

مقاله‌ی پژوهشی

## چالش‌های اخلاقی مراقبت و درمان بیماران کووید ۱۹ در بیمارستان از منظر ارائه دهندگان خدمت

رویا ملک‌زاده<sup>۱</sup>، افشین امیرخانلو<sup>۲</sup>، قاسم عابدی<sup>۳</sup>، فرشته عراقیان مجرد<sup>۴\*</sup>

۱. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲. پزشک عمومی، بیمارستان شهداء بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴. استادیار، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، پژوهشکده‌ی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

### چکیده

\* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

فرشته عراقیان مجرد

آدرس: ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران،

معاونت آموزشی

کد پستی: ۴۸۱۵۷۳۳۹۷۱

تلفن: ۰۱۱۳۳۰۴۴۴۹۱

Email: [fereshteharaghian@yahoo.com](mailto:fereshteharaghian@yahoo.com)

گسترش سریع کووید ۱۹، نبود درمان استاندارد، محدودیت زمانی و کمبود منابع از چالش‌های جدی در سراسر دنیاست. با توجه به اهمیت اخلاق در ارائه‌ی مراقبت به بیماران مبتلا به بیماری‌های نوپدید، این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ و درمان آنان انجام شد. پژوهش حاضر به روش تحلیل محتوای کیفی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۲۲ نفر از پزشکان متخصص عفونی و پرستاران بخش‌های مراقبت بیماران کووید ۱۹ با حداقل پنج سال سابقه‌ی کار در بیمارستان‌های استان مازندران بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته‌ی مبتنی بر هدف و روش گلوله‌ی برفی، پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد و تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌های مطالعه با استفاده از روش گرانهم لوندمن انجام شد. برای صحت و استحکام مطالعه از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن استفاده شد. از تحلیل تجربیات مشارکت‌کنندگان، چهار درون‌مایه‌ی اصلی و سیزده درون‌مایه‌ی فرعی در خصوص چالش‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ استخراج شد. رعایت حقوق بیماران، انگ و تبعیض اجتماعی، وظیفه‌ی مراقبت از بیماران و حمایت و پاسخ‌گویی مسئولان از چالش‌های اصلی اخلاقی در مراقبت از بیماران در دوران کرونا بود. با توجه به یافته‌های مطالعه، حمایت از حقوق بیماران و ارائه‌ی مراقبت با کیفیت خوب از طریق تصمیم‌گیری آگاهانه و اخلاقی برای افزایش رضایتمندی بیماران و ارتقاء سلامت آنان، به‌عنوان راهکارهای رفع چالش‌های اخلاقی، توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: اخلاق، بیمارستان، چالش، کرونا و ویروس، کووید ۱۹.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱

## مقدمه

پیشرفت‌های روزافزون علمی و فناوری در حوزه‌ی علوم پزشکی، چالش‌های اخلاقی و قانونی متعددی را پیش روی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قرار داده است (۱). کارکنان تیم سلامت به‌طور فزاینده‌ای با این چالش‌ها مواجه‌اند (۲) و گاه مجبور می‌شوند دست به اقداماتی بزنند که در تقابل با نظرات بیمار یا خانواده و حتی خود آنان باشد (۳). از آنجاکه سلامت هر انسان سنگ بنایی است که او سایر توانایی‌های خود را بر آن بنا می‌کند، عملکرد حرفه‌ای گروه پزشکی علاوه بر تأثیرات فردی می‌تواند بر رفاه اقتصادی و اجتماعی نیز اثر بگذارد (۴)؛ از این رو، توجه به منافع و موقعیت او در همه‌ی جنبه‌های پزشکی باید مدنظر باشد (۵). هرچند اخلاق در همه‌ی مشاغل ضروری است، در حرف پزشکی این عامل بیشتر ضرورت دارد (۶). کارکنان بخش درمان، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام بگذارند (۷). پیشرفت روزافزون علم پزشکی، تشخیص بیماری‌های مختلف، کشف داروهای جدید و پیدایش بیماری‌های نوپدید، نیاز به رویکرد اخلاقی را در حرف پزشکی، به ضرورتی انکارناپذیر تبدیل کرده است (۸).

کووید ۱۹ بیماری‌ای است که اولین بار در دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی در افرادی که در شهر ووهان چین دچار عفونت ریوی شده بودند کشف شد (۹). از آن پس، فراگیر شدن بیماری کووید ۱۹، به‌عنوان معضلی اساسی برای سلامت همگانی در سطح جهان مطرح شد. در نوزدهم مارس سال ۲۰۲۰ سازمان بهداشت جهانی، این بیماری را به‌عنوان یک بیماری عالم‌گیر (پاندمیک) معرفی کرد و تا به امروز تعداد مبتلایان به این ویروس جدید و مرگ‌ومیرهای ناشی از

آن در سراسر جهان رو به افزایش است (۵). از زمان گزارش اولین نمونه‌ی قطعی این بیماری در اوایل اسفندماه سال ۱۳۹۸ در ایران تاکنون، همچنان نحوه‌ی درمان و مراقبت از این بیماران، به‌عنوان دغدغه و اولویت اول نظام سلامت کشور مطرح است و کادر سلامت با آن درگیر هستند (۶).

