

«استیگما» چالش جدید در محیط بالینی در طول شیوع COVID-19: تجربیات کادر پزشکی

لیلی یکه فلاح^۱، پیمان نامدار^۲، نرگس حسینی^۳، کمال ابراهیمی^۴، ساره محمدی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری‌های همه‌گیر و شیوع آن‌ها برای سلامتی انسان تهدید بزرگی به حساب می‌آید که منجر به اثرات سوء سلامت روان به دلیل بروز تغییرات شدید در زندگی می‌شود. این مطالعه با هدف کاوش در رابطه با تجربه‌ی استیگما در کادر پزشکی خط مقدم مبارزه با کرونا انجام شد.

روش‌ها: پژوهش کیفی حاضر به روش پدیدارشناسی هرمنیوتیک با تأکید بر روش ون مانن (van Manen's method) در مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینای شهر قزوین، صورت گرفت. این پژوهش از اوایل آبان‌ماه تا اوایل بهمن‌ماه ۱۴۰۰ به طول انجامید، مشارکت‌کنندگان به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به مرحله‌ی اشباع داده‌ها، مورد مصاحبه قرار گرفتند.

یافته‌ها: مطالعه‌ی ما نشان داد که شرکت‌کنندگان، سه نوع استیگمای اجتماعی، وابستگی و استیگما به خود را تجربه کرده‌اند. ابتدا ۱۹۰ کد استخراج شد و پس از کاهش، حذف و ادغام‌های صورت گرفته، ۱۳۰ کد اولیه باقی ماند و در نهایت با تجزیه و تحلیل اطلاعات ۸ طبقه، ۶۳ زیرطبقه و ۴ درون مایه «استیگما خود، استیگما اجتماعی، استیگما وابستگی و سازگاری با استیگما» استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: مشارکت‌کنندگان در مطالعه به کاهش همکاری در محیط کار به دلیل مواجهه کمتر با بیماران مبتلا به کووید و همچنین تغییرات در خلق همانند ایجاد ترس، استرس، اضطراب و خشم و کاهش اعتماد به نفس و احساس شرم و غیره ناشی از استیگما اشاره کردند.

واژگان کلیدی: خود پنداره؛ شرم؛ کووید-۱۹؛ کادر درمان؛ استیگمای اجتماعی

ارجاع: یکه فلاح لیلی، نامدار پیمان، حسینی نرگس، ابراهیمی کمال، محمدی ساره. «استیگما» چالش جدید در محیط بالینی در طول شیوع COVID-19:

تجربیات کادر پزشکی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۲؛ ۴۱ (۷۱۲): ۱۹۵-۱۸۸

مقدمه

بیماری‌های همه‌گیر و شیوع آن‌ها برای سلامتی انسان تهدید بزرگی به حساب می‌آید که منجر به اثرات سوء سلامت روان به دلیل بروز تغییرات شدید در زندگی و ناتوانایی در پیش‌بینی حوادث روزمره، می‌شود (۱). در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization)، بیماری تنفسی تازه ظهور یافته، کرونا ویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) را به عنوان یک بیماری همه‌گیر جهانی توصیف کرد (۲) که فراتر از فرضیه‌های علمی مدل اپیدمیولوژیک، بینش فلسفی و تخیلات جامعه‌شناختی بود (۳). این

بیماری به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت و میلیون‌ها نفر را تحت تأثیر قرار داد. ایران در میان کشورهایی است که شیوع بیماری در بیشتر استان‌های آن گزارش شده است (۴). به دلیل همه‌گیری ابتلا به بیماری COVID-19 در بین افراد و همچنین به دلیل افزایش پیام‌رسانی از طریق شبکه‌های اجتماعی آنلاین، ترس و وحشت گروهی افزایش و در نتیجه، مشکلات روانشناختی پایداری را در جامعه پدید آورد، که به طور بالقوه می‌تواند در طولانی‌مدت حتی از خود ویروس مضرتر باشد (۵).

