

تبیین تجارب پرستاران از انگ اجتماعی ناشی از پاندمی کووید-۱۹: یک مطالعه فنومنولوژی

نرگس رحمانی*^۱، ماجده نبویان^۲، فاطمه سید نعمت‌الله روشن^۳، مژگان فیروزبخت^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۷/۲۹ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۰/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از پیامدهای روانی و اجتماعی ابتلا به برخی بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های واگیردار در هر جامعه‌ای، ترس و وحشت بیمار از واکنش‌های اجتماعی، انگ بیماری و عامل انتقال بودن است که به خاطر هجمه سنگین این بیماری بر ابعاد مختلف جامعه، به این مهم توجه چندانی نشده است. از این‌رو مطالعه حاضر باهدف تبیین تجارب زیسته پرستاران از انگ اجتماعی مرتبط با پاندمی کووید-۱۹ انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه کیفی به روش آنالیز پدیدارشناسی تفسیری در بین سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ انجام شد. مشارکت‌کنندگان از بین پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بابل که تجربه مراقبت از بیمار مبتلا به کووید-۱۹ و انگ اجتماعی را داشتند، به‌صورت هدفمند ۱۲ نفر انتخاب شدند. داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختار و فردی جمع‌آوری و به‌صورت هم‌زمان و مستمر با روش ون-منن تحلیل شدند.

یافته‌ها: تجارب زیسته پرستاران در مراقبت از بیمار مبتلا به کووید-۱۹ شامل ۳ طبقه اصلی و ۶ زیرطبقه می‌شود که طبقات اصلی عبارت‌اند از: ۱. احساسات متناقض (تنش‌های روانی و نگرش مثبت)؛ ۲. طردشدگی (منزوی شدن و رانده شدن همه‌جانبه) و ۳. راهکارهای سازگاری (خودآگاهی با گذشت زمان و نقش مؤثر رسانه‌ها).

بحث و نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های مطالعه حاضر، نیاز به سازوکارهایی توسط مدیران و مسئولین جهت بررسی سطح سلامت روان پرستاران شاغل در بخش کووید-۱۹ وجود دارد، تا با شناسایی نیازهای روان‌شناختی حاصل از انگ اجتماعی کادر درمان شاغل در بخش کووید کیفیت مراقبت از بیمار را ارتقا بخشند. علاوه بر این، بر اساس یافته‌های حاصل می‌توان با طراحی مداخلات روانی اجتماعی مربوط به انگ زدایی مانند برگزاری دوره‌های مدیریت استرس و آموزش تاب‌آوری و انجام مشاوره‌های روان‌شناختی در راستای ارتقا سلامت روان این گروه و خانواده‌های آن‌ها گام برداشت.

کلیدواژه‌ها: کووید-۱۹، پرستار، تحقیق کیفی، انگ اجتماعی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۵۶، مهر ۱۴۰۱، ص ۵۴۸-۵۳۸

آدرس مکاتبه: بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، مرکز تحقیقات جامع سلامت، تلفن: ۰۱۱۳۲۴۱۵۰۰۰

Email: na57ra@yahoo.com

مقدمه

اعلام کرد. کرونا ویروس جدید، پس از ویروس‌های سارس و مرس، سومین پاندمی ناشی از کرونا ویروس‌هاست که وحشت جهانی ایجاد کرده است (۴).

یکی از پیامدهای روانی و اجتماعی ابتلا به برخی بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های واگیردار در هر جامعه‌ای و در این روزهای سخت شیوع کرونا ویروس، ترس و وحشت بیمار از واکنش‌های اجتماعی، انگ بیماری و عامل انتقال بودن است که به خاطر هجمه

سندرم حاد تنفسی شدید، کرونا ویروس یک عامل بیماری مشترک بین انسان و حیوان و نوپدید است، که در دسامبر سال ۲۰۱۹ ظاهر شد و باعث بیماری کووید-۱۹^۵ می‌شود (۱، ۲). از آن زمان تاکنون سرعت بالای انتشار ویروس در اکثر کشورهای جهان نگرانی‌های زیادی را به وجود آورده است (۳). سازمان جهانی بهداشت در ژانویه ۲۰۲۰ شیوع آن را یک بحران سلامتی بین‌المللی

^۱ گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات جامع سلامت، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات جامع سلامت، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

^۳ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۴ گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات جامع سلامت، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

^۵ Covid-19

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در این موقعیت خاص، که می‌تواند بر عملکرد کاری آنان تأثیر بگذارد اهمیت دارد (۱۳). پرستاران و پزشکانی که در طول شیوع کووید-۱۹ از مردم انگ اجتماعی قابل توجهی دریافت کردند، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار بودند و عملکرد آن‌ها نیز به‌طور معنی‌داری کاهش یافت (۱۴). با توجه به اینکه سلامت جسمی و روانی پرستاران به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آنان در مراقبت از بیماران، افزایش رضایتمندی، بازده کاری و علاقه به کار آنان مرتبط است، کشف تجربیات پرستاران برای حمایت از سلامت روان آنان با توجه به نیازهای بهداشتی حائز اهمیت است (۸، ۱۵).

با توجه به مطالب ذکرشده، مطالعات محدودی به بررسی انگ اجتماعی پرستاران بخش‌های کووید-۱۹ پرداخته است. مطالعات انجام‌شده در این راستا به بررسی تجربیات پرستاران در مراقبت از بیمار پرداخته یا تنها اضطراب و افسردگی پرستاران را بررسی کردند (۱۶) و یا انگ اجتماعی در پرستاران شاغل در بخش‌های کووید در یک زمینه پژوهشی متفاوت بررسی شده است (۱۷). از آنجایی که کووید-۱۹ یک بیماری جدید با ابعاد ناشناخته درمانی، مدیریتی و بالینی است، تحقیقات کیفی می‌تواند گزینه مناسبی برای بررسی دقیق این زمینه‌ها باشد (۱۶). از آنجایی که مطالعه‌ای در ایران مشاهده نگردید که به بررسی تجربیات پرستاران از انگ اجتماعی کووید-۱۹ بپردازد و با توجه به اینکه تحقیقات کیفی به درک تجربیات افراد در محیط طبیعی و بدون مداخله می‌پردازد و تجربیات افراد در زمینه‌های پژوهشی مختلف، متفاوت است، انجام این پژوهش در ایران ضرورت می‌یابد. از این‌رو مطالعه حاضر قصد دارد به تبیین تجارب زیسته پرستاران از انگ اجتماعی مرتبط با کووید-۱۹ بپردازد.