کادر درمان از جمله پزشکان و پرستاران، به‌عنوان خط مقدم مقابله، در خطر مواجهه با این ویروس قرار دارند (۱۰). به نظر می‌رسد کادر درمانی علی‌رغم مراقبت‌های فراوان، هنگام ارتباط با بیماران، بیشتر در محیط‌های آلوده‌ی بیمارستانی مبتلا می‌شوند و با مواجهه‌ی مکرر و بار ویروسی بیشتر در این مواجهات، قطعاً بیشتر از جمعیت عادی جامعه با این بیماری درگیر هستند (۱۱). در چنین شرایط پرخطری، کادر درمانی ملزم به حفاظت از حقوق مددجو و پیشگیری از آسیب‌دیدن او اعم از مادی و غیرمادی هستند (۱۲). آنان به‌عنوان حرفه‌مندان سلامت، وظیفه‌ی اخلاقی دارند از حقوق بیمار خود دفاع کنند. مراقبت از خود در مقابل مراقبت از دیگران، چالشی اخلاقی است که در این زمینه وجود دارد (۱۳). در مطالعه‌ی نگارنده و همکاران، حمایت کادر درمان از بیمار شامل اعمالی نظیر آگاه‌کردن و آموختن، ارج نهادن و محترم‌شمردن، حفاظت و تأمین استمرار مراقبت است (۱۴). در مطالعه‌ی صفری (1399) مضامینی همچون حفاظت فردی، حفاظت ساختاری و مشکلات ایمنی از جمله دغدغه‌های اصلی پرستاران در زمینه‌ی حفاظت از خود در هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ تبیین شده است (۱۵).

ماهیت ذاتی حرف پزشکی احترام به حقوق انسان است (۱۶). گسترش سریع کووید ۱۹، نبود درمان استاندارد، محدودیت زمانی و کمبود منابع از جمله چالش‌های جدی پیش روی سیاستمداران در سراسر دنیا است. رعایت‌نکردن

اخلاقیات، چالش‌ها و پیامدهایی را در پی خواهد داشت که باعث کاهش رضایتمندی بیمار و کاهش کیفیت ارائه‌ی مراقبت می‌شود (۷). بر اساس جست‌وجوها می‌توان گفت مطالعه‌ی خاصی در زمینه‌ی شناخت چالش‌های اخلاقی مراقبت از بیماران کووید ۱۹ در بیمارستان از منظر ارائه‌دهندگان خدمت انجام نشده است؛ درحالی‌که شناخت این تجارب برای مقابله‌ی مؤثر با بیماری مذکور بسیار اهمیت دارد؛ لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف چالش‌های اخلاقی مراقبت از بیماران کووید ۱۹ در بیمارستان، از منظر ارائه‌دهندگان خدمت صورت پذیرفت.

### روش کار

پژوهش حاضر، کیفی و از نوع تحلیل محتوایی است. جامعه‌ی پژوهش، ارائه‌دهندگان خدمت به بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۹۹ بود. ۲۲ شرکت‌کننده به صورت مبتنی بر هدف، از بین جامعه‌ی پژوهش انتخاب شدند. معیار ورود شامل ارائه‌دهندگان خدمت به بیماران مبتلا به کووید ۱۹ با حداقل پنج سال سابقه‌ی کاری در بخش بود. معیار خروج از مطالعه، تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه بود. پژوهشگران سعی کردند حداکثر تنوع را در انتخاب شرکت‌کنندگان رعایت نمایند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی فردی نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. پژوهشگران پس از انتخاب محل مصاحبه (اتاقی مناسب در مرکز درمانی) به انتخاب شرکت‌کننده بر اساس هدف و معیارهای ورود پرداخته و پس از کسب رضایت شفاهی و اطمینان‌دادن درباره‌ی محرمانه‌ماندن اطلاعات، به مصاحبه با استفاده از سؤال‌های باز اقدام کردند؛ همچنین مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان

ضبط شد. در طول مصاحبه‌ها سؤال‌های بازی پرسیده شد و به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد آزادانه به بیان نظرات یا تجارب خود بپردازند. از آنان خواسته شد «چالش‌های اخلاقی‌ای را که در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ با آن برخورد کرده‌اند» و «چالش‌های اخلاقی مشاهده‌شده در ارتباط با ارائه‌ی مراقبت به بیماران مبتلا به کووید ۱۹» را برایمان بازگو کنند. حین مصاحبه، تمرکز بر مواردی بود که مشارکت‌کننده را به سمت تبیین چالش‌های ارائه‌ی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به کووید ۱۹ سوق دهد. سؤالات برای تمامی مشارکت‌کنندگان ثابت بود، ولی برای روشن‌تر شدن مفهوم و عمیق‌تر شدن روند مصاحبه، سؤالاتی پیگیری‌کننده و اکتشافی بر اساس داده‌هایی که شرکت‌کنندگان ارائه کردند، مطرح شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها یا تا جایی که دیگر، با ادامه‌ی مصاحبه، داده‌ی جدید استخراج نشد، ادامه یافت. پژوهشگر حتی‌الامکان سعی کرد شنونده‌ی فعالی باشد. زمان مصاحبه چهل تا شصت دقیقه و بسته به وضعیت شرکت‌کننده متغیر بود. برای آنالیز داده‌ها، خلاصه‌نویسی بلافاصله پس از هر مصاحبه (خلاصه‌ها شامل برداشت مصاحبه‌گر از مهم‌ترین ایده‌های مطرح‌شده در مصاحبه)، گوش‌دادن به نوار، دست‌نویس کردن محتوای نوار و در پایان چک کردن دست‌نوشته‌ها با محتوای نوار انجام شد. برای تحلیل محتوا از رویکرد کیفی گرانهیم و لوندمن<sup>۱</sup> استفاده شد (۱۷) که به صورت زیر بود:

الف. محقق مصاحبه‌ها را به صورت مکتوب درآورده و آن‌ها را چندین بار مطالعه کرد تا شناخت کاملی را از آن به دست آورد.

