

Strengths, Weaknesses, and Strategies in Improving the Help-Seeking Behaviors in COVID-19 Pandemic: An Experience from Iran

Katayoun Falahat¹, Monir Baradaran-Eftekhari², Arash Mirabzadeh³,
Ameneh Setareh Forouzan⁴, Zahra Banazadeh⁵, Robab Teymouri⁶

Original Article

Abstract

Background: Currently, coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic is recognized as a major threat to human public health. Obviously, accurate and in-depth identification of patients' help-seeking behavior not only explains the process but also is able to identify the related factors, challenges, strengths, and weaknesses, and depicts participants' expectations for optimization and improvement.

Methods: This qualitative study was conducted based on content analysis and through individual interviews (in person and by phone) with people with a history of COVID-19 disease until data saturation was reached between June and September 2020 in Tehran, Iran.

Findings: In this study, 15 in-depth individual interviews were conducted. Strengths, weaknesses, and strategies to improve the help-seeking behavior were extracted in four levels: individual, family, social, and health system. The most important strengths were self-care (individual level), empathy of family members (family), charitable activities (social), and human resources (health system). The most important weaknesses in these levels included lack of attention to health protocols, lack of requirements for full quarantine, economic problems, and lack of proper monitoring by the health system.

Conclusion: The most important and key element to improve the help-seeking behavior is human resources and promoting the individual capabilities in various aspects.

Keywords: Strengths; Weaknesses; Help-seeking behavior; COVID-19

Citation: Katayoun Falahat K, Baradaran-Eftekhari M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Banazadeh Z, Teymouri R. **Strengths, Weaknesses, and Strategies in Improving the Help-Seeking Behaviors in COVID-19 Pandemic: An Experience from Iran.** J Health Syst Res 2023; 19(1): 76-84.

1- PhD, Vice President of Research and Technology, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Vice President of Research and Technology, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Psychiatry, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

5- MD, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- PhD, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

Corresponding Author: Monir Baradaran-Eftekhari; Associate Professor, Vice President of Research and Technology, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran; Email: mbeftekhari200@gmail.com

نقاط قوت و ضعف و راهکارهای ارتقای رفتارهای درخواست کمک در اپیدمی کووید ۱۹: یک تجربه از ایران

کتایون فلاحت^۱، منیر برادران افتخاری^۲، آرش میرابزاده^۳، آمنه ستاره فروزان^۴، زهرا بنزاده^۵، رباب تیموری^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هم‌اکنون پاندمی کووید ۱۹ به عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت عمومی بشر شناخته شده است. بدیهی است شناسایی دقیق و عمیق رفتار درخواست کمک در مبتلایان، ضمن تبیین این رفتار، قادر به شناسایی عوامل مرتبط، چالش‌ها، نقاط قوت و ضعف آن می‌باشد و انتظارات مشارکت‌کنندگان را به منظور اصلاح، بهینه‌سازی و ارتقای آن به تصویر می‌کشد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت کیفی و بر اساس تحلیل محتوا و از طریق انجام مصاحبه‌های فردی تا رسیدن به اشباع داده‌ها (حضور و تلفنی) با افراد دارای سابقه ابتلا به بیماری کووید ۱۹ ساکن در شهر تهران، طی تابستان سال ۱۳۹۹ انجام شد.

یافته‌ها: در تحقیق حاضر، ۱۵ مصاحبه عمیق فردی انجام گرفت. نقاط قوت و ضعف و راهکارهای ارتقای رفتار درخواست کمک در چهار سطح «فردی، خانوادگی، اجتماعی و نظام سلامت» استخراج گردید. مهم‌ترین نقاط قوت در سطوح مورد بررسی شامل خودمراقبتی (سطح فردی)، همدلی اعضای خانواده (خانوادگی)، فعالیت‌های جهادی خیرین (اجتماعی) و سرمایه انسانی سلامت در سطح نظام سلامت بود. مهم‌ترین نقاط ضعف در این سطوح نیز شامل کم‌توجهی به رعایت پروتکل‌های بهداشتی، عدم وجود ملزومات مورد نیاز جهت رعایت کامل قرنطینه، مشکلات اقتصادی و عدم نظارت مناسب توسط نظام سلامت بود.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین و کلیدی‌ترین عنصر در بهبود و ارتقای رفتارهای درخواست کمک، نیروی انسانی و ارتقای توانمندی‌های فردی در حیطه‌های مختلف می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: نقاط قوت؛ نقاط ضعف؛ رفتار کمک‌جویانه؛ کووید ۱۹

ارجاع: فلاحت کتایون، برادران افتخاری منیر، میرابزاده آرش، فروزان آمنه ستاره، بنزاده زهرا، تیموری رباب. **نقاط قوت و ضعف و راهکارهای ارتقای رفتارهای درخواست کمک در اپیدمی کووید ۱۹: یک تجربه از ایران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۱۹ (۱): ۸۴-۷۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۸/۲۸

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲

بود. بر طبق آمار، بین افزایش خطر این بیماری با افزایش سن، وجود بیماری زمینه‌ای و جنس مذکر رابطه گزارش شده است (۳).

از آنجایی که این بیماری در حال حاضر فاقد درمان قطعی می‌باشد و با وجود انجام واکسیناسیون‌های گسترده در ایران و جهان، هنوز هم قابل کنترل نیست، پیشگیری و قطع زنجیره انتقال همچنان پاشنه آشیل کنترل این بیماری به شمار می‌رود. طبق بررسی‌های صورت گرفته، هر فرد آلوده به ویروس قادر است به طور میانگین ۲ تا ۳ نفر را آلوده کند و بدین ترتیب، در مدت زمان کوتاهی آمار مبتلایان به صورت تصاعدی بالا خواهد رفت (۴). همچنین، طبق مطالعات انجام شده، فرم‌های جهش یافته ویروس مانند دلتا، از قدرت انتقال و کشندگی بالاتری نیز برخوردار می‌باشد (۵). از طرف دیگر، به نظر می‌رسد چگونگی واکنش افراد به ابتلای این ویروس، در بین جوامع و حتی در داخل یک جامعه متفاوت است و تحت تأثیر عوامل مختلف روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و... قرار دارد. طبق تعریف، درخواست کمک رفتاری است که با

