

Nursing Management Challenges in the Face of the COVID-19 Pandemic in Military Hospitals: A Qualitative Study

Somayeh Azarmi¹, Amir Hosein Pishgooie², Simintaj Shariffar^{1*}, Ali Moradi³,
Faeze Baniyaghoobi⁴, Farshid Alazamani Noodeh²

¹ Department of Health in Disasters and Emergencies, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Critical Care Nursing, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Students Research Committee of Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Military Nursing, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 4 October 2022 Accepted: 19 November 2022

Abstract

Background and Aim: The COVID-19 pandemic led public health systems to encounter major challenges. Nurses in hospitals are serving on the frontline in encountering disasters and military hospitals have a vital role in the health response to disasters. The aim of this study was to explore the nursing management challenges in the face of the COVID-19 pandemic in military hospitals.

Methods: This qualitative study with a conventional content analysis approach was conducted in 2021. Fourteen nursing administrators from seven military hospitals in Tehran were enrolled using purposive sampling. In-depth and semi-structured interviews were used for data collection and continued until reaching data saturation.

Results: Four main categories emerged from the data analysis: “Human barriers” (Support, Commitment, Culture, Staff management, Volunteers Management), “Financial barriers” (Budget, Equipment), “Organizational barriers” (Organizing, Rules and Regulations, Planning, Training, Drill), and “Communicational barriers” (Communications and Coordination, Information management).

Conclusion: The complex crisis of the Covid-19 pandemic can lead to instability and numerous challenges in the nursing management process, especially related to rules and regulations, volunteer management, extra-organizational coordination, and information management in military hospitals. With correct and accurate planning, scientific and, decisive management, and unity of command, these challenges can be prevented from affecting the disaster risk management process in military hospitals.

Keywords: COVID-19, Coronavirus, Military Hospital, Nursing Management.

*Corresponding author: Simintaj Shariffar, Email: s_shariffar@yahoo.com

چالش‌های مدیریت پرستاری در مواجهه با کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی: یک مطالعه کیفی

سمیه آزرمی^۱، سیدامیرحسین پیشگوی^۲، سیمین تاج شریفی فر^{۱*}، علی مرادی^۳، فائزه بنی یعقوبی^۴، فرشید الازمنی نوده^۲

^۱ گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

^۲ گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

^۳ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۴ گروه پرستاری نظامی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بحران کووید-۱۹، سیستم‌های سلامت در جوامع را با چالش‌های عمده‌ای مواجه کرد. بیمارستان‌ها واحد اصلی ارائه خدمات سلامت در پاسخ به بلایا هستند. از آنجا که پرستاران پرسنل خط مقدم مقابله با بحران‌های سلامت می‌باشند و با توجه به نقش حیاتی بیمارستان‌های نظامی در پاسخ به بحران پاندمی کووید-۱۹، پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی انجام شده است.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۴ نفر از مدیران پرستاری و سرپرستاران بخش‌های بستری بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در هفت بیمارستان نظامی مرجع مراقبت از بیماران کرونا در شهر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه انفرادی عمیق نیمه‌ساختاریافته و برای تحلیل آن‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی براساس روش گرانهمیم و لاندمن استفاده شد.

یافته‌ها: چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی در قالب ۴ طبقه و ۱۴ زیرطبقه «موانع انسانی» (حمایت، تعهد، فرهنگ، مدیریت کارکنان، مدیریت داوطلبان)، «موانع مالی» (بودجه، تجهیزات، افزایش ظرفیت)، «موانع سازمانی» (سازماندهی، قوانین و مقررات، برنامه‌ریزی، آموزش، تمرین)، و «موانع ارتباطی» (ارتباطات و هماهنگی، مدیریت اطلاعات) تبیین گردید.

نتیجه‌گیری: بحران پیچیده همه‌گیری کووید-۱۹ می‌تواند منجر به بی‌ثباتی و چالش‌های متعددی در فرایند مدیریت پرستاری بویژه چالش‌های مرتبط با قوانین و مقررات، مدیریت داوطلبان، هماهنگی برون‌سازمانی و مدیریت اطلاعات در بیمارستان‌های نظامی شود. با برنامه‌ریزی صحیح و دقیق، مدیریت علمی و قدرتمند و وحدت فرماندهی می‌توان تا حد زیادی مانع از تأثیرگذاری این چالش‌ها در فرایند مدیریت خطر بلایا در بیمارستان‌های نظامی شد.

کلیدواژه‌ها: کووید-۱۹، کرونا و ویروس، بیمارستان نظامی، مدیریت پرستاری.

* نویسنده مسئول: سیمین تاج شریفی فر. پست الکترونیک: s_sharififar@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۲۸

مقدمه

سلامت یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار در همه کشورها محسوب می‌شود (۱). بلایا و پیامدهای آن‌ها می‌تواند به سرعت منابع موجود در سیستم سلامت جامعه را تحت تأثیر قرار داده و تأثیرات ویران‌کننده‌ای بر زیرساخت‌های اساسی مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند (۲). یکی از بحران‌هایی که اخیراً گریبان‌گیر جامعه بشری شده بیماری ناشی از کرونا ویروس است که در دسامبر سال ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین شناسایی شد. سازمان بهداشت جهانی در مارس ۲۰۲۰، شیوع بیماری ناشی از کرونا ویروس (SARS-CoV-2) را یک پاندمی اعلام کرد. علی‌رغم تلاش‌های جدی جهانی برای مهار این بیماری در سراسر جهان، شیوع کووید-۱۹ همچنان رو به افزایش بوده و تمام کشورهای جهان را درگیر کرده است (۳). در میان مؤلفه‌های متعدد مدیریت بحران در حوادث مسلماً مهمترین نقش را مراکز درمانی بویژه بیمارستان‌ها به عنوان اصلی‌ترین سازمان برعهده دارند و ارائه طرح‌هایی برای آمادگی و استراتژی‌های مقابله با بحران‌ها، می‌تواند تأثیرات چشم‌گیری در کاهش تلفات جانی ناشی از بلایا داشته باشد (۴،۵). بیمارستان‌ها در شرایط بحران باید بتوانند ضمن انجام وظایف جاری، پاسخگوی حجم زیاد بیماران و مجروحینی باشند که در اثر رخداد بلایا بر آن‌ها تحمیل شده است (۶،۷).

