سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه، مشاهده ارائه مراقبت‌های بالینی پرستارانش از بیماران کووید-۱۹ را اینطور توصیف کرد:

" بچه‌هامون عین پروانه دور مریض می‌چرخیدن، ماسکشو درست می‌کردن، ماسکشو باز می‌کردن یک قاشق غذا می‌دادن، دوباره ماسکشو می‌بستن، آب می‌دادن. انصافن بچه‌ها از کارشون به نظر من کم نمی‌ذارن."[p۱۷]

ب: تاب‌آوری

در دوران کووید-۱۹، پرستاران به‌رغم فشارهای درونی ناشی از تنش مداوم و فشارهای بیرونی ناشی از انگ و طرد شدن، خدمت به بیماران را ادامه دادند. "تاب آوری" قدرت درونی پرستاران را برای مقابله و ادامه فعالیت با وجود این فشارهای بیرونی و درونی را نشان می‌دهد. دوری کردن آشنایان، اطرافیان و عموم جامعه به دلیل حضور پرستار در خط مقدم کارزار کووید-۱۹، تجربه مشترک مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بود. پرستار مرد ۲۶ ساله، طرد شدن خود و خانواده توسط آشنایان را اینطور تجربه کرده بود:

"اقواممون حتی خونه ما نمی‌اومدن، می‌گفتن اینا پرستار دارن، نرید اونجا. شاید کرونا داشته باشن، ناقل باشن. جای دیگه می‌رفتن، اما خونه ما بخاطر شغل من نمی‌اومدن."[p۱۲]

پرستار مرد دیگر که با همسر پرستارش در مرکز کووید خدمت می کردند، بعد گذر از موج پنجم بیماری، تجربه خود از انگ کرونا را اینطور بازگو کرد:

" تو پیک اول و دوم تو آپارتمانم حتی همسایه‌هام از ما دوری می کردن چه برسه به فک وفامیل. متوجه می‌شدیم که بعد ما میان آسانسورو ضدعفونی می‌کنن، بوی الکل کل ساختمونو ورمی‌داشت. اصلاً ما رو تحویل نمی‌گرفتن. سعی می‌کردن خیلی نزدیک ما نشن، از پیک سوم به بعد خونه مونو عوض کردیم، مجبور شدیم. تو اون شرایط سخت با دو تا بچه. "[p۱۶]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

یکی از مشارکت‌کنندگان، در پاسخ به پدر ایثارگر خود، زمانی که او با تشبیه شرایط کووید با جبهه جنگ سعی در تشویق و روحیه دادن به دخترش کرده بود، بخاطر تجربه درک شده خود از طرد شدن و انگ کرونا این گونه گفت:

"گفتم بابا اگه رفتی جبهه لااقل تو می‌دونستی خانواده‌ات جاشون امنه، اگه اتفاقی برات بیفته همه با افتخار می‌اومدن به خانواده تو سر می‌زدن. اما اگه برای من اتفاقی بیفته، همه کنار می‌کشن. همسرم و بچه‌هام تنها می‌مونن. چون ما ناقلیم، ناقل کروناییم، پس خانواده منم مثل خودم طرد شدن."[p۹]

علاوه بر وجود فشارهای بیرونی، پرستاران از تجربه تنش پیوسته در دوران پاندمی سخن گفتند که با علائمی مثل پرش پلک، تعریق، افزایش سرعت ضربان قلب، حس سنگین فشار بر قلب، تنگی نفس و ریزش مو مشخص می‌شد. نگرانی دائم از ابتلا و انتقال بیماری، ترس از ابتلا به نوع شدید بیماری بخاطر بالا بودن سن، تحت تأثیر قرار گرفتن از مشاهده رنج بیمار و ترس او از مرگ، تعامل روزانه با خانواده‌های داغدار و مراجعه بالای بیماران در زمان موج‌های بیماری از عوامل ایجادکننده استرس عنوان شدند. نشانه‌های استرس توسط پرستار زن اورژانس با سابقه بیش از ۱۵ سال خدمت بالینی، در زمان موج پنجم بیماری، این گونه تجربه شده بود:

"تو پیک پنجم بعضی موقع‌ها اونقدر فشار میومد که حس سنگینی رو قلبم می‌کردم. فشار کار، این که اکسیژن کم می‌آوردیم، مریض‌ها رو می‌دیدم که دارن له له می‌زنن. اینا باعث می‌شد قلبم پی وی سی بزنه. قشنگ صدای ضربان نامنظم قلبم رو حس می‌کردم. نمی‌شد کنار بکشم. چشم امید مریضا به ما بود."[p۸]

