

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین



معاونت پژوهشی

فرم پیش نویس طرح پژوهشی

عنوان فارسی طرح:

تجارب زیسته مبتلایان به کرونا ویروس ۲۰۱۹ از بیماری و قرنطینه: یک مطالعه پدیدارشناسی

عنوان انگلیسی طرح: Living Experiences of Coronavirus Virus 2019 Diseases and Quarantine: A Phenomenological Study

نام و نام خانوادگی مجری به فارسی و انگلیسی:

لیلی یکه فلاح، Leili Yekefallah

فاطمه قانوری، Fatemeh Ghapanvari

مهناز مرادی، mahnaze Moradi

دانشکده/مرکز تحقیقاتی: پرستاری و مامایی.

نوع مطالعه:

✓ کیفی کارآزمایی بالینی اپیدمیولوژیک تحلیلی (موردی - شاهدی، هم گروهی)
 تولیدی پایه (تجربی) اپیدمیولوژیک توصیفی مبتنی بر اطلاعات بیمارستانی

نحوه مشارکت:

بدون مشارکت چندمرکزی داخلی چند مرکزی خارجی

در صورت مشارکت نوع و نحوه همکاری و تامین اعتبار را ذکر نمایید:

تاریخ پیشنهاد: ۱۳۹۹ / ۲ / ۱۹ تاریخ شروع: / /

تاریخ تصویب: / / تاریخ خاتمه: / / مدت اجرا: ۲۴ ماه

تاریخ تصویب در شورای پژوهشی دانشکده/مرکز: ۲۲ / ۰۷ / ۹۸

هزینه‌ها:

- هزینه پرسنلی: ریال - هزینه وسایل: ریال

- هزینه آزمایش‌ها: - هزینه کل: ۳۰۰۰۰۰۰۰ ریال

آیا طرح در راستای اولویت های پژوهشی دانشگاه است؟ بله، بیماری‌های غیرواگیر، اولویت شماره ۱.

آیا موازین و دستورالعمل های اخلاقی وزارت متبوع، مندرج در سایت دانشگاه به آدرس زیر را مطالعه کرده اید؟

کمیتہ ۲۰٪ اخلاق / 172148/Portal/home/? <http://vcr.qums.ac.ir>

بلی خیر

آیا طرح نیاز به مطرح شدن در کمیته اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی دانشگاه را دارد؟

بلی خیر *تاریخ جلسه: / /

قسمت اول - اطلاعات مربوط به مجریان و همکاران اصلی طرح

۱-۱ اطلاعات مربوط به مجریان طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تخصص و رتبه علمی	نشانی و تلفن همراه	ایمیل	محل امضاء
۱	لیلی یکه فلاح		دانشیار، عضو هیئت علمی پرستاری	قزوین، قزوین، بلوار شهید دکتر باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی.	yekefallah@qums.ac.ir leili_fallah@yahoo.com	
۲	مهناز مرادی		دانشجوی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه	قزوین، قزوین، بیمارستان بوعلی.	mah.moradi@qums.ac.ir mahnaz.info7@gmail.com	
۳	فاطمه قیانوری		دانشجوی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه	قزوین، قزوین، بیمارستان بوعلی.	Fatemehghapanvari89@gmail.com	

۲-۱ اطلاعات مربوط به همکاران اصلی طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	درجه علمی	نوع همکاری	نشانی و تلفن تماس	امضای همکار
۱					
۲					

۳-۱ فهرست پژوهش‌های قبلی مجریان و مقالات چاپ شده مرتبط با طرح مورد نظر قید شود.