ب. کل مصاحبه‌ها به عنوان واحد تحلیل محسوب شدند؛

قابلیت انتقال داده‌های<sup>۵</sup> مطالعه، نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شد، بیان گردید. کسب اجازه از مسئولان دانشگاه و بیمارستان‌های مرتبط، اخذ رضایت شفاهی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش، رعایت چارچوب محرمانه‌ماندن اطلاعات، حفظ احترام و رعایت حقوق و تشریح هدف پژوهش، از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

#### یافته‌ها

در بخش کیفی از نظرات ۲۲ نفر از ارائه‌دهندگان مراقبت در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران شامل ده نفر پزشک، هشت نفر پرستار و چهار نفر از رؤسا و مدیران بیمارستان درگیر در مراقبت از بیماران کووید ۱۹ استفاده شد. ۵۹٪ مشارکت‌کنندگان زن و ۴۱٪ از آنان مرد بودند. نزدیک به نیمی از مشارکت‌کنندگان (۴۵ درصد) دارای مدرک دکتری و مابقی دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. از توصیف غنی و عمیق مشارکت‌کنندگان، ۳۲۰ کد اولیه استخراج شد. با بهره‌گیری از تحلیل چارچوبی ارزیابی عملکرد، با چهار درون‌مایه اصلی و سیزده درون‌مایه فرعی و ۵۶ گویه استخراج گردید (نک: جدول شماره‌ی یک).

#### رعایت حقوق بیماران

به نظر اکثر مشارکت‌کنندگان در مطالعه، شیوع ویروس کرونا، وضعیت سلامت کشور را در حالی اورژانسی قرار داده و در چنین شرایطی نقض برخی اصول اخلاق حرفه‌ای اجتناب‌ناپذیر است و بی‌توجهی به برخی حقوق فردی بیماران به منظور حفظ سلامت عمومی، توجیه لازم را می‌یابد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان «حرفه‌مندان سلامت وظیفه‌ی اخلاقی

منظور از واحد تحلیل، یادداشت‌هایی هستند که قرار است تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند.

ج. پاراگراف‌ها، جملات یا کلمه‌ها به‌عنوان واحد معنایی محسوب شدند؛ واحد معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات است که از نظر محتوایی با یکدیگر در ارتباط بوده و با توجه به محتوا و مفادشان جمع‌بندی شده و در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.

د. سپس واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و توسط کدها نام‌گذاری شدند.

ه. کدها از نظر تشابه و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی شدند.

و. در نهایت با مقایسه‌ی طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر آن‌ها، محتوای نهفته‌ی درون داده‌ها تحت عنوان درون‌مایه‌ی مطالعه معرفی شدند.

برای صحت و استحکام مطالعه نیز از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن<sup>۱</sup> استفاده شد (۱۸). پژوهشگر با شرکت طولانی‌مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط مشارکت‌کنندگان، برای افزودن اعتبار تحقیق<sup>۲</sup> تلاش کرد. افزون‌براین، برای افزایش اعتماد داده‌ها<sup>۳</sup>، تکرار گام‌به‌گام و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بهره‌گیری از بازبینی توسط استاد راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر نیز صورت گرفت. به منظور افزایش معیار تأییدپذیری داده‌ها<sup>۴</sup> از تأیید استادان هیئت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. جهت

1. Guba & Lincoln
2. Credibility
3. Dependability
4. Confirmability

دارند که از حقوق بیمار خودشان دفاع کنند؛ اما به علت ماهیت خاص مبتلایان به این بیماری، توجه به تمامی ابعاد حقوق بیماران از جمله چالش‌های اخلاقی این بیماری است» (م ۱۴).

الف. برخورداری عادلانه از مراقبت و درمان با کیفیت خوب

با توجه به دیدگاه اغلب مشارکت‌کنندگان رویه‌هایی که پزشکان برای نجات بیماران اعلام کرده‌اند، این است که همیشه اولویت رسیدگی با بدحال‌ترین بیماران است و این یکی از تنگناهای اخلاقی است. «اگر دو فرد بدحال وجود داشته باشد، اولویت با بیماری است که از شانس نجات بیشتری برخوردار باشد و در واقع شانس زنده ماندن و مقاومت بیشتری داشته باشد و قرار گرفتن در چنین موقعیتی، برای هر پزشکی وحشتناک است» (م ۱۶). «در اوایل شروع کرونا، به دلیل شرایط تحریمی کشور، بیمارستان‌ها در تأمین برخی داروها دچار مشکل بودند و تصمیم در دادن این دارو به کدام بیمار، مستلزم خواندن پرونده‌ی بیمار و در نظر گرفتن سن بیمار، بیماری زمینه‌ای و برخی موارد دیگر از دیدگاه تیم متخصصین بود» (م ۴).

ب. محرمانه‌بودن اطلاعات

به نظر مشارکت‌کنندگان یکی از مواردی که در بیماری کووید نقض می‌شود، اصل محرمانگی اطلاعات است؛ زیرا افشان کردن آن و در جریان نگذاشتن خانواده و اطرافیان بیمار از بیماری وی به شیوع بیشتر بیماری می‌انجامد. از دیدگاه یکی از مشارکت‌کنندگان «به علت فشردگی و ازدحام بیماران، اصل محرمانگی که از حقوق مسلم بیماران است نقض می‌شود» (م ۴). «در برخی موارد فاصله‌ی بیماران از همدیگر کم بود و این موضوع مشکلات آن‌ها را آشکار می‌کرد» (م ۱۹). مشارکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت: «کمبود نیروی

کمک‌بیمار و خدمات زن باعث می‌شد بسیاری از حقوق بیماران رعایت نشود یا بسیاری از خدمات توسط همراهان بیماران برای بیمارستان انجام شود» (م ۱۴).