ایران نیز، پس از چین، ناگهانی‌ترین شیوع بیماری را با بالاترین

۱- دانشیار، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۲- استادیار، گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۳- کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۴- عضو هیأت علمی گروه روان پرستاری دانشکده‌ی پرستاری مهاباد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۵- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: ساره محمدی؛ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

روش van Manen (۱۶) به منظور کاوش در رابطه با تجربه‌ی استیگما در کادر پزشکی خط مقدم مبارزه با کرونا (پزشکان، پرستاران، تکنسین‌های آزمایشگاه، کارشناسان رادیولوژی، کارشناسان بهداشت و غیره) با مراجعه به مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا شهر قزوین، صورت گرفت. این مرکز از بزرگترین مراکز مراقبت و درمان بیماران کرونا بود. در این پژوهش که به مدت ۳ ماه از اوایل آبان‌ماه تا اوایل بهمن‌ماه ۱۴۰۰ به طول انجامید، مشارکت‌کنندگان به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به مرحله‌ی اشباع داده‌ها، مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیار ورود مشارکت‌کنندگان عبارت بود از اینکه باید از کادر پزشکی که در خط مقدم مبارزه با کرونا فعال بودند، سالم بودن از لحاظ شنیداری، گفتاری، ذهنی، از هر دو جنس زن و مرد باشد و محدودی سن ۲۵ تا ۵۰ سال؛ همچنین باید از لحاظ روحی توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات و رضایت کامل شرکت در پژوهش را داشته باشند.

معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل بیمار به ادامه‌ی شرکت در مطالعه و مرگ یا ابتلا به بیماری خاص که روند پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. مصاحبه‌ها تا مرحله‌ی اشباع داده‌ها و عدم دستیابی به اطلاعات جدید ادامه یافت.

سؤالات مصاحبه در ابتدا به صورت عمیق و بدون ساختار و در ادامه به صورت نیمه سازمان‌یافته و با سؤالات باز پرسیده شد. مدت هر مصاحبه ۲۰ الی ۱۱۰ دقیقه و به جریان و موقعیت مصاحبه بستگی داشت. ۱۳ مورد مصاحبه در یک تا دو نوبت صورت گرفت. جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها، یعنی عدم استخراج کد جدید و تمایل مشارکت‌کننده ادامه یافت. به عنوان مثال از آن‌ها پرسیده شد که تا به حال تجربه‌ای از استیگما یا ننگ نسبت به خود در بین اطرافیان داشتید؟ در مورد احساسات در آن لحظات بفرمایید؟ واکنش شما در آن لحظات چه بود؟ بدترین و عذاب‌آورترین قسمت این رفتار کجا بود؟ آیا این رفتار بر روی شغل و فعالیت شما توانسته تأثیرگذار باشد؟ سایر سؤالات بسته به پاسخ مشارکت‌کنندگان بود. در کنار مصاحبه‌ها، مشاهده نیز صورت می‌گرفت. مواردی که در تأیید و یا نفی صحبت مشارکت‌کننده بود (برای مثال فشردن دست‌ها یا تکان دادن سریع پاها)؛ مشاهده و یادداشت شد. کلیه‌ی مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام شد، اما نقد و بررسی مصاحبه‌ها توسط نویسندگان صورت می‌گرفت. هر مصاحبه توسط نوار صوتی ضبط می‌گردید و چند بار به طور دقیق مرور می‌شد. در اولین فرصت، کلیه‌ی جملات کلمه به کلمه نگارش شده و سپس اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ در ضمن گوش دادن به نوار ضبط صوت، مجدداً مرور می‌شد. جهت اطمینان از صحت داده‌ها، از روش‌های پیشنهادی گوبا و لینکلن (۱۹۹۴) استفاده شد به این صورت که مصاحبه‌ها را

میزان مرگ و میر در هر جمعیت آسیب دیده، به ویژه در مراحل اولیه‌ی بیماری تجربه کرد (۶). این نکات می‌تواند در ایجاد استیگما در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در ایران تأثیر بسزایی داشته باشد (۷). استیگما به مجموعه‌ای از شناخت‌ها و رفتارها گفته می‌شود که با برچسب‌زنی فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی می‌انجامد (۸). سه نوع استیگما وجود دارد: استیگمای اجتماعی که به نگرش جمعیت عمومی نسبت به افراد استیگما شده اشاره دارد. دوم، استیگمای خود است، که درونی شدن نگرش منفی جامعه در خود افراد استیگما شده را تبیین می‌کند و سوم، استیگمای وابستگان است که توسط افراد وابسته به فرد استیگما شده تجربه می‌شود (۹).