قسمت دوم - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

الف-۱-۲ عنوان طرح به فارسی:

تجارب زیسته مبتلایان به کرونا ویروس ۲۰۱۹ از بیماری و قرنطینه: یک مطالعه پدیدارشناسی

ب-۱-۲ عنوان طرح به انگلیسی:

Living Experiences of Coronavirus Virus 2019 Diseases and Quarantine: A Phenomenological Study

۲-۲ نوع طرح:

بنیادی-کاربردی

کاربردی

بنیادی

۲-۳ بیان مسأله:

در اواخر دسامبر ۲۰۱۹، گروهی از بیماران با تشخیص اولیه پنومونی با علت ناشناخته در بیمارستان های ووهان، استان هوبی، واقع در چین بستری شدند (۱، ۲). و پس از آن این پنومونی ویروسی به طور گسترده ای در سراسر چین (۲-۴) و متعاقبا به سرعت در چندین کشور در سراسر جهان گسترش یافت (۲، ۴-۷).

با توجه به مشخص بودن تعداد تکثیر کرونا ویروس ها، مطالعات انجام شده، شیوع یک نوع کروناویروس جدید را پیش بینی کردند (۸). و در ۱۲ فوریه ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت بیماری ناشی از این کروناویروس جدید را، بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (کووید ۱۹) نامگذاری نمود (۹).

این بیماری، به طور عمده باعث بروز علائمی در دستگاه تنفسی و گوارش شده (۱۰) و در ادامه ممکن است پیشرفت سریع بیماری به اختلال عملکرد اندام ها (به عنوان مثال، شوک، سندرم حاد تنفسی، آسیب حاد قلبی و آسیب حاد کلیه) و حتی مرگ در موارد شدید منجر شود (۱۰-۱۲). بر اساس مطالعات انجام شده امکان انتقال این ویروس از انسان به انسان (۱۳، ۱۴) از طریق آئروسل های دستگاه تنفسی و یا تماس مستقیم وجود داشته (۴، ۸، ۱۴، ۱۵) و حتی افراد بدون علامت هم می توانند به عنوان منبع آلودگی برای این بیماری بشمار روند (۱۶، ۱۷). همچنین به نظر می رسد، جمعیتی که بیشتر در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند، افراد با سیستم ایمنی ضعیف مانند افراد مسن (۷، ۱۸) و مبتلا به بیماریهای زمینه ای مانند بیماریهای قلبی و دیابت (۱۸) و یا افراد مبتلا به اختلال عملکرد کلیه و کبد بوده (۱۹) و حتی کودکان نیز جزء افراد در معرض خطر ابتلا به این بیماری بشمار می روند (۲۰). داده های قبلی در مورد وقوع حوادث بزرگ، مانند بلایای طبیعی، نشان می دهد که وقوع حوادث در مقیاس بزرگ به شدت با اثرات آن بر سلامت روان همراه است. از جمله این اثرات، اختلال استرس پس از سانحه می باشد و بیشترین عارضه آن همراه بودن این اختلال با افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات رفتاری و روانی است (۲۱).

از آنجاییکه هیچ واکسن و یا درمانی تاکنون برای کووید ۱۹ وجود ندارد، بنابراین راه های دیگری جهت کنترل و شیوع این بیماری بایستی به کار گرفته شود. یکی از توصیه های سازمان بهداشت جهانی برای کنترل این بیماری قرنطینه است (۲۲). از لحاظ تاریخی نیز، قرنطینه یکی از اقدامات شناخته شده برای محافظت از زندگی و شهرها در هنگام بروز همه گیری های جذام در شهر ونیز در ایتالیا بدل شد و پس از آن ۳۰۰ سال بعد در انگلستان در شیوع طاعون مورد استفاده قرار گرفت (۲۳).

از نظر مفهومی، قرنطینه و جداسازی هدف مشابهی را در پیشگیری از عفونت دارند. با این حال، این اصطلاحات در عمل تفاوت برجسته ای را دارند. هدف جداسازی، جدا کردن افراد مبتلا به یک عفونت از افرادی که به آن عفونت مبتلا نشده اند می باشد، در حالی که در قرنطینه ضمن جدا کردن فرد مبتلا از افراد غیر مبتلا با محدود کردن رفت و آمد وی نیز این افراد کنترل می شوند، و در صورت نیاز به مرور زمان برای این افراد، رویکرد متفاوتی را اتخاذ می کنند (۲۴). قرنطینه داخلی ۱۴ روزه از زمان انجام آزمایش مثبت برای بیماران مبتلا به بیماری خفیف که نیازی به حمایت پزشکی ندارند، استفاده می شود (۲۵).