مقدمه

پاندمی کرونا ویروس که اکنون به عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت عمومی بشر شناخته شده، تا اواسط تابستان ۱۴۰۰، بیش از ۲۱۳ میلیون نفر را در دنیا مبتلا کرده و بیش از ۴ میلیون نفر قربانی نیز به جا گذاشته است. در ایران نیز تعداد مبتلایان و جان‌باختگان به ترتیب ۴ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر و ۱۰۲ هزار نفر تا ابتدای شهریور ۱۴۰۰ بوده است (۱). این بیماری به دو دلیل اصلی به عنوان یک تهدید برای بشریت محسوب می‌شود؛ اول این که موجب مرگ بزرگسالان سالم و سالمندان دارای بیماری زمینه‌ای شده است و دوم این که بسیار سریع انتقال می‌یابد (۲). ویژگی‌های منحصر به فرد کووید ۱۹ مانند سرعت انتشار بالا، نهفتگی طولانی و جهش‌های ژنتیکی، کنترل موج بیماری را دشوارتر کرده است. پس از ورود ویروس کووید ۱۹ به بدن و شروع بیماری، علائمی مانند سرفه، تب، خستگی، درد عضلانی، سردرد و... ایجاد می‌شود. البته در ۸۰ درصد موارد، بیماری بدون هیچ‌گونه علائم جدی و یا فاقد علامت خواهد

۱- دکترای تخصصی، معاونت تحقیقات و فن‌آوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۲- دانشیار، معاونت تحقیقات و فن‌آوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۳- استاد، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۵- دکترای حرفه‌ای، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۶- دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

نویسنده مسؤول: منیر برادران افتخاری؛ دانشیار، معاونت تحقیقات و فن‌آوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

Email: mbeftekhari200@gmail.com

گرفتن حداکثر تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان، تأییدپذیری با تأیید کدهای استخراج شده توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق و اطمینان‌پذیری داده‌ها با انجام مجزای کدگذاری توسط دو نفر و مقایسه نتایج آن با یکدیگر، رعایت گردید. پژوهش حاضر با تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی با کد IR.USWR.REC.1399.060 اجرا شد. کلیه ملاحظات اخلاقی مانند کسب رضایت آگاهانه، محرمانه بودن اطلاعات و حفظ بی‌نامی در مطالعه رعایت گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۱۵ مصاحبه عمیق فردی صورت گرفت. ۸ مصاحبه به صورت تلفنی و بقیه به صورت حضوری و با حفظ فاصله اجتماعی و رعایت پروتکل‌های بهداشتی انجام شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $43/4 \pm 10/25$ بود. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. در تحقیق حاضر، ۴۲۵ کد باز از متن مصاحبه‌ها استخراج و از ادغام کدهای مشابه، ۳۰ زیرطبقه و از ادغام زیرطبقه‌ها، ۵ طبقه اصلی استخراج گردید. این طبقه‌ها، نقاط قوت و ضعف را در چهار سطح «فردی، خانوادگی، اجتماعی و نظام سلامت» بررسی نمود و سپس در یک طبقه مجزا به ارایه راهکارها پرداخت (جدول ۲).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه

جنسیت	تعداد (درصد)
مؤنث	۱۰ (۶۶/۶)
مذکر	۵ (۳۳/۳)
تحصیلات	
دیپلم	۲ (۱۳/۳)
کارشناسی	۴ (۲۶/۶)
کارشناسی ارشد	۳ (۲۰/۰)
شغل	
کارمند	۶ (۴۰/۰)
شغل آزاد	۳ (۲۰/۰)
خانه‌دار	۱ (۶/۷)
وضعیت تأهل	
متاهل	۱۱ (۷۳/۴)
مجرد	۲ (۱۳/۳)
مطلقه/ بیوه	۲ (۱۳/۳)
تعداد فرزندان	
بدون فرزند	۳ (۲۰/۰)
تک فرزند	۵ (۳۳/۳)
بیشتر از یک فرزند	۷ (۴۶/۷)

تمرکز بر مشکل، فعالیت‌های ارادی فردی و تعاملات بین فردی را به منظور حل مشکل توصیف می‌نماید. نگرانی و اضطراب از ابتلای خود و عزیزان، انزوای اجتماعی، از دست دادن شغل و... از جمله عواملی هستند که رفتار درخواست کمک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به دنبال آن، قطع زنجیره انتقال را با چالش مواجه می‌سازد (۶).

بدیهی است که شناسایی دقیق و عمیق رفتار درخواست کمک در مبتلایان، ضمن تبیین این مفهوم، قادر به شناسایی عوامل مرتبط، چالش‌ها، نقاط قوت و ضعف آن می‌باشد و انتظارات مشارکت‌کنندگان را به منظور اصلاح، بهینه‌سازی و ارتقای آن به تصویر می‌کشد.

روش‌ها

این مطالعه به دلیل نیاز به درک عمیق رفتارهای درخواست کمک در اپیدمی کووید، با رویکرد کیفی و بر اساس تحلیل محتوا طراحی گردید. مشارکت‌کنندگان تحقیق شامل افراد با سابقه ابتلا به بیماری کووید ۱۹ ساکن شهر تهران بود که سابقه ابتلا به بیماری و تمایل به همکاری در پژوهش را داشتند. داده‌ها از طریق انجام مصاحبه‌های عمیق فردی و بر اساس راهنمای مصاحبه فردی جمع‌آوری گردید. این راهنما شامل سؤالاتی در خصوص اقدامات صورت گرفته به منظور مقابله با کرونا در سطوح مختلف، انتظارات، نقاط ضعف و قوت فرایند و پیشنهادهای مطرح شده به منظور بهبود فرایند بود.

زمان جمع‌آوری داده‌ها از اول خرداد تا پایان شهریور سال ۱۳۹۹ بود. مصاحبه‌ها هم به صورت حضوری و هم غیر حضوری انجام شد. بدین منظور، ابتدا فرد مصاحبه‌کننده به صورت تلفنی ضمن معرفی خود و اهداف مطالعه، کلیه هماهنگی‌های لازم مانند زمان، مکان و نحوه انجام مصاحبه را انجام می‌داد. در مصاحبه‌های حضوری، پژوهشگر ضمن رعایت کلیه پروتکل‌های بهداشتی و اطمینان از آرامش و سکوت مکان مصاحبه، ابتدا با معرفی خود و کسب رضایت‌نامه کتبی و توضیح هدف تحقیق، مصاحبه را با مشارکت‌کننده آغاز می‌کرد. در مصاحبه‌های تلفنی نیز مصاحبه‌کننده ابتدا با انجام خوش‌آمدگویی، معرفی خود، توضیح اهداف طرح و قرائت رضایت‌نامه، اجازه ورود به مصاحبه را می‌گرفت. در مواردی که مشارکت‌کننده رضایت داشت، فرم رضایت‌نامه جهت امضا برای وی ارسال می‌گردید. قبل از شروع مصاحبه (حضور، تلفنی)، اجازه ضبط مصاحبه را نمی‌داد، مصاحبه یادداشت می‌شد. هر مصاحبه به طور معمول ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

