

رهیافتی پدیدارشناسانه در واکاوی واکنش‌های عاطفی پزشکان بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹

فهیمة باهنر^۱ / سید مسعود محسن‌الحسینی^۲ / محمدحسن آسایش^{۳*}

تاریخ پذیرش: ۹۹/۷/۵

تاریخ ارسال: ۹۹/۴/۲۱

چکیده

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در خط اول مبارزه با بیماری کووید-۱۹ می‌باشند. این پژوهش با هدف شناسایی واکنش‌های عاطفی پزشکان بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ انجام شد. در پژوهش حاضر از شیوه پدیدارشناسی استفاده شد. جامعه این پژوهش شامل پزشکان بهبود یافته از بیماری کرونا و ویروس در شهر یزد بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه ساختار نیافته و عمیق قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی ۲ مضمون اصلی، ۶ مضمون فرعی، ۱۰ مضمون فرعی تر و ۵۰ مفهوم اولیه گردید. مضمون اصلی نخست «واکنش‌های عاطفی مثبت» بود. واکنش‌های عاطفی مثبت شامل مجموعه واکنش‌هایی بود که مضمون‌های فرعی ۱- امید و انگیزه، ۲- احساس شادکامی از داشتن شغل پزشکی و ۳- تنظیم عواطف را دربر می‌گرفت. مضمون اصلی دوم «واکنش‌های عاطفی منفی» بود. واکنش‌های عاطفی منفی شامل مجموعه واکنش‌هایی بود که مضمون‌های فرعی ۱- افسردگی، ۲- اضطراب و ۳- خشم بود. در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که تجربه مبتلایان به کووید-۱۹ دارای پیامدهای سخت و ناگوار و بعضاً رشد محوری است که در دو محور اصلی واکنش‌های عاطفی مثبت و واکنش‌های عاطفی منفی دسته‌بندی شد. این مقاله رهیافتی برای ادامه بررسی واکنش‌های روان‌شناختی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: واکنش‌های عاطفی، کرونا و ویروس، کووید-۱۹، پزشکان.

fahime74bahonar@gmail.com

۱- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان.

smmhosseini@ut.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران.

sayesh@ut.ac.ir

۳- *استادیار گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران (نویسنده مسئول).



مقدمه

از مجموع بحران‌های غیرمترقبه پیش‌آمده تا قرن حاضر، کرونا ویروس (کووید ۱۹) باعث ایجاد یک بحران در سطح جهانی شده است. کرونا ویروس از دسامبر سال ۲۰۱۹ در یوهان چین آغاز شد (سازمان بهداشت جهانی،^۲ ۲۰۲۰). این ویروس جزو خانواده بزرگ از ویروس‌ها است که ممکن است باعث عفونت‌های تنفسی از سرماخوردگی گرفته تا بیماری‌های شدیدتر شود (فرنوش، علیشیری، حسینی، درستکار و جلالی فراهانی، ۱۳۹۹). بیماری کرونا یک بیماری ناشناخته است و زمانی که یک پدیده ناشناخته موجود باشد بیشتر ترس ایجاد می‌کند. طبیعتاً چون علم پزشکی نتوانسته است راه درمان مناسبی پیدا کند و بحث‌های پیشگیری نیز همگی بر دور بودن از جامعه و در خانه بودن تأکید دارند، در نتیجه فضا و واکنش‌های مختلفی را از سوی اقشار مختلف مردم در پی دارد (محدث اردبیلی، روشن و نجارزاده طرهبه، ۱۳۹۸). در تحقیق مالتا، ریموین و استرادی (۲۰۲۰)^۳ نشان دادند پاسخ‌های رفتاری، شناختی و هیجانی افراد در شرایط پرفشار کرونا ویروس به آمادگی روانی و حمایت‌های اجتماعی کسب‌شده بستگی دارد.

با توجه به اینکه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در خط اول مبارزه با بیماری‌های عفونی و بیماری کووید-۱۹ می‌باشند، اولین کسانی هستند که در معرض آلودگی به این ویروس قرار می‌گیرند. یافته‌های یک مطالعه نشان می‌دهد که نسبت درصدی میزان آلودگی کارکنان مراقبت‌های پزشکی در طی شیوع بیماری کووید-۱۹، ۳/۸ درصد می‌باشد که البته دلیل اصلی این درصد بالای آلودگی کارکنان پزشکی، تماس‌های محافظت نشده با بیماران آلوده در ابتدای شیوع بیماری کووید-۱۹ گزارش شده است (ویو و مک‌گوگان،^۴ ۲۰۲۰).

در میان موارد اشاره شده کارکنان بیمارستان، پزشکان نقش مهمی در پاسخ به بلایا و حوادث غیرمترقبه دارند و در اکثر موارد به‌عنوان یکی از اولین پاسخ‌دهنده‌ها در صحنه حادثه

^۱ Coronaviruses

^۲ World Health Organization

^۳ Malta, M., Rimoin, A.W., & Strathdee, S. A.