در طول قرنطینه، فرد مبتلا به کووید ۱۹ از نظر بروز هرگونه علائم مربوط به بیماری تحت نظر بوده و در صورت بروز هرگونه علائم جدید بیماری و یا تشدید آن، بایستی بلافاصله در یک مرکز مشخص که با درمان بیماری تنفسی حاد آشنا است، بستری شوند (۲۶). قرنطینه اغلب برای کسانی که آن را تجربه می کنند تجربه ای ناخوشایند است. جدایی از عزیزان، از دست دادن آزادی، عدم اطمینان از وضعیت بیماری و کسالت می تواند، تأثیرات روانی چشمگیری را ایجاد کند (۲۷). از یک سو، بروز بیماری همه گیر فعلی، خود خطر بزرگی در بروز عوارض روانی دارد و از سوی دیگر ناشناخته بودن بیماری و عدم وجود واکسن یا رژیم های دارویی مشخص، بر اضطراب و پریشانی فرد می افزاید (۲۸).

در یک مطالعه سیستماتیک با بررسی تأثیر روانی قرنطینه، اثرات روانی منفی از جمله علائم استرس پس از سانحه، سردرگمی و عصبانیت گزارش شده است. استرسورها نیز شامل مدت زمان طولانی قرنطینه، ترس از بیماری، ناامیدی، کسالت، اطلاعات ناکافی، ضرر مالی و ننگ بوده اند (۲۷). در مطالعه ای دیگر نیز در دوره قرنطینه، افراد گزارش دادند که چندین احساس درهم تنیده را تجربه کرده اند از جمله: عصبانیت، اضطراب، ترس، تنهایی، احساس گناه، عدم اطمینان، نگرانی، احساس تهدید شدن و احساس تحت کنترل بودن (۲۹).

ترس و اضطراب، در بین افراد به دلیل ناشناخته بودن بیماری، همراه با اقداماتی اساسی مانند قرنطینه، با افزایش سریع همراه است. و این مسائل خود می تواند به اختلالات روانی مهمی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، اختلالات هراس و اختلالات رفتاری منجر شود. عوامل پیش بینی شده به دنبال آن نیز شامل دوری از خانواده، تنهایی، اطلاعات نادرست در رسانه های اجتماعی، ناامنی اقتصادی و ننگ است (۲۸).

در یک مطالعه نیز، از میان ۳۶ فرد مبتلا به مرس علائم روانی نظیر اضطراب و خشم در بین مبتلایان، هم در زمان بیماری و هم در طی شش ماه پس از آن دیده شده است (۳۰). همچنین چندین نفر پس از دوره قرنطینه، تغییرات رفتاری طولانی مدت را داشته اند، از جمله

هوشیار بودن جهت شستشوی دست و اجتناب از شلوفی ها، و حتی برای برخی از این افراد، بازگشت به حالت عادی ماه ها به تأخیر افتاده است (۲۷).

همچنین چندین مطالعه کیفی نیز طیف وسیعی از پاسخهای روانشناختی دیگری را نسبت به قرنطینه، از جمله سردرگمی، (۳۱-۳۳)، ترس (۳۱، ۳۳-۳۵)، عصبانیت (۳۱)، غم و اندوه (۳۶)، بی حسی (۳۳) و بی خوابی ناشی از اضطراب را گزارش داده اند (۳۴، ۳۵). در چندین مطالعه نیز افراد تحت قرنطینه گزارش داده اند که ترس آن ها بیشتر ناشی از ترس در مورد سلامتی خود و یا ترس از آلوده کردن دیگران بوده (۲۳، ۳۰، ۳۷، ۳۸)، و در مقایسه با کسانی که در قرنطینه نیستند بیشتر از آلوده شدن اعضای خانواده خود ترس دارند (۳۹). آن ها همچنین عدم دادن اطلاعات کافی از سوی مقامات بهداشتی را به عنوان یک عامل استرس زا ذکر کرده و اظهار داشته اند که اطلاعات کافی را در مورد هدف از قرنطینه دریافت نکرده اند (۳۱، ۳۲، ۴۰، ۴۱).

