



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی کرمان



پژوهشگاه
ابتدای پژوهی در سلامت



مرکز تحقیقات مدیریت
ارائه خدمات سلامت

ماستر

مدیریت، اقتصاد، سیاستگذاری سلامت کووید ۱۹

نشریه علمی - تحلیلی کووید ۱۹

Scientific-Analytical Magazine of COVID-19

کاری از گروه سلامت در بلایا و فوریت ها

شماره سوم

تیر ماه ۱۳۹۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان: نشریه علمی، تحلیلی کووید-۱۹

سفارش: گروه سلامت در بلایا و فوریت ها

نام مرکز همکار: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت

مدیر مسئول: دکتر محمود نکویی مقدم

سردبیر: دکتر حجت شیخ بردسیری

همکاران این شماره: دکتر محمود نکویی مقدم، سیمین مهدی پور، مریم

حسین نژاد، مهدیه نژاد شفیعی

پیش‌گفتار

به نام خداوند جان و خرد

در بررسی و تحلیل آمارهای چند ماه گذشته‌ی بیماری کووید-۱۹ به این نتیجه می‌رسیم که این ویروس با ما خواهد بود و تأثیرات آن در همه ابعاد زیستی، پزشکی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی ادامه خواهد داشت؛ اما سؤال مهم این است که در مقابله با این وضعیت چه تدابیری باید اندیشیده شود. همانطور که معاونت بهداشتی وزارت بهداشت اعلام نموده است، ضمن توصیه مکرر به رعایت پروتکل‌های بهداشتی و اصول پیشگیری، از مردم خواسته می‌شود که سلامتی خود را به فرضیاتی که هنوز به اثبات نرسیده اند گره نزده و خود را برای یک زندگی حداقل یک ساله با ویروس کرونا آماده کنند.

سایر موارد پیشنهادی که می‌تواند در مدیریت و تعدیل تأثیرات ویروس مؤثر باشد، به شرح زیر بیان می‌گردد:

- با مدیریت صحیح نیروی انسانی، از خستگی و فرسودگی کادر درمان جلوگیری شود. شیوه‌های انگیزشی، شیفت بندی منعطف و اختصاص بودجه کافی جهت پرداخت به موقع حق الزحمه و کارانه پرسنل و اعطاء مرخصی‌های دوره‌ای به کادر درمان کمک قابل توجهی خواهد نمود.
- تأمین بودجه کافی جهت فراهم نمودن تجهیزات بیمارستانی و خصوصاً وسایل حفاظت فردی برای کادر درمان که استمرار خدمات درمانی را تضمین نماید.
- تعامل با جوامع علمی و سایر کشورهای جهان، جهت کنترل شیوع و بروز بیماری کووید-۱۹، استفاده از تجربیات آموخته شده از جوامع پیشرو در این زمینه، و یافتن پاسخ علمی در زمینه چگونگی تولید واکسن و دارو.
- آموزش مداوم کادر درمان در زمینه مواجهه با تغییرات ژنتیکی ویروس کووید-۱۹ و چگونگی درمان عوارض ناشناخته ویروس در افراد مبتلا، و راهکارهای کاهش تأثیرات احتمالی بلندمدت مخرب جسمی، روحی، روانی و اجتماعی بیماری.
- استفاده برنامه‌ریزی شده از این فرصت بدست آمده به منظور فرهنگ سازی جامعه در زمینه اهمیت مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیری برای حفظ و ارتقاء سلامت، که مهمترین سرمایه‌ی زندگی انسان است.

دکتر محمود نکویی مقدم

مدیر گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها

مسئول طرح تحول نظام آموزشی سلامت در بلایا و فوریت‌ها

فهرست مطالب

آخرین وضعیت بیماری کووید- ۱۹ در جهان و ایران ۶

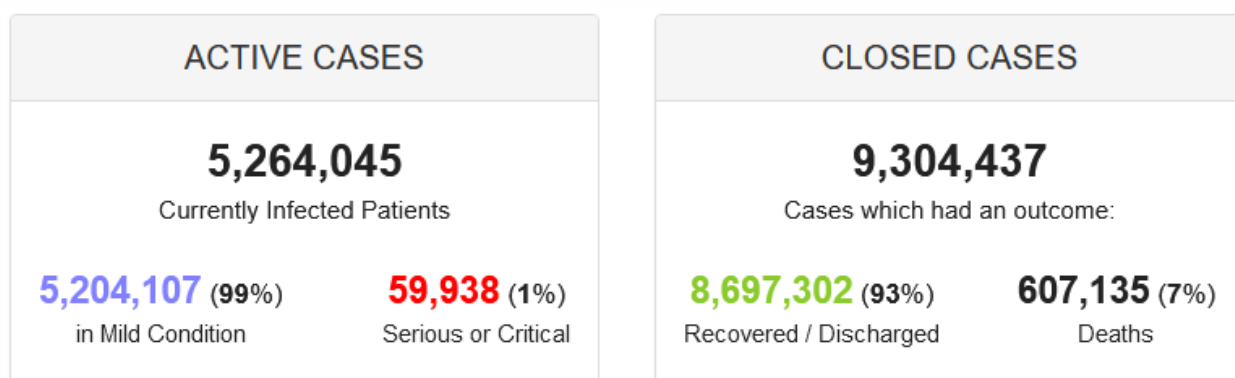
چالش های سلامت روان: ترس و انگ همراه با اپیدمی کوید- ۱۹ ۱۲

پزشکی از راه دور گامی در جهت مدیریت بهتر پاندمی کووید- ۱۹ ۱۶

آخرین وضعیت بیماری کووید-۱۹ در جهان و ایران

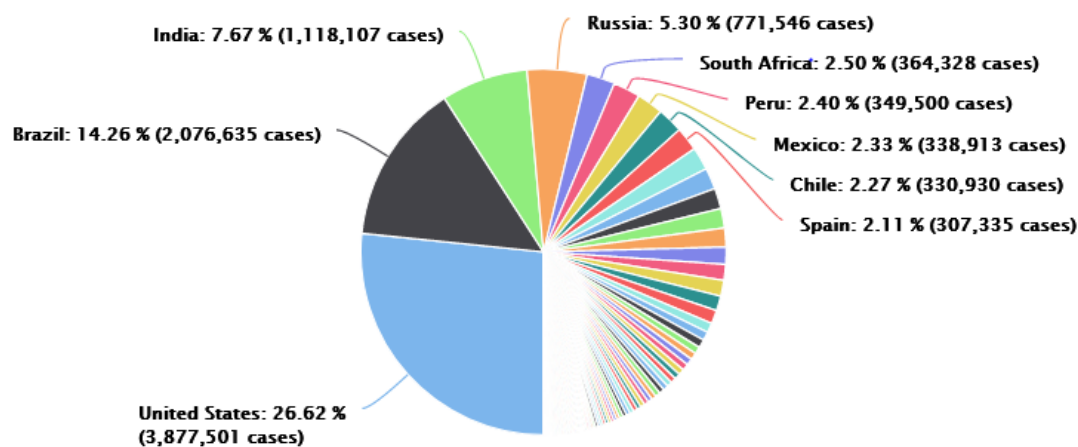
سیمین مهدی پور (دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در بلایا و فوریت ها)