در مطالعه‌ی Sun و همکاران، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، میزان نسبتاً بالایی از استیگما (۳۲/۶ درصد) را گزارش کرده‌اند (۱۰). در مطالعه‌ی Abdelhazif و Alorabi نیز بیش از سه چهارم پزشکان مصری بر این باور بودند که استیگما علیه متخصصان بهداشت وجود دارد (۱۱). متأسفانه، مردم ممکن است کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را در محیط امن خانه‌های‌شان تحسین کنند، ولی به طور همزمان ترس از اینکه آن‌ها منبع عفونت هستند و نگرش‌های منفی (به عنوان مثال اجتناب و پرهیز کردن و غیره) دارند؛ این ترس و اجتناب از کارکنان سلامت، همان نگرش‌های انگ‌زنی مربوط به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی است (۶). به گونه‌ای که در شرایط فعلی، این ارائه‌دهندگان خدمات درمانی قربانیان عدم پذیرش جامعه شده‌اند (۱۲). در واقع، استیگما، مشکل‌ساز و مواجهه با آن اغلب نامرئی است، به این دلیل که اثرات آن اغلب شناخته نمی‌شوند. با وجود عدم توانایی دیدن آن، تجربه‌ی استیگما می‌تواند برای سلامتی کارکنان سلامت خطرناک باشد (۱۳) که به نوبه‌ی خود ممکن است توجه و توانایی تصمیم‌گیری آن‌ها را تغییر دهد که می‌تواند در مدیریت بحران جاری نیز تأثیر بگذارد (۱۴).

به طور کلی، پاسخ روانی-اجتماعی کادر درمان به بیماری COVID-19 پیچیده است و به طور کامل درک نشده است (۱۵). لذا همه‌ی تلاش‌ها بایستی جهت درک و کنترل شرایط پیرامون بیماری انجام شود. همچنین، این موضوع با توجه به تأثیر بالقوه بر روی بهداشت جهانی و آگاهی از ابعاد مختلف چالش‌های بیماری COVID-19 دارای اهمیت بالایی می‌باشد و یکی از این ابعاد، درک تجربیات کادر بهداشت و درمان نسبت به استیگما در جامعه است. این مطالعه‌ی کیفی با رویکرد پدیدارشناسی در زمینه‌ی جهت درک عمیق تجربیات کادر درمان خط مقدم مبارزه با کرونا از استیگما در ایران انجام شده است.

روش‌ها

پژوهش کیفی حاضر به روش پدیدارشناسی هرمنیوتیک با تأکید بر

صورت گرفته، ۱۳۰ کد اولیه باقی ماند و در نهایت با تجزیه و تحلیل اطلاعات ۸ طبقه، ۶۳ زیرطبقه و ۴ درون‌مایه «استیگما خود، استیگما اجتماعی، استیگما وابستگان و سازگاری با استیگما» استخراج گردید. این درون‌مایه‌ها و طبقات در جدول ۱ ارایه شده است.

۱) استیگما خود: اولین درون‌مایه‌ی انتزاع شده در این پژوهش بود. این درون‌مایه شامل طبقات: «تجربه‌ی هیجانات منفی»، «کاهش روابط بین فردی» و «اختلال در فعالیت‌های روزمره» بود.

در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: «وقتی می‌بینم مردم در مکان‌های عمومی ماسک نمی‌زنند و فاصله‌ی اجتماعی را رعایت نمی‌کنند، از دستشون عصبانی میشم و وقتی یک بیمار جدید کووید در بخش پذیرش میشود، با خود می‌گویم حقشان همین است که بیمار شوند، ما بخاطر این مردم ماه‌هاست که شب و روز در بیمارستان هستیم، اما مردم برایشان مهم نیست.....»

۲) استیگما اجتماعی: دومین درون‌مایه‌ی حاصل از داده‌های کیفی، استیگما اجتماعی بود که ۲ طبقه و ۱۱ زیرطبقه را در بر می‌گرفت. طبقات این درون‌مایه شامل: «رفتارهای اجتنابی و قضاوت نابجا» بود. برخی از شرکت‌کنندگان طرد شدن خود، خانواده و فرزندان‌شان از جامعه و کنجکاو‌ی دیگران با پرسیدن سؤالاتی از خانواده‌ی آن‌ها در زمینه‌ی کار در بخش کووید و سابقه‌ی ابتلا به بیماری و قرنطینه شدن و غیره را گزارش کردند.