سند راهبردی بهداشت، امداد و درمان نیروهای مسلح در ایران، مأموریت بیمارستان‌های نظامی را امداد، انتقال و درمان مصدومین در حوادث غیرمترقبه بیان می‌کند. بنابراین آمادگی بیمارستان‌های نظامی در حوادث و بلایا نسبت به سایر بیمارستان‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است (۵،۸). نتایج بسیاری از مطالعات نشان داده است که آسیب‌پذیری بالا و فقدان آمادگی، یک چالش مهم برای بیمارستان‌ها در مقابله با بلایا است (۹-۱۱). ارزیابی و پایش مکرر جهت کشف نقاط ضعف و چالش‌ها و برنامه‌ریزی مناسب می‌تواند به ارتقای آمادگی بیمارستان‌ها کمک کند (۱۲). همچنانکه انجام اقدامات مؤثر توسط مدیران بیمارستان‌ها و شناسایی چالش‌های مدیریتی مواجهه با بحران فعلی بیماری کرونا، می‌تواند به تدوین الگوهای مناسب مدیریت بحران و ارتقای آمادگی بیمارستان کمک نماید (۳). نتایج پژوهش‌ها حاکی از وجود چالش‌های متعدد مدیران پرستاری در دوره کووید-۱۹ در زمینه حمایت سازمانی بود. ایمنی کارکنان و خطر ابتلا به عفونت، استرس، ترس و اضطراب و حجم کار اضافی بیشترین چالش گزارش شده توسط اکثر مدیران بود، در حالی که خطر ایمنی و عفونت، تضاد مدیریت و مدیریت بحران غیرمنتظره چالش‌های مورد انتظار اکثر مدیران در یک بیماری همه‌گیر بود (۱۳). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که چالش‌های عمده مدیران شامل عدم آمادگی برای همه‌گیری، کمبود تجهیزات حفاظت فردی، تدوین دستورالعمل‌ها، کمبود کارکنان و تأخیر در آزمایش‌ها است (۱۴). شناخت تجربیات و چالش‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای حمایت مؤثر از آن‌ها و ایجاد محیطی

امن برای انجام وظایف خود در مواقع بحرانی، بویژه همه‌گیری کووید-۱۹ ضروری به نظر می‌رسد (۱۵). در جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگر، مطالعه‌ای با هدف بررسی چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی یافت نشد. لذا با توجه به اهمیت نقش بیمارستان‌های نظامی در پاسخ به بلایا بویژه در دوران بحران کووید-۱۹ و لزوم بررسی چالش‌های مدیریتی بویژه در حوزه پرستاری، پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بود که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش تعداد ۱۴ نفر از مدیران پرستاری، سوپروایزران و سرپرستاران بخش‌های بستری بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در هفت بیمارستان نظامی مرجع مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در شهر تهران (یک بیمارستان وابسته به وزارت دفاع، یک بیمارستان وابسته به سپاه و ۵ بیمارستان منتخب ارتش) بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند با مصاحبه با یکی از مدیران پرستاری بیمارستان‌های ارتش آغاز و با حداکثر تنوع پذیری تا دستیابی به نقطه اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق انفرادی نیمه ساختاریافته براساس راهنمای مصاحبه استفاده شد. از ابتدای پژوهش فرایند مصاحبه و هدف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و با اخذ رضایت کتبی و رعایت ملاحظات اخلاقی (محرمانه نگه داشتن اطلاعات و حق کناره‌گیری شرکت‌کنندگان از پژوهش در زمان دلخواه)، مصاحبه‌ها انجام و با ریکورد ضبط شد. پنج مصاحبه به صورت تلفنی و ده مصاحبه به صورت چهره به‌چهره، در یک محیط آرام با نظر مشارکت‌کنندگان انجام شد. طول مدت مصاحبه‌ها با توجه به شرایط و علاقه مشارکت‌کنندگان از حداقل ۴۵ دقیقه تا حداکثر ۶۰ دقیقه به طول انجامید. تعداد مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که داده جدیدی به داده‌های قبلی اضافه نشد و به عبارتی اشباع اطلاعاتی حاصل شد. با توجه به هدف مطالعه، در ابتدای مصاحبه سؤالات کلی تحت عنوان «ممکن است در ارتباط با تجارب خود در حوزه مدیریت پرستاری در دوران کووید-۱۹، بویژه چالش‌هایی که با آن‌ها مواجه بودید صحبت کنید؟» پرسیده شد و در ادامه با توجه به پاسخ مشارکت‌کنندگان از سؤالات کاووشی مانند «می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح دهید» ادامه یافت. یادداشت‌های میدانی و مشاهدات غیرساختاری از دیگر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها بود و در تجزیه و تحلیل داده‌ها در نظر گرفته شد.

به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی با

اطلاعات فردی	تعداد
جنس	مرد ۴ زن ۱۰
سن	۳۰-۴۰ ۶ ۴۱-۵۰ ۶ بیشتر از ۵۰ ۲
سطح تحصیلات	کارشناس ۹ کارشناس ارشد ۵
سابقه کار	کمتر از ۱۰ سال ۲ ۱۰ تا ۲۰ سال ۷ بیشتر از ۲۰ سال ۵
سمت سازمانی	مدیر پرستاری ۴ سرپرستار (بخش‌های کرونا) ۷ سوپروایزر ۳
سابقه کار مدیریتی	کمتر از ده سال ۱۰ بیشتر از ده سال ۴

فرهنگ

تأمین ناکافی نیازهای ضروری مدیران و پرسنل بویژه پرستاران و درک ناکافی مدیران از اهمیت موضوع مدیریت بحران از چالش‌های مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان در زمینه فرهنگ بود. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «یکی از مشکلات ما این‌که از نظر فرهنگی اهل برنامه‌ریزی بلندمدت نیستیم که این شامل بیمارستان ما هم می‌شود» (م ۲). شرکت‌کننده دیگری گفت: «مدیران بیمارستان دنبال درآمدزایی هستند و چون مدیریت بحران درآمدزا نیست برای همین و به عنوان یک کار اضافه به موضوع مدیریت بحران نگاه میشه» (م ۸).