ج. رضایت آگاهانه

بنا بر نظر مشارکت‌کنندگان «در برخی موارد مثل دادن پلاسما به بیماران یا داروهای جدید، برای رضایت آگاهانه هنوز نتایج مصرف این داروها کاملاً مشخص نبود؛ بنابراین برخی حقوق بیماران نقض می‌شد» (م ۲).

د. استقلال بیمار و مشارکت در تصمیم‌گیری

ضرورت مشارکت بیماران در فرایند درمان یکی از اساسی‌ترین حقوق بیماران است. به نظر مشارکت‌کنندگان «استقلال بیمار و مشارکت وی در تصمیم‌گیری در طول مراقبت یکی از اجزای کلیدی در ارائه‌ی مراقبت اخلاقی است» (م ۲ و م ۱۰). «یکی از مهم‌ترین چالش‌های بحران کرونا در ناشناخته‌بودن بیماری، علائم، عوارض و روش‌های تشخیصی و درمانی آن بود و همین موضوع مشارکت بیماران را در فرایند درمان تحت تأثیر قرار می‌دهد» (م ۱۴).

انگ و تبعیض اجتماعی

الف. دوری جامعه از بیمار

مجموع تجربیات مشارکت‌کنندگان، از تصویر تبعیض‌آمیز مردم جامعه از بیماران مبتلا به کرونا حکایت دارد؛ اینکه مردم برای حفظ سلامتی خود، دوری از فرد مبتلا را حتی مدت‌ها پس از بهبودی رعایت می‌کردند. با توجه به تجربه‌ی مشارکت‌کنندگان «ساکنین منازل اطراف بیمارستان از اینکه این مرکز به‌عنوان بیمارستان مرجع کرونا انتخاب شده شدیداً موضع‌گیری کردند» (م ۲) و «آن را تهدیدی برای سلامت همسایه‌های دورتادور بیمارستان دانستند و اعتراض کردند» (م ۱۳ و م ۱۱).

## ب. دوری اعضای خانواده از بیمار

نکته‌ی مهمی که اکثر مشارکت‌کنندگان از برخورد با بیماران مبتلا به کرونایی بستری و خانواده‌های آن‌ها بیان می‌کنند، شرم و خجالتی است که خود بیمار در کنار ترس از بیماری و اعضای خانواده از ابتلای عزیزشان به کرونا احساس می‌کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان کرد: «تعدادی قابل‌توجه از خانواده‌ها در صورت فوت بیمار مبتلا به کرونا اصرار می‌کردند که کرونا از قسمت علت فوت گواهی فوت حذف شود؛ چون احساس می‌کردند لکه‌ی ننگی برای خانواده است و خجالت می‌کشیدند» (م ۲۱). «تعداد زیادی از خانواده‌ها ساعت‌ها چانه‌زنی می‌کردند که تشخیص کرونا غلط است و بیماری زمینه‌ای گذشته مثل آسم و حساسیت به وایتکس و عفونت ریوی و... را علت بیماری بیمارشان می‌دانستند» (م ۶).

## وظیفه‌ی مراقبت از بیماران

## الف. فرارگرفتن در معرض سرایت بیماری

با توجه به بیانات اکثر مشارکت‌کنندگان، نگرانی و ترس ارائه‌دهندگان خدمات از سرایت بیماری به خودشان و به تبع آن در معرض فرارگرفتن خانواده‌های آنان، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اخلاقی این بحران است. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: «در مواقع بحرانی وقوع بیماری‌های نوپدید، همی ارگان‌های اجتماعی، حتی افراد نزدیک و خانواده‌ی بیمار از وی فاصله می‌گیرند. این وظیفه‌ی کادر درمان است که در این شرایط از بیمار مراقبت کنند؛ علی‌رغم اینکه سلامتی خودشان در معرض خطر قرار می‌گیرد» (م ۶). مشارکت‌کننده‌ی دیگر این‌چنین بیان کرد که «پزشکان و پرستاران وظایف خود را برای درمان بیماران انجام می‌دهند، هرچند در طول عملیات احیا بر روی بیماران مبتلا بارها، سلامتی‌شان به خطر افتاده، مبتلا شده یا جان خود را از دست داده‌اند» (م ۱۷).

## ب. کمبود نیروی انسانی

ارائه‌ی خدمات لازم و باکیفیت یکی از مسائل اخلاقی در مراقبت و درمان بیماران است که به دلیل حجم زیاد مراجعه و بستری بیماران در کووید ۱۹، کمبود نیروی انسانی بسیار به چشم می‌خورد و موجب می‌شود تا ارائه‌ی خدمات توسط کارکنان همگن با بیمار رعایت نشود. با توجه به بیانات مشارکت‌کنندگان «کمبود نیروی کمک‌بهبار و خدمات و در برخی موارد نیروی همجنس برای رعایت طرح انطباق به‌شدت دیده می‌شد و بسیاری از خدمات که به نیروی بیشتر یا نیروی زن نیاز داشت می‌موند یا برخی اوقات به‌وسیله‌ی پرستاران انجام می‌شد» (م ۲۲). «در برخی موارد بیمارانی که سن بالای شصت یا هفتاد سال داشتند، بدون همراه در سرو غذا یا رفتن به دستشویی یا نظیف دچار مشکل می‌شدند. از طرفی گذاشتن همراه برای بیماران خطر سرایت بیماری به آن‌ها را بیشتر می‌کرد، ولی گریزی نبود» (م ۱۴).