در چندین مطالعه دیگر نیز پس از دوران قرنطینه، افراد گزارش دادند که دیگران با آنها رفتارهای متفاوتی داشته اند. از جمله دوری کردن از آنها، اجتناب از دعوت این افراد در اجتماعات، ترس از برخورد با آنها، بدگمانی و اظهارنظرهای انتقادی در مورد آن ها (۲۳، ۳۵، ۳۷، ۴۲، ۴۳). و این موضوع منجر شده است که به طور خاص احساس ننگی در میان افراد تحت قرنطینه، دیده شود (۲۷، ۲۸). در این میان اگرچه ننگ معمولاً از نظر روانشناختی مفهوم سازی می شود، اما ممکن است بر علائم جسمی نیز تأثیر داشته باشد. به طوریکه وجود همزمان بیماری جسمی و احساس ننگ از طریق برانگیختگی روانشناختی می تواند یکدیگر را تشدید کنند (۴۲). احساس ننگ تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان دارد و موجب می شود که بیماران با دلسرد شدن از سلامتی خود، از تلاش برای دریافت خدمات پزشکی امتناع ورزند و این امر نیز خود می تواند منجر به تهدیدی برای وضعیت سلامتی آن ها شده و درمان بیماری را با مشکل روبرو می کند (۴۴).

همچنین در مطالعاتی از تجربیات بیماران به یک بیماری ناشناخته نشان داده شده است که، محرمانه نگه داشتن بیماری، از بین رفتن روال معمول و کاهش تماسهای اجتماعی و جسمی با دیگران غالباً منجر به احساس کسالت، سرخوردگی و احساس انزوا می شود که این امر برای بیماران، ناراحت کننده بوده (۳۴، ۴۱، ۴۳، ۴۵)، و این احساس ناامیدی با عدم توانایی شرکت در فعالیتهای روزمره معمول، نظیر خرید و سایل ضروری و اساسی تشدید شده است (۳۷). ماندر و همکاران نیز در طی اپیدمی سارس در سال ۲۰۰۳ دریافتند که واکنشهای عاطفی و رفتاری بیماران به عنوان یک واکنش عادی و سازگار با استرس در طی یک رویداد عظیم شناخته شده است (۲۳). در یک مطالعه کیفی در مورد تجربیات بازماندگان ابولا، بازماندگان این بیماری گزارش دادند که جداسازی بیماران از خانواده و نگرانی از بهزیستی آنها و گاهی اوقات مورد بی احترامی قرار گرفتن توسط کارکنان برای آن ها استرس زا بوده و بیشتر آن ها گزارش دادند که تشویق کارکنان بیمارستان به نوشیدن، خوردن، حمام کردن و پیاده روی به آن ها انگیزه می داد. علاوه بر این، صدا زدن بیماران با نام خود باعث افزایش اعتماد به نفس در آن ها شده و نماز خواندن و آواز خواندن موجب آرامش می شده است. (۴۶). در مطالعه ای دیگر در این خصوص شرکت کنندگان در تجارب خود عنوان کردند از نحوه برخورد با اجساد پس از مرگ ناراحت بوده و نوعی احساس ننگ داشتند (۴۷).

بر همین اساس بیماران مبتلا تایید شده یا مشکوک به کووید ۱۹ نیز ممکن است، ترس از عواقب عفونت با یک ویروس جدید بالقوه کشنده را تجربه کنند، و افراد در قرنطینه این بیماری نیز ممکن است بی حوصلگی، تنهایی و عصبانیت را تجربه کنند. (۴۸). علاوه بر این، علائم این بیماری نظیر تب، هیپوکسی و سرفه و همچنین عوارض جانبی درمانی مانند بی خوابی ناشی از کورتیکواستروئیدها می تواند منجر به بدتر شدن اضطراب و پریشانی روانی شود. (۴۹) شرایطی که تحت تدابیر شدید اتخاذ شده، پرسنل غیر ضروری مانند روانپزشکان بالینی، روانشناسان و مددکاران اجتماعی سلامت روان، از ورود به بخش های ایزوله بیماران مبتلا به کووید ۱۹ به شدت خودداری می کنند، بنابراین، کارکنان مراقبت های بهداشتی به پرسنل اصلی خط مقدم جهت ارائه مداخلات روانشناختی به بیماران در بیمارستان ها جهت کاهش بار روانی این بیماران تبدیل شده اند (۵۰).