مدیریت کارکنان و داوطلبان

مشکل کمبود نیروی انسانی بویژه نیروی پرستاری یکی از چالش‌های مهم مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی بود. بازنشست شدن نیروهای رسمی، بالابودن نیروهای قراردادی، لغو قرارداد نیروهای قراردادی به علت شرایط کاری سخت، استرس و فشار روانی زیاد و ترس از ابتلا به بیماری، ترک خدمت و فرار برخی نیروهای رسمی، ابتلای پرسنل و اعضای خانواده‌شان به بیماری کووید-۱۹، و مدیریت نامناسب تعداد ساعت کاری که سبب شیفت‌های طولانی و بارکاری زیاد و فرسودگی پرسنل می‌شد در کنار وجود مسئله محدودبودن پذیرش داوطلبین در بیمارستان‌های نظامی و نداشتن برنامه و سازوکار مناسب برای حضور داوطلبان در بیمارستان‌ها از دیگر چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «پرسنل قراردادی ما به راحتی در زمان پیک‌های کرونا که قرار می‌شد به صورت ادواری در بخش‌ها باشند این‌ها شونه خالی می‌کردند و لغو قرارداد می‌کردند و ما دوباره با بحران کمبود پرسنل مواجه می‌شدیم توی بخش‌ها» (م ۱۳).

رویکرد قراردادی Graneheim و Lundman استفاده شد (۱۶). مصاحبه‌ها در اولین فرصت به‌طور دقیق پیاده‌سازی و مکتوب شد. محققان همزمان عمل جمع‌آوری داده‌ها، کدگذاری و تجزیه و تحلیل داده‌ها را انجام دادند. مقایسه مداوم در تمام فرایندهای تجزیه و تحلیل انجام شد و تفاوت و شباهت بین کدهای اولیه تشخیص داده شد. کدهای مشابه در یک طبقه مشابه تنظیم شده و مفهوم‌سازی شدند. گام‌های تحلیل داده‌های کیفی در شکل ۱ نمایش داده شده است. جهت ارزیابی کیفیت یافته‌ها از معیارهای دقت در تحلیل محتوا به نقل از Goba و Lincoln استفاده شد (۱۷). در این راستا ارتباط مناسب با شرکت‌کنندگان، درگیری طولانی مدت با پدیده، مصاحبه‌های متوالی، غوطه‌وری کامل در داده‌ها، مرور یافته‌ها با شرکت‌کنندگان، استفاده از چندین روش برای جمع‌آوری داده‌ها و ضبط دقیق و گزارش کلیه مراحل تحقیق، انجام شد و یافته‌های مطالعه توسط دو نفر از همکاران تیم پژوهش مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۴۲/۶ سال (محدوده ۵۲-۳۰ سال) بود. از ۱۴ شرکت‌کننده، ۱۰ نفر زن بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۹ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۵ نفر کارشناس ارشد بودند. میانگین سابقه کار آن‌ها ۱۸/۳ سال (محدوده ۸-۲۹ سال) بود. جدول ۱ ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. حاصل تجزیه و تحلیل داده‌ها، تعداد ۴۳۸ کد و ۱۵ زیرطبقه بود که بعد از دسته‌بندی داده‌ها و با کاهش طبقات به صورت ۴ طبقه اصلی پدیدار شد. این طبقات شامل «موانع انسانی»، «موانع مادی»، «سیاستگذاری» و «ارتباطات» ارائه شد.

موانع انسانی

این طبقه شامل پنج زیرطبقه تعهد، حمایت، فرهنگ، مدیریت کارکنان، و مدیریت داوطلبان می‌باشد.

تعهد و حمایت

شرکت‌کنندگان در اظهارات خود تعهد ناکافی برخی مدیران و پرسنل نسبت به سازمان، تعداد زیاد مدیران در تصمیم‌گیری و عوض شدن مکرر مدیران را از چالش‌های مرتبط با تعهد دانستند. حمایت‌های ناکافی سازمان‌های بالادستی از بیمارستان، حمایت ناکافی از پرسنل و اهمیت ندادن و توجه ناکافی به بحث انگیزه پرسنل و مسائل مرتبط با آن، که سبب نارضایتی و کاهش انگیزه در پرسنل می‌شود نیز از چالش‌های مهم مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی در ارتباط با حمایت بود. در این مورد یکی از شرکت‌کنندگان این گونه توضیح داد: «کلاً در طول این مدت فقط سه مرتبه حق کرونا پرداخت شد که در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی واقعاً ناچیز بود. پرداخت‌هایی هم که بعد از مدتی انجام می‌شد باعث نارضایتی بود چون عادلانه نبود و مدیران در سهم‌بندی اون نقشی نداشتن و این نارضایتی روی عملکرد تأثیر داشت» (م ۵).

جدول-۲. طبقات و زیرطبقات استخراج شده به عنوان چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی

طبقه اصلی	زیرطبقه	کدهای مهم
موانع انسانی	حمایت	محدود بودن جبران خدمات پرسنل، عدم حمایت‌های مالی سازمان‌های بالادستی، حمایت ناکافی از پرسنل، انگیزه ناکافی پرسنل، بی توجهی به ناراضیاتی کارکنان، پرداخت نشدن به موقع حق کرونا، عادلانه نبودن پرداخت ها
	تعهد	تعداد زیاد مدیران در تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری ناکافی مدیران، تعویض مکرر مدیران، تعهد ناکافی برخی پرسنل به سازمان
	فرهنگ	فرهنگ نامناسب برنامه ریزی بلند مدت، اهمیت ناکافی به موضوع مدیریت بحران توسط مدیران، لزوم اولویت دهی به تأمین نیازهای ضروری پرسنل و مدیران
	مدیریت کارکنان	کمبود نیروی انسانی، کمبود نیرو، بالابودن نیروهای قراردادی، لغو قرارداد نیروهای قراردادی، بازنشست‌شدن نیروهای رسمی، ترک خدمت و فرار برخی نیروهای رسمی، بکارگیری نیروهای وظیفه جدیدالورود و بی تجربه، فرسودگی پرسنل، اضطراب و ترس کارکنان از بیماری ناشناخته، خستگی پرسنل، استرس کاری و فشار روانی زیاد پرسنل، شرایط کاری سخت، ابتلای پرسنل به بیماری کرونا، ابتلای اعضای خانواده پرسنل به بیماری کرونا، شیفت‌های طولانی و سنگین، وجود بیماری‌های زمینه‌ای پرسنل، محدودیت مرخصی پرسنل، محدودیت استعلاجی پرسنل
	مدیریت داوطلبان	محدودبودن پذیرش داوطلبین، نداشتن برنامه و سازوکار مناسب برای حضور داوطلبان در بیمارستان
موانع مالی	بودجه	محدودیت منابع مالی، کمبود بودجه، برآورده نشدن سریع نیازها و درخواست‌ها، تأمین نکردن به موقع بودجه، کم شدن درآمد بیمارستان
	تجهیزات	کافی نبودن تجهیزات، تأمین نشدن به موقع تجهیزات، فرسودگی سیستم‌ها و تجهیزات سرمایه‌ای، نامناسب بودن سیستم تهویه بخش‌های بیمارستان، کافی نبودن تعداد ونتیلاتور و دستگاه‌های تنفسی، طولانی شدن فرایند هزینه‌کردن ناشی از بوروکراسی اداری، سیستم‌های پشتیبانی ضعیف، پشتیبانی نامناسب تجهیزاتی برای مقابله با کووید-۱۹، کمبود داروهای درمان کووید-۱۹، کمبود تخت جهت بستری بیماران
موانع سازمانی	سازماندهی	تخصیص نامناسب بودجه در سطوح کلان، مدیریت نامناسب (ناپخته) در سطوح کلان، بویژه وزارت بهداشت، تفاوت شرایط کار و بازنشستگی پرسنل در نیروهای مختلف نظامی، تفاوت حقوق و مزایا و اعتبارات نسبت به سایر بیمارستان‌ها
	قوانین و مقررات	بازنگری نشدن قوانین قدیمی نظامی و اصرار بر بوروکراسی براساس همین قوانین، اشغال جدول سازمانی با نیروهای ناکارآمد، روابطی کار کردن به جای قانونی کار کردن، فرایند بوروکراسی اداری طولانی
	برنامه‌ریزی	فقدان برنامه جامع مقابله با بحران، هدفمند نبودن برنامه‌ریزی، نداشتن برنامه مدون برای مواجهه با پیک بیماری، ضعف برنامه‌ریزی، عملیاتی نشدن مناسب برنامه‌های تدوین شده، فاصله زیاد تصمیم‌گیری تا اجرا
	نظارت	نظارت ناکافی در رعایت استانداردها، پایش ناکافی پیشرفت برنامه‌ها، لزوم بررسی نقاط ضعف و قوت بحران‌های قبلی
	آموزش	گذراندن ناکافی دوره‌های آموزشی توسط پرستاران، لزوم آموزش نیروهای جدیدالورود، دانش ناکافی مدیران، سیستم آموزشی ضعیف، هدفمند نبودن آموزش، نبود مرجع علمی معتبر در خصوص نحوه مراقبت از بیماران کووید-۱۹، متغیربودن پروتکل‌های بهداشتی، مراقبتی و درمانی
	تمرین	تجربه ناکافی نیروهای جدیدالورود، آموزش‌های مهارتی ناکافی، تجربه ناکافی پرستاران، عمل کردن براساس تجارب شخصی
موانع ارتباطی	ارتباطات و هماهنگی	تعامل ناکافی بیمارستان‌های نظامی با یکدیگر، عدم به اشتراک‌گذاری نیروها بین بیمارستان‌ها در شرایط بحران، تعامل ناکافی مدیران پرستاری بیمارستان‌های نظامی، هماهنگی نامناسب برون سازمانی
	مدیریت اطلاعات	وجود مسائل امنیتی و حفاظتی، محدودیت استفاده از تکنولوژی‌های جدید، سامانه‌های آنلاین و آمارهای متعدد، ثبت نامناسب فرایندهای اجرایی مدیریت بحران

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «اگر کسی به عنوان داوطلب از بیرون بخواد بیاد بیمارستان، به علت شرایط نظامی بودن و محدودیت‌های حفاظتی نمی‌پذیرند. اگر هم از هر جای دیگر بخوانند تأمین کنند که فرایند خاص خودش را دارد» (م ۶).

موانع مالی

این طبقه شامل سه زیرطبقه بودجه، تجهیزات و افزایش ظرفیت می‌شود.

بودجه و تجهیزات

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، محدودیت منابع مالی و کمبود بودجه، تأمین نشدن به موقع بودجه، کاهش درآمدهای بیمارستان در دوران شیوع کووید-۱۹، اولویت‌بندی نادرست هزینه‌کردها، یکجا و کامل ندادن بودجه، کافی نبودن و تأمین نشدن به موقع تجهیزات و فرسودگی سیستم‌ها و تجهیزات سرمایه‌ای بیمارستان، نامناسب بودن سیستم تهویه بیمارستان‌ها با توجه به شرایط ویژه تهویه بخش‌های کووید-۱۹، کافی نبودن تعداد ونتیلاتور و دستگاه‌های تنفسی از چالش‌های مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان در زمینه بودجه و تجهیزات بود. همچنین سیستم‌های پشتیبانی ضعیف، پشتیبانی نامناسب تجهیزاتی و فراهم نکردن به موقع تجهیزات مورد نیاز برای مقابله با بحران کووید-۱۹، کمبود تخت به علت زمان طولانی بستری بیماران کووید-۱۹ و کمبود دارو جهت درمان بیماران از دیگر چالش‌های مطرح در زمینه تجهیزات بود. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «بود تجهیزات حفاظت فردی یکی از معضلات جدی بود که باهاش مواجه بودیم و یک دلیل مهمش هم روند بوروکراسی خرید تجهیزات بود که فرایند تأمین تجهیزات رو طولانی می‌کرد» (م ۱۲).