در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹، مواردی از پنومونی با علت ناشناخته از شهر ووهان چین به سازمان جهانی بهداشت، گزارش شد. عامل این طغیان که یک کوروناویروس جدید بود 2019-nCoV نام گرفت. سازمان جهانی بهداشت در تاریخ ۱۱ فوریه ۲۰۲۰ بیماری ناشی از ویروس جدید را COVID-19 نامگذاری کرد و در تاریخ ۱۱ مارس ۲۰۲۰ همه گیری ناشی از بیماری را پاندمی اعلام کرد(۱). اکنون پس از حدود شش و نیم ماه از شروع بیماری در چین، نگاهی داریم بر وضعیت بیماری در جهان، تا تاریخ ۱۹ جولای (۲۹ تیرماه). تعداد کل موارد بیماری تا این تاریخ از ۱۴ میلیون فراتر رفت (۱۴,۵۶۸,۴۸۲) و تعداد مرگ ۶۰۷,۱۳۵ به مورد رسید. از ۵,۲۶۴,۰۴۵ مورد که هم اکنون بیمار می باشند، ۹۹ درصد مبتلا به بیماری خفیف و یک درصد (۵۹,۹۳۸) وضعیت بحرانی دارند(۲).



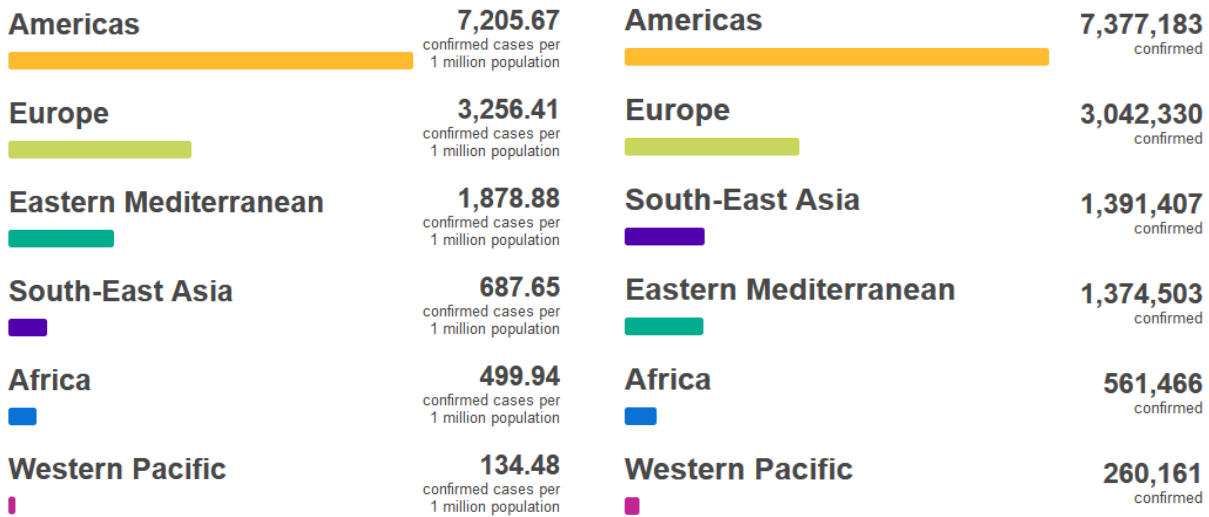
شکل (۱) توزیع بیماری در کشورهای مختلف را نشان می دهد. بیش از ۴۰ درصد موارد بیماری، شهروندان ایالات متحده و برزیل می باشند و همین موضوع باعث شده است که قاره آمریکا بیشترین فراوانی بیماری را به خود اختصاص داده است. البته تعداد موارد تست انجام شده به نسبت تعداد جمعیت را نیز باید در نظر داشت. به عنوان مثال این تعداد برای ایالات متحده بیش از ۱۴۵ هزار در هر یک میلیون، برای برزیل حدود ۲۳ هزار، اسپانیا نزدیک به ۱۲۹ هزار، ایران ۲۵,۵۷۱ و در هند کمتر از ده هزار به ازاء هر یک میلیون نفر است(۲).

Distribution of cases



شکل ۱- توزیع بیماری در کشورهای مختلف

شکل (۲) که وضعیت بیماری را بر حسب مناطق شش گانه سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد، نشان دهنده این است که منطقه ی آمریکا(کشور های آمریکای شمالی، کانادا و آمریکای جنوبی) با بیش از هفت هزار نفر در هر یک میلیون، بیشترین فراوانی مطلق و نسبی بیماری را به خود اختصاص داده است.(۳).