ج: از خود گذشتن

مشارکت‌کنندگان از احساس عدم آسایش در محل کار و در منزل و ناچاری از نادیده گرفتن نیازهای خود در دوران کووید-۱۹ گفتند. الزام استفاده از پوشش حفاظت فردی و عوارض جسمی متعدد آن مثل تعریق بالا، تجمع آلودگی‌های پوستی زیر ماسک و انرژی مضاعف برای ارتباطات، عدم استفاده از اتاق استراحت بخاطر احساس آلوده بودن هوا و محیط و تحمل تشنگی و گرسنگی از پرتکرارترین علل احساس عدم آسایش در محیط کار بودند. علاوه بر این درحالی‌که خانه به‌عنوان مأمن، محل آسایش و استراحت شناخته می‌شود، اما پرستاران به‌دلیل نگرانی‌های انتقال بیماری در منزل خود نیز احساس آسودگی نمی‌کردند. تعویض لباس و دوش گرفتن مرتب قبل از ورود به منزل، حضور و خوابیدن با ماسک، جدا کردن سفره و محل خواب از بقیه در اوایل پاندمی، تجربه‌ای رنج‌آور برای پرستاران بود. به‌علاوه حضور دائمی فرزندان در منزل در تعطیلی مدارس و مهدهای کودک و عدم امکان بهره از کمک خانواده و مراقب برای نگهداری از آنان، شرایط استراحت بعد از شیفت‌های طولانی را مخصوصاً برای پرستاران زن دشوار کرده بود.

تجربه گرسنگی و تشنگی طولانی مدت در پوشش حفاظت فردی را یکی از پرستاران زن که از ابتدای پاندمی در مرکز کووید خدمت می‌کرد، این گونه توصیف کرد:

"واقعاً خسته‌مون می‌کرد، ببینید شما ۱۲-۱۳ ساعت دارای کار می کنی، هیچی نمی‌خوری، تشنه‌ای. خیلی سخت بود، بعضی وقت‌ها ۹ تا مریض داشتم، اونم بدحال کرونا، یعنی این قدر می‌دویدم که وقتی می‌اومدم خونه تازه اون موقع احساس می‌کردم واقعاً تشنه‌ام، واقعاً گرسنه‌ام. دارم وا میرم."[p۷]

پرستار مرد شاغل در اورژانس کووید، بعد از گذراندن پنج موج بیماری، از سختی‌های کار در پوشش حفاظت فردی و عوارض آن بر پرستاران به‌خصوص در ابتدای پاندمی اینطور یاد کرد:

"پوشش حفاظت فردی مخصوصا تو گرما خیلی اذیت می‌کرد. حالا ما مرد بودیم زیرش لباسای کمتری می‌تونستیم بپوشیم، ولی خب برای همکارای خانم، شرایط اصلاً مناسب و راحتی نبود، یک شیفت طولانی تو این لباسا دوام آوردن. از اون ور بچه‌ها خیلی جرات نمی کردن سر کار چیزی بخورن، یه تجدید قوایی کنیم. اون اوایل واقعاً وحشتناک بود، تو اون لباسا عرق می‌ریختن، دهیدره می‌شدن. اما از مراقبت کم نمی‌گذاشتن."[p۱۶]

پرستار زن دیگر از عارضه ریزش مو در پوشش حفاظت فردی گفت که در سایر همکاران هم گزارش شده بود:

" مقنعه که خودمون داشتیم یه لایه کلاه داشتیم، روش کلاه اون سرهمی هم رو می‌ذاشتیم، همه‌مون یه مدتی ریزش مو پیدا کرده بودیم. انگار هوا نمی‌رسید به موهامون تو شیفت. دیگه برای ایمنی خودمون و بیمار لازم بود. بهش اهمیت نمی‌دادیم. "[p۲]

مراقبت‌های بیمار در پوشش حفاظت فردی، خستگی مضاعفی را در پی داشت. پرستار زن ۲۷ ساله بخش داخلی کووید، سختی انجام مراقبت‌های حیاتی در این پوشش‌ها را با این عبارات توصیف کرد:

"من سه تا ماسک می‌زدم. چکمه، کلاه، باز کلاه لباسمو می‌ذاشتم، عینک می‌ذاشتم، از این شیلدهای مثل کلاه کاسکت که خیلی هم سنگین بودن می‌ذاشتم، با همونم سی‌پی‌آر می‌کردم.گردنم یا