در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: «راننده تاکسی وقتی فهمید در بیمارستان کار می‌کنم حتی ازم کرایه نگرفت چون فکر کرد پولم آلوده هست.....» (مشارکت‌کننده‌ی ۴).

همچنین مشارکت‌کننده‌ی دیگری اظهار نمود: «در آپارتمان ما کسی با من سوار آسانسور نمی‌شود و اگر ببینند من در حال پیاده شدن از آسانسور هستم، بلافاصله بعد از من هم سوار آسانسور نمی‌شوند چون فکر می‌کنند من آسانسور را آلوده کرده‌ام.»

۳) استیگما وابستگان: سومین درون‌مایه، استیگما وابستگان بود که حاوی یک طبقه: «طرد از خانواده» بود.

در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: «چون من در بیمارستان کار می‌کنم، در میهمانی خانوادگی همه فقط از من انتظار دارند که در تمام مدت ماسک بزنم و با فاصله از بقیه بنشینم، اصلاً فکر نمی‌کنند که ممکن است خودشان هم ناقل باشند» (مشارکت‌کننده‌ی ۶).

۴) سازگاری با استیگما: چهارمین درون‌مایه، سازگاری با استیگما بود که حاوی طبقات: «سازگاری مثبت» و «سازگاری منفی» بود. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: «ماه‌هاست که محل زندگی خود را جدا کردم و در انباری ساختمان لباس‌هایم را تعویض می‌کنم.....».

نوشته و چندین بار خوانده شدند تا به درک کاملی از آن‌ها دست یابند (۱۷). تحلیل داده‌های واحد تحلیلی به یادداشت‌هایی اطلاق می‌شود که قرار است تحلیل و کدگذاری شوند. پاراگراف‌ها، جملات یا کلمات به عنوان واحد معنا در نظر گرفته می‌شدند. واحد معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملاتی است که از نظر محتوا با یکدیگر مرتبط بوده و بر اساس محتوا گروه‌بندی شده و در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند. سپس واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به مرحله‌ی انتزاع و مفهوم‌سازی رسیدند و با کدها نامگذاری شدند. کدها با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های‌شان با یکدیگر مقایسه و در کلاس‌های انتزاعی‌تر با پرچسب‌های خاص طبقه‌بندی شدند. اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ، منبع اطلاعات خام این پژوهش، جهت تحلیل محتوا می‌باشد. در واقع، ابتدا کدگذاری اولیه و در ادامه تجزیه و تحلیل محتوایی کدهای نهایی بر اساس ۶ مرحله‌ی پدیدارشناسی van Manen به دست آمد. در نهایت مفهوم نهایی کسب شد. صحت یافته‌های کیفی بر اساس چهار ملاک مطرح شده شامل اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال مورد بررسی قرار گرفت. بازنگری متون مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری کدهای استخراجی توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی و اصلاحی همکاران استفاده گردید (۱۷).

پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، از آنان درخواست می‌کرد تا فرم مشخصات جمعیت‌شناسی و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه را تکمیل نمایند. پیش از شروع مصاحبه نیز اجزای ضبط صدا و یادداشت‌برداری از مشارکت‌کنندگان گرفته می‌شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج، کلیه‌ی اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و پس از استفاده، فایل‌های صوتی حذف خواهند شد. مشارکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از پژوهش بر حسب صلاحدید خود از طرح خارج شوند.

یافته‌ها

در پژوهش کنونی، مشارکت‌کنندگان ۱۳ نفر از کارکنان مراقبت بهداشتی از رشته‌های پزشکی، پرستاری، رادیولوژی، علوم آزمایشگاهی بودند که حدود یک چهارم آن‌ها مرد و مابقی زن بودند. حدود یک چهارم از شرکت‌کنندگان مبتلا به کووید شدند. این مطالعه با هدف تعیین تجربیات کادر درمان خط مقدم مبارزه با کرونا از استیگما انجام شد. در این راستا، مطالعه‌ی ما نشان داد که شرکت‌کنندگان سه نوع استیگمای اجتماعی، وابستگان و استیگما به خود را تجربه کرده‌اند.