اما قابل توجه است که علی رغم مشکلات و اختلالات بهداشت روان متداول در بین بیماران مبتلا به کووید ۱۹، اکثر متخصصین بهداشت که در واحدهای ایزولاسیون بیمارستانها مشغول به کار هستند هیچگونه آموزش شی را جهت ارائه خدمات بهداشت روان به مبتلایان به این بیماری دریافت نمی کنند (۴۹). این در حالی است که نه تنها برای کلیه بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بلکه حتی برای بیماران مبتلا به اختلالات روانی همراه با این بیماری نیز بایستی اقدامات درمانی ویژه روانپزشکی و خدمات روان درمانی مناسب ارائه شود (۵۱). ارائه اطلاعاتی راجع به بیخوابی و کم خوابی و اینکه احساس کنند که تنها نیستند برای این بیماران مورد نیاز است. همچنین این بیماران نیاز دارند اطلاعات منظم و دقیقی از بیماری را دریافت کنند تا بتوانند به احساس عدم اطمینان و ترس خود غلبه کنند (۴۸).

مطالعات تأیید کرده اند که افرادی که اورژانس های بهداشت عمومی را تجربه کرده اند، هنوز هم درجات مختلفی از اختلالات استرس، حتی پس از اتمام این رویداد، با اینکه در بیمارستان معالجه و مرخص شده اند وجود دارد و این امر نشان می دهد که این افراد نبایستی نادیده گرفته شوند (۵۰). رابلو و همکاران طی مطالعه کیفی خود در زمان اپیدمی ابولا دریافتند که اگرچه در توصیف بیماران در مورد ابتلا به بیماری، زنده ماندن از یک بیماری همه گیر برای آنها یک هدیه از سوی خداوند بود، اما این بیماران بیان کردند که ابتلا آن ها به

یک بیماری مسری موجب شد بسیاری از آنها حتی از زندگی خانوادگی و فعالیت حرفه ای خود محروم شوند. به طوریکه برخی از آن ها با طلاق روبرو شده و حتی از خانه های خود بیرون رانده شدند یا شغل خود را از دست دادند و در واقع این افراد بیان کردند که با کاهش حمایت از سوی خانواده و اجتماع روبرو شدند (۴۶). همچنین این نتایج با نتایج مطالعه ای دیگر در این خصوص همسو بود به طوریکه بیشتر این بیماران عنوان کردند که با عدم پذیرش از سوی اجتماع و حتی دوستان خود روبرو شده و به نوعی یک احساس طرد شدن و ننگ را تجربه می کنند (۵۲).

تحقیقات کیفی فرصتی را برای بررسی عمیق تجربه ذهنی با در نظر گرفتن عوامل گسترده تری از موضوع مورد بررسی ارائه می دهد. مطالعات کیفی تجربه سایر بیماریهای عفونی، توصیه های مهمی را برای انجام کارآزمایی بالینی و تدوین سیاست های بهداشتی نشان داده است (۵۳).

به عنوان مثال، تحقیقات کیفی در مورد تجربه سل نشان داده است که ننگ می تواند در افراد مبتلا به سل تأثیر منفی بگذارد و ممکن است منجر به کناره گیری و انزوای این افراد از جامعه شود. بنابراین این امر می تواند منجر به توصیه هایی شود که اطمینان از محرمانه بودن افراد مبتلا به سل بایستی یک عنصر اصلی در استراتژی های مدیریت سل باشد (۵۴).