Source: World Health Organization

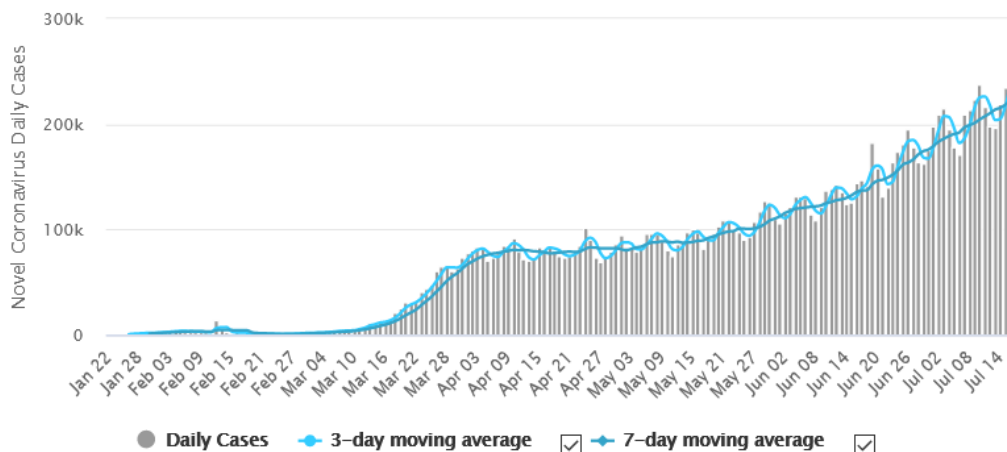
Source: World Health Organization

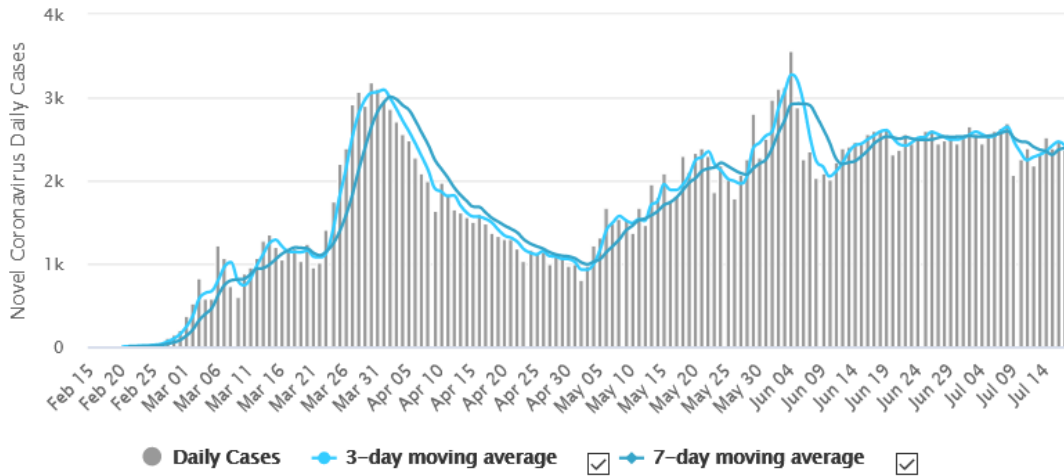
(ب)

(الف)

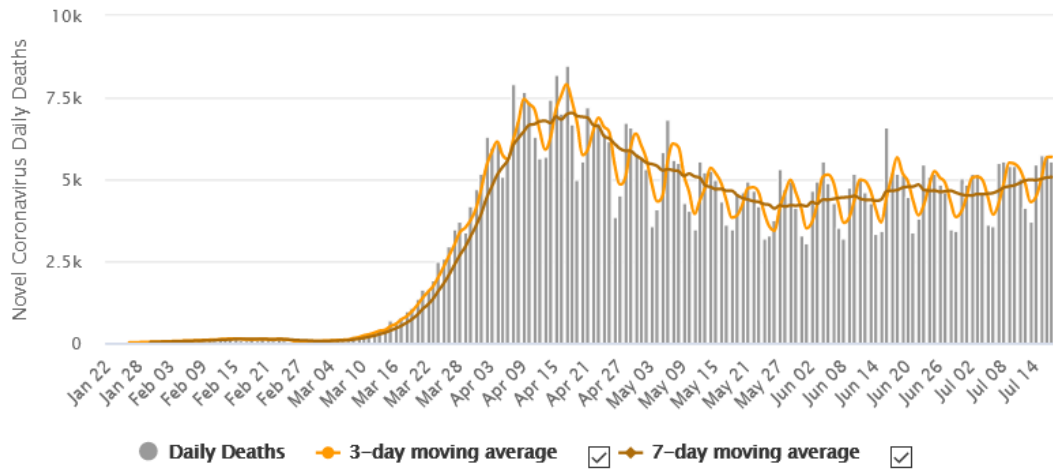
شکل ۲- وضعیت بیماری بر حسب مناطق شش گانه سازمان جهانی بهداشت. الف- تعداد موارد ب- تعداد موارد در هر یک میلیون

شکل ۳ و ۴ روند افزایشی بروز بیماری و مرگ در جهان و ایران را نشان می دهد(۲).

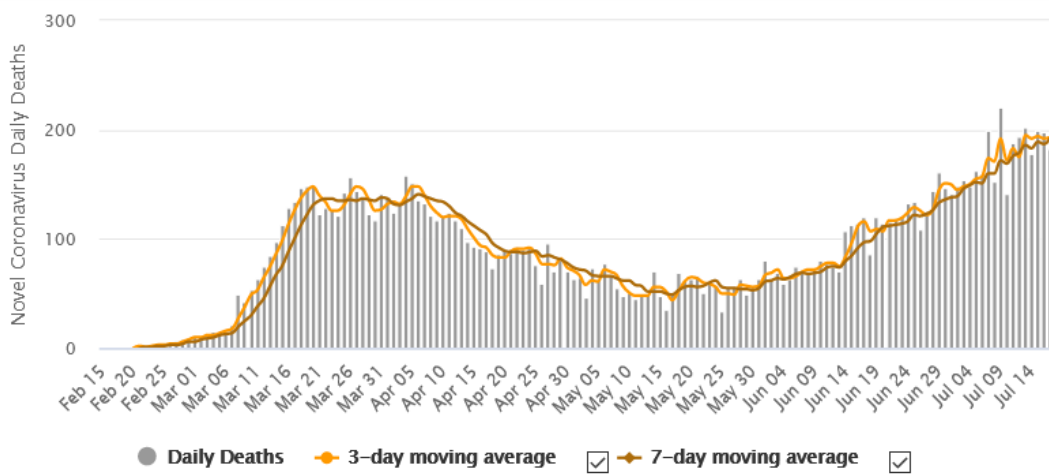




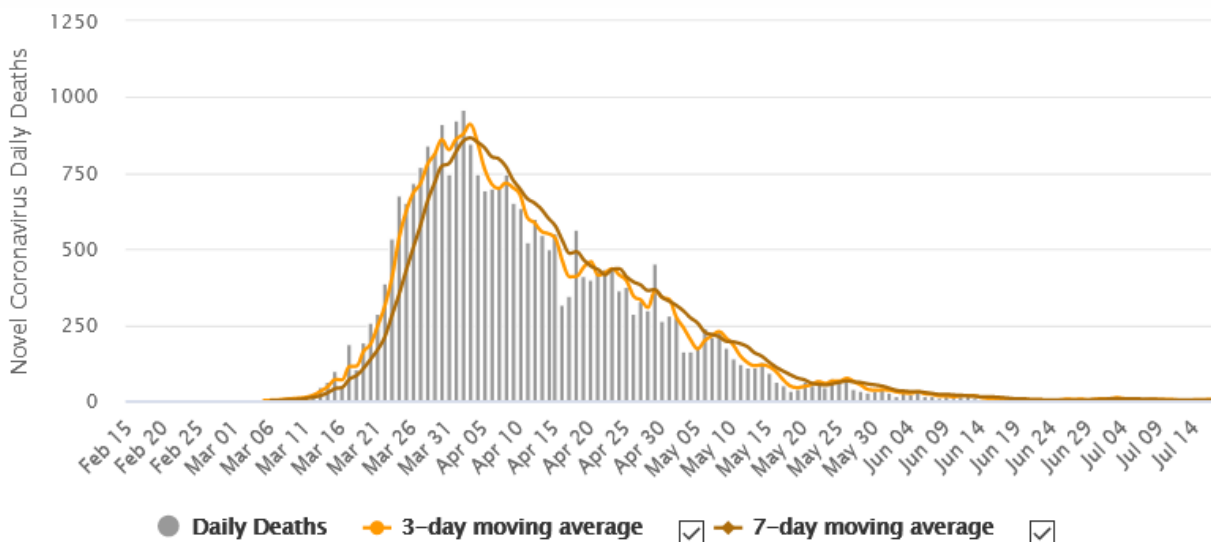
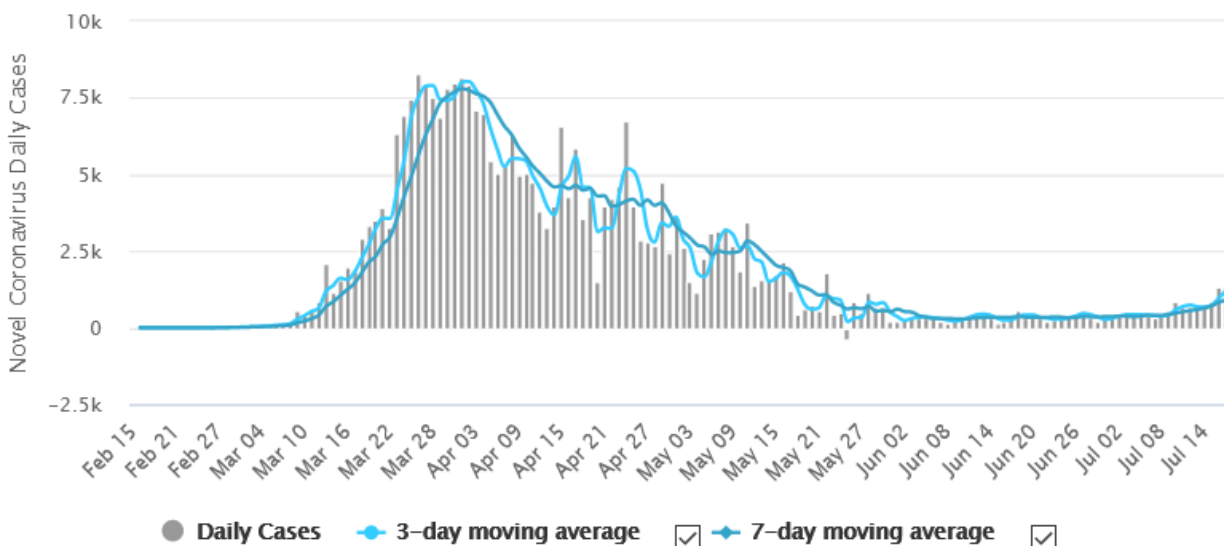
شکل ۳- روند بیماری در جهان (بالا) و ایران (پایین)