ابتدا ۱۹۰ کد استخراج شد و پس از کاهش، حذف و ادغام‌های

ادامه جدول ۱. طبقات، زیرطبقات و ۴ درون‌مایه «استیگما خود، استیگما اجتماعی، استیگما وابستگان و سازگاری با استیگما» استخراج شده از مطالعه

زیر طبقات	طبقات
ترک خانواده	
تشدید نگرانی از ابتلا به بیماری به دنبال مثبت شدن تست کووید در اطرافیان	
تمسخر کردن به عنوان عامل انتشار ویروس کرونا	
توقع رعایت یک‌جانبه‌ی وسایل حفاظت فردی و رعایت بهداشت	
تبعیض در خانواده	
علاقه‌مند بودن به کار در بخش کووید به دلیل وجود تجهیزات حفاظت فردی با کیفیت	مثبت
احساس مفید بودن	سازگاری با استیگما
پذیرش استیگما و رفتارهای اجتنابی دیگران با گذر زمان	
برقراری روابط کاری سالم با همکاران و محیط	
حمایت از خانواده	
وظیفه‌ی انسانی، مسئولیت‌پذیری و حس انسان دوستانه‌ی کار در بخش کووید	
گذشت زمان و آگاهی بیشتر در مورد بیماری	
سعی در اصلاح شیوه و سبک زندگی	
حس الگو بودن و آگاهی‌سازی اطرافیان با رفع شایعات و انتقال اطلاعات درست	
استفاده‌ی دقیق از وسایل محافظت فردی	
پذیرش کار در بخش کووید	
امیدواری دادن به همکاران	
دعا کردن برای اتمام کووید	
استفاده از روش‌های انحراف فکر و فراموش کردن کووید و خاطرات بیماران کووید	
برون‌گرا بودن و تحمل راحت‌تر قرنطینه و رفتارهای دفعی و اجتنابی	
کسب دانش مقابله و کاهش ترس با مرور زمان از کووید از دیدگاه همکاران بخش کووید	
بی‌علاقه بودن از کار در بخش کووید و ادامه‌ی فعالیت	منفی
ابتلا به کووید به دلیل حجم کاری زیاد و مواجهه با بیماران کرونایی	
جدا کردن محل زندگی از خانواده	
رفتارهای وسواسانه‌ی بهداشتی و محتاطانه ناشی از شک به ابتلا به کووید	
سهل‌گیری به دلیل عادی شدن کووید و شناخت از بیماری در طی زمان	
پنهان کردن شغل و یا شایعه پراکنی خارج شدن از شغل به دروغ	
پنهان کردن ابتلا به بیماری	
درون‌گرا شدن به منظور تحمل راحت‌تر قرنطینه و رفتارهای دفعی	

بحث

این پژوهش با هدف تبیین تجارب کادر درمان خط مقدم مبارزه با کرونا از استیگما انجام شد. نتایج نشان داد، مشارکت‌کنندگان سه نوع استیگمای اجتماعی، استیگما وابستگان و استیگما به خود را تجربه کرده‌اند.

استیگما خود: یافته‌ها نشان دادند که بسیاری از شرکت‌کنندگان، رفتارهای وسواسی و بدبینی و تخمین بیش از حد از احتمال ابتلا به کووید و ناقل دانستن خود ناشی از رفتارهای اجتنابی دیگران داشتند و گزارش دادند که استیگما اجتماعی و وابستگان را منطقی می‌دانستند و آن را پذیرفتند؛ همچنین شرکت‌کنندگان دلیل استیگما به خود را کمبود دانش عنوان کردند. ترس از بیماران مبتلا به ویروس کرونا،

گناه در مورد احتمال انتقال ویروس به خانواده و دوستان‌شان مخصوصاً اعضای آسیب‌پذیر، داشتند. گرچه اکثراً، آن را به عنوان عدم درک در مورد بیماری یا خطرات ناشی از آن منطقی می‌دانند، اما همه‌ی آن‌ها احساس عصبانیت و آسیب‌دیدگی می‌کنند (۱۸). این نوع استیگما می‌تواند باعث شکاف و فاصله بین روابط اجتماعی و در نتیجه سرخوردگی و ناامیدی، بیگانگی و تنفر شود.