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

کمرم می‌گرفت. این قدر که اونا سنگینن. خیلی بهم سخت می گذشت. اما کافی بود یک مریض رو نجات بدیم. می‌ارزید."[p۱۵]
پرستار زن ۴۳ ساله، شرایط دشواری که در منزل به‌خاطر بیماری زمینه‌ای همسرش تحمل کرده بود را این‌طور توصیف کرد:
"ببینید ۷-۸ ماه اول کلاً اتاق خوابم جدا شد، همکارای ما حتی خونه نمی‌رفتن، می‌رفتن سوئیت. مخصوصا اگه تو اعضای خانواده شون کسایی رو داشتن که زمینه ابتلا به بیماری توشون زیاد بود. خوب منم به خاطر همسرم که می‌دونستم مستعد بیماریه، همه چیزو جدا کردم. حتی باورتون نمی‌شه لوازم غذاخوری من جدا بود، اون‌قدر دستامو می‌شستم، اون‌قدر مراقب بودم. حتی تو خونه هم راحت نبودیم."[p۷]
پرستار زن مادر دو فرزند خردسال، تجربه خود از شرایط استراحت در منزل و تأثیر اتفاقات ناخوشایند بیمارستان بر آن را این گونه بیان کرد:
" چه روزهایی که شب کار بودم، مجبور بودم تو خونه با بچه‌ها سر و کله بزنم تا خسته بشن بتونیم با همدیگه بخوابیم. نمی‌تونستم بلافاصله خودم استراحت کنم. اما خیلی وقتا بود که از لحاظ روحی اینقدر داغون بودم که خوابم نمی‌برد. مخصوصاً زمانی که تو آی سی یو بودم. تو هر شیفت یه یا دو تا اکسپایر داشتیم."[p۱۱]
پرستاران برای حضور در کارزار کووید-۱۹ در شرایط کمبود نیرو و هجوم بیماران با وجود فشارهای جسمی و روانی مضاعف، چاره‌ای جز به تأخیر انداختن پاسخ به نیازهای خود نمی‌دیدند. توصیف یک پرستار زن با سابقه بیش از ۱۱ سال خدمت بالینی از درگیری‌های ذهنی خود در موج چهارم بیماری این گونه بود:
"احساس دلتنگی می‌کردم، شب بیدار می‌شدم خوابم نمی‌برد دیگه، تشویش داشتم. ذهنمون درگیر بود که چه جوری هم دیگران راضی باشن، هم خودمون راضی باشیم، انگار خود فراموش شدمون داشت داد می‌زد از درونمون، اما خب نمی‌تونستیم به دادش برسیم و همش می‌گفتیم صبر کن! فعلاً وقتش نیست، الان جنگ شده باید بدوی."[p۹]
د: حضور آگاهانه در خطر
مشارکت‌کنندگان در این مطالعه اذعان داشتند که حضور آن‌ها در مرکز کرونا با انتخاب خود آن‌ها و با آگاهی از خطرات آن بوده است. مشارکت‌کنندگان به اتفاق، تعهد به مراقبت دلسوزانه برای بیمار تا زمان اشتغال در پرستاری و سوگندی که برای حفظ سلامتی مردم یاد کرده بودند را دلیل مهمی برای حضور و ادامه کار در پاندمی بیان کردند؛ آنگونه که در بیشتر موارد با وجود عدم نیاز مالی، شیفت‌های سنگینی را قبول می‌کردند و حتی در خارج از بیمارستان هم خدمات سرپایی رایگان به بیماران نیازمند ارائه می دادند. تجربه یکی از پرستاران مرد مجرد از شروع کار در بخش‌های کووید این گونه بیان شد:
"ولی بعد از این که تصمیم گرفتن بیمارستان ما بشه مرکز کووید و مریضای دیگه منتقل بشن به بیمارستان دیگه، اونجا پرسیدن کیا می خوان برن مثلاً بخش قلب که زیاد با کووید درگیر نیستن. من خودم وایسادم اورژانس. داوطلبانه بود. نخواستم بخشم رو عوض بکنم، وگرنه می‌شد."[p۱۰]
پرستار خانم متاهل که همزمان با شروع پاندمی طرح نیروی انسانی خود را در این مرکز آغاز کرده بود از اینکه با وجود امکان خدمت در واحد غیر کووید، داوطلبانه و آگاهانه مراقبت از بیماران کووید-۱۹ را پذیرفته این گونه سخن گفت:
"اول اسفند که درخواست دادم واسه شروع طرح با این‌که احتمال اینکه من رو بندازن بیمارستان [مرکز کووید]، خیلی خیلی زیاد بود. بیست و ششم برای من ابلاغ اومد. گفتن باید بری بیمارستان....که اصلاً ربطی به کرونا نداشت، ولی گفتم میرم [مرکز کووید]، طول کشید تا خانواده راضی شدن. من با علاقه رفتم. موقعی که شروع کردم اصلاً نمی‌دونستم که قراره به کووید حق کرونا بدن. همین الانم مهم نیستش."[p۷]
پرستار زن باسابقه بیش از ۱۹ سال کار و شاغل در بخش مراقبت های ویژه، پایبندی خود به حضور و ارائه خدمت را با این جملات بیان کرد:
"خب همه نگران بودن. اگه من می‌رفتم، یکی دیگه می‌رفت، همه می‌رفتیم، کی باید کار می‌کرد؟ اگه همه‌مون بکشیم، کنار پس کی باید بمونه. در این ۱۹-۱۸ سال سابقه کاریم، تا حالا این وضعیت نبوده. حالا که اومدم سر کار و این مسئولیت رو قبول کردم و این اتفاق پیش اومده، دیگه باید بمونیم."[p۱۷]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