جهت تحلیل داده‌ها، ابتدا مصاحبه‌های ضبط شده پیاده و متن تایپ شده بارها کلمه به کلمه خوانده و کدگذاری گردید. سپس کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه‌بندی و کدهای مشابه با هم ادغام شد. در طی روند تنزیل داده‌ها، کدهای مشابهی که معانی و تفاسیر مشابهی داشتند، تلفیق گردید و در یک زیرطبقه قرار گرفت و به تناسب محتویات آن، یک نام برای آن زیرطبقه در نظر گرفته شد. در ادامه، زیرطبقه‌هایی که از نظر معانی مشابهت داشت، در یک طبقه اصلی قرار گرفت. جهت اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها، از روش‌های مختلفی مانند درگیری طولانی مدت با موضوع و تخصیص زمان کافی برای مصاحبه‌ها، تأیید مطالب توسط شرکت‌کنندگان جهت بررسی قابلیت پذیرش و روش روایی پاسخگو استفاده گردید. در ضمن، انتقال‌پذیری داده‌ها با در نظر

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات بررسی نقاط قوت و ضعف و ارایه راهکارها جهت ارتقای فرایند درخواست کمک در اپیدمی کووید ۱۹ در ایران

طبقات		زیرطبقات	
سطح فردی	نقاط قوت	نقاط ضعف	راهکارهای پیشنهادی
سطح خانوادگی	همدلی اعضای خانواده	عدم وجود ملزومات مورد نیاز جهت رعایت کامل قرنطینه	تشکیل کادر حمایتی در کرونا تیم درمانی/ پشتیبانی/ بهداشتی و ... تقویت اهرم‌های نظارتی بر فعالیت اجزای نظام سلامت نظارت بر فعالیت‌های سامانه‌های مشاوره/ نظارت بر اطلاعات و اخبار منتشر شده در فضای مجازی مدیریت تهیه و توزیع دارو افزایش آگاهی و بهبود نگرش جامعه در خصوص کووید ۱۹ حمایت از کادر درمان انجام حمایت‌های مالی، پرداخت حقوق معوقه، کارانه/ برگزاری دوره‌های بازآموزی پاسخگویی آنلاین به شکایات مردم در زمینه کنترل بیماری کرونا
سطح اجتماعی	فعالیت‌های جهادی خیرین نقش رسانه ملی در اطلاع‌رسانی صحیح و مناسب	عدم حمایت جدی از سوی اقوام عدم آشنایی/ به کارگیری مهارت‌های زندگی در تعاملات خانوادگی مشکلات اقتصادی یأس اجتماعی انفجار اطلاعات ضد و نقیض مشکلات حمل و نقل عمومی	ارایه برنامه‌های آموزشی در جامعه در خصوص ارتقای سلامت روان رفع مشکلات معیشتی اقشار آسیب‌دیده
سطح نظام سلامت	سرمایه انسانی سلامت مدیریت نظام سلامت در کنترل اپیدمی آموزش و اطلاع‌رسانی در سطح جامعه حمایت بالاترین مقام کشور از تصمیمات کمیته ملی مبارزه با کرونا	عدم نظارت مناسب بر اجزای نظام سلامت عدم پوشش بیمه در مراکز خصوصی کمبود دارو و تجهیزات پزشکی عدم توجه کافی به سلامت روان جامعه	

سطح فردی درخواست کمک

این طبقه به بررسی و تبیین تجربیات مشارکت‌کنندگان در زمینه رفتار درخواست کمک در سطح فردی پرداخت. در این سطح، «خودمراقبتی» (به دلیل پایش مستمر علائم) و انجام مشاوره با افراد مطلع» به عنوان نقاط قوت و «کم‌توجهی به رعایت کامل دستورالعمل‌های بهداشتی و عدم مدیریت مناسب استرس‌های فردی» نیز به عنوان نقاط ضعف رفتار مشارکت‌کنندگان در حل مشکل کووید ۱۹ بود.

نقاط قوت

خودمراقبتی: شامل پایش مرتب علائم بیماری، رعایت پروتکل‌های

بهداشتی به ویژه شستشوی دست‌ها و رژیم مناسب غذایی (مایعات، انواع ویتامین‌ها و...) توسط بسیاری از مشارکت‌کنندگان جهت مقابله با کرونا بود. «من از ترس گرفتن این بیماری، خودم رو بستم به آمیوه و مایعات. فکر کنم برای همینم راحت گرفتم» (خانم تحصیل کرده، مجرد).

انجام مشاوره با افراد مطلع: طبق تجربیات بسیاری از مشارکت‌کنندگان، انجام مشاوره با افراد مطلع به خصوص در اقوام و دوستان، یکی از رفتارهای شایع افراد در مقابله با کووید ۱۹ در سطح فردی بود. «من تا شک کردم که کووید گرفتم، اول زنگ زدم به خواهر شوهرم که دکتره تا از اون اطلاعات بگیرم» (خانم دیپلم، متأهل).

نقاط ضعف

کم‌توجهی به رعایت کامل دستورالعمل‌های بهداشتی: بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان، بسیاری از افراد در اوج اپیدمی هم دستورالعمل‌های بهداشتی را رعایت نمی‌کردند. امرار معاش و نیاز به حضور در جامعه جهت کسب درآمد، خرید مایحتاج ضروری و غیر ضروری، دلتنگی خانه‌نشینی و نیاز به تفریح و سرگرمی، جدی نگرفتن کووید ۱۹ و تصور اغراق‌آمیز از سلامتی مانند «قوی هستم و نمی‌گیرم»، از جمله علل این کم‌توجهی توسط بسیاری از مشارکت‌کنندگان بود.

«من کارگرم و مجبورم هر روز برم خرج زن و بچه‌ام را دربیارم... چه جوری بنشینم خونه؟ کی خرج منو می‌ده؟ (مرد زیر دیپلم، متأهل).

«دلم پوسید تو خونه. نمی‌شه همش بمونی تو خونه» (دختر بالای دیپلم، مجرد).
«من اصل و نسیم مال روستاست. ما قوی هستیم و به همین خاطر فکر می‌کردم کرونا نمی‌تونه ما رو درگیر کنه، همیشه می‌گفتم ما کرونا نمی‌گیریم، ولی این فکر غلط بود؛ چون من خودم کرونا گرفتم... بدم گرفتم» (مرد دیپلم، مجرد).