## ج. کمبود وسایل حفاظت فردی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، نبود امکان تأمین تجهیزات فردی به تعداد کافی، هم برای کارکنان و هم برای همراهان بیمار که به دلیل کمبود پرسنل درمانی برای مراقبت از بیماران در بخش‌ها حضور داشتند، موجب انتشار ویروس می‌شد و این نکته‌ی اخلاقی تأمل‌برانگیز بود. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمود: «همراهان باید وسایل حفاظت فردی را خودشان تهیه کنند که به علت هزینه‌ی بالای آن، برای خانواده مشکلات اقتصادی ایجاد می‌کرد. برخی خانواده‌ها از این وسایل چند بار استفاده می‌کردند که موجب آلودگی و سرایت بیماری می‌شد» (م ۸). مشارکت‌کننده‌ای دیگر عنوان کرد: «یکی از نگرانی‌های اصلی ما در ارائه‌ی مراقبت به بیماران کرونایی، نگرانی از دریافت ویروس بود؛ چراکه در اوایل شروع بیماری وسایل حفاظت فردی به اندازه‌ی کافی وجود نداشت و تعویض استاندارد لباس‌ها، به‌ویژه ماسک، برای کارکنان مقدور نبود» (م ۲۲).

د. تبعیض و نابرابری در جبران خدمت

برخورد منصفانه و توأم با عدالت و انصاف با کارکنان ارائه‌دهنده‌ی خدمات به بیماران، به‌ویژه کارکنان درگیر در مراقبت از بیماران کووید ۱۹، یکی از موارد اخلاقی مهمی است که باید به آن توجه کرد. بنا به تجربه‌ی یکی از مشارکت‌کنندگان «پزشکان متخصص عفونی بعد از گذشت چند ماه از مدیریت بحران کرونا به خستگی رسیدند. بخش‌ها پر از بیمار بستری بود. اخبار فوت و شهادت مدافعین سلامت باعث نگرانی آن‌ها می‌شد. مبالغ پرداختی به‌عنوان جبران خدمات تفاوت چندانی با گذشته نداشت» (م ۱). همچنین مشارکت‌کننده‌ای دیگر بیان داشت: «رابطه‌ی استخدامی بسیاری از این پزشکان و پرستاران قراردادی بود و درخصوص ایمنی شغلی تردید بود. شاید پس از بحران، این رابطه‌ی یک‌طرفه قطع می‌شد و هیچ تضمینی برای ادامه‌ی فعالیتشان نبود» (م ۱۷).

#### حمایت و پاسخ‌گویی مسئولان

الف. تأمین و توزیع عادلانه‌ی منابع

علاوه بر تأمین مناسب منابع برای بیمارستان که بتواند به بیماران خدمات مناسب ارائه دهد و در دادن مراقبت کاستی نداشته باشد، توزیع عادلانه‌ی این منابع بین بیمارستان‌ها نیز ازجمله چالش‌های اخلاقی بود که در بیانات مشارکت‌کنندگان مشاهده شد. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: «مسائل مالی مربوط به پذیرش و درمان بیماران نیز ازجمله مواردی

است که در شرایط بحرانی مانند بحران کرونا به‌صورت چالشی جدی نمایان می‌شد» (م ۳). «از سویی، شرایط اقتصادی بخشی چشمگیر از بیماران کفاف هزینه‌های تشخیصی و درمانی را نمی‌دهد و از سویی دیگر خدمات دولتی و حمایت‌های بیمه‌ای نیز در شرایط اقتصادی کنونی محدود است» (م ۱۲).

ب. نبود حمایت همه‌جانبه

از دید اکثر مشارکت‌کنندگان، یکی از چالش‌های جدی ارائه‌دهندگان خدمت به بیماران بستری کرونایی احساس تنه‌ماندن در برابر تهدید عظیم بحران کرونا بود. یکی از مشارکت‌کنندگان اذعان داشت: «ارائه‌دهندگان خدمت احساس می‌کردند، در مواردی چون کمبود نیرو، کمبود دارو، مشکلات مالی، مشکلات دستگاه‌های اکسیژن‌ساز، کمبود و فرسودگی تجهیزات پزشکی، عدم حمایت بیمه‌ها و... مدیران ستادی از آن‌ها پشتیبانی کافی نمی‌کنند» (م ۲۲).

ج. محدودیت‌های سیاست‌گذاری

بنا بر نظر یکی از مشارکت‌کنندگان «سازمان‌های بیمه‌گر باوجود اطلاع از حجم وسیع بحران و کمبود تخت، مثل گذشته بر اصول و قوانین بیمه‌ای پافشاری می‌کردند» (م ۳). مشارکت‌کننده‌ی دیگری نیز بیان داشت: «سرعت انتشار و تخریب همه‌گیری ویروس بسیار بیشتر از سرعت پاسخ‌گویی و حمایت دولت و وزارتخانه بود» (م ۷).

#### جدول شماره ۱ - طبقات استخراج شده از تجارب شرکت‌کنندگان

طبقات اصلی	طبقات فرعی
رعایت حقوق بیماران	برخورداری عادلانه از مراقبت و درمان با کیفیت خوب
	محرمانه‌بودن اطلاعات
	رضایت آگاهانه
	استقلال بیمار و مشارکت در تصمیم‌گیری

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

طبقات اصلی	طبقات فرعی
انگ و تبعیض اجتماعی	دوری جامعه از بیمار
	دوری اعضای خانواده از بیمار
وظیفه‌ی مراقبت از بیماران	قرارگرفتن در معرض سرایت بیماری
	کمبود نیروی انسانی
	کمبود وسایل حفاظت فردی
	تبعیض و نابرابری در جبران خدمت
حمایت و پاسخگویی مسئولان	تأمین و توزیع عادلانه‌ی منابع
	نبود حمایت همه‌جانبه
	محدودیت‌های سیاست‌گذاری

### بحث

حق برخورداری از مراقبت و درمان با کیفیت خوب، حق دسترسی عادلانه به مراقبت و خدمات سلامت، حق محرمانه‌بودن اطلاعات و رازداری، حق رضایت آگاهانه و استقلال رأی برای بیماران تبیین کرده است (۱۹). بنا بر یافته‌های مطالعه‌ی دهقان نیری (۱۳۹۷) و جیا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نیز رعایت حقوق بیمار، از چالش‌های اخلاقی بیماری‌های نوظهور است (۲۰ و ۷) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد.