همچنین آگاهی و درک تجربیات افراد مبتلا و تحت قرنطینه بیماری های عفونی، جهت به حداکثر رساندن مهار بیماری و نیز به حداقل رساندن تأثیرات منفی بر روی این افراد، خانواده های آنها و شبکه های اجتماعی بسیار مهم است (۳۷). با توجه به اهمیت موضوع و با توجه به اینکه ما بایستی از ابعاد مختلف چالش ها و نگرانی های کووید ۱۹ آگاه باشیم، لذا همه تلاشها بایستی جهت درک و کنترل بیماری انجام شود. یکی از این ابعاد درک تجربیات این بیماران از ابتلاء به این بیماری است. از آنجا که تاکنون هیچگونه مطالعه ای در زمینه تجربیات بیماران مبتلا به کووید ۱۹ و بیماری و قرنطینه در کشور انجام نشده است، لذا تیم تحقیق مصمم شد مطالعه ای کیفی با رویکرد پدیدارشناسی جهت درک عمیق تجربیات این افراد از ابتلا به این بیماری انجام دهد.

مرور متون

۱- مطالعه ای تحت عنوان « زندگی تحت تهدید مداوم ابولامطالعه پدیدارشناختی بازماندگان و مراقبان خانواده در هنگام شیوع ابولا» توسط ماتوآ و همکاران (۲۰۱۵) در اوگاندا انجام شد. این مطالعه تجربیات زنده از بازماندگان و مراقبان خانواده آنها را پس از شیوع ابولا در منطقه کیباله، منطقه اوگاندا غربی بیان کرد. هدف این مطالعه کسب درک عمیق تر از این تجربه زندگی بود. تعداد دوازده نفر از بازماندگان ابولا و مراقبان خانواده آنها با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. و از اواسط ماه می تا ژوئیه ۲۰۱۳ در کیباله، یک منطقه روستایی در اوگاندا غربی نزدیک به مرز جمهوری دموکراتیک کنگو، جایی که اولین بار ویروس ابولا در سال ۱۹۷۶ کشف شد، به صورت جداگانه به صورت عمیق مورد م صاحبه قرار گرفتند. م صاحبه ها به صورت دیجیتالی ضبط شده و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش بازتاب روانشناختی تجربی و رترز انجام شد که روشی در زمینه پدیدارشناسی توصیفی است. نتایج این مطالعه نشان داد که زندگی تحت تهدید ابولا از طریق دو دسته اصلی تجربه می شود: (الف) تعریف ویژگی های تجربه و (ب) پاسخ به تجربه آسیب زا. پنج موضوع در دسته اول پدیدار شدند: (الف) احساس ترس، طرد شدن، و ننگ. (ب) نابودی واقعیت ها و امکانات مبتلایان. (ج) ماهیت طولانی تجربه آسیب زا. (د) جلوه های روانی و (ه) ماهیت غیرقابل انکار تجربه. دسته دوم از دو موضوع تشکیل شده بود: (الف) به دنبال حفظ خود و محافظت (ب) فراتر از قربانی شدن و توانمند شدن (۵۵).

۲- مطالعه ای تحت عنوان « بررسی کیفی: ننگ سل» توسط نتی و همکاران (۲۰۱۱) با هدف، بررسی ننگ و تأثیر داشتن سل یا داشتن یک عضو خانواده مبتلا به سل انجام شد. در این مطالعه جستجوی جامعی از بانکهای اطلاعاتی الکترونیکی انجام شده و معیارهای ورود به مطالعه، مطالعاتی بوده است که، افراد مبتلا به سل یا خانواده آنها را مورد بررسی قرار داده و بر ننگ یا تأثیر سل در آنها متمرکز بوده و توضیحات مربوط به این تجربه را گزارش کرده اند. داده ها با استفاده از روش تجزیه و تحلیل موضوعی آنالیز شده است. جستجوی سی مطالعه سه موضوع را مشخص کرد: احساس شرم، انزوا و ترس. احساس شرم ناشی از مبتلا بودن به سل به عنوان یک بیماری بد و یا یک بیماری کثیف تلقی می شود. جدایی هم به معنای منصرف شدن از تماس های اجتماعی و هم از بین رفتن تماس با افراد دیگر است. ترس نیز نتیجه ی بسیاری از مشکلات ناشی از سل بود. این عوامل در سه سطح فردی، خانواده و اجتماعی تأثیر داشتند. در نتیجه گیری این مطالعه آمده است که ننگ همراه با سل می تواند تأثیر منفی بر فرد و خانواده داشته باشد و به دلیل شرم و ترس ممکن است منجر به کناره گیری آنها از جامعه شود. در این بررسی، نیاز به آموزش برای ارائه راهکارهای عملی برای افراد و خانواده ها و آموزش جوامعی که در آن سل به صورت بومی وجود دارد، تأکید شده است (۵۴).