کد مشارکت کننده	سن (سال)	سابقه کار (سال)	جنسیت	وضعیت تاهل	وضعیت استخدامی	اضافه کار (ساعت)	نوع اضافه کاری
۱	۳۳	۱۱/۵	زن	متاهل	پیمانی	۷۰	نیاز بیمارستان
۲	۴۳	۱۱/۵	زن	متاهل ۲ فرزند	پیمانی	۷۰	نیاز بیمارستان
۳	۴۳	۱۶/۵	زن	متاهل ۲ فرزند	پیمانی	۷۰	نیاز بیمارستان
۴	۴۴	۱۵/۵	زن	مجرد	پیمانی	۱۰۰	نیاز پرستار
۵	۲۵	۲/۵	زن	مجرد	طرحی	۱۰۰	نیاز پرستار و بیمارستان
۶	۲۷	۴	مرد	متاهل ۱ فرزند	طرحی	۱۰۰ -۱۲۰	نیاز پرستار
۷	۴۳	۱/۵	زن	متاهل ۲ فرزند	طرحی	۱۲۰	نیاز پرستار
۸	۴۳	۱۵/۵	زن	متاهل ۳ فرزند	پیمانی	۸۰-۱۰۰	نیاز بیمارستان
۹	۴۰	۱۱	زن	متاهل ۳ فرزند	پیمانی	۸۰-۱۰۰	نیاز پرستار و بیمارستان
۱۰	۲۷	۲/۵	مرد	مجرد	پیمانی	۸۰-۹۰	نیاز بیمارستان
۱۱	۳۲	۴	زن	متاهل ۲ فرزند	تمدید طرح	۲۰۰	نیاز بیمارستان
۱۲	۲۶	۴	مرد	متاهل	تمدید طرح	تا ۱۶۰	نیاز بیمارستان
۱۳	۲۶	۳	مرد	مجرد	تمدید طرح	تا ۱۵۰	نیاز بیمارستان
۱۴	۳۰	۳	زن	متاهل	تمدید طرح	تا ۱۴۰	نیاز بیمارستان
۱۵	۲۷	۴	زن	مجرد	تمدید طرح	تا ۱۷۵	نیاز بیمارستان
۱۶	۳۴	۱۱	مرد	متاهل ۲ فرزند	رسمی	۳۰	نیاز بیمارستان
۱۷	۴۲	۱۹	زن	متاهل ۲ فرزند	رسمی	۴۰-۵۰	نیاز بیمارستان

جدول ۲: طبقات اصلی و زیرطبقات

طبقات	زیر طبقات
الف: مراقبت با تمام وجود	کم نگذاشتن در مراقبت
	باور به مراقبت حیاتبخش
	حمایت روانی-عاطفی
	تسکین جسمانی
ب: تاب‌آوری	تحمل انگ و طردشدگی
	تحمل تنش پیوسته
ج: از خود گذشتن	عدم آسایش
	نادیده گرفتن نیازهای خود
د: حضورآگاهانه در خطر	خدمت داوطلبانه
	پایبندی به تعهد حرفه‌ای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

بحث و نتیجه گیری

پرستاران تجربه منحصر به فردی در مراقبت از بیماران در پاندمی کووید-۱۹، داشتند. آنها با علم به ماهیت مرگبار بیماری، آگاهانه در میدان مبارزه خطر را پذیرفتند، نیاسودند، خدمت را بر خود مقدم داشتند و در یک کلام از جان خود مایه گذاشتند. جان‌فشانی آگاهانه در مواجهه با خطر و غفلت از نیازهای خود بخاطر عشق و تعهد حرفه‌ای به عنوان ماهیت و ویژگی خاص مراقبت‌های پرستاری در دوران کووید-۱۹، به "مراقبت پروانه‌وار" تعبیر شد که ضمن در نظرگرفتن مراقبت کل‌نگر، اشاره به خدمت فداکارانه و مراقبت همراه با عشق و تعهد پرستاران در دوران پاندمی کووید-۱۹ دارد. مشابه به همین نتایج، مطالعات دیگر هم حاکی از افزایش حجم کاری پرستاران به دلیل نیاز به ارائه مراقبت‌های انسانی در غیاب خانواده از جمله کمک به فعالیت‌های روزمره زندگی و نیاز های ویژه آموزشی حین بستری و پس از ترخیص در دوران کووید-۱۹ است[۲۷-۲۵].