همچنین، یافته‌ها نشان دادند که برخی از شرکت‌کنندگان تغییرات در فعالیت‌های روزانه مثل کمبود تمرکز و خستگی برای انجام اهداف شخصی، تغییرات در عادت غذایی و خواب اشاره کردند. کارکنان بهداشتی به طور کلی به دلیل استیگما و تبعیض، ممکن است با اضطراب،

تقریباً همه‌ی شرکت‌کنندگان به تأثیر مثبت گذر زمان برای سازگاری با کار در بخش کووید و کاهش استیگما از طرف خود و جامعه و دوستان اشاره کردند. بیماری‌های همه‌گیر، رویدادهایی پویا هستند که در آن واکنش‌های روانشناختی با گذشت زمان و شرایط تغییر می‌کنند (۳۰). مراجعه به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، برای اطلاعات مهم مرتبط به COVID-19 نیز مفید است. بدین صورت که، تصدیق اطلاعات نادرست و انتشار اطلاعات مبتنی بر علم مربوط به COVID-19 می‌تواند به طور بالقوه ارتباطات را بهبود بخشد و استیگما را که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی توصیف کرده‌اند، کاهش دهد (۲)؛ در مطالعه‌ی حاضر نیز احساس الگو بودن و اطلاع‌رسانی به مردم یکی از راه‌های سازگاری با استیگما گزارش شده است.

نتیجه‌گیری

درک فاکتورهای استیگما، بررسی اینکه آیا این متغیرها به طور بالقوه توانایی ایجاد تغییر در کیفیت زندگی حرفه‌ای کارکنان بهداشتی - درمانی را دارند، ضروریست. در این راستا، در مطالعه‌ی حاضر کاهش همکاری در محیط کار به دلیل مواجهه کمتر با بیماران مبتلا به کووید اشاره شده است. همچنین تغییرات در خلق آن‌ها همانند ایجاد ترس، استرس، اضطراب و خشم و کاهش اعتماد به نفس و احساس شرم و غیره اشاره کرد. آن‌ها با یک خطر اضطرابی بی‌سابقه روبرو شدند که خدمات مراقبت بهداشتی را به حداکثر میزان خود رسانده و باعث افزایش حجم کار و فشارهای روحی و جسمی شده است.

مطالعه‌ی حاضر دارای نقاط قوت و محدودیت‌های مختلف است. از نظر نقاط قوت، مصاحبه‌ها در زمان و تعداد مناسب برای رسیدن به اشباع داده‌ها و توجه به راه‌های سازگاری با استیگما می‌توان اشاره کرد. همچنین این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد و بنابراین در مصاحبه به تأثیر گذر زمان نیز توجه شد. از نظر محدودیت می‌توان به حجم کم نمونه‌ها اشاره کرد. مطالعات کیفی دیگر می‌تواند برای آشکار کردن پایه‌ای از اطلاعات توصیف‌کننده‌ی استراتژی‌های مقابله و دسترسی به درمان بهداشت روان در کادر درمان انجام شود. در نهایت، این نوع اطلاعات می‌تواند برای حمایت از نیازهای بهداشت روانی در طی همه‌گیری استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با شناسه‌ی اخلاق IR.QUMS.REC.1399.342 در دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد تأیید قرار گرفت و حامی مالی این پژوهش معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان ابراز می‌کنند.

افسردگی (۱۹)، مشکلات خواب و بی‌خوابی (۲۰)، انزوا، افزایش غم و اضطراب، افزایش استرس و تأثیر بر عزت نفس بگذارد (۲۱) که با یافته‌های مطالعه‌ی ما همسو بود.

استیگما اجتماعی: در این مطالعه، استیگما اجتماعی در مکان‌های مختلف (به عنوان مثال، فروشگاه‌های مواد غذایی، بانک‌ها، همسایه و غیره) رخ داده است. یکی از دلایل بروز رفتارهای اجتنابی و دفعی از دیدگاه کادر درمان، احتمالاً ترس جامعه از ناقل بودن آن‌ها گزارش شده بود. در حالی که در پژوهش حاضر، تنها یک چهارم (۳) از ۱۳ نفر شرکت‌کنندگان که در بخش کووید مشغول بکار بودند، مبتلا به کووید شدند. در سطح جهانی نیز، کارکنان درمانی در مقایسه با کارکنان غیر درمانی، خطر بیشتری برای ابتلا به COVID-19 دارند (۲۲). همچنین، تحقیقات انجام شده در هلند نشان داد، کارکنان درمانی نیز همانند کارکنان غیر درمانی به احتمال زیاد در جامعه آلوده می‌شوند (۲۴).