شکل ۴- روند مرگ در جهان (بالا) و ایران (پایین)



تنها طی ۲۴ ساعت منتهی به ۱۹ جولای (۲۹ تیرماه)، تقریباً ۲۶۰ هزار نفر یعنی بیش از ربع میلیون نفر به تعداد بیماران در جهان اضافه شد که بزرگترین افزایش آمار روزانه در طول دوره پاندمی است (۳). با وجود این روند افزایشی بیماری در دنیا، برخی کشورها در کنترل زنجیره انتقال بیماری موفق بوده‌اند. در یک مقطع زمانی، اسپانیا جزو کشورهایی بود که کووید-۱۹ بیشترین تأثیر را بر آن گذاشته بود و در اوج بیماری روزانه نزدیک به ۱۰,۰۰۰ مورد جدید بیماری از آن کشور گزارش می‌شد. تلاش‌های فشرده و اقدامات جدی در زمینه بازبینی، آزمایش، ردیابی تماس‌ها، درمان و جداسازی توانست روند انتقال را کنترل کند. روند بیماری در این کشور در شکل (۵) نشان داده شده است (۲). دبیر کل سازمان جهانی بهداشت با ذکر سخنان زیر از تلاش اسپانیا تقدیر کرد: "اسپانیا نشان داد که فارغ از اینکه کشور در چه مرحله‌ای از انتقال ویروس است با رهبری و کنش سیاسی، و حمایت جامعه، می‌توان COVID-19 را کنترل کرد، چنانکه اسپانیا مسیر شیوع این بیماری را معکوس کرده است" (۴).



شکل ۶- روند بیماری (بالا) و مرگ (پایین) در اسپانیا

تا تاریخ ۲۹ تیرماه ۹۹، ایران با ۲۷۳,۷۸۸ مورد بیماری از شروع پاندمی، از نظر تعداد موارد، رتبه یازدهم را در دنیا؛ و پس از هند با بیش از یک میلیون و صد مورد بیماری، رتبه دوم را در آسیا دارد. اگرچه تعداد موارد بیماری در یک میلیون جمعیت در ایران ۳۲۵۸ و در هند ۸۱۰ مورد می باشد. همچنین ایران با ۱۴۱۸۸ مورد مرگ، پس از هند بیشترین تعداد مرگ در اثر بیماری را به خود اختصاص داده است. میزان مرگ در هر میلیون نفر جمعیت در ایران ۱۶۹ می باشد که پس از ارمنستان با ۲۱۶ در هر یک میلیون، بیشترین میزان مرگ در آسیاست (۲). همچنین در ۲۲ کشور درگیر بیماری در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا، ایران بیشترین تعداد موارد بیماری و مرگ را به خود اختصاص داده است. بیشترین میزان مرگ ناشی از بیماری (CFR) متعلق به کشور یمن با ۲۸ درصد می باشد. پس از آن سودان با ۶,۲ و ایران با ۵,۲ درصد بیشترین میزان را در بین این کشورها دارند و کمترین میزان مرگ ناشی از بیماری (۰,۱) مربوط به قطر می باشد (۵). این میزان برای کل کشورهای جهان معادل ۷ درصد می باشد (۲).

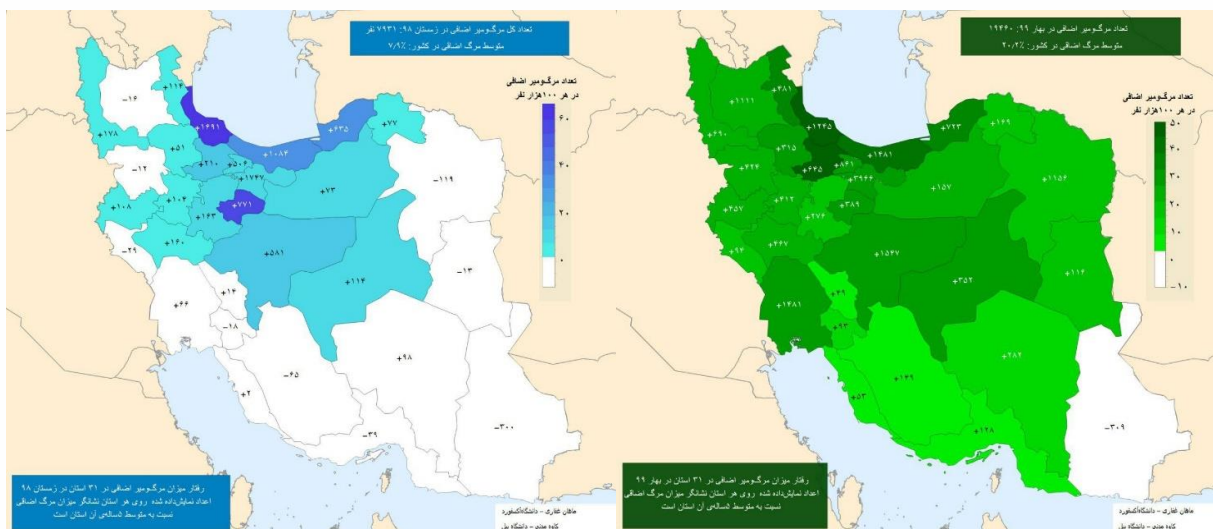
$$CFR = \text{deaths} / (\text{deaths} + \text{recovered})$$