در پژوهش حاضر "مراقبت با تمام وجود"، تعبیری از نقش حیاتی پایبندی پرستاران به برآوردن نیازهای جسمی و روانی بیمار در غیاب خانواده، در کنار ارائه مراقبت‌های پایه و پیشرفته پرستاری است. رویکرد پرستاری کل‌نگر که برای استاندارد کردن و هدایت مراقبت جامع از بیماران کووید-۱۹ و حفظ مؤثر سلامت جسمی و روانی آن‌ها پیشنهاد شد؛ بر اهمیت ارائه حمایت عاطفی برای کاهش بار روانی کووید-۱۹ در بیماران تأکید دارد. ارتباطات همدلانه، گوش دادن فعال و شناخت ترس‌ها و نگرانی‌های بیماران می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با چالش‌های عاطفی خود کنار بیایند[۶]. منجزبی و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان "دست‌های شفابخش" به پیچیدگی و چندلایه بودن نقش پرستاران در مراقبت از بیماران کووید-۱۹ به دلیل ارائه مراقبت جسمی، معنوی و روانی از بیماران و خانواده‌های آن‌ها پرداخته و به آواز خواندن، رقصیدن و پخش موسیقی در بخش به عنوان بخشی از مراقبت از این بیماران اشاره کردند[۳]. سرگرم کردن بیماران، پخش موسیقی و تشویق بیماران به آواز خواندن، روش خلاقانه مراقبت عاطفی- روانی پرستاران برای دورکردن استرس و تزریق شادی به بیماران در انزوای قرنطینه بود[۱۳]. همچنین در مطالعه حاضر، معنویت به عنوان یک بعد ضروری مراقبت حیات‌بخش پرستاران از بیماران در پاندمی کووید-۱۹ استخراج شد. مراقبت معنوی با ارائه شفقت و همدلی در شرایط تنش و اضطراب، می‌تواند از سلامت خانواده‌ها، بیماران و کارکنان مراقبت‌های سلامتی محافظت کند[۲۸]. پرستاران نسبت به برآوردن نیازهای معنوی بیماران بخصوص در موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی، آگاهند و در پاندمی کووید-۱۹ آن را از بیماران خود دریغ نمی‌کردند[۲۹].

دومین جنبه مراقبت پروانه‌وار، "تاب آوری" پرستاران در مواجهه با تنش‌های درونی و بیرونی است. آن‌ها با پذیرفتن خدمت در بخش های کووید-۱۹، با تنش‌های پیوسته و انگ و طردشدگی از اجتماع روبرو شدند. احساس گناه از انتقال ویروس، وجود جنبه‌های ناشناخته بیماری، بار کاری زیاد، منابع ناکافی و فشار عاطفی از جمله پیشایندهای تنش پیوسته بیان شدند. بر اساس نتیجه یک مطالعه مرور نظام‌مند، احساس وظیفه پرستاران در مراقبت مستقیم از بیماران کووید-۱۹ و در قبال خانواده خود، سطح بالایی از تنش را برای آنان به همراه داشت[۳۰]. انگ اجتماعی و طرد شدن، به عنوان منبع دیگر تنش پرستارانی که مراقبت از بیماران کووید-۱۹ را پذیرفته بودند مشخص شد که با تاب‌آوری، در طی پاندمی توانستند با آن سازگار شوند. انگ اجتماعی ناشی از ترس و اضطراب درخصوص بیماری، در زمان شیوع سارس و ابولا هم در میان کادر درمان گزارش شده است[۳۲, ۳۱]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد پرستاران تجربه انگ و طرد شدن از سوی همکاران غیر بالینی و شاغل در بخش‌های غیر کووید در محیط کار و همچنین در اجتماع و خانواده را داشتند. مشابه به این نتایج، در ایتالیا نیز طرد شدن و انگ اجتماعی توسط همکاران در بیمارستان و در زندگی اجتماعی، برای پرستاران و خانواده آن‌ها محدودیت‌هایی را ایجاد کرده بود که نتیجه آن دوری پرستاران از جمع‌های خانوادگی، ممنوعیت استفاده از آسانسورهای محل زندگی و اجازه نداشتن فرزندان برای حضور در مهدکودک‌ها و مدارس بود[۳۳]. با وجود این‌که اکثر پرستاران از ارائه خدمات مراقبتی به بیماران احساس رضایت می‌کردند[۲۵] ؛ اما نتایج یک فراتحلیل نشان می‌دهد به دلیل تنش زیاد و تغییر شرایط کار در دوران کووید-۱۹ حدود یک سوم پرستاران قصد داشتند که شغل خود را ترک کنند[۳۴]. در ایران نیز پژوهش‌ها افزایش میزان قصد ترک شغل پرستاران در دوران کووید -۱۹ را تا بیش از ۵۰ درصد نشان دادند[۳۶, ۳۵].

از خود گذشتن، به عنوان سومین جنبه از مراقبت پروانه‌وار شناسایی شد که اشاره به آسایش نداشتن پرستاران و نادیده گرفتن نیازهای خود دارد. نگرانی از انتقال بیماری به افراد خانواده بخصوص در پرستاران متاهل و صاحب فرزند و کاهش ساعات و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