ضعف مهارت مدیریت مناسب استرس‌های فردی: بسیاری از مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که در زمان شیوع بیماری کرونا، قادر به مدیریت استرس‌های فردی خود نبودند و به همین دلیل، درگیر مشکلات عدیده‌ای در سلامت روان خود و اطرافیان شدند. «من اونقدر ترسیده بودم که چهار وسواس شده بودم... هر چقدر دستام را می‌شستم، فکر می‌کردم بازم کثیفه» (خانم تحصیل کرده، متأهل).

«من وقتی کرونا گرفته بودم، کلاً اعتماد به نفسم رو از دست داده بودم... همش می‌ترسیدم که بلایی سرم بیاد» (خانم زیر دیپلم، متأهل).

سطح خانوادگی درخواست کمک

این طبقه رفتارهای درخواست کمک را در مقابله با کووید ۱۹ در سطح خانوادگی تبیین می‌کند. در این طبقه، ۵ زیرطبقه شامل «همدلی اعضای اصلی خانواده، گسترش ارتباطات مجازی با اقوام و دوستان» به عنوان نقاط قوت و «عدم وجود ملزومات لازم جهت رعایت کامل قرنطینه، عدم حمایت جدی از سوی اقوام و عدم آشنایی / به کارگیری مهارت‌های زندگی در تعاملات خانوادگی» به عنوان نقاط ضعف به شرح ذیل استخراج گردید.

نقاط قوت

همدلی اعضای اصلی خانواده: بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان، در دوران شیوع بیماری کرونا، اعضای خانواده به دلیل رعایت پروتکل‌های بهداشتی، اوقات بیشتری را با یکدیگر در منزل سپری می‌کردند و این امر به همراه نگرانی از دست دادن یکدیگر و تلاش در مراقبت از خود و دیگران، سبب همدلی بیشتر اعضای خانواده گردید. «انگار قدر کسانی رو که در کنارم بودن، ولی من هیچ وقت حواسم بهشون نبود را بیشتر فهمیدم» (تحصیل کرده، مجرد).

گسترش ارتباطات مجازی با اقوام و دوستان: بسیاری از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که شیوع کرونا و فرصت زیاد در خانه ماندن، سبب گسترش ارتباطات تلفنی و صله‌رحم از راه دور گردیده است. «من همش تو خونه بودم و دائماً با اقوام و دوستانم تلفنی صحبت می‌کردم. تو این مدت به کسانی زنگ زدم که شاید سالی یک‌بار هم ازشون بی‌خبر بودم» (زن سرپرست خانوار).

نقاط ضعف

شرایط نامناسب رعایت قرنطینه در منزل: بر اساس تجربه

مشارکت‌کنندگان، در شرایطی که فرد نیاز به رعایت قرنطینه خانگی داشت، در بسیاری از موارد، شرایط لازم جهت رعایت آن وجود نداشت. «به من گفتن باید برم تو یه اتاق مجزا و کسی هم با من در ارتباط نباشه، من تموم خونه‌ام یه اتاقه که با بچه‌هام زندگی می‌کنم، حالا باید چیکار می‌کردم» (مؤنث و بیوه).

ضعف در حمایت خانواده‌ها از افراد: مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که در زمان ابتلا، توقعی از بستگان جهت ملاقات و دلجویی حضوری نداشتند، اما بیشتر آن‌ها از عدم دریافت کمک از سوی آنان در برخی موارد مانند خرید مواد غذایی، پختن غذا، تهیه دارو و... گله‌مند بودند و بر این باور بودند که این بیماری را به تنهایی و بدون دریافت حمایت از اقوام پشت سرگذاشته‌اند. «حتی کسی نبود که یه آب دستم بده، انگار طاعون گرفته بودم» (تحصیل کرده، متأهل).

ضعف مهارت‌های زندگی و ارتباطی در خانواده: در شرایط اپیدمی که اعضای خانواده به جهت ممنوعیت‌های تردد خارج از منزل، بیشتر در خانه ماندند و ناخودآگاه دارای تعاملات بیشتری با سایر اعضای خانواده بودند و از طرف دیگر، به دلیل استرس‌های حاصل از اپیدمی، دلتنگی‌های ناشی از خانه‌نشینی و محدودیت‌های حاصل از کرونا، از انعطاف کمتری برخوردار بودند، عدم آشنایی با مهارت‌های زندگی و یا عدم به کارگیری آن، موجبات ایجاد کشمکش‌های مختلفی در برخی از خانواده‌ها شده بود. «تو این مدت شوهرم تو خونه مونده بود و دائم به من گیر می‌داد و ایراد می‌گرفت. منم که خودم اعصابم داغون بود. خلاصه همش دعوا کردیم» (تحصیل کرده، متأهل).

سطح اجتماعی درخواست کمک

در این سطح، نقاط قوت و ضعف رفتارهای درخواست کمک در مقابله با کرونا در ۷ زیرطبقه استخراج گردید که در ادامه آمده است.

نقاط قوت

فعالیت‌های جهادی خیرین: پس از شیوع اپیدمی و با تعطیلی و ورشکستگی بسیاری از مشاغل، شرایط اقتصادی دچار تزلزل بیشتر شد و سید خانوار کوچک‌تر از قبل گردید. بنابراین، گروه‌های جهادی و خیرین اقدام به کمک‌رسانی در زمینه‌های تهیه سبب غذایی، تقبل هزینه‌های درمان و دارو، ضد عفونی کردن معابر و... نمودند. «تو مدتی که من کرونا داشتم و بستری بودم، بعضی از خیرین محله برای بچه‌هام مواد غذایی آورده بودن» (زن سرپرست خانوار).

نقش رسانه ملی در اطلاع‌رسانی صحیح و مناسب: با شروع کرونا و شیوع اخبارهای متناقض در فضای مجازی که گاهی سبب سردرگمی و استرس مخاطبان می‌گردید، رسانه ملی نقش بسیار مهمی را در اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی در زمینه کرونا فراهم نمود. «جالبه تو کرونا با این که اخبار ضد و نقیض زیاد بود، اما ما بیشتر به اخبار تلویزیون خودمون اعتماد داشتیم» (دیپلم، متأهل).

نقاط ضعف

مشکلات اقتصادی: بر اساس تجارب تمامی مشارکت‌کنندگان، با شیوع کرونا به دلایل مختلفی مشکلات اقتصادی شدت بیشتری گرفت و سبب کوچک‌تر شدن بیشتر سبب خانواده گردید. برخی از عوامل مؤثر بر ایجاد مشکلات اقتصادی بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان شامل «از دست دادن شغل / تعطیلی مشاغل مانند بسیاری از دست‌فروشان، کارگران برخی از مشاغل خصوصی و...، تحمیل هزینه‌های پیشگیری و درمان، هزینه‌های مربوط به تهیه مواد غذایی مغزی، تحمیل هزینه‌های مجازی‌سازی مانند تهیه گوشی همراه یا لپ‌تاپ جهت انجام دورکاری، ادامه تحصیل و... و در نهایت، گرانی و کوچک

اشکالات زیادی هم بود، اما با توجه به وضعیت کشور ما، بازم خوب مدیریت شد» (بیوه، دیپلم).