$$607,135 / (607,135 + 8,697,279) = 7\% \text{ CFR (worldwide)}$$

تعداد فعلی بیماران در ایران ۲۱۸۱۲ نفر می باشد که ۳۵۵۶ مورد آن، شدید و بحرانی می باشد. بنابراین موارد شدید بیماری در ایران ۱۶ درصد است در حالیکه این میزان در کل جهان یک درصد می باشد (۲). طبق اعلام وزارت بهداشت، ده استان شامل استانهای آذربایجان شرقی، ایلام، بوشهر، خراسان رضوی، خوزستان، زنجان، گلستان، مازندران (آمل)، کرمان و فارس در وضعیت قرمز قرار دارند (۶).

آمار مرگ در ایران طی زمستان ۹۸ و بهار ۹۹

در شکل (۷) میزان مرگ و میر اضافی نسبت به متوسط پنج سال قبل نشان داده شده است. بر اساس داده های ثبت احوال، در زمستان ۹۸ میزان مرگ و میر در ۷۹۳۱ مورد مرگ اضافی نسبت به سالهای قبل ثبت شده است. همچنین در بهار ۹۹، مرگ و میر ۲۰ درصد افزایش داشته است. به عبارتی ۱۹۴۶۰ مورد مرگ بیش از متوسط سالهای قبل ثبت شده است (۷) که بیش از مجموع مرگه گزارش شده در اثر بیماری کووید-۱۹ است. این در حالی است که بر اساس گزارش پزشکی قانونی کشور، آمار مرگ و میر در بازه زمانی ۲۵ اسفند ۹۸ تا ۱۵ فروردین ۹۹ به علت تصادفات رانندگی نسبت به سال قبل ۲۸۰ مورد (۴۱,۶ درصد) کاهش داشته است. با بررسی دقیق تر می توان به علت این تفاوت پی برد.



شکل ۷- میزان مرگ و میر اضافی در کشور طی زمستان ۹۸ و بهار ۹۹

منابع

1. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). Updated 29 June 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
2. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Data last updated: 2020/7/17, 11:48am CEST. <https://covid19.who.int/>
4. WHO Director-General pays tribute to Spain's sacrifices and leadership to confront COVID-19. 16 July 2020. <https://www.who.int/news-room/detail/16-07-2020-who-director-general-pays-tribute-to-spain-s-sacrifices-and-leadership-to-confront-covid-19>
5. WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Eastern Mediterranean Region Covid-19 affected countries. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiN2ExNWl3ZGQtZDk3My00YzE2LWFjYmQtNGMwZjk0OWQ1MjFhIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCI6ImMiOjh9>
6. <https://behdasht.gov.ir/>
7. www.instagram.com/kmadanil

۸. سازمان پزشکی قانونی کشور. مقایسه آمار تلفات حوادث رانندگی نوروز ۱۳۹۹ با نوروز ۱۳۹۸ (بازه زمانی ۲۵ اسفند ۱۳۹۸ تا ۱۵ فروردین ۱۳۹۹)

چالش های سلامت روان: ترس و انگ همراه با اپیدمی کوید-۱۹

مریم حسین نژاد (دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در حوادث و بلایا)

مقدمه

همه‌گیری کوید ۱۹ چالشی جدید است که قابل مقایسه با بلایای طبیعی و یا جنگ‌ها نیست. در بلایای طبیعی معمولاً بلا به یک ناحیه خاص و زمان معین محدود می‌شود و در برخی از مواقع افراد می‌توانند از موقعیت فرار کنند یا در جنگ‌ها و درگیری‌ها دشمن براحتی قابل تشخیص است در حالی که در مورد همه‌گیری جهانی کرونا ویروس این تهدید همه جا وجود دارد و حتی شخص دیگری که در کنار ما حضور دارد می‌تواند تهدیدی برای سلامت باشد.

همه‌گیری و اقدامات مهار آن یعنی قرنطینه، فاصله‌گذاری اجتماعی و محدود شدن ارتباطات اجتماعی می‌تواند تأثیر مخربی بر سلامت روان داشته باشد. تنهایی و کاهش تعاملات اجتماعی عوامل خطر شناخته شده‌ای برای چندین اختلال روانی از جمله اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی است. نگرانی افراد در مورد سلامتی خود و عزیزانشان (خصوصاً افراد مسن یا مبتلا به بیماری جسمی) و همچنین عدم اطمینان در مورد آینده، می‌تواند ترس، افسردگی و اضطراب را ایجاد یا تشدید کند. اگر این نگرانی‌ها طولانی شود، ممکن است خطر ابتلا به بیماری روانی جدی و ناتوان کننده اختلالات اضطرابی، استرس و اختلالات مرتبط با تروما را افزایش دهد (۱). ممکن است در طول اپیدمی، تعداد افرادی که سلامت روانی آنها تحت تأثیر قرار بگیرند، بیشتر از تعداد مبتلایان به این عفونت باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که پیامدهای سلامت روان می‌تواند دوام بیشتری داشته باشد و شیوع بیشتری نسبت به خود اپیدمی داشته باشد (۲). این به این معنی است که بعد از مهار شیوع بیماری هنگامی که ویروس دیگر یک تهدید نیست مشکلات روانشناختی ادامه می‌یابد. از این رو بی‌توجهی به سلامت روان پرهزینه می‌باشد (۳). در حالیکه تمام تلاش‌ها برای کنترل و مهار ویروس است، شناسایی مواردی که باعث تشدید عوارض اپیدمی می‌شود و اقدام در جهت رفع آنها برای جلوگیری از عوارض و خسارات بعدی، ضروری می‌باشد. با توجه به این که دو مفهوم اساسی یعنی ترس و انگ پیامدهای منفی ایجاد می‌کنند این مطلب مروری دارد بر مفاهیم فوق یعنی ترس ناشی از کوید ۱۹ و انگ مرتبط با کوید ۱۹.

ترس ناشی از کوید ۱۹

شیوع کوید ۱۹ در حال حاضر باعث ترس قابل توجهی در بین مردم شده است (۴). ترس مبالغه‌آمیز در ارتباط با همه‌گیری بیماری‌های عفونی در مقایسه با سایر بیماری‌ها وجود دارد (۵). ترس یک احساس اساسی است که به عنوان پاسخ دفاعی به تهدید است. ترس مکانیسم دفاعی است که برای بقا ضروری است و فرآیند بیولوژیکی آماده‌سازی برای پاسخ به حوادث تهدیدآمیز است (۶).