کیفیت استراحت در منزل در دوران کووید-۱۹ در پرستاران کشور های مختلف گزارش شده است[۳۷]. پرستاران در بیمارستان هم به دلیل محدودیت‌های پوشش حفاظت فردی، بالا بودن فشار کار و لزوم رعایت احتیاطات تماسی آسوده نبودند. گله دار و همکاران تعبیر"زندانی در حصار تجهیزات حفاظتی" را برای تجربه پرستاران از پوشش تجهیزات حفاظت فردی به‌کار بردند[۳۸]. به شکل مشابه تجربیات پرستاران از سختی و عوارض کار در پوشش تجهیزات حفاظت فردی در مطالعات مختلف آورده شده است[۳۹, ۱۸, ۱۷]. با وجود محدودیت‌ها و چالش‌های این پوشش برای پرستاران، از آنجا که رعایت اقدامات احتیاطی استاندارد و اعتماد به تجهیزات حفاظت فردی، به آنان احساس امنیت می‌داد و از ترس آن‌ها می-کاست؛ به استفاده از آن مقید بودند و سعی می‌کردند خود را با آن سازگار کنند[۸]. نمود دیگر از خود گذشتگی پرستاران در پاندمی کووید-۱۹ نادیده گرفتن نیازهای خود بود. شرایط بیماری، آن‌ها را وادار کرده بود تا نیازهای دیگران را در اولویت قرار دهند و نیازهای خود را نادیده بگیرند. در واقع عوامل داخلی و خارجی مختلف، آن‌ها را از خودمراقبتی باز می‌داشت و غرق در زندگی حرفه‌ای و شخصی، از بیماری‌های مزمن خود غفلت می‌کردند[۴۰]. البته بی‌توجهی به خودمراقبتی در پرستاران در شرایط غیر بحرانی هم گزارش شده است. اغلب پرستاران از عادات غذایی سالم یا رفاه خود به دلیل مشکل بودن تخصیص زمان برای مراقبت از خود یا شرکت در فعالیت‌های حفظ و ارتقای سلامتی، غفلت می‌کنند[۴۱]. در پاندمی کووید-۱۹ بی‌توجهی پرستاران به مراقبت از خود، تصمیمی ناخودآگاه ناشی از عشق به بیماران بود که مراقبت از آن‌ها را در اولویت قرار می‌دادند[۴۰].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پرستاران به رغم آگاهی از خطر ابتلا، انتقال و حتی مرگ، با احساس تعهد حرفه‌ای، به مراقبت از بیماران پرداختند و اغلب داوطلبانه در میدان مبارزه حاضر شدند. در واقع پرستاران ادامه خدمت در پاندمی کووید-۱۹ را رسالت حرفه‌ای خود می‌دیدند. از آنجا که پرستاران در خط مقدم درمان، در مراقبت مستقیم از بیمار مشارکت دارند، خطر ابتلای آن‌ها به کووید-۱۹ بیشتر از جمعیت عمومی است که موجب احساس ترس آن‌ها از آلوده شدن یا آلوده کردن ناآگاهانه دیگران، از جمله اعضای خانواده یا دوستانشان می‌شد. بالاتر بودن میانگین نمره مقیاس ترس پرستاران از کووید-۱۹ نسبت به عموم جامعه[۴۳, ۴۲] موید این مطلب است. اما پرستاران با وجود تعارض بین حفظ جان و پایبندی به تعهد حرفه‌ای، مراقبت از بیماران را آگاهانه انتخاب کردند[۴۴]. عشق پرستاران به خدمت داوطلبانه که در اوایل پاندمی، دوری طولانی مدت آن‌ها از خانواده و دوستان را الزامی کرده بود به جدایی عاشقانه تعبیر شده است[۱۹]. ارائه خدمات پرستاری با وجود همه ترس‌های کرونا و در کمبود امکانات محافظتی، نهایت از خودگذشتگی پرستاران را نشان داد که ناشی از عشق به حرفه و نوع‌دوستی آنان بود[۱۷]. پرستاران با احساس مسئولیت کامل در قبال بهبودی بیمار در کنار سایر اعضای تیم سلامت، تلاش می کردند تا با ارائه بهترین مراقبت ممکن از بیماران، آن‌ها را به فعالیت های روزمره زندگی بازگردانند[۴۵].

جهان در حال مقابله با بزرگترین رویداد سلامت عمومی در بیش از یک قرن گذشته است. کووید- ۱۹ یک بیماری تهدیدکننده حیات است که نیاز به مراقبت پیچیده، کل‌نگر و متمرکز بالینی دارد. در پاندمی کووید-۱۹ بسیاری از بیماران برای مدت طولانی با پیامد های غیرقابل پیش‌بینی در بیمارستان بستری شدند و به همین دلیل ارزش واقعی حرفه پرستاری بیشتر از پیش، توسط سیاستمداران و عموم مردم درک شده است. هرچند پرستاران به خاطر نقش حیات‌بخش خود در این پاندمی مورد ستایش قرار گرفته‌اند، اما بسیاری از آن‌ها در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر و برخی به دلیل کمبود تجهیزات حفاظت فردی مناسب و با کیفیت، جان خود را از دست دادند. پرستارانی که با آگاهی از همه پیامد های سلامتی و اجتماعی و با غلبه بر ترس و تردید داوطلب مراقبت از بیماران و نجات جان‌ها شدند، قهرمانانی هستند که با وجود درک خطر سوختن، عاشقانه در گرد بیماران چرخیدند. پاندمی کووید-۱۹ یک چالش بوده، هست و همچنان ادامه دارد. با توجه به نقش محوری پرستاران در تیم درمان که مراقبت‌های مستقیم به بیماران ارائه می‌دهند، بایستی در برنامه‌ریزی توسعه سیستم‌های مراقبت سلامت، توجه ویژه‌ای برای حفظ و تقویت پرستاران در مواجهه با بیماری‌های همه گیر پیش روی در نظر گرفته شود.