«برای اولین بار بود که رفتم بیمارستان و از اول تا آخر دست من حتی یک ورق هم داده نشد. همه چی کامپیوتری شده بود» (مجرد، تحصیل کرده). آموزش و اطلاع رسانی در سطح جامعه: این اطلاع رسانی از طریق انجام مساجدهای تلویزیونی، برنامه های رادیویی و تهیه فیلم ها/ تیزرهای تبلیغاتی صورت گرفت. «هر روز تلویزیون برنامه آموزشی داشت» (مجرد، تحصیل کرده). **همراهی و حمایت مردم از تصمیمات کمیته ملی مبارزه با کرونا:** مصادیق همراهی در رعایت فاصله گذاری، مراجعه کمتر به اماکن عمومی، زیارتگاه ها، سینما و... بود. «مردم خدا رو شکر از تصمیم مسئولان حمایت کردن. خیلی ها تو این ایام واقعاً حتی به مهمونی و یا مسافرت نرفتند» (زن، زیر دیپلم).

نقاط ضعف

نظارت نامناسب بر عملکرد نظام سلامت: برخی از مشارکت کنندگان بر این باور بودند که عوارض ناشی از عدم نظارت مناسب بر عملکرد نظام سلامت در غربالگری بیماران، تشخیص، درمان و حتی پیگیری های پس از درمان و دادن گواهی سلامت نیز جلوه گر بود. «هیچ جایی به کار بیمارستان ها به ویژه بیمارستان های خصوصی نظارت نمی کرد. هر کی با هر دارویی و یا مدلی که می خواست درمان می کرد» (متاهل، تحصیل کرده).

ضعف بیمه در حمایت از بیماران: بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، با توجه به عدم پوشش بیمه در بیمارستان های خصوصی، در مواردی که به هر دلیل بیمار ناگزیر از مراجعه به بیمارستان خصوصی بود، با هزینه های بسیار زیادی روبه رو می شد. «وقتی مادرم کرونا گرفت و حالش بد بود، اونقدر دچار استرس شدم که به اولین بیمارستان نزدیکون مراجعه کردم و چندین میلیون زیر بار قرض رفتم؛ چون بیمه قبول نکرد» (مرد، تحصیل کرده).

کمبود دارو و تجهیزات پزشکی: از دیگر چالش های نظام سلامت، کمبود دارو و برخی تجهیزات پزشکی در شرایط اوج همه گیری بود. «به محض آن که به دارو توسط پزشکان زیادی تجویز می شد، دیگه نمی توانستی اون را پیدا کنی» (متاهل، تحصیل کرده).

«وقتی کرونا گرفته بودم، دکتر برام دارویی نوشت که هر جا رفتم نبود؛ حتی وقتی تو اورژانس بودم کپسول اکسیژن هم پیدا نمی شد» (دیپلم، زن).

ضعف در مراقبت های سلامت روان: همزمان با شروع اپیدمی کرونا و مشکلات ناشی از شیوع بیماری مانند از دست دادن شغل و مشکلات اقتصادی، ترس از ابتلا و انگ بیمار شدن، استرس های ناشی از ابتلا، ماندگاری در خانه، کاهش معاشرت ها، کمبود دارو و امکانات و... سلامت روان بسیاری از افراد جامعه دچار خدشه شد و این امر مانند یک زنجیره معیوب، موجبات مشکلات بیشتر سلامتی را فراهم نمود. نظام سلامت به عنوان سکندار سلامتی مردم در حیطه سلامت روان، نتوانست به وظیفه خود به خوبی عمل کند و در نتیجه، این امر خود به مشکلات ناشی از اپیدمی دامن زد. «برنامه های زیاد آموزشی در مورد کرونا پخش می شه، ولی هیچ کس به دل گرفته و حال بد ما تو این ایام کاری نداره» (مجرد، تحصیل کرده).

راهکارهای ارتقای رفتار درخواست کمک در اپیدمی کووید ۱۹

در این طبقه اصلی، ۸ زیرطبقه به شرح ذیل استخراج گردید. **تشکیل تیم حمایت:** برخی از مشارکت کنندگان پیشنهاد تشکیل تیم

شدن سید غذایی» بود. «تو کرونا من کارم رو از دست دادم؛ چون من خونه مردم رو تمیز می کنم و کسی از ترس نفایز کار نمی خواست. شرایط مالی من خیلی سخت شده بود» (زن سرپرست خانوار).

یأس اجتماعی: برخی از مشارکت کنندگان، از یأس اجتماعی به عنوان یکی از چالش های رفتار درخواست کمک در مقابله با کووید ۱۹ یاد کردند و معتقد بودند که مرگ ناگهانی و غیر قابل باور اطرافیان در اثر کرونا، پخش اخبار مربوط، نگرانی از ابتلا و... سبب ایجاد نوعی یأس و ناامیدی در جامعه شده بود؛ به نحوی که به نظر می رسید برخی افراد انگیزه های ادامه زندگی و تلاش جهت زندگی بهتر را فراموش کرده و منتظر نزول این بلای ناگهانی برای خود و عزیزانشان بودند. «پدرم با پای خودش رفت ICU و دو روز بعدش جنازش را بهمون تحویل دادند. بعد از این مصیبت من تمام انگیزه زندگیم را از دست دادم. مثل من هزارون در هزارون...» (مرد تحصیل کرده).

انتشار اطلاعات ضد و نقیض: انتشار اطلاعات مختلف در بسیاری از موارد نه تنها سبب سردرگمی می شد، بلکه استرس اضافی هم تحمیل می کرد. «هرکی یه چیزی می گفت... یکی می گفت ویتامین C بخورید، یکی می گفت نه خطرناکه. خلاصه گیج شده بودم» (زیردیپلم، متاهل). سوء استفاده از شرایط بحران: با توجه به شرایط بحرانی و نیاز افراد به برخی اقلام، زمینه احتکار و سودجویی در بسیاری از موارد فراهم گردید. «تو اوج کرونا تلویزیون نشون داد آدم هایی رو که تو این شرایط الکل و مواد ضد عفونی را انبار کرده بودن تا گرون بفروشن» (متاهل، تحصیل کرده).