منابع ایجاد ترس در کوید ۱۹ متفاوت می‌باشد. ترس از بیماری کوید ۱۹ قابل درک است زیرا مردم نگران سلامتی خود هستند. هیچ‌کس نمی‌خواهد به ویروسی آلوده شود که خطر مرگ نسبتاً بالایی داشته باشد (۷). سرعت بسیار بالای انتشار آلودگی و مرگ و میر نسبتاً زیاد، عوارض بیماری می‌تواند منجر به ایجاد ترس در افراد شود. سرعت سرایت بیماری خطر آلوده کردن اشخاص را افزایش داده و افراد خود را در معرض خطر بیماری می‌بینند. افراد نه تنها ترس از به خطر افتادن سلامتی خود دارند، بلکه این موضوع را درک می‌کنند که می‌توانند خطری برای سلامتی دیگران را در خصوصاً خانواده شون (۴). علاوه بر این خصوصیات منحصر به فردی بیماری‌های عفونی از جمله نامرئی بودن انتقال بیماری، ظاهر شدن اشکال قدیمی بیماری به صورت بیماری‌های نوظهور و غافلگیری جامعه و رسانه‌ها می‌تواند زمینه ایجاد ترس و هراس را به وجود آورد (۵).

اطلاعات نادرست و شایعات می‌تواند عامل دیگری برای ایجاد ترس در افراد شود. بمباران جامعه با اطلاعات غیر علمی فیلتر نشده و شاید غلط موجب ایجاد سردرگمی، هراس و ترس در بین افراد می‌شود (۸) ترسی که از طریق رسانه‌های اجتماعی منتقل می‌شود، سریعتر از انتشار کوید ۱۹ حرکت می‌کند (۹) که این اطلاعات غلط و اغراق‌آمیز می‌تواند از طریق کانالهای خبری، شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های چاپی منتقل

شود. (۱۰). این در حالی است که در شرایطی که ما هیچ ابزار دیگری برای مبارزه با کوید ۱۹ غیر از مداخلات غیر دارویی مانند قرنطینه و رعایت فاصله اجتماعی، پوشیدن ماسک و شستن دست‌ها نداریم (۱۱)، رسانه‌ها می‌توانند نقش مهمی در کاهش ترس داشته باشند.

هنگامی که ترس نامتناسب باشد و یا اینکه مزمن شود، با پی آمدهای نامطلوبی می‌شود و به چالش‌های روانی اجتماعی منجر می‌گردد. ترس زیاد مانع از تفکر صحیح می‌شود و ممکن است باعث واکنش‌های غیرمنطقی به بیماری کوید شود (۴). هم‌چنین این میزان زیاد ترس ممکن است مانع پیروی از رفتارهای پیشگیرانه مؤثر برای کنترل عفونت شود. هم‌چنین زمینه‌ای را برای تولید طیف گسترده‌ای از رفتارهای مقابله‌ای ناسالم (برای مقابله با استرس) مانند نوشیدن زیاد، خوردن زیاد، سیگار کشیدن و پرخاشگری فراهم می‌کند (۳). از طرفی نگرانی و ترس زیاد باعث افزایش سوء برداشت در جامعه می‌شود (۱۲). ترس می‌تواند باعث شروع بیماری‌های روانی مثل، اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه شود و حتی در موارد شدیدتر منجر به ایده خودکشی، اقدام به خودکشی و وقوع خودکشی واقعی می‌شود. به طور مثال ترس زیاد در فردی هندی که به اشتباه تصور می‌کرد به عفونت کوید ۱۹ مبتلا شده منجر به خودکشی شد. پزشکان به این مرد ۵۴ ساله گفته بودند که وی کرونا ویروس ندارد ولی به او توصیه کرده بودند برای محافظت خود از عفونت به ماسک بپوشد. این کار باعث شد وی به طرز عجیبی رفتار کند و از روستاییان خواسته بود تا به او نزدیک نشوند. این مرد به پسرش گفته بود برای امنیت دیگران باید خودش را بکشد نهایتاً اقدام به خودکشی نمود (۱۳). هم‌چنین در ژاپن که تا سوم ۳ فوریه سال ۲۰۲۰، هیچ کس به طور مستقیم در اثر عفونت کروناویروس فوت نکرده بود، با این حال، یک کارمند ۳۷ ساله دولت که در اثر خودکشی درگذشت. این فرد مسئول موسسه قرنطینه افرادی بود که به تازگی از سفر چین بازگشته بودند (۱۴).

ترس و انگ نسبت به همه‌گیری‌های کوید ۱۹ ممکن است منجر به عواقب منفی کنترل بیماری شود (۱۲) مخصوصاً در گروهی از افراد شود. عواقب و عوارض پاندمی کوید ۱۹ ممکن است برای ۴ دسته از افراد جدی باشد. دسته اول آنهایی هستند که به طور مستقیم و یا غیر مستقیم در تماس با ویروس هستند، دسته دوم افرادی که قبلاً آسیب‌پذیری بیولوژیک داشته‌اند و مستعد عوارض و بیماریهای دیگر هستند مثل افراد دیابتی، افراد با ناراحتی‌های تنفسی، کسانی که مشکلات روانی داشته‌اند و افرادی که سایر بیماری‌ها را دارند. دسته سوم کارکنان بهداشت بهداشتی به دلیل این که در معرض زیاد ی از خطر ابتلا هستند و چهارم مردمی که اخبار را از طریق کانال‌های مختلف و متعدد دنبال می‌کنند (۱).

انگ مرتبط با کوید ۱۹

ترس زمینه پرورش تنفر و انگ است (۱۰). به عبارتی ترس وانگ به یکدیگر وابسته‌اند وقتی افراد از تهدیدی می‌ترسند نسبت به افرادی که به آن تهدید مرتبط می‌شوند، انگ می‌زنند. انگ مرتبط با سلامت در واقع یک روند اجتماعی قابل پیشبینی یا تجربه شده است که همراه با قضاوت منفی در مورد یک شخص و یا گروه می‌باشد که با علائمی مانند محرومیت، طرد، سرزنش و یا کاهش ارزش نسبت به افراد انگ زده شده همراه می‌باشد (۱۵). در زمینه سلامت انگ اجتماعی ارتباط منفی مربوط به افراد یا گروهی است که مشترکاً دارای یک بیماری خاص هستند. در اپیدمی، این ممکن است به معنای آن باشد که افراد ی ارتباطی با اپیدمی دارند، برچسب زده شوند و تبعیض علیه آنها صورت گیرد. (۱۶)؛ بنابراین انگ را می‌توان به عنوان علامتی از تنفر تعریف کرد که شخص را از دیگران جدا می‌کند (۱۷).