موانع سازمانی

این طبقه شامل پنج زیرطبقه سازماندهی، قوانین و مقررات، برنامه‌ریزی و آموزش و تمرین می‌شود.

سازماندهی

مدیریت نامناسب در سطوح کلان بویژه بیمارستان‌ها، ساختار سازمانی نامناسب در سطوح استراتژیک نظامی و تخصیص بودجه ناکافی به سیستم‌های بهداشت و درمان و بخش‌های پرستاری، تفاوت حقوق و مزایای پرسنل، شرایط کار و بازنشستگی پرسنل و اعتبارات بیمارستان‌های نیروهای مسلح با یکدیگر از اظهارات برخی مشارکت‌کنندگان در زمینه سازماندهی بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «رسالت سیستم‌های نظامی، بهداشت و درمان نیست بلکه نیروهای عملیاتی نظامی در اولویت قرار دارند. لذا اولویتی برای تخصیص بودجه کافی و مناسب به بیمارستان‌ها وجود ندارد. یکی از مشکلات ما مبلغ بسیار اندک کارانه پرستاران هستش نسبت به بیمارستان‌های دیگر. به خصوص در این دوران کرونا» (م ۹).

قوانین و مقررات

بازنگری نشدن قوانین قدیمی و اصرار بر بوروکراسی مبتنی بر این قوانین، اشغال جداول سازمانی با نیروهای ناکارآمد، روابطی کار کردن به جای قانونی کارکردن، برآورده نشدن سریع نیازها و درخواست‌ها به علت طولانی بودن فرایند بوروکراسی اداری جهت تأمین بودجه و هزینه‌کردها از اظهارات برخی مشارکت‌کنندگان در زمینه قوانین و مقررات بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «فرایند

هزینه کرد برای رفع یک نیاز، طولانی است. ممکن است بودجه هم موجود باشد ولی فرایند اداری طولانی باید طی شود که البته در شرایط اضطراری معمولاً سریع‌تر انجام می‌شود» (م ۵).

برنامه‌ریزی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، ضعف برنامه‌ریزی و نداشتن برنامه جامع و هدفمند، همچنین عملیاتی نشدن برنامه‌ها و فاصله زیاد تصمیم‌گیری تا اجرا، نظارت، لزوم بررسی نقاط ضعف و قوت بحران‌های قبلی، پایش ناکافی در پیشرفت برنامه‌ها و رعایت استانداردها از چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ مرتبط با برنامه‌ریزی بود. یکی از مشارکت‌کنندگان توضیح داد: «ضعیفیم در بحث برنامه‌ریزی. برنامه‌ریزی‌ها مومن هدفمند نیست. هر کاری آدم تخصصی خودش رو می‌خواد. آدمی که علم و دانش و آگاهی‌ش رو داشته باشه و انگیزه‌اش رو هم داشته باشه. برنامه‌ای که روی کاغذ نوشته شده در عمل چقدر برایش هزینه کردند؟ در سال چند درصد باید پیش ببریم؟ آیا برنامه پیش رفته؟. وگرنه من تو کاغذ بنویسم مثلاً آتش‌سوزی اولین مخاطره بیمارستان است و مثلاً این تعداد کپسول باید تهیه، تعویض یا نصب شوند، یا پرسنل باید آموزش ببینند و اقدامات دیگر. خوب حالا چقدر از این‌ها رو انجام دادیم؟» (م ۶).

آموزش و تمرین

مشارکت‌کنندگان در اظهاراتشان دانش، تخصص و مهارت ناکافی نیروی انسانی بویژه مدیران و پرستاران به دلیل اهمیت ندادن به موضوع آموزش، سیستم‌های آموزشی ضعیف، هدفمند نبودن آموزش و تعیین نشدن صحیح گروه‌های هدف، همچنین دانش و تجربه ناکافی پرسنل بویژه نیروهای جدیدالورود و عمل کردن براساس تجارب شخصی، مهارت ناکافی پرسنل و تمرین ناکافی برنامه پاسخ بیمارستان برای مقابله با بحران‌ها را از چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی دانستند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این مورد گفت: «چون بیمارستان ما یک بیمارستان نظامی هست حضور زیاد سربازانی رو داشتیم که بدون هیچ تجربه‌ای در بخش‌های کرونا و بخش‌های ویژه حضور پیدا می‌کردند. این‌ها هیچ آموزشی ندیده بودند و هر از چندگاهی ممکن بود یک سری خطاهایی در اثر بی‌تجربگی و عدم کار کردن در بخش‌های ویژه اتفاق بیفته» (م ۱۳).

موانع ارتباطی

این طبقه شامل دو زیرطبقه ارتباطات و هماهنگی و مدیریت اطلاعات می‌شود.

ارتباطات و هماهنگی

از نظر مشارکت‌کنندگان، تعامل ناکافی بیمارستان‌های نیروهای مسلح و مدیران آن‌ها با یکدیگر و عدم به اشتراک‌گذاری مناسب و منطقی پرستاران بین بیمارستان‌ها در زمان بحران کووید-۱۹، وجود محدودیت‌های حفاظتی برای ارتباط با سازمان‌های امدادی غیرنظامی و هماهنگی نامناسب درون‌سازمانی و فراسازمانی از چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی

همکاری آن‌ها بسیار مؤثر بوده است. سیستم‌های پشتیبانی و تشویق‌ها منبع مهمی برای مدیریت تعارض بین نقش خانوادگی و حرفه‌ای پرسنل محسوب می‌شوند (۳).

در مطالعه‌ای که از طریق مصاحبه با افراد متخصص در حوزه مدیریت بحران و بلایا در کشور نپال انجام شد ضعف در رهبری و هدایت سازمان‌ها در شرایط بحران از مشکلات جدی مطرح شده بود (۲۲). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که آموزش مدیریت بلایا به همه پرسنل یک سازمان کار ساده‌ای نیست و پرداخت‌های مالی چالش برانگیز است. علاوه بر این، بکارگیری پرسنل در زمان تعطیلی حاصل از شرایط بحران به عنوان یک چالش مهم مدیریتی در مقابله با بحران شناخته شد (۲۳).