ضعف رعایت دستورالعمل های بهداشتی در اماکن عمومی: بر اساس تجربه بسیاری از مشارکت کنندگان در سطح اجتماعی، رعایت نامناسب دستورالعمل های بهداشتی در اماکن عمومی به عنوان یکی از نقاط ضعف مقابله با کرونا مطرح بود. «برای رفتن به محل کار ناچار از مترو استفاده می کردم، اونقدر ازدحام زیاد بود که اگر یک ویروس از یک گوشه رد بشه همه را مبتلا می کنه» (مرد تحصیل کرده). «برای خریدن مواد غذایی مجبور به خرید از فروشگاه هایی بودم که جمعیت زیاد، تهویه کم و امکان ابتلا زیاد بود» (زن تحصیل کرده، متاهل).

سطح نظام سلامت در رفتار درخواست کمک

در این طبقه ۸ زیرطبقه به شرح ذیل استخراج گردیده است.

نقاط قوت

سرمایه انسانی نظام سلامت: بر اساس تجارب اغلب مشارکت کنندگان، کادر درمان به ویژه در بخش دولتی و مراکز بیمارستانی، بیشترین فشار و استرس را تحمل نمودند، بیشترین همدلی را با بیماران داشتند و از انجام هیچ فداکاری دریغ نکردند. «من وقتی مریض شدم به مطبی مراجعه کردم که آقای دکتر که اونجا بود اونقدر با صبر و حوصله منو معاینه کرد، بهم آرامش داد و باهام حرف زد که من کلی حالم بهتر شد» (مرد تحصیل کرده).

مدیریت نظام سلامت در کنترل اپیدمی کووید ۱۹: طبق تجارب مشارکت کنندگان، مدیریت مناسب بیماری شامل پاسخگویی مناسب نظام سلامت با وجود غافلگیری به خصوص در ابتدای شیوع بیماری از نقاط قوت مقابله با کرونا محسوب شد و مصادیق آن شامل تهیه تجهیزات پزشکی، استفاده از پتانسیل های سایر نهادها مانند ارتش و سپاه، ایجاد سامانه های مشاوره مانند سامانه های ۱۴۹۰ و ۴۰۳۰، گسترش پوشش بیمه در بیمارستان های دولتی و عملکرد مناسب مراکز درمانی در آنلاین نمودن اطلاعات کاغذی بود. «با این که

سلامت کشورها اقدام به تهیه و تدوین بسته‌های آموزش خودمراقبتی در تمامی سطوح پیشگیری نمودند که به صورت آنلاین، تلفنی و گروه‌های مشاوره‌ای در اختیار ذی‌نفعان قرار می‌گیرد (۹، ۱۰).

از جمله نقاط ضعف درخواست کمک در سطح فردی، کم‌توجهی به رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی و مدیریت نامناسب استرس‌های فردی بود. مطالعه Christian در اندونزی نیز به این نکته توجه داشت که بی‌توجهی به رعایت دستورالعمل‌ها، عاملی برای کنترل نشدن بیماری قلمداد می‌شود (۱۱).

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، نقاط قوت رفتارهای درخواست کمک در سطح خانواده شامل «همدلی بیشتر اعضای خانواده و گسترش ارتباطات مجازی با اقوام و دوستان» بود. اجرای فاصله‌گذاری اجتماعی، مهم‌ترین استراتژی بسیاری از کشورها جهت جلوگیری از گسترش عفونت بود که به دنبال آن، انزوای اجتماعی، حذف تعاملات و ارتباطات اجتماعی و در نهایت، حمایت دیگران و جامعه حادث شده است. Xu و Li اعتقاد دارند که حضور مداوم افراد در خانه باعث شده است تا خانواده مهم‌ترین منبع در دسترس جهت برقراری ارتباطات بین فردی قلمداد گردد. همچنین، این حضور و نزدیکی، منجر به حمایت بیشتر اعضا از یکدیگر جهت کنار آمدن با بحران و ارتقای حس همدلی، تعلق و امنیت اعضا می‌شود (۱۲). از سوی دیگر، یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف فرایند درخواست کمک در سطح خانواده، اختلال در تعاملات خانگی می‌باشد که متأثر از عدم به کارگیری درست مهارت‌های زندگی در شرایط جدید است. همه‌گیری کرونا به عنوان یک رویداد استرس‌زا، تغییرات بسیاری را در تعریف، عملکرد و روابط خانواده ایجاد کرده است. اگرچه خانه‌نشینی در شرایط پاندمی در برخی از خانواده‌ها منجر به ایجاد روابط عاطفی بیشتر شده است، اما برخی دیگر توانایی سازش با این شرایط را نداشتند و دچار گیجی و سردرگمی شدند (۱۳). مهم‌ترین نقاط ضعف درخواست کمک در سطح اجتماعی از دیدگاه شرکت‌کنندگان، تجربه مشکلات اقتصادی و تبعات حاصل از آن بود. اگرچه ویروس کووید با ایجاد پاندمی، فعالیت اقتصادی بیشتر افراد جامعه را صرف‌نظر از موقعیت اجتماعی محدود نمود (۱۴)، اما شواهد دقیق‌تر بیان‌کننده افزایش احتمال آسیب‌پذیری اقتصادی برخی از اقشار جامعه (بدون درآمد یا کم‌درآمد با تحصیلات کمتر) می‌باشد (۱۵). در ایران نیز از دست دادن شغل، افزایش نرخ بیکاری، از دست دادن بیمه و... به عنوان چالش‌های ناشی از همه‌گیری در رده‌های جمعیتی شناخته شده است (۱۶). از دست دادن شغل، درآمد و بیمه، از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر شرایط اقتصادی خانواده در پاندمی به شمار می‌رود. از این‌رو، در بسیاری از کشورهای پیشرفته با طراحی راهبردهای بهینه و اتحاد سیاست‌های حمایتی به‌هنگام، دقیق و هدفمند از طریق نظام‌های رفاهی (مانند تقویت سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت حقوق بیکاری) و مدیریت بازارهای عرضه و تقاضای نیروی کار، به حمایت از جمعیت‌های در معرض خطر به ویژه دهک‌های پایین درآمدی جامعه پرداختند (۱۷). از جمله مهم‌ترین راهبردهای عملی که در بسیاری از کشورها (۱۸) از جمله ایران به اجرا درآمد، مشارکت بخش خصوصی در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) برای حل معضلات بحران کووید ۱۹ همگام با حضور مستقیم دولت بود.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، نقش رسانه ملی و شبکه‌های اجتماعی در ارایه اطلاعات بود. نتایج نشان داد که رسانه ملی و شبکه‌های مجازی به عنوان مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات با توجه به محدودیت‌های اعمال شده مورد استفاده قرار گرفتند. عصر پاندمی کووید ۱۹ بیانگر تأثیر مخرب کسب اطلاعات

حمایتی در کرونا را دادند و بر این باور بودند که گروه‌های مختلف مانند تیم درمانی، پشتیبانی، بهداشتی و... می‌توانند کادر حمایت را تشکیل دهند و هم‌زمان کلیه خدمات توسط آنان ارایه شود. این پیشنهاد در مورد بیماران بدون همراه و یا تنها، کاربرد مناسبی دارد. «آگه تو اون روزها یه تیمی تشکیل می‌شد تا بیمار با یه تلفن به اون‌ها خیالش از بابت پیدا کردن دارو، خرید، غذا و خلاصه همه چی راحت می‌شد، عالی بود» (تحصیل کرده، زن).