در اپیدمی کرونا ویروس سه گروه از افراد انگ را تجربه می‌کنند. دسته اول افرادی که متعلق به منطقه جغرافی خاص مثل شهرها، کشورها و نواحی که شیوع بیماری در آنجا زیاد بوده و یا شیوع ویروس از آنجا بوده است. برای مثال سرزنش مردم ووهان چین به دلیل اینکه شیوع بیماری از آنجا بوده است. هم‌چنین نام گذاری کوید ۱۹ به اسم ویروس چینی نمونه‌ای دیگر از انگ می‌باشد (۱۸). دوم افرادی که آلوده به ویروس بوده، با افراد آلوده تماس داشته یا مشکوک به بیماری بوده‌اند. نه تنها این افراد بلکه خانواده آنها مورد انگ قرار می‌گیرند. چنانچه مطالعه‌ای نشان داد کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در معرض آلودگی بودند ننگ و طرد را از سوی مردمی که در محله خود تجربه کرده بودند (۱۹). در واقع آنها متوجه شده بودند دیگران با آنها متفاوت رفتار می‌کنند، از آنها دوری می‌کنند و از دعوت در مراسم محرم شده بودند (۲۰).

انگ ناشی از بیماری مسئله جدی است که عواقب منفی زیادی دارد حتی مدت ها پس از شیوع بیماری منجر به مشکلات زیادی برای افراد می شود (۱۲). برچسب و انگ زدن به بیماران مبتلا به کرونا، موجب انزوای اجتماعی آنان شده و حتی باعث می شود بیماری خود را پنهان کنند و دنبال مراقبت های بهداشتی نباشند؛ و از رفتارهای سالم اجتناب کنند. گاهی اوقات این افراد به فکر انتقال بیماری خود به دیگران می باشند (۱۲). انگ ناشی از بیماری می تواند به رفتار خشونت آمیز منجر شود. برای مثال در اطراف روستایی در چین برای جلوگیری از ورود افراد بیگانه که انگ بیماری به آنها زده می شد، خندقی حفر کرده بودند (۱۸). نتایج تحقیقی نشان داد انگ علیه کارکنان خدمات بهداشتی درمانی که درگیر مبارزه با کوید ۱۹ بوده اند، منجر به پی آمدهای منفی از جمله خستگی و فرسودگی شده و رضایتمندی آنها را کاهش داده است (۱۶)؛ بنابراین انگ علیه کارکنان خدمات بهداشتی درمانی می تواند تاثیر منفی بر انجام وظایف و مسئولیت های آنها شود.

با توجه به اینکه ترس و انگ می تواند با پی آمدهای نامطلوبی همراه باشد که حتی تلاش و کوشش برای کنترل بیماری را کم کند، بنابراین اقدامات در جهت حذف و یا کاهش آنها باید انجام شود.

راهکارها برای کاهش ترس و انگ

از آنجا که کوید ۱۹ یک بیماری جدید است و دارای ویران کننده ترین اثرات در سطح جهان است، ظهور و گسترش آن باعث بروز مشکلات روانی اجتماعی از جمله ترس و انگ ناشی از بیماری بین عموم می شود. ارائه راه کارهای زیر می تواند در جهت کاهش ترس و انگ موثر باشد:

- ۱- با اطلاعات و دانش صحیح منتشر شده در رسانه های اجتماعی، احتمالاً ترس و انگ کم می شود. رسانه های اعم از کانال های خبری، شبکه های اجتماعی و رسانه های چاپی می توانند نقش مهمی در دوران اپیدمی داشته باشند. با ارائه اطلاعات صحیح و به موقع می توانند به ترس، انگ منتسب به بیماری و عدم اطمینان را کاهش داده و تقویت اعتماد عمومی به اقدامات بهداشت عمومی را افزایش دهند. علاوه بر آن می توانند باعث تقویت بسیج مردم و جوامع محلی برای پیروی از دستورات بهداشتی شوند و با راهنمایی دقیق زمینه مشارکت آنها را برای کنترل اپیدمی و عوارض آن فراهم آورد.
- ۲- عزم جدی و قوی سیاستگذاران می تواند نقش مهمی در کاهش انگ و ترس داشته باشد.
- ۳- حمایت و دفاع از بیماران و مراقبان آنها می تواند نقش مهمی در حفظ سلامت روان آنها داشته باشد.
- ۴- وجود سامانه برای راهنمایی و پاسخ گویی به سوالات مردم درباره بیماری می تواند تا حدودی زیادی به سوالات افراد جواب داده واز ترس و نگرانی در آنها جلوگیری کند.
- ۵- ارائه برنامه ها و مداخلات روانشناختی برای گروه های آسیب پذیر

منابع

۱. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 2020;63.(۱)
۲. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa: health-care workers struggle to help people who have been traumatized by the epidemic. *Nature*. 2015;519(7541):13-5.
۳. Assari S, Habibzadeh P. The COVID-19 Emergency Response Should Include a Mental Health Component. *Archives of Iranian medicine*. 2020;23(4):281.
۴. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*. 2020.
۵. Pappas G, Kiriaze I, Giannakis P, Falagas M. Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*. 2009;15(8):743-7.
۶. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;42(3):232-5.
۷. Kobayashi T, Jung S-m, Linton NM, Kinoshita R, Hayashi K, Miyama T, et al. Communicating the risk of death from novel coronavirus disease (COVID-19). *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*; 2020.
۸. Dong L, Bouey J. Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7):10.3201.
۹. BSD RP, Wilder-Smith A. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak.
۱۰. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020:102083.
۱۱. Sadeghi M. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Biological Science Promotion*. 2020;3(6):168-71.
۱۲. Lin C-Y. Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*. 2020;3(1):1.
۱۳. Today I. Andhra man wrongly thinks he has coronavirus, kills self to protect village.
۱۴. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2020;74(4):281.
۱۵. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, health & medicine*. 2006;11(3):277-87.
۱۶. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social Stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*. 2020;12(9):3834.
۱۷. Pescosolido BA. The public stigma of mental illness: What do we think; what do we know; what can we prove? *Journal of Health and Social behavior*. 2013;54(1):1-21.
۱۸. Ren S-Y, Gao R-D, Chen Y-L. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. *World journal of clinical cases*. 2020;8(4):652.
۱۹. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*. 2004;55(9):1055-7.
۲۰. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020.