مدیران پرستاری باید همواره سعی کنند روحیه کارکنان خود را حفظ کنند. حمایت سازمانی به پرستاران کمک می‌کند تا تصمیمات اخلاقی بگیرند و تعهدات خود را افزایش دهند که همه این‌ها استرس شغلی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۱۳). براساس نتایج مطالعات مختلف، کمبود نیروهای متخصص و کادر پزشکی و مراقبتی بویژه پرستاران یکی از چالش‌های اساسی در مقابله مؤثر با بحران کووید-۱۹ می‌باشد که منجر به ساعات کار اجباری طولانی و لغو بسیاری از برنامه‌های شخصی و تفریحی پرستاران شده است (۲۴، ۲۵). با افزایش ساعات کاری پرسنل و شیفت‌های طولانی در بیمارستان و تعطیلی مراکز مراقبت از نوزادان و کودکان، پرسنل با مشکل نگهداری از فرزندان و دیگر افراد خانواده‌شان مواجه بودند (۲۶).

مطالعه لباف و همکاران در بررسی چالش‌های مدیریتی بیمارستان‌ها نشان داد که موارد غافلگیری و عدم آمادگی برای مواجهه با بحران اپیدمی بیماری، کنترل میزان مصرف تجهیزات حفاظت فردی و دارو، بررسی اصالت و استاندارد بودن تجهیزات حفاظتی و داروها، ساماندهی داوطلبین پرستاری و پزشکی به دلیل حجم بالای داوطلبین، تعداد زیاد افراد نیکوکار و کمک‌هایشان، تامین مالی و مشکلات نظام پرداخت، مقاومت افراد در برابر تغییرات و عدم همکاری بعضی گروه‌ها، استرس و ترس کادر درمان از ابتلا به بیماری کرونا از مشکلات مدیریتی در شرایط بحران کووید-۱۹ می‌باشند (۳) که نتایج آن همراستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

نتایج مطالعه ملکی نشان داد مشکل در مدیریت و تأمین ملزومات در هنگام وقوع بلایا، در بیمارستان‌ها وجود دارد. بنابراین بر لزوم تدوین برنامه به منظور استفاده مؤثر از منابع موجود و جلوگیری از اتلاف منابع تأکید کرد. همچنین عنوان کرد از دیدگاه مسئولین بیمارستان، برای تدوین برنامه بلایا، مدیریت مؤثر مورد نیاز است (۲۷).

در گزارش سازمان خدمات انسانی و بهداشتی آمریکا (Department of Health and Human Services)، به برخی چالش‌های بیمارستانی در مقابله با بحران کووید-۱۹ اشاره گردیده است که در راستای نتایج مطالعه حاضر است. برخی از این

بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «برای مدیریت بحران کووید-۱۹ به نظرم بهتر بود که پرسنل را بین بیمارستان‌های نیروهای مسلح توزیع کنند و از این طریق بیمارستان‌هایی مثل بیمارستان ما که پتانسیل ارائه خدمت به بیماران کووید-۱۹ را دارد، بتواند با همه پتانسیلش به شرط در اختیار داشتن پرسنل کافی فعالیت بکند» (م ۴).

مدیریت اطلاعات

وجود مسائل امنیتی و حفاظتی در بیمارستان سبب ایجاد محدودیت‌هایی جهت استفاده از تکنولوژی‌های جدید در سیستم‌های اطلاعاتی بیمارستان می‌شود. وجود سامانه‌های آنلاین متعدد و به تبع آن آمارهای متفاوت و همچنین ثبت نامناسب و ناکافی فرایندهای اجرایی مدیریت بحران کووید-۱۹ از چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «ما متأسفانه امکان بهره‌برداری و استفاده از تکنولوژی روز را نداریم و باید از هزار جا مجوز صادر بشود. مثلاً از بابت دسترسی به اینترنت نسبت به بیمارستان‌های دیگر خیلی محدودیت داریم» (م ۳).

بحث

این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی انجام شد. در حال حاضر شیوع ویروس کرونا در سراسر جهان، استرس بی‌سابقه‌ای را در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی جوامع ایجاد کرده است (۱۸). کشورهایی که با بحران پاندمی کووید-۱۹ مواجه شدند، سعی در ارائه هر چه بهتر خدمات بهداشتی و درمانی به مردم داشتند. علی‌رغم افزایش مبتلایان در جهان، کشور ایران با اجرای تصمیمات مدیریتی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مناسب توانسته است شیب افزایشی مبتلایان را تا حدودی کنترل نماید. هرچند که برای غلبه بر این بحران، همچنان نیاز به اجرای تصمیمات جدی و کاربردی‌تری می‌باشد (۱۹). نتایج مطالعه حاضر نشان داد، مدیریت پرستاری در بیمارستان‌های نظامی ایران در مقابله با بحران پاندمی کووید-۱۹ با چالش‌های مختلفی در حوزه‌های انسانی، مادی- فیزیکی، سازمانی- مدیریتی و ارتباطات مواجه می‌باشد.

با ورود ویروس کرونا به کشورها از جمله ایران بسیاری از مردم دچار ترس از بیماری شدند و این ترس در کادر درمانی و پرسنل بیمارستانی به دلیل مواجهه مستقیم آن‌ها با بیماران بیشتر بود. در زمان پاندمی ویروس کرونا اثرات روان‌شناختی منفی از جمله افسردگی، اضطراب، استرس، اختلالات خواب و عصبانیت و ترس از ابتلا در کادر درمان و دیگر افراد درگیر با ویروس کرونا به‌طور معنی‌داری افزایش یافت (۱۸). همه این عوامل از جمله اضطراب که ممکن است تا ماه‌ها پس از موقعیت استرس‌زا ادامه یابد (۲۰)، می‌تواند در کاهش کیفیت مراقبت‌ها و عدم همکاری نیروها مؤثر بوده و از چالش‌های مدیریتی بویژه در حیطه پرستاری محسوب می‌شود (۲۱). تشویق مالی برای پرسنل درگیر در بحران در افزایش

متعددی در فرایند مدیریت پرستاری در بیمارستان‌های نظامی شده است که برخی از آن‌ها مانند چالش‌های مرتبط با قوانین و مقررات، مدیریت داوطلبان، هماهنگی برون سازمانی و مدیریت اطلاعات می‌تواند مختص بیمارستان‌های نظامی باشد. با برنامه‌ریزی صحیح و دقیق، مدیریت علمی و قدرتمند و وحدت فرماندهی می‌توان تا حد زیادی مانع از تأثیرگذاری این چالش‌ها در فرایند مدیریت خطر بلایا در بیمارستان‌های نظامی شد.