مواد و روش کار

این مطالعه برای بررسی تجربیات زیسته پرستاران از انگ اجتماعی مرتبط با پاندمی کووید-۱۹ طراحی گردید. با توجه به سؤال اصلی تحقیق مناسب‌ترین روش، روش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری است.

از آنجایی که رویکرد پدیدارشناسی به تفکر و تجربیات زندگی مردم می‌پردازد و اینکه آن‌ها این تجربه را چگونه تفسیر می‌کنند؟ می‌توان گفت در این مطالعه رویکرد پدیدارشناسی روش مناسبی برای شناخت عمق تجربه پرستاران از انگ اجتماعی است زیرا این نوع تحقیق، تجارب زیسته یا تجربیات افرادی که با پدیده مورد مطالعه (انگ اجتماعی) سروکار داشته و آن را تجربه نموده‌اند در اختیار

سنگین این بیماری بر ابعاد مختلف جامعه، به این مهم توجه نشده است. شیوع فعلی بیماری کووید-۱۹ باعث استیگما و رفتارهای تبعیض‌آمیز اجتماعی علیه افراد ناقل و مبتلا شده است. همچنین، انگ اجتماعی می‌تواند موجب اختلالات رفتاری و روانی گردد و تأثیر منفی بر بیماران، پزشکان، پرستاران و خانواده بیمار داشته باشد (۵). استیگما^۱ که در زبان فارسی انگ اجتماعی نامیده می‌شود به صفتی اشاره می‌کند که شخص را نزد دیگران بی‌اعتبار می‌کند و ذهنیت را از یک فرد کامل و عادی به یک فرد کم‌اهمیت و سربار جامعه تغییر می‌دهد (۶). نتایج مطالعات در کشورهای مختلف نشان می‌دهد اولین مظلونانی که کووید-۱۹ در آن‌ها تأیید شده است اضطراب فزاینده‌ای را تجربه کردند (۷). مردم از موارد مشکوک و احتمالی کووید-۱۹، که منجر به ایجاد یک انگ منفی علیه آن‌ها شد، می‌ترسیدند. این ننگ به شکل طرد و تبعیض از جامعه صورت گرفت. کارکنان سلامت، مانند پرستاران، که بخشی از ارکان اصلی مدیریت بلایای کووید-۱۹ در خدمات بهداشتی هستند، نیز این انگ را تجربه می‌کنند. انگ ای که کارکنان سلامت تجربه کرده‌اند به‌صورت عدم پذیرش جامعه در اطراف محله یا خانه پانسیون اجاره‌ای بوده است (۸).

تحقیقات انجام‌شده در هند و سنگاپور نشان می‌دهد یکی از ناراحتی‌های روحی و روانی کارکنان بهداشتی در زمینه درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹، انگ اجتماعی است (۹). تجربیات مشترک افراد در این راستا نشان می‌دهد که این ننگ بیشتر از سوی همکاران یا دوستان دیده می‌شود (۸). استیگمای اجتماعی باعث بروز علائمی مانند ترس و اضطراب و افسردگی چه در مردم عادی و چه در کادر پزشکی و درمانی می‌شود و همین امر منجر به ناهنجاری‌های روحی و روانی، تضعیف سیستم ایمنی و کاهش توان بدن در مبارزه با بیماری‌ها در افراد جامعه از جمله پرستاران به‌عنوان عنصر اصلی تیم درمان می‌شود (۵، ۱۰). انگ زدن ممکن است عواقب یک بیماری را از طرق مختلف افزایش دهد. انگ زدن ممکن است رنج بیماران را افزایش داده، بیماران ممکن است درخواست مشاوره پزشکی را به تعویق بیندازند یا از آن اجتناب کنند، که کنترل بیماری را توسط مقامات بهداشتی دشوار می‌کند. همچنین متخصصان و داوطلبانی که در این زمینه کار می‌کنند نیز ممکن است مورد انگ قرار گیرند که منجر به استرس و فرسودگی شغلی شود (۱۱). انگ یک پیش‌بینی کننده مهم فرسودگی شغلی و خستگی در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی است (۱۲). بنابراین، تقویت منابع انسانی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های خط مقدم، نیازمند اقداماتی برای کاهش انگ است. این امر به‌ویژه برای

¹- stigma

محقق قرار می‌دهد و از این طریق، پژوهشگر، قادر خواهد بود که معانی مربوط به آن تجربه را از چشم افرادی که این تجربه را گذرانده‌اند دیده و بدون هرگونه قضاوت، به شرح معانی آن تجربه به همان صورتی که هست بپردازد. این امر، مستلزم آن است که افراد، عمل یا تجربه و احساس خود را برای محقق بیان نموده، آنگاه، پژوهشگر، توضیحات مطرح‌شده آنان را تفسیر نماید. بنابراین با این روش مطالعه و شناسایی تجربیات واحدهای موردپژوهش فراهم می‌شود (۱۸).

در این مطالعه از مصاحبه‌های فردی نیمه ساختار برای جمع‌آوری اطلاعات اقدام شد. نمونه‌ها به‌صورت هدفمند از بین پرستاران بخش‌های کووید بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل انتخاب شدند. معیارهای ورود پرستارانی بودند که در بخش‌های اورژانس، ویژه، داخلی و عفونی کووید کار می‌کردند و تجربه انگ اجتماعی ناشی از مراقبت از بیمار مبتلا به کووید-۱۹ را داشتند. بطوریکه پژوهشگر پس از ورود به بخش خود را معرفی و از پرستار جهت انجام مصاحبه با بیان هدف پژوهش در صورت رضایت درخواست همکاری نمود. با توجه به حجم کاری زیاد و تعداد اندک پرسنل ساعت خاصی برای مصاحبه در نظر گرفته و پژوهشگر در ساعت مقرر شده جهت مصاحبه حضور پیدا کرد. پرستاران با جنسیت، و از بخش‌ها و بیمارستان‌های متفاوت انتخاب و وارد مطالعه شوند تا از این طریق اطلاعات غنی، گسترده و عمیق با راهبرد نمونه‌گیری با حداکثر تنوع فراهم گردد (جدول ۱).