با توجه به نتایج حاضر، احترام به استقلال بیمار و مشارکت بیمار در درمان یکی از اجزای کلیدی در ارائه‌ی مراقبت اخلاقی است. لازمه‌ی آن به‌کاربردن اطلاعات ارائه‌شده از سوی پرستاران و پزشکان برای منطقی‌ترین تصمیمات سلامت و نیز توانایی بیمار برای دفاع از خود و درک بهترین تصمیم در طول زمان است (۲۱)؛ ولی با توجه به اظهارات مشارکت‌کنندگان این مطالعه، اطلاعات کادر درمان از این بیماری کامل نیست و در نتیجه قادر به دادن اطلاعات مطلق

مطالعه‌ی حاضر منجر به شناسایی چالش‌های اخلاقی مراقبت از بیماران کووید ۱۹ در چهار طبقه‌ی اصلی «رعایت حقوق بیماران»، «انگ و تبعیض اجتماعی»، «وظیفه‌ی مراقبت از بیماران» و «حمایت و پاسخ‌گویی مسئولان» شد. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، برخورداری از مراقبت و درمان با کیفیت خوب، محرمانه‌بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه و استقلال و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری از چالش‌های اخلاقی رعایت حقوق بیمار است. در این مطالعه ارائه‌دهندگان خدمت بیان داشتند اگرچه محترم‌شمردن حقوق اساسی بیماران ضروری است، به دلیل حجم زیاد بیماران بستری، ماهیت بیماری و احتمال سرایت بیماری به اطرافیان بیمار، کادر درمانی با یک چالش اخلاقی مواجه می‌شوند که محرمانگی را درخصوص بیماری رعایت کنند یا به خانواده و اطرافیان بیمار اطلاع دهند. استعاره‌هایی مانند «افشاکردن جواب تست کرونا به خانواده»، «انجام دادن ایتوبه بر اساس پروتکل» نشان می‌دهد که به‌ناگزیر برخی از حقوق بیماران نادیده گرفته می‌شود. سازمان بهداشت جهانی، حقوقی را نظیر

1. Jia



به بیماران نیستند و از طرفی چنانچه تصمیم بیمار نپذیرفتن روند درمانی و رعایت اصول قرنطینه باشد، به دلیل سرایت بیماری، کادر درمانی نمی‌توانند به این حق بیمار احترام بگذارند. استعاره‌هایی مانند «ارائه‌ی مراقبت تنها بر اساس پروتکل»، «درمان مبتنی بر نظر پزشک» نشان می‌دهد ارائه‌ی مراقبت برای بیماران، بر اساس تصمیم تیم درمان است و استقلال بیماران و مشارکت آنان در درمان نادیده گرفته می‌شود. بر اساس یافته‌های پلتو-پیری<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۳) احترام به این اصل، در مواجهه با بیماران مبتلا به بیماری نوپدید، چالش‌هایی را در پی دارد و استفاده از رویکرد سنتی مراقبت مبتنی بر تصمیم کادر درمان، در این زمینه بیشتر به چشم می‌خورد (۲۲) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعه‌ی ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۳) و فلاحتی (۱۳۹۳) نشان می‌دهد وظیفه‌ی تمامی ارائه‌دهندگان مراقبت، کسب اطمینان از احترام به استقلال بیمار در طول مراقبت است و بیماران در صورت دریافت آموزش صحیح و کافی، تصمیم‌گیری‌های مشارکتی را ترجیح می‌دهند (۲۱ و ۲۳) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر متفاوت است. از دلایل این تفاوت شرایط زمانی انجام مطالعه است؛ در شرایط بیماری‌های نوظهور مانند کووید ۱۹ به دلیل قدرت بالای سرایت بیماری و ناشناخته‌بودن درمان بیماری، احترام به استقلال بیمار و مشارکت وی در تصمیم‌گیری از چالش‌های جدی این حوزه به شمار می‌رود.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حاکی از این است که کادر درمان شاهد بیمارانی هستند که با انگ اجتماعی ناشی از ابتلا به بیماری کووید مواجه‌اند و خودپنداری و اعتمادبه‌نفسشان ضعیف شده است. بیماری کووید ۱۹ نوظهور است و

ناشناخته‌های فراوانی درباره‌ی کروناویروس وجود دارد. مردم اغلب از ناشناخته‌ها می‌ترسند و به راحتی این ترس را به دیگران ارتباط می‌دهند و این موجب تصویر تبعیض‌آمیز مردم جامعه از مبتلایان و مراقبان کرونا بود. استعاره‌هایی مانند «بخش مرگ» معادل «بخش کووید ۱۹»، «مراقبت از «بیماران در حال مرگ» به جای «بیماران مبتلا به کووید ۱۹»، «کارکنان بیمارستان آلوده به ویروس» نشان می‌دهد ارائه‌ی مراقبت به بیماران کووید ۱۹ با انگ همراه است. طبق نظر پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه‌ی رضایی و همکاران (۱۳۹۹)، ارزش‌های حرفه‌ای حاکم بر پرستاری با کاهش کیفیت مراقبت از بیمار و تصور عمومی انگ‌شده درباره‌ی مراقبت از بیماران کووید ۱۹ تهدید می‌شود. نتایج مطالعه‌ی رحمتی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) و دهقان نیری و همکاران (۱۳۹۷)، نشان داد انگ اجتماعی ناشی از ابتلا به بیماری‌های نوپدید، چالش دیگری است که گریبان‌گیر بیماران است (۷، ۲۴ و ۲۵). نتایج مطالعه‌ی جهان‌گشت (۱۳۹۹) نشان می‌دهد بیماری‌های نوظهور می‌تواند احتمال انزوای اجتماعی را افزایش دهد و آن‌ها را نسبت به اتخاذ رفتارهای سالم و سلامت‌محور دلسرد و بی‌انگیزه کند (۲۶)؛ این نتیجه با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. برگزاری جلسات آموزشی برای کارکنان ارگان‌های مختلف و آگاه‌سازی آنان، برای ممانعت از واکنش‌های احساسی ناشی از ترس‌های شخصی و تبعیض در ارائه‌ی خدمات، کمک‌کننده است (۲۷).

مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر اظهار داشتند که در دوران همه‌گیری کرونا، کادر درمان وظیفه دارند از بیماران مراقبت کنند؛ با اینکه سلامتی خودشان در معرض خطر قرار می‌گیرد. نگرانی و ترس ارائه‌دهندگان خدمات از سرایت بیماری به خودشان و به تبع آن در معرض قرارگرفتن

## 2. Pelto-Piri

### نتیجه‌گیری

با تهدید جهانی ناشی از کووید ۱۹، رعایت حقوق بیماران، انگ و تبعیض اجتماعی، وظیفه‌ی مراقبت از بیماران و لزوم حمایت و پاسخ‌گویی مسئولان، از چالش‌های اخلاقی پیش روی کادر درمان در مراقبت از این بیماران است. چالش‌های اخلاقی می‌تواند موجب افت کیفیت خدمات به بیماران و همچنین فرسودگی شغلی و بیماری روانی کارکنان درمان شود؛ لذا توصیه می‌شود مدیران مراقبت‌های بهداشتی، از فراهم‌شدن تجهیزات محافظت شخصی کافی و مناسب و تأمین ایمنی کارکنان مراقبت پزشکی که در خط مقدم کار می‌کنند، اطمینان حاصل کنند؛ همچنین باید به ارزش‌های حرفه‌ای پزشکان و پرستاران احترام بگذارند و موقعیت آنان را بیشتر درک کنند. در نهایت پیشنهاد می‌شود برای جلوگیری از ایجاد اختلالات اضطرابی و استرس در کادر درمان، تیم‌های مراقبتی برای ارائه‌ی کمک‌های روان‌شناختی زودرس و جامع به آنان در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت درمان و مسئولان بیمارستان‌های استان مازندران و مشارکت‌کنندگان در مطالعه که ما را در شکل‌گیری این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

خانواده‌های آنان، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اخلاقی این بحران است. نتایج مطالعه‌ی دهقان نیری و همکاران (۱۳۹۷) و جیا و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهد هنگام بیماری‌های نوظهور، کادر درمان به دلیل ترس از ماهیت بیماری و آلوده‌شدن نمی‌توانند از بیمار حمایت همه‌جانبه داشته باشند و این باعث ناراحتی بیماران می‌شود (۲۰۷ و ۲۰۸)؛ این یافته با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسوست.

همچنین بنا بر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، کادر درمان که به حمایت و پاسخ‌گویی مسئولان نیاز داشتند، احساس نبود حمایت همه‌جانبه از کادر درمان را داشتند. علاوه‌بر اهمیت تأمین مناسب منابع برای بیمارستان تا بتواند به بیماران خدمات مناسب ارائه دهد و در مراقبت کاستی نداشته باشد، توزیع عادلانه‌ی این منابع بین بیمارستان‌ها نیز از جمله چالش‌های اخلاقی بود که مشاهده شد. نتایج مطالعه‌ی سیرقانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) نشان می‌دهد اجرای تعهدات حقوق بیمار از سوی دولت‌ها، از نظر عملی، به مسائلی بیش از تصویب قانون نیاز دارد. این امر نیازمند منابع مالی، کارکنان آموزش‌دیده، تسهیلات و زیرساخت‌های باثبات است (۲۸). این نتیجه، با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به این اشاره کرد که با توجه به محیط کار، مصاحبه‌کنندگان به‌ناچار با برخی مصاحبه‌شوندگان تماس صوتی برقرار کردند؛ از این‌رو، زبان بدن مصاحبه‌شوندگان مشاهده نشد؛ بنابراین، اطلاعات ناقص مصاحبه ممکن است در اعتبار نتایج تأثیر بگذارد.