تقویت اهرم‌های نظارتی بر فعالیت اطلاع‌رسانی نظام سلامت: مشارکت‌کنندگان تقویت نظارت از راه‌های مختلف مانند نظارت بر فعالیت سامانه‌های مشاوره در کرونا، نظارت بر اطلاعات و اخبار منتشر شده در فضای مجازی و... را بسیار لازم و ضروری می‌دانستند. «به نظر لازم بود تا افرادی بر فعالیت فضای مجازی و اخبار اون نظارت می‌کردند تا مردم هر حرفی را نشوند و بهترین و درست‌ترین اخبار را بگیرند» (زیر دیپلم، زن).

مدیریت تهیه و توزیع دارو: بر اساس نظر بسیاری از مشارکت‌کنندگان، مشکل اصلی در توزیع دارو، عدم مدیریت مناسب آن بود و ایجاد ساز و کار مناسب جهت این کار را ضروری می‌دانستند.

افزایش آگاهی و بهبود نگرش جامعه در خصوص کووید ۱۹: برخی از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که باید آگاهی و نگرش مردم در خصوص کووید ۱۹ به روش‌های مختلف از جمله استفاده از پتانسیل‌های سایر ارگان‌ها مانند بسیج، هلال احمر، صدا و سیما در ارایه آموزش و تشکیل کانال رسمی اطلاع‌رسانی کووید ۱۹ با محوریت وزارت بهداشت ارتقا یابد.

حمایت از کادر درمان: بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان، حمایت از کادر درمان به دو صورت اصلی شامل انجام حمایت‌های مالی، پرداخت حقوق معوقه، کارانه و برگزاری دوره‌های بازآموزی امکان‌پذیر می‌باشد.

ارایه برنامه‌های آموزشی در خصوص ارتقای سلامت روان: با توجه به مشکلات سلامت روان در کرونا، برخی مشارکت‌کنندگان ارایه مداخلات در این زمینه را دارای اولویت دانستند و آن را در قالب برنامه‌های آموزشی به دو صورت «آموزش‌های عمومی به مردم و آموزش به بیماران و مددکاری» پیشنهاد نمودند. «مددکاری یکی از راه‌حل‌های کوتاه‌مدت ارتقای سلامت روان می‌باشد» (متاهل، تحصیل کرده).

رفع مشکلات معیشتی اقشار آسیب‌دیده: با توجه به تشدید معضلات اقتصادی، تمامی مشارکت‌کنندگان خواستار رفع مشکلات معیشتی اقشار آسیب‌دیده به عنوان یک مطالبه اصلی بودند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نه تنها بیانگر نقاط قوت و ضعف رفتارهای مختلف درخواست کمک در مقابله با کرونا در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و نظام سلامت بود، بلکه راهکارهای پیشنهادی مشارکت‌کنندگان را نیز ارایه نمود. استخراج داده‌ها نشان دهنده ۱۰ نقطه قوت، ۱۴ نقطه ضعف و ۷ راهکار پیشنهادی به منظور ارتقای رفتار درخواست کمک در مقابله با بیماری کرونا بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان بود.

در سطح فردی، نقاط قوت رفتارهای درخواست کمک شامل «خودمراقبتی و انجام مشاوره با افراد مطلع» بود. مرور منابع نیز بیانگر تأثیر مستقیم اجرای استراتژی‌های خودمراقبتی، رعایت رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی مناسب بر پیشگیری، سرانجام بیماری و درمان آن است (۸، ۷). به همین جهت، نظام

نظام سلامت کشور در جهت ارتقای سلامت روان جامعه در دوران اپیدمی، ارایه آموزش‌های همگانی بهداشت روان جامعه با تأکید بر حوزه پیشگیری به صورت دستورالعمل‌ها و راهنماهای عمومی بود (۲۳) که به نظر می‌رسد این اقدام کافی نیست و الزامی است که با در نظر گرفتن ماهیت و فرایند تأثیر مؤلفه‌های متعدد اجتماعی بر سلامت روان، اجرای رویکردهای متفاوت متمرکز و غیر متمرکز با بهره‌گیری از ظرفیت‌های مشارکتی و چند جانبه (جامعه و سایر نهادها) و توجه به بازتوزیع منابع موجود مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران حوزه‌های نظام سلامت قرار گیرد.

تحقیق حاضر از نوع کیفی بود و تعمیم نتایج آن مانند تمام پژوهش‌های کیفی، نیازمند احتیاط و تأیید بیشتر است. همچنین، از آنجایی که مطالعه در شش ماهه اول شروع اپیدمی بیماری در کشور انجام شد و همچنان پس از حدود ۱۸ ماه، محدودیت‌ها و شرایط بحرانی ناشی از این بیماری بر کشور مستولی است، پیشنهاد می‌گردد به منظور افزایش تعمیم‌پذیری و تعمیق بیشتر یافته‌های تحقیق، پژوهش‌هایی در همین راستا انجام شود. علاوه بر این، لازم به ذکر است که مطالعه حاضر متأثر از محدودیت‌های کنونی و الزام به رعایت پروتکل‌های بهداشتی انجام شد.

نتیجه‌گیری

مهم‌ترین و کلیدی‌ترین عنصر در بهبود و ارتقای رفتارهای درخواست کمک، نیروی انسانی توانمند و ارتقای توانمندی‌های فردی در حیطه‌های مختلف مانند مدیریت استرس و مقابله با اضطراب و وسواس می‌باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۲۴۷۷ و کد اخلاق IR.USWR.REC.1399.060، مصوب دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری این دانشگاه انجام شد. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان به جهت همکاری در انجام پژوهش حاضر، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

متناقض از شبکه‌های اجتماعی بر چگونگی رفتار افراد به خصوص در رابطه با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و قطع زنجیره انتقال بیماری (۱۹) و وضعیت روانی - اجتماعی افراد بوده است.