مصاحبه، روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش بود. مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی و باز؛ لطفاً در مورد زندگی خودتان بعد از شیوع کووید-۱۹ صحبت کنید؟ رفتار نزدیکان از اینکه در بخش کووید کار می‌کنید با شما چگونه است، تجربه‌تان را در این زمینه بیان کنید؟ آغاز و سپس بر اساس مطالب بیان‌شده و با طرح سؤالات پیش برنده و واضح‌کننده مانند لطفاً بیشتر توضیح دهید؟ یا منظورتان چیست؟ روند آن‌ها در جهت رسیدن به اهداف پژوهش هدایت شد (۱۹). مصاحبه‌ها به‌صورت انفرادی، چهره به چهره در محیطی آرام در محل کار شرکت‌کنندگان انجام شد. مدت‌زمان مصاحبه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه بود. با ۱۲ پرستار مصاحبه شد. جمع‌آوری داده‌ها تا جایی ادامه یافت که داده یا کد جدیدی در دو مصاحبه آخر اضافه نشد. در نهایت با ۱۰ مصاحبه اشباع داده‌ها حاصل شد.

برای تحلیل داده‌ها از ۶ مرحله رویکرد پدیدارشناسی تفسیری ون منن استفاده شد. این رویکرد شامل این مراحل است:

۱. روی‌آوری به ماهیت تجربه، ۲. بررسی تجربه، ۳. تأمل بر درون‌مایه‌های ذاتی پدیده، ۴. نوشتن و بازنویسی تفسیری، ۵. حفظ ارتباط قوی جهت‌دار با پدیده و ۶. مطابقت بافت مطالعه با در نظر گرفتن اجزا و کل. درگیری محقق با سؤال تحقیق یکی از ضروریات

پدیدارشناسی تفسیری است. سؤال تحقیق (تجربیات زیسته پرستاران از انگ اجتماعی ناشی از کووید-۱۹ چگونه است) محقق را به استخراج و تفسیر موضوعات در تمام مراحل مطالعه سوق داد. برای تحلیل داده‌ها به روش ون منن، ابتدا مصاحبه‌ها برای درک فضای مصاحبه و شرکت‌کنندگان چندین بار بازخوانی شد.

اطلاعات مکتوب مربوط به مصاحبه‌ها چند بار خوانده شد تا محتوای کلی درک شود. این کار همراه با گوش دادن به بخش‌هایی از اطلاعات ضبط شده بود. در مرحله بعد، کدهای اصلی و عبارتهای مهم هر مصاحبه استخراج شد. به این صورت که جملات و عبارتهای مرتبط با سؤالات در مصاحبه‌ها جدا و در فایل دیگری نگهداری شد. این کار به این دلیل بود که اطلاعاتی که اهمیت کمتری دارند، از دست نروند؛ چون ممکن بود در مراحل بعدی اهمیت آن‌ها مشخص شود. فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان انجام شد. در سومین مرحله، معنای هر عبارت توضیح داده و با مفهوم بخشی به آن خلاصه شد. به این صورت که برای هر جمله مهم یک توصیف کوتاه از معانی پنهان آن نوشته شد. این کار را دو نفر انجام دادند. سپس معانی استخراج‌شده تجارب زیسته پرستاران از انگ اجتماعی ناشی از کووید-۱۹ با هم ترکیب شد تا معنی مشترک حاصل شود. در مرحله چهارم، معانی به‌صورت دسته‌هایی از کدها سازمان‌دهی شدند؛ یعنی معانی حاصل در مرحله قبل در خوشه‌های جداگانه‌ای گذاشته و درباره آن‌ها بحث شد. در پنجمین مرحله، کدها به‌صورت دسته‌های مرتبط با یکدیگر در یک دسته کلی‌تر و سپس خوشه‌هایی قرار گرفتند که مفاهیم محوری از آن‌ها حاصل شد. در مرحله ششم، یافته‌ها بحث و توصیف شدند و در نهایت به ساختار پدیده پاسخ داده شد (۲۰). نمونه‌ای از روند تحلیل در جدول ۲ آورده شده است.

برای استحکام مطالعه از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، اطمینان‌پذیری و انتقال‌پذیری گوبا و لینکلن استفاده شد (۱۸). برای این منظور محقق سعی کرد نسبت به شرکت‌کنندگان و داده‌های به‌دست‌آمده حساسیت لازم را نشان دهد و بدون واردکردن عقاید شخصی خود مصاحبه‌ها و سؤالات بعدی و کاوشی را بر اساس پاسخ‌های ارائه‌شده انجام دهد. در تحلیل داده‌ها بدون تعصب شخصی خود کدها را استخراج کند. کدهای اولیه توسط شرکت‌کنندگان چک شده و در موارد لزوم اصلاحات اعمال گردید. جهت تصدیق‌پذیری، کدها و طبقات حاصل از مصاحبه‌ها توسط دو نفر از محققین کیفی چک شد. محققان به‌طور مستقل داده‌ها را کدگذاری و طبقه‌بندی کردند. تیم تحقیق کدهای استخراج‌شده را بررسی کرد، سپس مقوله‌های به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل، با یکدیگر مقایسه شدند. قابلیت اعتماد با ثبت کامل و پیوسته فعالیت‌های پژوهشگر در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها تقویت شد.

نمونه‌برداری با حداکثر تنوع از نظر سن، جنس و بخش‌ها و بیمارستان‌های مختلف نیز به اطمینان از قابلیت انتقال کمک کرد (جدول ۱).

جدول (۱): مشخصات مشارکت‌کنندگان

بیمارستان	بخش	مدرک تحصیلی	وضعیت تأهل	جنس
امیر یحیی کلاً	عفونی ویژه	کارشناس ارشد	متاهل	مرد
شهادت	داخلی	کارشناس	متاهل	زن
روحانی	عفونی ویژه	کارشناس	متاهل	زن
۵	۱	۲	۱۰	۸
۲	۲	۲	۲	۴