پزشکی از راه دور گامی در جهت مدیریت بهتر پاندمی کووید-۱۹

مهديه نژادشفيعی (دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در بلايا و فوریت ها)

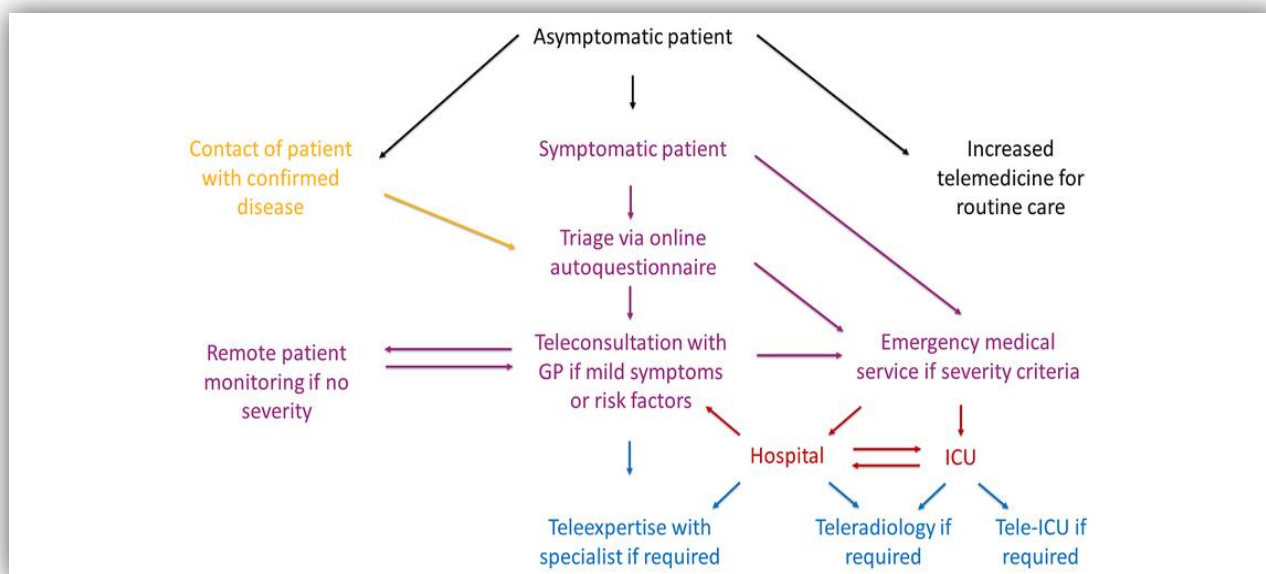
مقدمه

سیستم‌های بهداشتی و درمانی در سراسر دنیا با چالش جدیدی در زمینه حفظ و نگهداشت منابع فرا ظرفیتی خود در حوزه‌ی تجهیزات، نیروی انسانی و خدماتی با پاندمی کووید-۱۹ روبرو شده‌اند. در این گستره پزشکی از راه دور ابزار مؤثر و کارآمد به منظور ارائه خدمات معرفی شده است.

با رخداد این پاندمی، استراتژی پاسخ اکثر دولت‌ها شامل: تشخیص زودرس، جداسازی بیماران، مانیتورینگ علائم در موارد مشکوک و تأیید شده و همچنین قرنطینه بهداشتی بود. در این زمینه، بهره‌گیری از خدمات پزشکی از راه دور به ویژه به شکل مشاوره‌های ویدئویی، برای کاهش خطر انتقال به ویژه در انگلستان و ایالات متحده ترویج و گسترش پیدا کرد.

مرور مطالعات نشان می‌دهد که اولین چارچوب مفهومی برای پیاده سازی پزشکی از راه دور در هنگام شیوع بیماری‌ها به سال ۲۰۱۵ بر می‌گردد. در زمان رخداد اپیدمی سندرم زجر تنفسی حاد (SARS-CoV)، سندرم تنفسی خاورمیانه (MERS-CoV) و همچنین ویروس زیکا و ابولا استفاده از خدمات سلامت از راه دور بسیار کمک کننده بوده است.

دستورالعمل پزشکی از راه دور در پاندمی کووید-۱۹ تدوین شده است و بکارگیری آن در این مقطع زمانی می‌تواند به طور قطع منجر به ارتقاء و بهبود پاسخ سیستم‌های درمانی منجر شود. همه‌گیری کووید-۱۹ برای کشورهایی که در سیستم مراقبت‌های بهداشتی ملی خود پزشکی از راه دور را ندارند، فرصت مناسبی برای اتخاذ چارچوب‌های نظارتی لازم برای حمایت از پذیرش این گونه خدمات است.



چارچوب مفهومی پزشکی از راه دور در پاندمی کووید-۱۹

اهمیت پزشکی از راه دور در پاندمی کووید-۱۹

۱- بخش قابل توجهی از ویژگی‌های سرپایی در محیط‌های مختلف را می‌توان از نظر بالینی به طور مؤثر از راه دور مدیریت کرد، بدین معنی که تشخیص و درمان بیماران غیر اورژانسی و حتی اورژانسی را می‌توان با خدمات پزشکی از راه دور مدیریت کرد و بیماران مراقبت‌های با کیفیت را دریافت کنند.

- ۲- زیرساخت های لازم برای برخورداری از این خدمات بالینی، از طریق تلفن های هوشمند همه جا قابل دسترس است. اکثر سیستم های مراقبت بهداشتی در بخش های خصوصی و دولتی از قبل تجهیزات الکترونیکی سلامت را در واحد خود مستقر کرده اند و از این طریق تداوم مراقبت از بیماران خود را تضمین می کنند.
- ۳- امکان ایجاد حمایت های پشتیبانی از استقرار برنامه پزشکی از راه دور امروزه به راحتی با آموزش کارکنان فراهم است.
- ۴- در برابر روش ارائه این نوع خدمات مراقبتی مقاومت کمی وجود دارد، زیرا هم برای ارائه دهندگان خدمات و هم برای بیماران به نوعی ابزار محافظتی است.
- ۵- بسیاری از دولت ها در شرایط کنونی برای استقرار برنامه پزشکی از راه دور مقررات قانونی مربوطه را محدود تر کرده اند تا امکان استفاده از این گونه خدمات تسهیل گردد.
- بالای طبیعی و همه گیری ها چالش های خاصی را در زمینه ارائه خدمات درمانی برای سیستم های درمانی ایجاد می کنند و بهره گیری از خدمات سلامت از اره دور اگر چه همه آنها را برطرف نمی کند، اما می تواند یک راه حل کاملاً عالی باشد.

منابع:

1. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action JMIR Public Health Surveill 2020;6(2):e18810 DOI: [10.2196/18810](https://doi.org/10.2196/18810).
2. Ohannessian R, Mattos S, Paranhos-Baccalà G, Vanhems P. The role of telemedicine in response to the Zika virus outbreak in Brazil. 2016 Presented at: Zika Summit; April 25, 2016; Paris, France.
3. Ohannessian R. Telemedicine: Potential applications in epidemic situations. European Research in Telemedicine/La Recherche Européenne en Télémedecine 2015 Sep;4(3):95-98.
4. Rashid Bashshur, Charles R. Doarn, Julio M. Frenk, Joseph C. Kvedar, and James O. Telemedicine and e-Health. May 2020.571- Woolliscroft .
573.<http://doi.org/10.1089/tmj.2020.29040>.

از علاقمندان دعوت می گردد با مطالعه مطالب این شماره و راهنمایی و ارسال پیشنهادات ما را در هر چه غنی تر نمودن نگارش مطالب شماره های بعدی که متناسب با موضوعات روز بخش بهداشت و درمان در حوزه سلامت در بلایا و فوریت ها می باشد یاری نمایند.