۳- در این زمینه مطالعه ای دیگر تحت عنوان: «دروس آموخته شده از تجربه قرنطینه سارس در یک ایستگاه غربالگری در تایوان» توسط لاین و همکاران (۲۰۱۰) در تایوان انجام شده است. در این مطالعه کیفی با استفاده از رویکرد پدیدارشناختی، تعداد هفده بیمار مبتلا به تب که در بخش اورژانس بیمارستان قرنطینه شدند، وارد مطالعه شدند. روش جمع آوری داده ها در این مطالعه با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختار یافته در حین شیوع سارس در تایوان انجام شده است. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش نه مرحله کلایزی، انجام شده است و در مجموع دو مقوله «بار خارجی و مبارزه درونی» و شش موضوع مربوط به تجربه قرنطینه بیماران مشخص گردید. بار خارجی شامل ۳ موضوع بود: (۱) تحمل محیط ناراحت کننده، (۲) تبعیض (۳) عدم حمایت حضوری از سوی خانواده. مبارزه و کشمکش درونی نیز شامل ۳ موضوع بود: (۱) مبارزه با قرنطینه، (۲) مبارزه با آشفتگی عاطفی و (۳) مبارزه با تشخیص احتمالی. در نتیجه گیری این مطالعه آمده است که: این نتایج در حساسیت متخصصان مراقبت های بهداشتی برای همدردی با افراد قرنطینه و در عین حال ارائه مراقبت های قرنطینه ای با کیفیت و سایر اقدامات کنترل عفونت کمک خواهد کرد (۲۹).

۴- در این زمینه مطالعه ای دیگر با عنوان: «تجربه افراد مبتلا به سارس از قرنطینه در تورنتو-کانادا» توسط ماورین و همکاران (۲۰۰۵) انجام شده است. این مطالعه یک مطالعه توصیفی- کیفی بوده است. در این مطالعه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی تعداد بیست و یک نفر از افرادی که با بیماران مبتلا به سارس در تماس بوده و مشکوک به ابتلا به سارس بودند انتخاب و وارد مطالعه شدند. در این مطالعه از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته جهت جمع آوری نمونه ها استفاده شده است. تمامی مصاحبه ها ضبط شده و سپس کلمه به کلمه به متن تبدیل گردیده است. از تمامی شرکت کنندگان خواسته شده که تجارب خود را از ابتدا تا انتهای دوران قرنطینه بیان کنند. در پایان علی رغم اختلافات فردی بین این افراد مضامین مشترک در توصیفات آن ها شامل احساس بلا تکلیفی و تردید، انزوا و سعی در کنار آمدن با اطلاعات ناکامل از بیماری بود (۵۶).