جدول (۲): نمونه‌ای از فرآیند تحلیل داده‌ها

مثال‌هایی از واحدهای معنایی	کدهای اولیه	کد ثانویه	طبقات اولیه
<p>" اوایل خیلی عصبی می‌شدم که به من انگ کرونا میزنن چون مطمئن بودم منفی هستم ولی این انگو به هم می‌زدن. ناراحت می‌شدم، احساس تحقیر شدن داشتم، حس می‌کردم منو جدا می‌کنن، منو به عامل عفونی می‌شناسن، به کسی که عامل انتقال بیماری و درگیری هست" (م ۴).</p> <p>" وقتی اطرافیان فرار می‌کردن ناراحت می‌شدم، آخه یکی دو نفر نبودن که بخوام توجیهشون کنم. حتی پسر من از من فاصله می‌گرفت" (م ۱).</p>	<ul style="list-style-type: none"> عصبانیت ناشی از انگ بیماری، ناراحتی، تحقیر، نگاه اطرافیان به‌عنوان عامل انتقال بیماری ناراحتی از فاصله گرفتن اطرافیان 	علائم روان‌شناختی ناشی از دیدگاه منفی اطرافیان	تنش‌های روانی
<p>" من احساس ترس می‌کردم... هم ترس و تنهایی را تجربه می‌کردم هم فشار کاری... نصف شب پا شدم رفتم اتاق مامان و بابام... احساس می‌کردم دارم از دستشون میدم... آخر تونل کرونا را نمی‌بینم و اینکه چه اتفاقی می‌افته. من همیشه باید ایزوله باشم، روابطمون چی میشه، بعدش چه اتفاقی می‌افته همش نگران بودم" (م ۴).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ترس از از دست دادن خانواده، احساس تنهایی، ترس از آینده، درگیری ذهنی 	ترس نگرانی از آینده	

یافته‌ها

از تحلیل مصاحبه‌ها، ۶۴۷ کد استخراج شد که ۶ زیرطبقه و ۳ طبقه اصلی را تشکیل دادند (جدول ۳).

جدول (۳): طبقات اولیه و طبقات استخراج شده از تحلیل داده‌ها برای مفاهیم

مفاهیم اولیه	زیرطبقات	طبقات
علائم روان‌شناختی ناشی از دیدگاه منفی اطرافیان	تنش‌های روانی	احساسات متناقض
نگرانی از آینده		
بالندگی	نگرش مثبت	
سپاسگزاری		
خود انزوایی	منزوی شدن	طردشدگی
انزوای اجتماعی		
طرد از طرف دوستان	رانده شدن همه‌جانبه	

طرد از طرف خانواده	
طرد از طرف همسایه‌ها	
معنویت	
استقلال	خود آگاهی با گذشت زمان
ارتقا سطح دانش	راهکارهای سازگاری
تبلیغات	
حمایت رسانه	نقش مؤثر رسانه‌ها

احساسات متناقض:

• بعد دیگر مفهوم، احساس بالندگی است. مشارکت‌کنندگان در کنار تنشهای روانی احساس خوبی را با توجه به دیدگاه مثبت مردم بعد از کووید-۱۹ و سپاسگزاری و تشکر از پرستاران تجربه می‌کردند.

مشارکت‌کننده زن در این رابطه بیان می‌کند: "بعد کرونا خیلی دید مردم نسبت به پرستاری بهتر شد. مردم با دید مثبت به من نگاه می‌کردن... برام ارزش قائل می‌شدن، سپاسگزار بودن" (م ۴). برخی مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند اطرافیان نگرشهای مثبتی به آنان داشتند. آن‌ها را افرادی شجاع و تکیه‌گاه خود می‌دانستند که در شرایط سخت از بیماران مراقبت می‌کردند. پرستاران در چنین شرایطی حس خوبی داشتند و به خود می‌بالیدند و افتخار می‌کردند.

مشارکت‌کننده زن در این رابطه بیان می‌کند: "برخورد مثبت اطرافیان می‌دیدم. برام ارزش قائل می‌شدند، ازم تشکر می‌کردن... فکر می‌کردن پرستارها تکیه‌گاه هستن، شجاع هستن، جوشونو کف دستشون گذاشتن... حس خوبی داشتم و از اینکه پرستار بودم به خودم افتخار می‌کردم." (م ۷).

طردشدگی:

مفهوم دیگر طردشدگی است که بیانگر آن است اطرافیان سعی می‌کردند از پرستاران بخش کووید-۱۹ فاصله بگیرند و به آن‌ها نزدیک نشوند. آن‌ها از اینکه پرستاران ناقل بیماری باشند و خودشان مبتلا شوند می‌ترسیدند و از آن‌ها فرار می‌کردند. این رفتار سبب شد پرستاران منزوی شده و ارتباط با دیگران را کاهش دهند. منزوی شدن و رانده شدن همه‌جانبه از ویژگی‌های این مفهوم می‌باشد.

• رانده شدن همه‌جانبه ویژگی مفهوم طردشدگی است. مشارکت‌کنندگان طرد شدن از طرف خانواده و دوستان را با کار در بخش کووید تجربه کردند. آن‌ها بیان می‌کردند خانواده، دوستان و همسایه‌ها به دلیل اینکه آن‌ها در بخش کووید کار می‌کردند فرار می‌کردند و دلیل فرار را ترس از احتمال ابتلا به بیماری و مرگ عنوان می‌کردند.

یکی از مفاهیم استخراج‌شده در تجربیات پرستاران از انگ اجتماعی ناشی از پاندمی کووید-۱۹، احساسات دوگانه آن‌ها است. بطوریکه پرستاران هیجاناتی را به‌صورت مثبت و منفی تجربه می‌کنند. این هیجانات دارای ابعاد تنش‌های روانی و نگرش‌های مثبت است.

• تنش‌های روانی یکی از ابعاد مفهوم هیجانات متناقض است که نشان می‌دهد اکثریت مشارکت‌کنندگان به دنبال فاصله گرفتن اطرافیان از پرستار و دیدگاه منفی آنان تنش‌هایی را به‌صورت احساس ناراحتی، افسردگی، خشم و عصبانیت، تنهایی و تحقیر تجربه می‌کنند.

برخی مشارکت‌کنندگان با فرار دیگران احساس تنهایی، عصبانیت و تحقیر شدن داشتند بطوریکه سعی می‌کردند انتظارات خود را از دیگران کاهش دهند و متکی به آنان نباشند.

در این راستا مشارکت‌کننده خانم بیان می‌کند: "اوایل خیلی عصبی می‌شدم که به من انگ کرونا می‌زنن چون مطمئن بودم منفی هستم ولی این انگو به هم می‌زدن. اوایل ناراحت می‌شدم، احساس تحقیر شدن داشتم، حس می‌کردم منو جدا می‌کنن، منو به عامل عفونی میشناسن، به کسی که عامل انتقال بیماری و درگیری هست" (م ۴).

• مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند به دنبال تنهایی ترس از دست دادن خانواده با توجه به انتقال بیماری و وحشت از آینده داشتند. آن‌ها از اینکه نمی‌دانستند آینده چه اتفاقی خواهد افتاد و چه چیزی در انتظارشان است می‌ترسیدند.

در این رابطه مشارکت‌کننده زن اظهار می‌دارد: "من احساس تنهایی می‌کردم... هم تنهایی را تجربه می‌کردم هم فشار کاری... نصف شب پا شدم رفتم اتاق مامان و بابام... احساس می‌کردم دارم از دستشون میدم... آخر تونل کرونا را نمی‌بینم و اینکه چه اتفاقی می‌افته. من همیشه باید ایزوله باشم، روابطمون چی میشه، بعدش چه اتفاقی می‌افته" (م ۴).

خودآگاهی با گذشت زمان و نقش مؤثر رسانه‌ها ویژگی‌های این مفهوم می‌باشند.

خودآگاهی با گذشت زمان یکی از ویژگی‌های مفهوم راهبردهای مقابله‌ای راهکاری برای سازگاری می‌باشد. این بعد از مفهوم نشان می‌دهد مشارکت‌کنندگان تلاش کردند تا با اتکا به خدا و وابسته نبودن به دیگران و افزایش سطح دانش با شرایط سازگار شوند. مشارکت‌کننده زن در این رابطه اظهار می‌نماید: "با این شرایط فهمیدم که خودم هستم و خدای خودم. نباید نیاز به هیچ کس داشته باشم. به هیچ کس نباید متکی باشم. همین باعث شد بتوانم با شرایط کنار بیام" (م ۱۰).

نقش مؤثر رسانه‌ها بیانگر آن است مشارکت‌کنندگان رسانه‌ها را در تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به پرستاران دخیل می‌دانستند. آن‌ها بیان می‌کردند مطبوعات با پخش فداکاری و از خودگذشتگی کادر درمان بخصوص پرستاران سبب شدند دیدگاه مردم نسبت به پرستاران تغییر کند.

مشارکت‌کننده زن در این رابطه بیان می‌کند: "آلان از بس مطبوعات در مورد کووید صحبت می‌کنه... مردم آگاه شدن دیگه از ما نمی‌ترسن... اکثراً به ما زنگ می‌زنن سؤال می‌پرسن" (م ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه تلاش شده است تا با انجام یک مطالعه کیفی باهدف کشف و تبیین تجارب پرستاران از انگ اجتماعی ناشی از پاندمی کووید-۱۹ به منظور کسب بینش عمیق‌تر و غنی‌تر در مورد این پدیده دست یافت.

اولین مضمون استخراج‌شده حاصل از مصاحبه‌ها احساسات دوگانه با دو ویژگی تنش‌های روانی و نگرش مثبت بود. ترس از تنهایی و از دست دادن خانواده و وحشت از آینده از تجربیات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بود که سبب به وجود آمدن تنش‌های روانی به صورت احساس ناراحتی، اضطراب، افسردگی، خشم و عصبانیت و حتی علائم جسمی نظیر سردرد در مشارکت‌کنندگان شده بود. ترس و اضطراب ناشی از ابتلای احتمالی، بار روانی زیاد و مخربی ایجاد نموده که می‌تواند منجر به ناهنجاری‌های روحی و روانی، تضعیف سیستم ایمنی و کاهش توان بدن در مبارزه با بیماری‌ها در افراد جامعه از جمله پرستاران به عنوان عنصر اصلی تیم درمان شود (۱۵).

وسواس فکری با گناه مبتلا کردن نزدیکان و دیدن کابوس از دیگر علائم ایجادشده در این پرستاران بود. رحمتی نژاد در مطالعه خود بیان می‌دارد افراد مضطرب اغلب موقعیت‌های نامعین و مبهم را آشفته کننده و تنش‌زا ادراک می‌کنند لذا در مواجهه با چنین

در این رابطه مشارکت‌کننده زن بیان می‌کند: "همسایه‌ها ما را دور می‌کنند ما تو بیمارستان کار می‌کنیم سعی می‌کردن از ما فاصله بگیرن. ما با آسانسور می‌رفتیم اینا با پله می‌رفتند... از همه طرف محاصره شده بودیم، انگار بیماری خطرناکی داریم... حس خوبی نبود... دوست‌های قدیمی، همسایه‌ها کلاً از ما فرار می‌کردن" (م ۲). در این راستا مشارکت‌کننده دیگر بیان می‌کند: "بقیه فرار می‌کنن... ترس از آسیب به جسمشون دارن که نکنه کرونا بگیرن... می‌ترسن و این ذهنیت را در من ایجاد می‌کنه که مگه من آدم نیستم که تو این شرایط کار می‌کنم... ترس از جانسون دارن" (م ۹). پرستاران انگ مبتلا بودن به بیماری را از طرف خانواده و دوستان تجربه می‌کردند و دلیل آن را کار با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ می‌دانستند. آن‌ها عنوان می‌کردند اطرافیان آنان را خطرناک تصور می‌کنند و می‌ترسند از طریق آنان مبتلا به بیماری شوند.

در این رابطه مشارکت‌کننده زن بیان می‌کند: "یه بار به خواهرم گفتم دور همی نرو خطرناکه... به هم گفت تو هیچی نگو که خطرناک‌تر از تو وجود نداره. تو خودت از همه برای ما خطرناکتری..."

"(م ۸).

• منزوی شدن ویژگی مفهوم طردشدگی است که بیانگر آن است پرستاران به منظور پیشگیری از رفتار ناخوشایند دیگران خود را در منزل حبس می‌کردند و با اطرافیان ارتباط برقرار نمی‌کردند. آن‌ها خودانزوایی و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کردند.

در این رابطه مشارکت‌کننده زن بیان می‌کند: "برای جلوگیری از رفتار بقیه خودمو تو خونه حبس کردم.. سعی می‌کردم کمتر بیرون برم و با بقیه ارتباط برقرار کنم" (م ۱).

مشارکت‌کنندگان بیان می‌کنند دوستان حاضر به برقراری ارتباط با آنان نبودند و به وضوح این موضوع را بیان می‌کردند. در مهمانی‌های خانوادگی از آن‌ها دعوت نمی‌شد و این مسئله تأثیر منفی بر آنان گذاشته و سبب ناراحتی آنان شده بود.