## منابع

- 1- McLean S. What and who are clinical ethics committees for? Institute of Medical Ethics. *Journal of Medical Ethics*. 2007; 33(9): 497-500.
- 2- Rasool D, Skovdahl K, Gifford M, A K. Clinical ethics support for healthcare personnel: an integrative literature review. *HEC Forum*. 2017, 29: 313-46.
- 3- Joolae S, Cheraghi M, Hajibabae F. Are hospital ethics committees necessary?. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(4):12-20. [in Persian]
- 4- Swick H. Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*. 2000; 75(6): 612-6.
- 5- Jagsi R, Lehmann L. The ethics of medical education. *BMJ*. 2004; 329(7461): 332-4.
- 6- Sanjari M, Zahedi F, Larijani B. Ethical codes of nursing and the practical necessity in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2008; 37(1SUP): 22-7.
- 7- Dehghan Nayeri N, Taghavi T, Shali M. [Akhlagh-e Zisti]. *Bioethics Journal*. 2018; 7(26): 85-96. [in Persian]
- 8- Lakeh N, Nafar M, Khanghah A, Leili E. Nursing students' views on code of ethics, commitment to the ethic of academic dishonesty and neutralization behaviors. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*. 2014; 24(3): 64-71.
- 9- Stubinger J, Schneider L. Epidemiology of Coronavirus COVID-19: forecasting the future incidence in different countries. *Health Care*. 2020; 8(2): 99-114.
- 10- Ashrafi-rizi H, Kazaempour Z. The Challenges of Information Services related to the COVID-19 Crisis. *Journal of Military Medicine*. 2020; 22(2):207-9.
- 11- Bright D, Brown G, Roberts R, Cottrell S, Gould A, Jesurasa A, et al. COVID-19 contact tracing: the welsh experience. *Public Health in Practice*. 2020; 1(1):100035.
- 12- Wu Y, Chen C, Chan Y. The outbreak of COVID19: an overview. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2020; 83(3): 207-10.
- 13- Fathi R. Nursing shortage and ethical issues: a narrative review. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018; 13(2): 50-8.
- 14- Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikraves M, Hallberg I. Patient advocacy: barriers and facilitators. *BMC Nursing*. 2006;1(15):3-9.
- 15- Saffari M, Azimi V, Mahmoudi H. Nurses' experiences on self-protection when caring for COVID-19 patients. *Journal of Military Medicine*. 2020; 22(6): 570-9.
- 16- Weaver K. Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nursing Ethics*. 2007;14(2):141-55.
- 17- Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2):105-12.
- 18- Guba E, Lincoln Y. Competing Paradigms Inqualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.): *Handbook of Qualitative Rresearch*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
- 19- Joolae S, Tschudin V, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians. *International Nursing Review*. 2008; 55(1): 55-61.
- 20- Jia Y, Chen O, Xiao J, Jia H. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: a qualitative study. *Nurs Ethics*. 2020:969733020944453.
- 21- Falahati S. What is the Scope of autonomy in Medical Practice? *Scottish Universities Medical Journal*. 2014; 3(1): 37-42.
- 22- Peltö-Piri V, Engström K, Engström I. Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics*. 2013; 14(49): 1-8.
- 23- Ebrahimi H, Sadeghian E, Seyedfatemi N, Mohammadi E. Challenges associated with

- patient autonomy in Iranian hospitals: a qualitative study. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(4): 92-103. [in Persia]
- 24- Rahmatinejad P, Yazdi M, Khosravi Z, Shahi Sadrabadi F. Lived experience of patients with Coronavirus (Covid-19): a phenomenological study. *Journal of Research in Psychological Health*. 2020; 14(1): 71-86.
- 25- Reazee N, Mardani-Hamooleh M, Seraji M. Nurses' perception of ethical challenges in caring for patients with COVID-19: a qualitative analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2020; 13 (Suppl): 1-13.
- 26- Jahangasht K. Social stigma: the social consequences of COVID-19. *Journal of Marine Medicine*. 2020; 2(1): 59-60. [in Persian]
- 27- Shahshahani M. The Importance of paying attention to social stigma after Coronavirus infection (Covid-19). *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2020; 19: 657-9. [in Persian]
- 28- Sirghani M. Human rights, aids and public health. *Asian Journal of Development Matters*. 2010;4(3): 54-63.

Original Article

## **Ethical Challenges of Care and Treatment for Patients with COVID-19 in a Hospital from the Perspective of Service Providers**

Roya Malekzadeh<sup>1</sup>, Afshin Amir Khanlou<sup>2</sup>, Ghasem Abedi<sup>3</sup>, Fereshteh Araghian Mojarad\*<sup>4</sup>

1. Ph.D of Health Care Services Management, Vice-Chancellor for Education, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. General Practitioner, Behshar Shohada Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3. Associated Professors, Health Sciences Research Center, Department of Public Health, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

4. Assistant Professor, Traditional and Complementary Medicine Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

**Received:** 26 December 2020

**Accepted:** 14 February 2021

**Published:** 23 October 2021

### **\*Corresponding Author**

Fereshteh Araghian Mojarad

**Address:** Vice-Chancellor for Education, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

**Postal Code :** 4815733971

**Tel:** (+98) 1133044491

**Email:** [fereshteharaghian@yahoo.com](mailto:fereshteharaghian@yahoo.com)

### **Citation to this article:**

Malekzadeh R, Amir Khanlou A, Abed G, Araghian Mojarad F. Ethical challenges of care and treatment for patients with COVID-19 in a hospital from the perspective of service providers. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2021; 14: 140-152.

### **Abstract**

The rapid spread of COVID-19, lack of standard treatment, time constraints, and lack of resources are challenges around the world. Considering the importance of ethics in providing care to patients with emerging diseases, this study was conducted to explain the ethical challenges in care and treatment for patients with COVID-19. The present study was conducted by qualitative content analysis during 2019. Participants were 22 infectious disease physicians and nurses of COVID-19 care wards with at least five years of experience in hospitals of Mazandaran province. Data were collected through semi-structured interviews based on the purpose and method of snowball after obtaining informed consent from participants and continued until data saturation. Data analysis was performed using Granheim Lundman method. Guba and Lincoln proposed criteria were used for the accuracy and robustness of the study. In the present study, five main themes and 18 sub-themes were extracted. Respect for patients' rights, maintaining patient independence, preventing the effects of stigma and discrimination against patients, lack of comprehensive support, and lack of support and accountability of the authorities were the main ethical challenges in caring for patients during the admission period. According to the findings of the study, solutions to address ethical challenges, protect patients' rights and provide quality care through informed and ethical decision-making to increase patient satisfaction and improve their health are recommended.

**Keywords:** Ethics, Hospital, Challenge, Corona virus, Covid 19.