۵- مطالعه ای با عنوان: «عوارض روانپزشکی در بیماران مبتلا به سندرم تنفسی حاد در مرحله درمان حاد: یک سری از ۱۰ مورد» توسط چنگ و همکاران (۲۰۰۴) در کشور چین انجام شد. در این مطالعه تعداد ده بیمار مبتلا به سارس از بیمارستان های چین جهت ارزیابی و مدیریت روان پزشکی به تیم مشاوره و روانپزشکی ارجاع شده بودند وارد مطالعه شدند. از این تعداد با هفت نفر مصاحبه انجام شد بر اساس اطلاعات موجود در نامه های ارجاع، به نظر می رسید که این افراد دچار مشکلات روانپزشکی "خفیف" مانند عصبانیت، اضطراب، ایده های خودکشی و افسردگی هستند. و با سه بیمار دیگر مصاحبه حضوری انجام شد که به نظر می رسید این افراد دچار مشکلات روانی شدیدتری مانند توهم و جنون شده اند. مطابق معیارهای CD-10 سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۲)، پنج بیمار به عنوان اختلال سازگاری تشخیص داده شدند، دو نفر به عنوان اختلالات توهم ارگانیک تشخیص داده شدند. دو نفر دارای اختلال مانیک و برای یک نفر هیچ تشخیصی داده نشد. تمامی بیماران با اختلال سازگاری گزارش دادند که اضطراب آن ها ناشی از اثرات خاص سارس از جمله شدت علائم و ایزولاسیون است. دو بیمار دارای خلق و خوی افسرده و ایده های خودکشی همراه با شدت علائم بودند. سه نفر از اضطراب برجسته ناشی از انزوای کامل اجتماعی به دلیل حصار شدن توسط پرستاران، ناراحت بودند. دو بیمار که یک زوج متاهل بودند پس از اطلاع از ناگهانی از بدتر شدن وضعیت جسمی دخترشان که او نیز دچار سارس بود، دچار افسردگی شدند. این مطالعه نشان داد علائم افسردگی این بیماران با جدا شدن از یکدیگر در مرحله حاد درمان، بیشتر تشدید می شد. یک بیمار زن پس از مشاهده رفتارهای غیرطبیعی یک بیمار دیگر سارس که دچار توهم ارگانیک بوده دچار علائم اضطراب شده بود. او خود را مجبور کرده بود شبها بیدار بماند زیرا خودش را درگیر یک محیط غیرقابل اجتناب می دانست و احساس وقوع یک فاجعه را داشت. یک بیمار که برای او تشخیص روانی داده نشد، خشم و ترس از انتشار احتمال ویروس به خانواده خود را نشان داد، چراکه پزشک ابتدا به اشتباه تشخیص داده بود که مبتلا به سارس نیست (۳۸).

۶- مطالعه ای تحت عنوان «تأثیر فوری روانی و شغلی شیوع سارس در سال ۲۰۰۳ در یک بیمارستان آموزشی» توسط رابرت ماندر و همکاران (۲۰۰۳) در تورنتو-کانادا- و با هدف توصیف تأثیر روانشناختی و شغلی این رویداد در یک بیمارستان بزرگ در چهار هفته اول شیوع بیماری و واکنش بهداشتی و روانی متعاقب آن، انجام شد. شرکت کنندگان، نوزده نفر با سارس پیشرفته بودند، که از این تعداد یازده نفر کارمند مراقبت های بهداشتی بودند. در این مطالعه دو نویسنده اصلی با اعضای تیم اصلی و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در بیمارستان مونت سینات، در تورنتو ملاقات کردند تا توصیف های گذشته نگر از تجربیات کارمندان و بیماران را بر اساس مشاهدات غیررسمی و خصوصی تهیه کنند. همه نویسندگان توضیحات را پس از خواندن های مکرر آن ها، بین سه و سیصد و آوریل ۲۰۰۳ بررسی و تحلیل کردند. پس از آنالیز داده ها بیماران مبتلا به سارس، ترس، تنهایی، کسالت و عصبانیت گزارش داده و از تأثیر قرنطینه و سرایت بیماری به اعضای خانواده و دوستان نگران بودند. آنها توضیح دادند که به دلیل تب و تأثیر بی خوابی اضطراب را تجربه کرده اند. کارکنان نیز دچار ترس ناشی از احتمال سرایت بیماری و عفونی کردن خانواده های خود، دوستان و همکاران قرار گرفتند. مراقبت از کارکنان

مراقبت های بهداشتی به عنوان بیماران و همکاران از نظر عاطفی مشکل بود. عدم قطعیت و ننگ مضامین برجسته هم برای کارکنان و هم برای بیماران بود (۲۳).