در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار می‌دارد: "دوستام خیلی واضح می‌گفتن بهتره ما این چند ماه با هم ارتباط نداشته باشیم. ناراحت می‌شدم که دوستام اینو میگن ولی خب تورو شون نمی‌گفتم چون حق داشتن" (م ۱).

راهکارهای سازگاری:

مفهوم راهبردهای مقابله‌ای راهی برای سازگاری نشان می‌دهد مشارکت‌کنندگان از مکانیسم‌های مقابله‌ای جهت کنار آمدن با شرایط بخش و کار کردن با بیمار مبتلا به کووید استفاده می‌کنند.

شرایطی دچار اضطراب و نگرانی شدید می‌گردند (۲۱). این نتایج به‌گونه‌ای حمایتگر یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر است.

پرستاران در مطالعه حاضر به دلیل ترس از عامل عفونی بودن و فاصله گرفتن اطرافیان ترجیح می‌دادند که کمتر با نزدیکان خود معاشرت نمایند و حتی خود را در منزل ایزوله می‌کردند که همین امر به استرس و ناامیدی بیشتر در آنان منجر شده بود. پرستاران دوران همه‌گیری کرونا به دلیل مورد تأیید قرار نگرفتن و عدم حمایت توسط نزدیکان دچار افسردگی شده بودند که با یافته‌های پژوهش حاضر در یک راستا است (۲۲، ۲۳). این علائم می‌تواند منجر به اختلالات روانی مانند اختلال استرس پس از تروما و حتی افکار خودکشی در کادر درمان شود (۲۴).

نگرش‌های مثبت با تجاربی نظیر احساس بالندگی ناشی از دید مثبت مردم نسبت به حرفه‌شان بیان شده بود. در این مطالعه پرستاران شاغل در بخش کرونا عنوان داشتند که در شرایط همه‌گیری کرونا جامعه آنان را افرادی شجاع و تکیه‌گاه خود محسوب می‌داشتند و ارزش قائل شدن و سپاسگزاری مددجویان و خانواده‌هایشان نسبت به آنان سبب شده که انگیزه به کار با کیفیت در آنان افزایش پیدا کند و بدین ترتیب در چنین شرایط استرس‌زایی، حمایت اجتماعی را در تعامل با جامعه تجربه نمایند. در مطالعه قربانی و شالی^۱ قدرشناسی و دلگرمی دادن واکنش مردم در برخورد با گروه درمان در دوران پاندمی بیان شده (۲۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. حمایت اجتماعی یک تسهیل‌گر مؤثر برای بهزیستی روان‌شناختی در شرایط استرس‌زا است. درک حمایت اجتماعی و روان‌شناختی دریافت شده از سوی خانواده، باعث ایجاد احساس ارزشمندی و قدردانی عمیق می‌شود (۲۶).

دومین مضمون به‌دست‌آمده مفهوم طردشدگی با ویژگی‌های منزوی شدن و رانده شدن همه‌جانبه بود. ترس از ابتلا و دور شدن اطرافیان (خانواده، دوستان، همسایگان، همکاران شاغل در بخش‌های دیگر) به دلیل انگ عامل عفونی، مبتلا و خطرناک و ناقل بیماری بودن سبب شده بود تا پرستاران خود رانده‌شده تصور کنند و در یک مکانسیم دفاعی سعی داشتند خود نیز ارتباطشان را با دیگران کاهش دهند و این امر به منزوی شدن آنان منجر شده بود. انگ به‌عنوان یک مسئله اجتماعی چالش‌برانگیز به ایجاد ادراک منفی از خود و عزت‌نفس پایین، احساس گناه و افسردگی منجر می‌گردد (۲۷). در این مطالعه پرستاران در مواجهه با نگرش منفی دیگران، سرزنش و مقصر شمرده شدن از سوی جامعه به دلیل احتمال ابتلا به بیماری، دچار چالش‌های روانی شده بودند. مراد زاده

نیز در مطالعه خود عنوان می‌کند که نگرانی در مورد قضاوت جامعه و حتی خانواده ممکن است به آشفتگی‌های روان‌شناختی، انزوای اجتماعی، احساس تنهایی در پرستاران منجر گردیده است (۲۸) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. یانتو^۲ در مطالعه خود در بررسی انگ اجتماعی نسبت به کادر درمان عنوان می‌کند ۸۱٫۹٪ از آنان هیچ اتیکت نامناسب یا انگ مبتلا بودن به کادر درمان نداده بودند. که این قضیه منجر به دریافت نوعی حمایت اجتماعی برای کادر درمان محسوب می‌شود (۲۹). در حالیکه در مطالعه تیلور^۳ اکثر پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که برای کادر درمان بایستی محدودیت‌های سخت‌گیرانه‌ای گذاشته شود چراکه آنان به کووید-۱۹ آلوده هستند (۳۰) و این خود یک کلیشه و قضاوت منفی نسبت به کادر درمان است و منجر به احساس تنهایی و منزوی شدن آنان می‌گردد.

سومین مضمون حاصل‌شده در این مطالعه راهبردهای مقابله‌ای راهی برای سازگاری با دو ویژگی خودآگاهی و نقش مؤثر رسانه‌ها بود. خودآگاهی با گذشت زمان، اتکا به خدا و وابسته نبودن به دیگران از تجربیاتی بود که مشارکت‌کنندگان در این مطالعه جهت سازگاری با شرایط حاصل از کار در بخش کرونا داشتند. ترس از انتقال بیماری از بیمارستان به اعضای خانواده، والدین، همسر یا فرزند و عذاب وجدان ناشی از آن، بزرگ‌ترین عامل ایجادکننده استرس و تنش تجربه‌شده در پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر بود. شالی در مطالعه خود بیان می‌دارد دلگرمی و حمایت‌های خانواده به‌صورت همراهی همیشگی همسر، دعای خیر والدین و همین‌طور دریافت حمایت از سوی همکاران و مدیران بالادستی می‌تواند تأثیر مثبتی در سازگاری پرستاران با این تنش‌ها داشته باشد (۲۵، ۳۱). از دیدگاه روانشناسان شناختی، مکانسیم‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی نقش کلیدی در کارکرد سازگارانه با شرایط تنش‌زا ایفا می‌کنند. در حقیقت تنظیم هیجان به‌عنوان یک عامل واسطه‌ای منجر به کاهش استرس در فرد می‌گردد که تجارب معنوی می‌تواند به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای و تنظیم هیجانی محسوب گردد (۲۱). توکل به خدا از مکانسیم‌های سازگاری فردی پرستاران مشارکت‌کننده در پژوهش شالی بود (۲۵) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