تعمیم‌پذیری یکی از محدودیت‌های نتایج تمام مطالعات کیفی است. مشارکت‌کنندگان ما همگی پرستاران شاغل در یک بیمارستان مرجع کووید-۱۹ در شهر بجنورد بودند که فرهنگ و ساختار سازمانی می‌تواند بر پاسخ‌های آن‌ها مؤثر باشد. بخاطر الزام به رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، بیشتر مصاحبه‌ها در بستر فضای مجازی به صورت تماس تلفنی یا صوتی واتس‌آپ انجام شد و امکان ثبت نشانه‌های غیرکلامی و یادداشت‌برداری در عرصه وجود نداشت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

این مقاله نتیجه پایان‌نامه دوره دکترای پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است. در تماس صوتی واتساپ با مشارکت‌کنندگان هزینه اینترنت توسط پژوهشگر پرداخت شد و در موارد تماس تلفنی، پژوهشگر تماس می‌گرفت.

سهم نویسندگان

طوبا حسینی عزیزی: تهیه طرح نامه، نمونه گیری، تحلیل داده ها و تهیه گزارش نهایی

ناهید دهقان نیری: ارائه دهنده ایده پژوهش، بررسی اعتبار داده ها و تهیه نسخه نهایی مقاله

فاطمه بهرام نژاد: ارائه دهنده ایده پژوهش، بررسی اعتبار داده ها و تهیه نسخه نهایی مقاله

سی آلن جکسون: بررسی اعتبار داده ها و تهیه نسخه نهایی مقاله

تشکر و قدردانی: نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و مشارکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

1. Hofmeyer A, Taylor R, Kennedy K. Knowledge for nurses to better care for themselves so they can better care for others during the COVID-19 pandemic and beyond. Nurse Education Today. 2020 Nov 1;94:104503.
2. Sarango DER, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Brito EGM. Nursing role in the covid-19 pandemic: Systematic Review. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 2021;40:575-80
3. Monjazebi F, Dolabi SE, Tabarestani ND, Moradian G, Jamaati H, Peimani M. Journey of nursing in COVID-19 crisis: a qualitative study. Journal of Patient Experience 2021;8:2374373521989917
4. Mullen K. Barriers to work–life balance for hospital nurses. Workplace Health & Safety 2015;63:96-9
5. Allande-Cussó R, Fernández-García E, Barrientos-Trigo S, Rapela-Sánchez-Campa M, Porcel-Gálvez AM. Implementing Holistic Care in Isolated Patients During COVID-19 Pandemic: A Case Study Using Nursing Outcomes [NOC) and Interventions [NIC) Classifications. Holistic Nurse Practice 2021;35:326-31
6. Wang H, Zeng T, Wu X, Sun H. Holistic care for patients with severe coronavirus disease 2019: an expert consensus. International journal of nursing sciences 2020;7:128-34
7. Jang H-Y, Yang J-E, Shin Y-S. A Phenomenological Study of Nurses’ Experience in Caring for COVID-19 Patients. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022;19:2924
8. Bergman L, Falk AC, Wolf A, Larsson IM. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. Nursing in Critical Care 2021;26:467-75
9. Catania G, Zanini M, Hayter M, Timmins F, Dasso N, Ottonello G, et al. Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. Journal of Nursing Management 2021;29:404-11
10. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. Nursing in Critical Care 2021;26:397-406
11. Kelley MM, Zadvinskis IM, Miller PS, Monturo C, Norful AA, O'Mathúna D, et al. United States nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A grounded theory. Journal of clinical nursing 2022;31:2167-80
12. Peter E, Mohammed S, Killackey T, MacIver J, Variath C. Nurses' experiences of ethical responsibilities of care during the COVID-19 pandemic. Nursing Ethics 2022;29:844-57
13. Wilujeng AP, Pamungkas AYF, Mahardika DR, Sonontiko E. The experience of nurses in providing holistic nursing care for COVID-19 patients at Banyuwangi Hospital. Jurnal NERS 2023;18:78-90
14. The Islamic Republic of Iran Medical Council. List of referral hospitals for treatment of COVID-19. The Islamic Republic of Iran Medical Council 2020. Access date: 8/14/2023. Available from: https://irimc.org/news/id/43304 [Persian]
15. Dehghan Tezerjani A, Zareei Mahmoodamadi H, Vaziri Yazdi S. Exploring the lived experiences of nurses working in the COVID-19 ward of Shahid Sadoughi Hospital, Yazd, Iran: A qualitative study. Occupational Medicine Quarterly Journal 2022;14:4-18
16. Hosseinnejad M, Zolala F, Parsaeemoghadam F, Bahaadinbeigy K, Mehdipour S. Perceived Barriers, Perceived Facilities, and Perceived Needs in Caring