نتیجه‌گیری

شناخت چالش‌ها می‌تواند در تدوین نقشه راه و استراتژی‌های ارتقای آمادگی و مدیریت بلایا در بیمارستان‌ها بویژه بیمارستان‌های نظامی در مواجهه با بحران‌های آتی مفید باشد. با توجه به نقش کلیدی بیمارستان‌های نظامی در پاسخ به بلایا و لزوم توجه به ارتقای آمادگی این بیمارستان‌ها، شناسایی چالش‌های مدیریتی بویژه در حوزه پرستاری که به عنوان پرسنل خط مقدم مقابله با پیامدهای سلامتی بلایا محسوب می‌شوند، سبب می‌شود تا سیاست‌گذاران و مدیران بیمارستان‌های نظامی با آگاهی از آن‌ها بتوانند استراتژی‌های ارتقا را تدوین و اجرا و آمادگی بیمارستان‌های مورد هدف را بهبود بخشند. جمع‌آوری اطلاعات به دلیل نظامی بودن محیط‌های پژوهش و انجام تعداد بیشتر مصاحبه با افراد کلیدی به دلیل مشاغل مدیریتی افراد و درگیری زیاد با چالش‌های مدیریت بیماری کووید-۱۹، از محدودیت‌های قابل توجه در این مطالعه بود.

تشکر و قدردانی: این مطالعه بخشی از رساله دکتری

تخصصی و مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارتش با اخذ کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.1398.251 می‌باشد و تحت حمایت‌های مالی این دانشگاه انجام شده است. لذا بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه قدردانی می‌گردد. همچنین از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Kalroozi F, Mohammadi N, Farahani MA, Aski BH, Anari AM. A critical analysis of Iran health system reform plan. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9:364. doi:10.4103/jehp.jehp_49_3_20
2. Azarmi S, Pishgooie AH, Sharififar S, Khankeh HR, Ziya HS. Disaster risk management challenges in military hospitals: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2022;11(1):167. doi:10.4103/jehp.jehp_690_21

چالش‌ها شامل کمبود گسترده تجهیزات حفاظت فردی، مشکلات در حفظ و پشتیبانی از کارکنان، مشکلات در افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها برای درمان بیماران، کمبود لوازم ضروری، پشتیبانی ضعیف، افزایش هزینه‌ها و کاهش درآمدها، دستورالعمل‌های متغیر و گاهاً متناقض بود. در این گزارش همچنین به استراتژی‌های کاربردی حل این چالش‌ها از جمله تأمین تجهیزات و ملزومات بهداشتی و درمانی موردنیاز، اطمینان از کافی بودن تعداد کارکنان، مدیریت حجم زیاد بیماران و افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها، کمک‌های مالی دولت و افزایش پرداخت‌ها، استفاده از راهنماها و دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد بر اساس اطلاعات دقیق بیمارستان‌ها اشاره شده است (۲۸).

کمبود منابع پزشکی و تجهیزات حفاظت فردی برای پرسنل پزشکی در کنار کمبود پرستار در زمان شیوع بیماری‌های همه‌گیر، مراقبت‌های پرستاری را به یک کار دشوار و چالش‌برانگیز تبدیل می‌کند. تجربیات منفی در پرستاران مانند اضطراب و افسردگی می‌تواند با کاهش سطح تاب‌آوری و فرسودگی شغلی مرتبط باشد و در نتیجه ممکن است قصد پرستاران برای ترک شغل را افزایش دهد (۲۹). مدیران بهداشت باید راه‌حلی برای ارائه حمایت سازمانی با هدف ایجاد تعادل بهتر بین کار و زندگی در طول همه‌گیری و حمایت از نیازهای کاری پرستاران و حقوق آن‌ها بیابند (۳۰).

از آنجا که شیوع تهدید جهانی کووید-۱۹ همچنان رو به افزایش است، ارتقای دانش و بکارگیری راهبردهای مؤثر در مدیریت این بحران امری ضروری است. مدیریت موفقیت‌آمیز در شیوع بیماری‌های واگیر نیازمند یکپارچه‌سازی عملکردهای بالینی و غیربالینی و برنامه‌ریزی مناسب و داشتن برنامه‌های آمادگی، اجرای شیوه‌های مناسب کنترل عفونت و مدیریت پایدار است (۳۱). آموزش با تمرکز بر مدیریت بحران، تصمیم‌گیری اخلاقی، رهبری در شرایط نامطمئن، و حفظ سلامتی و رفاه می‌تواند به مدیران پرستاری کمک کند تا تیم خود را بهتر رهبری کنند (۱۳).

با توجه به اهمیت آماده‌سازی بیمارستان‌ها در مواجهه و پاسخ به بحران بیماری‌های همه‌گیر، این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های مدیریت پرستاری کووید-۱۹ در بیمارستان‌های نظامی انجام شد. در مجموع، محققان به این نتیجه رسیدند که بحران پیچیده همه‌گیری کووید-۱۹ منجر به بی‌ثباتی و چالش‌های

3. Labaf A, Jalili M, Jaafari Pooyan E, Mazinani M. Management of covid-19 crisis in Tehran university of medical sciences hospitals: Challenges and strategies. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2021;18(4):355-72.
4. Hajavi A, Shojaei Baghini M, Haghani H, Azizi AA. Crisis management in medical records department in Kerman and Borujerd teaching hospitals 2006 (Providing model). *Journal of Health*