مشارکت‌کنندگان نقش رسانه‌ها در نمایش فداکاری و ازخودگذشتگی کادر درمان را عامل مؤثری در ایجاد آگاهی و تغییر دیدگاه مردم نسبت به توانمندی و اهمیت پرستاران در حیطه سلامت عنوان کرده بودند. این در حالی است که یکی از منبع‌های

³ Taylor

¹ Shali

² Yanto

سازگاری دست یابند و در راستای ارتقا سطح سلامت جسم و روان آنان و کیفیت مراقبت از بیمار گام مهمی بردارند. رسانه‌ها نیز می‌توانند با ارائه اطلاعات رسمی، معتبر و به روز و حمایت از پرستارانی که در معرض انگ ناشی از کووید-۱۹ قرار گرفته‌اند به کاهش این انگ اجتماعی کمک نمایند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، مطالعاتی در ارتباط با سطح اضطراب پرستاران در مواجهه با بیماری کووید-۱۹ و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده توصیه می‌شود. با توجه به نبود ابزار مناسب جهت بررسی انگ اجتماعی مرتبط با کووید-۱۹ در ایران، مطالعه‌ای در خصوص طراحی ابزار انگ اجتماعی مرتبط با کووید-۱۹ پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی:

محقق پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل با شماره IR.IAU.BABOL.REC.1400.150 اقدام به پژوهش نمود. قبل از شروع جلسات مصاحبه، اطلاعات لازم در زمینه مطالعه و هدف آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و در صورت موافقت شرکت‌کنندگان برای همکاری، در خصوص زمان و مکان انجام مصاحبه توافق شد. پس از موافقت شرکت‌کنندگان، جلسات مصاحبه ضبط و پژوهشگر متعهد شد در صورت تقاضای شرکت‌کنندگان در هر قسمت از مصاحبه، ضبط را متوقف کند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد برای خارج شدن از تحقیق آزاد هستند. در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان، با رعایت محرمانه ماندن اسامی نتایج به آن‌ها ارائه شد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین آموزشی و پژوهشی دانشگاه و پرستارانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ایجاد تنش از دیدگاه پرستاران اشاعه اطلاعات و شایعه‌های نادرست از طریق رسانه‌ها و فضای مجازی عنوان شده است (۳۲). فقدان دانش عموم از بیماری کووید یکی از عوامل اصلی ایجاد انگ است (۲۷). افزایش دانش عموم می‌تواند از طریق دادن اطلاعات صحیح توسط رسانه‌ها حاصل گردد. رسانه به‌ویژه شبکه‌های اجتماعی با انتشار اطلاعات معیوب و به اشتراک گذاشتن داده‌های تأیید نشده بر افزایش نگرانی جامعه، حتی در میان افراد حرفه‌ای، نقش سوء داشته است (۳۲). اما در مطالعه حاضر پرستاران عنوان کردند که رسانه‌ها نه تنها می‌توانند اطلاعات مفیدی در زمینه درمان و ساخت واکسن و روش‌های موفقیت‌آمیز پیشگیری از ابتلا را در میان مردم به اشتراک بگذارند بلکه تلاش‌های صورت گرفته توسط کادر درمان را به مردم یادآوری نمایند و انگ اجتماعی کار در بخش کرونا را اصلاح نمایند.

به‌طور خلاصه اینکه نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تنش‌های روانی و نگرش مثبت، منزوی شدن و رانده شدن همه‌جانبه، خودآگاهی و نقش مؤثر رسانه‌ها از جمله تجارب زیسته پرستاران شاغل در بخش کرونا در این مطالعه بود. انگ در نظام سلامت باید کنترل شود زیرا بر سلامت روان کادر درمانی تأثیر منفی می‌گذارد و کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ترس، اضطراب، تنهایی، انزوا، احساس طردشدگی می‌تواند باعث خستگی، فرسودگی شغلی، کاهش رضایت و سلامت روانی پایین در پرستاران شود و موانعی برای مداخلات پزشکی مناسب ایجاد کند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به مدیران و سیاست‌گذاران بهداشت و درمان کمک نماید تا با درک نیازهای روان‌شناختی حاصل از انگ اجتماعی در پرستاران بخش‌های کووید-۱۹ اقدامات حمایتی لازم صورت پذیرد. بطوریکه با برگزاری دوره‌های مدیریت استرس و آموزش تاب‌آوری و انجام مشاوره‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی به آنان کمک نمایند تا با به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در کوتاه‌ترین زمان ممکن به

References:

1. Talebi S, Nematshahi M, Tajabadi A, Khosrogerdi A. Comparison of clinical and epidemiological characteristics of deceased and recovered patients with COVID-19 in Sabzevar, Iran. *J Mil Med* 2020;22(6):509-16.
2. Nemati M, Ebrahimi B, Nemati F. Assessment of Iranian nurses' knowledge and anxiety toward COVID-19 during the current outbreak in Iran. *Arch Clin Infect Dis* 2020;15(COVID-19):e102848.
3. Ling A, Leo Y. Potential presymptomatic transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang province, China, 2020. *Emerg Infect Dis* 2020;26:1052-4.
4. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* 2020;395(10223):470-3.
5. Jahangasht K. Social stigma: the social consequences of COVID-19. *J Mar Med* 2020;2(1):59-60.
6. Rezayat F, Mohammadi E, Fallahi-khoshknab M, Sharifi V. Experience and the meaning of stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders and