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

for Patients with COVID-19: A Case Study on the Experience of Nurses. Tolooebehdasht 2022;21:75-88 [Persian]
17. Khademi Z, Imani E. Frontline Nurses' Experiences of Patient Care in the COVID-19 Pandemic: A Phenomenological Study. Journal of Caring Sciences 2023;12:42-49
18. Moradi Y, Baghaei R, Hosseingholipour K, Mollazadeh F. Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. Journal of Nursing Management 2021;29:1159-68
19. Heydarikhayat N, Ghanbarzehi N, Shahkaramzehi Z, Sabagh K, Rohani C. Nurses' lived experiences of caring for patients with COVID-19: a phenomenological study. Journal of Research in Nursing 2022;27:313-27
20. Rahmani N, Nabavian M, Seyed Nematollah Roshan F, Firouzbakht M. Explaining nurses' experiences of social stigma caused by the covid-19 pandemic: A phenomenological study. Nursing and Midwifery Journal 2022;20:538-48 [Persian]
21. Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M. The Application of Content Analysis in Nursing Science Research. 1st Edition. Springer Cham: Switzerland, 2020
22. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2011
23. Zaidman-Zait A, Michalos AC. Content Analysis: Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. 1st Edition. Springer Dordrecht: Netherlands, 2014
24. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2017
25. Clari M, Luciani M, Conti A, Sciannameo V, Berchialla P, Di Giulio P, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on nursing care: A cross-sectional survey-based study. Journal of Personalized Medicine 2021;11:945
26. Hetland B, Lindroth H, Guttormson J, Chlan LL. 2020-The Year that needed the nurse: Considerations for critical care nursing research and practice emerging in the midst of COVID-19. Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care 2020;49:342-3
27. Lucchini A, Iozzo P, Bambi S. Nursing workload in the COVID-19 era. Intensive Critical Care Nurse 2020;61:102929
28. Roman NV, Mthembu TG, Hoosen M. Spiritual care–'A deeper immunity'–A response to Covid-19 pandemic. African Journal of Primary Health Care and Family Medicine 2020;12:1-3
29. de Diego-cordero R, López-Gómez L, Lucchetti G, Badanta B. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. Nursing Outlook 2022;70:64-77
30. Koontalay A, Suksatan W, Prabsangob K, Sadang JM. Healthcare workers' burdens during the COVID-19 pandemic: A qualitative systematic review. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2021:3015-25
31. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore what can we learn? Medical care 2005:676-82
32. Wester M, Giesecke J. Ebola and healthcare worker stigma. Scandinavian Journal of Public Health 2019;47:99-104
33. Simeone S, Rea T, Guillari A, Vellone E, Alvaro R, Pucciarelli G. Nurses and Stigma at the Time of COVID-19: A Phenomenological Study. Healthcare 2022;10:25
34. Ulupınar F, Erden Y. Intention to leave among nurses during the COVID-19 outbreak: a rapid systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing 2024;33:393-403
35. Ariapooran S, Mosavi Sv, Amirimanesh M. Turnover Intention of Nurses in the outbreak of COVID-19: The Role of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction and Burnout. Quarterly Journal of Nersing Management 2021;10:80-93 [Persian]
36. Kazemi F, MosadeghRad A, Yazdan Nik A, Cheraghi M. The reasons of intention to quit of nurses during the covid-19 pandemic in in the hospitals of Isfahan city. Hospital 2023;21:11-21 [Persian]
37. Rahman A. A scoping review of COVID-19-related stress coping resources among nurses. International Journal of Nursing Sciences 2022;9:259-67
38. Galehdar N, Toulabi T, Kamran A, Heydari H. Exploring nurses' perception of taking care of patients with coronavirus disease (COVID-19): A qualitative study. Nursing Open 2021;8:171-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]

39. Buheji M, Buhaid N. Nursing Human Factor During COVID-19 Pandemic. International Journal of Nursing 2020;10:12-24
40. Nkabinde-Thamae G, Downing C, Nene S. Self-care neglect through the voices of nurses working in primary healthcare clinics in Gauteng, South Africa. Nurs Forum 2022;57:1330-1338
41. Ramos E. Care of the self, the contemporary practices of the self and self-help speeches: a Foucauldian reading. Belo Horizonte 2016;7:240-55
42. Khattak SR, Saeed I, Rehman SU, Fayaz M. Impact of Fear of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses in Pakistan. Journal of Loss and Trauma 2021;26:421-35
43. Labrague LJ, de Los Santos JAA. Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. Journal of Nursing Management 2021;29:395-403
44. Schroeder K, Norful AA, Travers J, Aliyu S. Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study. International Journal of Advanced Nursing Studies 2020;2:100006.
45. 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;8:e790-e8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/payesh.23.5.779]