به چند مثال مشابه در این زمینه می‌پردازیم. در مکزیک و جمهوری مالاوی نیز، پزشکان و پرستاران از دسترسی به وسایل نقلیه عمومی منع شده و موارد خشونت فیزیکی گزارش شده است (۲۵). استیگما مسکونی (Residential stigma) نیز به تازگی توسط COVID-19 ایجاد شده است (۲۶).

استیگما وابستگی: یافته‌ها نشان دادند که برخی از شرکت‌کنندگان، به کاهش روابط یا ترک خانواده، دوستان و اقوام ناشی از ترس انتقال بیماری اشاره کردند. گرچه کارکنان بهداشتی - درمانی در مقایسه با عموم مردم در معرض خطر ابتلا به کووید-۱۹ هستند، اما هیچ مرجع بهداشتی یا دولتی توصیه نکرده است که کارکنان بهداشتی - درمانی در طی بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ از اجتماعات یا خانواده‌های خود جدا شوند (۲۷). با این حال، سازمان بهداشت جهانی نیز در بیانیه‌ی در ۱۸ مارس ۲۰۲۰، اعلام کرد «برخی از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی تجربه‌ی دوری کردن به دلیل استیگما یا ترس را از طرف خانواده یا جامعه خود داشته‌اند» (۲۸).

یکی از دلایل منطقی جدایی شرکت‌کنندگان ناشی از ابتلا به کووید و قرنطینه بود. یافته‌ها نشان دادند که علاوه بر ابتلا کادر درمان، سابقه‌ی ابتلا اقوام و اساتید آن‌ها به کووید نیز، تأثیرات روانی چشمگیری داشته است. در واقع، آشنایی و شناختن یک دوست یا یکی از اعضای خانواده که آزمایش مثبت داشته است، بر روی استیگما تأثیر مثبت می‌گذارد و کاملاً اثبات شده است (۲۹).

سازگاری با استیگما: یافته‌ها نشان دادند که برخی از شرکت‌کنندگان، یکی از دلایل سازگاری منفی با استیگما را به صورت بروز رفتارهای وسواسانه‌ی بهداشتی و محتاطانه گزارش کردند. نتایج نشان داد که احساس مفید بودن و کمک به جامعه یکی از دلایل سازگاری با استیگما می‌باشد.