- Administration. 2009;12(35):9-16. [In Persian]
5. Azarmi S, Sharififar S, Pishgooie AH, Khankeh HR, Hejrypour SZ. Explaining the Improving Strategies of the Disaster Risk Management in Military Hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2022;24(1):1057-67. doi:10.30491/JMM.24.1.1057
 6. Azarmi S, Pishgooie AH, Sharififar S, Khankeh HR, Hejrypour SZ. Challenges of Hospital Disaster Risk Management: A Systematic Review Study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2021;16(5):2141-8. doi:10.1017/dmp.2021.203
 7. Azarmi S, Sharififar S, Pishgooie AH, Khankeh HR, Hejrypour SZ. Hospital disaster risk management improving strategies: A systematic review study. *American Journal of Disaster Medicine*. 2022;17(1):75-89. doi:10.5055/ajdm.2022.0421
 8. Khankeh H, Mosadeghrad AM, Abbasabadi Arab M. Developing accreditation standards for disaster risk management: an approach for hospital preparedness improvement—editorial. *Journal of Military Medicine*. 2019;20(6):574-6. [In Persian]
 9. Bambarén C, Uyen A, Rodriguez M. Estimation of the demand for hospital care after a possible high-magnitude earthquake in the city of Lima, Peru. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2017;32(1):106-11. doi:10.1017/S1049023X16001254
 10. Paganini M, Borrelli F, Cattani J, Ragazzoni L, Djalali A, Carenzo L, et al. Assessment of disaster preparedness among emergency departments in Italian hospitals: a cautious warning for disaster risk reduction and management capacity. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2016;24(1):101. doi:10.1186/s13049-016-0292-6
 11. Seyedin H, Abasi DAZ, Sorani M, Naghdi S, Rajabfard MF. Vulnerability assessment of general hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(2):65-71. [In Persian]
 12. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. *BMJ Quality & Safety*. 2012;21(6):490-8. doi:10.1136/bmjqs-2011-000449
 13. Gab Allah AR. Challenges facing nurse managers during and beyond COVID-19 pandemic in relation to perceived organizational support. *Nursing Forum*. 2021;56(3):539-49. doi:10.1111/nuf.12578
 14. Nyashanu M, Pfende F, Ekpenyong M. Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *Journal of Interprofessional Care*. 2020;34(5):655-61. doi:10.1080/13561820.2020.1792425
 15. Irandoost SF, Yoosefi Lebni J, Safari H, Khorami F, Ahmadi S, Soofizad G, et al. Explaining the challenges and adaptation strategies of nurses in caring for patients with COVID-19: a qualitative study in Iran. *BMC Nursing*. 2022;21(1):170. doi:10.1186/s12912-022-00937-8
 16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today*. 2004;24(2):105-12. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
 17. Schwandt TA, Lincoln YS, Guba EG. Judging interpretations: But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Evaluation*. 2007;2007(114):11-25. doi:10.1002/ev.223
 18. Fathi Ashtiani A, Rahnejat AM, Ahmadi Tahour Soltani M, Taghva A, Ebrahimi MR, Donyavi V, et al. Psychological consequences and interventions during the COVID-19 pandemic: narrative review. *Journal of Marine Medicine*. 2020;2(1):1-1. doi:10.30491/2.1.7
 19. Malmir R, Maher A, Toghyani R, Safari M. COVID-19 crisis management: reengineering the health care system in Iran. *Scientific-Research Journal of Medical Council of Iran*. 2020;38(1):11-8. [In Persian]
 20. Teymouri F, Rajai N, Farsi Z, Pourmirzai M. The effects of inhaling Lavender fragrance on stress and anxiety during sheath take out in patients after coronary angiography. *Journal of Medicinal Plants*. 2019;18(72):78-89. [In Persian] doi:10.29252/jmp.4.72.S12.78
 21. Moayed MS, Mahmoudi H, Ebadi A, Nia HS. Stress and fear of exposure to sharps in nurses. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2016;10(3):e3813. doi:10.17795/ijpbs-3813
 22. Lee ACK. Barriers to evidence-based disaster management in Nepal: a qualitative study. *Public Health*. 2016;133:99-106. doi:10.1016/j.puhe.2016.01.007
 23. Fillmore EP, Ramirez M, Roth L, Robertson M, Atchison CG, Peek-Asa C. After the waters receded: a qualitative study of university official's disaster experiences during the Great Iowa Flood of 2008. *Journal of Community Health*. 2011;36(2):307-15. doi:10.1007/s10900-010-9312-z
 24. Mascha EJ, Schober P, Schefold JC, Stueber F, Luedi MM. Staffing with disease-based epidemiologic indices may reduce shortage of intensive care unit staff during the COVID-19 pandemic. *Anesthesia and Analgesia*. 2020;131(1):24-30. doi:10.1213/ANE.0000000000004849
 25. Shamsi V, Mahmoudi H, Nir MS, Darzi HB. Effect of job specialization on the hospital stay and job satisfaction of ED nurses. *Trauma Monthly*. 2016;21(1):e25794. doi:10.5812/traumamon.25794
 26. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*. 2020;48(6):592-8. doi:10.1016/j.ajic.2020.03.018
 27. Maleki MR, Khoush KM, Shojaei P. Preparation aspects of supplies provision encounter disasters in selected hospitals of Iran university of medical sciences. *Journal of Health Information Management*. 2008;5(1):73-82. [In Persian]
 28. Grimm CA. Hospital experiences responding to the COVID-19 pandemic: results of a national pulse

survey March 23–27, 2020. US Department of Health and Human Services Office of Inspector General. 2020:41.

29. Sperling D. Nurses' challenges, concerns and unfair requirements during the COVID-19 outbreak. *Nursing Ethics*. 2021;28(7-8):1096-110. doi:10.1177/09697330211005175

30. O'Sullivan TL, Amaratunga C, Phillips KP, Corneil W, O'Connor E, Lemyre L, et al. If schools are closed, who will watch our kids? Family

caregiving and other sources of role conflict among nurses during large-scale outbreaks. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2009;24(4):321-5. doi:10.1017/S1049023X00007044

31. Jebelli B, Varahram M, Soltanifard Razlighi M, Palizdar M, Ghazanchaei E. Management strategies to control the covid-19 crisis in masih daneshvari hospital, Tehran, Iran. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(6):616-22. [In Persian] doi:10.30491/JMM.22.6.616