نتایج مطالعه بیانگر ارایه تجارب و دیدگاه‌های متفاوت شرکت‌کنندگان در خصوص رفتارهای درخواست کمک در سطح نظام سلامت بود. تمامی شرکت‌کنندگان معتقد بودند اگرچه نظام سلامت به عنوان سکاندار سلامتی، نقش اساسی در کنترل، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی بیماری کرونا دارد، اما دارای چالش‌های اساسی و قابل توجه نیز بوده است. از منظر سازمان جهانی بهداشت، اجزای اصلی نظام سلامت شامل حاکمیت، نیروی انسانی، تأمین مالی، تجهیزات و ملزومات، اطلاعات و ارایه خدمات سلامت است که به منظور ارتقای سلامتی مردم، پاسخگویی به انتظارات، حمایت مالی از آن‌ها در مقابل هزینه‌های سلامت و ارتقای کیفیت خدمات می‌باشد (۲۰). اگرچه نظام سلامت با حاکمیت قوی، تمامی تلاش خود را در کنترل اپیدمی به کار بست، اما به نظر می‌رسد در بخش نظارت از عملکرد مناسبی برخوردار نبوده است. از چالش‌های عمده در این حوزه می‌توان به غافلگیری و عدم آمادگی نظام سلامت جهت مواجهه با بحران، عدم آشنایی با مدیریت بحران، کمبود تجهیزات و امکانات دارویی، درمانی و تشخیصی، عدم امکان کنترل تجویز دارو و روش‌های تشخیصی درمانی و استفاده بیش از حد با توجه به تقاضا، تأخیر در تصمیم‌گیری‌ها و عدم برانگیخته شدن حساسیت در مسؤولان و اتخاذ سیاست‌های ناکارآمد در جهت قطع زنجیره انتقال، مقاومت کادر سلامت در برابر تغییرات غیر منتظره به ویژه در بخش خصوصی، کمبود نیروی انسانی و افزایش بار کاری اشاره نمود (۲۱).

با توجه به انتشار افسار گسیخته بیماری کووید ۱۹ که تمامی جنبه‌های مهم بهداشتی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی کشورهای جهان را تحت تأثیر قرار داد، آثار روان‌شناختی این بیماری و بیروسی نه تنها بر سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه به وضوح قابل مشاهده است (۲۲). با توجه به وسعت و تداوم بحران کنونی و افزایش اختلالات روان‌شناختی، حفظ و ارتقای سلامت روان به عنوان یکی از مهم‌ترین اولویت‌های نظام سلامت در بسیاری از کشورهای دنیا مورد توجه و مداخله قرار گرفته است. از جمله اقدامات انجام شده

References

1. Afkar News. Covid-19 Online Information and Statistic in Iran and the world based on WHO latest data 2021 [Online]. [cited 2021 Sep 11]; Available from: URL: <https://coronavirus.afkarnews.com/> [In Persian].
2. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. Clin Chim Acta 2020; 508: 254-66.
3. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeftang MM, et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. Cochrane Database Syst Rev 2020; 7(7): CD013665.
4. Hoehl S, Rabenau H, Berger A, Kortenbusch M, Cinatl J, Bojkova D, et al. Evidence of SARS-CoV-2 infection in returning travelers from Wuhan, China. N Engl J Med 2020; 382(13): 1278-80.
5. Iacobucci G. Covid-19: New UK variant may be linked to increased death rate, early data indicate. BMJ 2021; 372: n230.
6. Asril NM, Maharani EA, Tirtayani LA, Suwandi E. Predicting help seeking behavior related to COVID-19 among Indonesian adults. J Beh Scie 2021; 16(1): 28-44.
7. Baggio M. COVID-19 Risks Outlook: A Preliminary Mapping and its Implications [Online]. [Cited 2021 Mar]; Available from: URL: <https://www.weforum.org/reports/covid-19-risks-outlook-a-preliminary-mapping-and-its-implications>

8. Banerjee M, Chakraborty S, Pal R. Diabetes self-management amid COVID-19 pandemic. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(4): 351-4.
9. Leonardi M, Horne AW, Vincent K, Sinclair J, Sherman KA, Ciccio D, et al. Self-management strategies to consider to combat endometriosis symptoms during the COVID-19 pandemic. *Hum Reprod Open* 2020; 2020(2): hoaa028.
10. Khan FA. Anesthesiologists' occupational wellbeing and support during COVID-19 pandemic. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care* 2021; 25(2): 122-5.
11. Christian ACS. Public obedience to health protocols during Covid-19 pandemic in Indonesia: A perspective from health belief model theory. *Soshum: Jurnal Sosial dan Humaniora* 2021; 11(2): 201-10.
12. Li S, Xu Q. Family support as a protective factor for attitudes toward social distancing and in preserving positive mental health during the COVID-19 pandemic. *J Health Psychol* 2022; 27(4): 858-67.
13. Lee J, Chin M, Sung M. How has COVID-19 changed family life and well-being in Korea? *J Comp Fam Stud* 2020; 51(3-4): 301-13.
14. Tisdell CA. Economic, social and political issues raised by the COVID-19 pandemic. *Econ Anal Policy* 2020; 68: 17-28.
15. Kristal T, Yaish M. Does the coronavirus pandemic level the gender inequality curve? (It doesn't). *Res Soc Stratif Mobil* 2020; 68: 100520.
16. Taherinia M, Hasanvand A. Economic consequences of Covid-19 disease on the Iranian economy; with an emphasis on employment. *Nursing Management* 2020; 9(3): 43-58. [In Persian].
17. Cook R, Grimshaw D. A gendered lens on COVID-19 employment and social policies in Europe. *Eur Soc* 2021; 23(sup1): S215-S227.
18. Arsyianti LD, Kassim S. Charity behavior during COVID-19 pandemic. *Turkish Journal of Islamic Economics* 2021; (Special Issue): 321-38.
19. Ali R, Jawed S, Baig M, Azam MA, Syed F, Rehman R. General public perception of social media, impact of COVID-19 pandemic, and related misconceptions. *Disaster Med Public Health Prep* 2021; 17: e23.
20. Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Health system performance assessment in the WHO European Region: Which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2018
21. Labaf A, Jalili M, Jaafari Pooyan E, Mazinani M. Management of Covid-19 crisis in Tehran University of Medical Sciences hospitals: Challenges and strategies. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2021; 18(4): 355-72. [In Persian].
22. Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological impacts of COVID-19 outbreak on mental health status of society individuals: A narrative review. *J Mil Med* 2020; 22(2): 184-92. [In Persian].
23. Meskarpour-Amiri M, Shams L, Nasiri T. Identifying and categorizing the dimensions of Iran's health system response to the Covid-19 pandemic. *J Mil Med* 2020; 22(2): 108-14. [In Persian].