References

- Pike A, Dawley S, Tomaney J. Resilience, adaptation and adaptability. *Cambridge J. Reg Econ Soc* 2010; 3(1): 59-70.
- Zolnikov TR, Furio F. Stigma on first responders during COVID-19. *Stigma and Health* 2020; 5(4).
- Chakraborty I, Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Sci Total Environ* 2020; 728: 138882.
- Hossein-zadeh-Shanjani Z, Hajimiri K, Rostami B, Ramazani S, Dadashi M. Stress, anxiety, and depression levels among healthcare staff during the COVID-19 Epidemic. *Basic Clin Neurosci* 2020; 11(2): 163-70.
- Depoux A, Martin S, Karafillakis E, Preet R, Wilder-Smith A, Larson H. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *J Travel Med* 2020; 27(3): taaa031
- Badrfam R, Zandifar A. Coronavirus disease 2019 in Iran: the need for more attention to primary health care. *Public Health* 2020; 182: 187.
- Badrfam R, Zandifar A, Arbabi M. Mental health of medical workers in COVID-19 pandemic: Restrictions and barriers. *J Res Health Sci* 2020; 20(2): e00481.
- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *lancet* 2020; 395(10223): 507-13.
- Badfam R, Qorbani M, Zandifar A. Status of stigma on the health care workers related to COVID-19 at the first wave of the pandemic in Iran: A qualitative study. *Sec Public Mental Health* 2022; 13.
- Sun D, Yang D, Li Y, Zhou J, Wang W, Wang Q, et al. Psychological impact of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak in health workers in China. *Epidemiol Infect* 2020; 148: e96.
- Abdelhafiz AS, Alorabi M. Social stigma: the hidden threat of COVID-19. *Front Public Health* 2020; 8: 429.
- Poudeh A. Stigma against health workers, patients and area locals continues in Covid-19 hotspots. [Online]. [cited 01 May 2022]; Available from: URL: <https://kathmandupost.com/national/2020/05/01/stigma-against-health-workers-patients-and-area-locals-continues-in-covid-19-hotspots>
- Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet* 2006; 367(9509): 528-9.
- Singh R, Subedi M. COVID-19 and stigma: social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. *Asian J Psychiatr* 2020; 53: 102222.
- Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(5): 779-88.
- Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- van Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. New York, NY: Taylor & Francis; 2016.
- Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability* 2020; 12(9): 3834.
- Villa S, Jaramillo E, Mangioni D, Bandera A, Gori A, Raviglione MC. Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. *Clin Microbiol Infect* 2020; 26(11): 1450-2.
- Wu K, Wei X. Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against COVID-19 in China. *Med Sci Monit Basic Res* 2020; 26: e924085.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3(3): e203976.
- Koh D. Occupational risks for COVID-19 infection. *Occup Med (Lond)* 2020; 70(1): 3-5.
- Kluytmans-van den Bergh MF, Buiting AG, Pas SD, Bentvelsen RG, van den Bijllaardt W, van Oudheusden AJ, et al. Prevalence and clinical presentation of health care workers with symptoms of coronavirus disease 2019 in 2 Dutch hospitals during an early phase of the pandemic. *JAMA Netw Open* 2020; 3(5): e209673.
- Bagchi S. Stigma during the COVID-19 pandemic. *Lancet Infect Dis* 2020; 20(7): 782.
- Kamal R. Fear, hatred and stigmatization grip Bangladesh amid Covid-19 outbreak. [Online]. [cited 26 Mar 2020]; Available from: URL: <https://www.tbsnews.net/thoughts/fear-hatred-and-stigmatization-grip-bangladesh-amid-covid-19-outbreak-61129>
- Uvais NA, Aziz F, Hafeeq B. COVID-19-related stigma and perceived stress among dialysis staff. *J Nephrol* 2020; 33(6): 1121-2.
- Organization WH. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. [Online]. [cited 18 Mar 2020]; Available from: URL: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Lyndon AE, Crowe A, Wuensch KL, McCammon SL, Davis KB. College students' stigmatization of people with mental illness: Familiarity, implicit person theory, and attribution. *Ment Health* 2019; 28(3): 255-9.
- Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing; 2019.

Stigma" A New Challenge in the Clinical Environment during the Outbreak of COVID-19: Experiences of Medical Staff

Lili Yeke Fallah¹, Peyman Namdar², Narges Hosseini³,
Kamal Ebrahimi⁴, Sareh Mohammadi⁵

Original Article

Abstract

Background: Epidemic diseases and their spread pose a significant threat to human health, leading to adverse mental health effects due to the occurrence of severe changes in life, this study aims to explore the experience of stigma among medical staff on The frontline of the fight against COVID-19.

Methods: The present qualitative research was conducted using the hermeneutic phenomenological method, emphasizing Van Manen's method at the Bo Ali Sina therapeutic training center in Qazvin city. The study was conducted from November 2021 to February 2022, the participants were interviewed through purposeful sampling method until data saturation stage was reached.

Findings: The study showed that the participants experienced three types of social stigma, dependent and self-stigma. Initially, 190 codes were extracted, and after reduction, elimination and mergers, 130 initial codes remained finally, by analyzing the information, 8 classes, 63 sub-classes and 4 within the topic of "own stigma, social stigma, the stigma of family and compatibility with the stigma It was extracted.

Conclusion: The study's participants pointed out a reduction in cooperation in the workplace due to less exposure to COVID patients, as well as changes in mood such as fear, stress, anxiety, and anger, and a decrease in self-confidence and feeling of shame, etc., caused by stigma.

Keywords: COVID-19; Medical staff; Self-confidence; Shame; Social stigma

Citation: Yeke Fallah L, Namdar P, Hosseini N, Ebrahimi K, Mohammadi S. **Stigma" A New Challenge in the Clinical Environment during the Outbreak of COVID-19: Experiences of Medical Staff.** J Isfahan Med Sch 2023; 41(712): 188-95.

1- Associate Professor, Department of Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2- Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3- Nursing Expert, Shahid Rajaei Hospital, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

4- Instructor of Psychiatric Nursing, Mahabad School of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

5- Master of Intensive Care Nursing, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Corresponding Author: Sareh Mohammadi, Master of Intensive Care Nursing, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran; Email: sareh_mohammadi@ymail.com