- their families: A qualitative study. *Jpn J Nurs Sci* 2019;16(1):62-70.
7. Nuraini R. Kasus Covid-19 pertama, masyarakat jangan panik. Portal Informasi Indonesia, 2020 [Online]. Available: <https://indonesia.go.id/narasi/indonesia-dalam-angka/ekonomi/kasus-covid-19-pertama-masyarakat-jangan-panik>. [Accessed: 11-Sep-2020]
 8. Manik MJ, Natalia S, Theresia T. Social stigma towards nurses taking care of patients with COVID-19 in Indonesia: A mixed-methods study. *Belitung Nurs J* 2021;7(2):98-106. Available from: <http://dx.doi.org/10.33546/bnj.1322>.
 9. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun* 2020;88:559-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>.
 10. Sarbooz Hosein Abadi T, Askari M, Miri K, Namazi Nia M. Depression, stress and anxiety of nurses in COVID-19 pandemic in Torbat Heydariyeh Hospital, Iran. *Journal Mil Med*. 2020;22(6):526-33.
 11. Elgohari HM, Bassiony MM, Sehlo MG, Youssef UM, Ali HM, Shahin I, et al. COVID-19 Infection Stigma Scale: psychometric properties. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg* 2021;57(1):1-6.
 12. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability* 2020;12(9):3834.
 13. Liu W, Yue XG, Tchounwou PB. Response to the COVID-19 epidemic: The Chinese experience and implications for other countries. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(7):2304. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17072304>.
 14. Bagheri Sheykhangafshe F, Sadeghi Chookami E. Fear of Medical Staff: The Importance of Stigmatization during the COVID-19 Pandemic. *Shahid Sadughi Univ J* 2022;29(10):4148-52.
 15. Mahdizadeh M, Yaghobipoor M, Khoshab M. Implementation of enforcement productivity law and performance-based payment and nurses' job satisfaction. *Nurs Adm Q* 2017;6(2):31-40.
 16. Kalateh Sadati A, Zarei L, Shahabi S, Heydari ST, Taheri V, Jiriaci R, et al. Nursing experiences of COVID-19 outbreak in Iran: A qualitative study. *Nurs Open* 2021;8(1):72-9.
 17. Simeone S, Rea T, Guillari A, Vellone E, Alvaro R, Pucciarelli G. Nurses and stigma at the time of COVID-19: A phenomenological study. *Healthcare (Basel)* 2021;10(1):25. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10010025>.
 18. Grove SK, Gray JR. Understanding nursing research e-book: Building an evidence-based practice: Elsevier Health Sciences; 2018.
 19. Dowling M. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud* 2007;44(1):131-42.
 20. Van Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy: Routledge; 2016.
 21. Rahmatinejad P, Yazdi M, Khosravi Z, Shahi Sadrabadi F. Lived Experience of Patients with Coronavirus (Covid-19): A Phenomenological Study. *J Health Psychol Res* 2020;14(1):71-86.
 22. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environ Res* 2021;194:110620.
 23. Spoorthy, M.S., Pratapa, S.K., Mahant ,S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – a review. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:102119.
 24. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912-20.

25. Shali M, Ghorbani A, Matourypour P, Salehi Morkani E, Salehpoor Emran M, Nikbakht Nasr Aadi A. Exploring Nurses' Experiences of Coping Mechanisms Used in COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Iran J Epidemiol* 2021;17(2):204-14.
26. Zhang, W., Wang, K., Yin, L., et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom* 2020;89(4): 242-50. <https://doi.org/10.1159/000507639>.
27. Adhikari B, Kaehler N, Chapman RS, Raut S, Roche P. Factors Affecting Perceived Stigma in Leprosy Affected Persons in Western Nepal. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8:2-9.
28. Moradzadeh A, Namdar Joyami E. Corona Nurses' Lived Experience of Moral Distress while Performing Organizational Duties. *Nurs Adm Q* 2020; 10;9(3):59-73.
29. Yanto A, Faroby MA, Hartiti T, Samiasih A. Community stigma on the health care providers during COVID-19 Pandemic. *Asian Nurs Res* 2021;3(2):66-72.
30. Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, underrecognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic - ScienceDirect. *J Anxiety Disord* 2020;7:102289.
31. Nabavian M, Rahmani N, Alipour H. Experiences of Nursing Students in the Care for Patients Diagnosed With COVID-19: A Qualitative Study. *J Patient Exp* 2021;8:23743735211039925.
32. Elkholy H, Tawfik F, Ibrahim I, Salah W, Sabry M, Suzan M. Mental health of frontline healthcare workers exposed to COVID-19 in Egypt: A call for action. *Int J Soc Psychiatry* 2021;67(5):522-31.

EXPLAINING NURSES' EXPERIENCES OF SOCIAL STIGMA CAUSED BY THE COVID-19 PANDEMIC: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

Narges Rahmani¹, Majedeh Nabavian², Fatemeh Sadat Seyed Nematollah Roshan³, Mojgan Firouzbakh⁴

Received: 21 October, 2022; Accepted: 28 December, 2022

Abstract

Background & Aims: One of the psychological and social consequences of some diseases, especially infectious ones in any society is the patients' fear of social reactions, the stigma of the disease, and being a transmission agent. Due to wide effects of this illness on various aspects of the society, not much attention has been paid to this issue. Therefore, the present study aimed to explain the lived experiences of nurses regarding social stigmas of Covid-19 pandemic.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted from March 2021 to March 2022 using interpretative phenomenology analysis. The participants were 12 nurses selected purposefully from the nurses of Babol University of Medical Sciences who had the experience of nurses caring for the patients with Covid-19 and had social stigma. The data were collected through semi-structured and individual interviews and analyzed simultaneously and continuously using Van Manen's method.

Results: The lived experiences of nurses caring for the patients with Covid-19 include three main categories and six subcategories; the main categories were: Contradictory feelings (psychological tensions and positive attitude), Rejection (isolation and comprehensive rejection), and Adaptation strategies (self-awareness over time and the effective role of the media).

Conclusion: According to the findings of this study, there is a need for strategies by managers and officials to check the level of mental health of nurses working in the Covid-19 unit in order to improve the quality of the patient care by identifying the psychological needs resulted from the social stigma of the medical staff working in the Covid ward. In addition, it is possible to improve this group's mental health and their families by designing psychosocial interventions related to destigmatization such as stress management courses and resilience training as well as conducting psychological counseling.

Keywords: COVID-19; Nurse, Qualitative Research; Social Stigma

Address: km 3 of Ghaemshahr road, University Complex of Islamic Azad University

Tel: +981132415000

Email: na57ra@yahoo.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Department of Nursing and Midwifery, Comprehensive Health Research Center, Babol Branch, Islamic Azad University, Iran.

² Department of Nursing and Midwifery, Comprehensive Health Research Center, Babol Branch, Islamic Azad University, Iran

³ Assistant Professor, Department of Nursing, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

⁴ Department of Nursing and Midwifery, Comprehensive Health Research Center, Babol Branch, Islamic Azad University, Iran