^۴ Wu, Z., & McGoogan, J. M.

و بخش‌های اورژانس محسوب می‌شوند (کیامهر، مفیدی و نجاتی، ۱۳۸۸). بنابراین جدای از نحوه عملکرد تخصصی‌شان، واکنش آنان و میزان و نحوه کنترل واکنش‌ها حائز اهمیت است. در یک مطالعه مقطعی که بر روی پرسنل پزشکی در کشور چین در طی انتشار کووید-۱۹ در دهم فوریه تا بیستم فوریه ۲۰۲۰ انجام شده نشان می‌دهد که از بین ۵۱۲ نفر پرسنل حدود ۱۶۴ نفر (۳۲/۰۳) درصد تماس مستقیم با بیمار آلوده به کووید-۱۹ داشتند. در این بین میزان شیوع اضطراب حدود ۱۲/۵ درصد بود که ۱۰/۳۵ درصد افراد اضطراب خفیف، ۳۶/۱ درصد اضطراب متوسط و حدود ۷/۸ درصد اضطراب شدید تجربه کرده‌اند. همچنین، بررسی نتایج همین تحقیق نشان داد پرسنلی که در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید-۱۹ هستند نسبت به افرادی که در تماس مستقیم با این بیماران نیستند دارای شاخص اضطرابی بیشتری هستند. همچنین میزان شاخص اضطراب در پرسنل پزشکی شهرهای آلوده (مثل شهر ووهان) نسبت به پرسنل پزشکی سایر شهرها بیشتر است (لئو، یانگ، زانگ، ایکس‌یو، دیو و همکاران، ۲۰۲۰).

در مطالعه‌ای دیگر توسط سومر، دریکواتر و تورسلو (۲۰۱۷) در استرالیا بر روی پزشکان مشخص شد که تنها ۳۶ درصد آنان در برابر بحران‌های غیرمترقبه اعتماد به نفس خود را حفظ می‌کنند و معتقد بودند باید در این مورد آموزش‌های لازم را دریافت کنند تا بتوانند خودکنترلی در برابر واکنش‌هایشان داشته باشند. همچنین پژوهش کانگ، ما، چن، یانگ و وانگ^۳ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که پزشکان در معرض خطر ویروس کووید-۱۹ سلامت روان کم و اضطراب متوسط تا شدیدی و بی‌خوابی نسبتاً شدید را تجربه می‌کنند.

از نگاهی دیگر کارکنانی که همواره در خطر دریافت استرس شغلی هستند، کسانی می‌باشند که کارشان عرضه خدمت به دیگران است. این استرس در موقعیت‌های بحرانی چندین برابر می‌شود و منجر به واکنش‌های جسمانی، روانی، رفتاری و سازمانی می‌شود. عوارض روانی آن طیف وسیعی از بیماری‌های خفیف و علائم ناشی از آن مانند از بین رفتن

^۱Liu, C.Y., Yang, Y. z., Zhang, X. M., Xu, X. & Dou, Q.L.

^۲Somers, G.T., Drinkwater, E.J., & Torcello, N.

^۳Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., & Wang, Y.

اشتها، بی‌خوابی، سردرد، کاهش تمرکز و تکان‌های عصبی تا اختلالات شدید روانی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی را در برمی‌گیرد (کمالی اردکانی، ملک، عطارچی و محمدی، ۱۳۹۲). بر اساس نظریه فشار روانی، منابع شناختی، رفتاری و حمایتی موجود برای افراد، نقش اساسی در چگونگی انطباق آنان دارد، که واکنش‌های عاطفی مانند ترس، اضطراب و وحشت را در افراد مبتلا تحت تأثیر قرار می‌دهد (پارک و پارک، ۲۰۲۰). پزشکان به علت طولانی بودن مدت کار و الزام به حضور در محیط‌های بالینی و بیمارستانی در معرض درجات شدیدی از تنش هستند. زمانی که آنان در موقعیت بحرانی قرار می‌گیرند، فشار روانی و تنش آنان چندین برابر می‌شود و بر واکنش‌های آنان نیز افزوده می‌شود (هیو، یانگ، جیانیا و لی، ۲۰۰۹). مطالعه هانگ و رانگ (۲۰۲۰) نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای با فشار روانی در افراد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ و کادر درمان تعیین‌کننده اساسی برای درمان و نحوه واکنش‌ها است.

تحقیقات اندکی در مورد تجربیات پزشکان مبتلا به علائم تنفسی شدید انجام شده است (ویلگوس، یوهانیس، گلدبارت و فاتوی، ۲۰۱۲) و در واقع شاید بتوان گفت پژوهش‌های جامعی در مورد واکنش عاطفی پزشکان به کرونا و ویروس به دلیل ناشناخته بودن و داشتن ابهام شناختی در این باره انجام نشده است (علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبدالله زاده، ۱۳۹۸). در تبیین اهمیت پرداختن به واکنش‌های عاطفی می‌توان گفت، مدل سنتی واتسون، کلارک و تلگن (۱۹۸۸) بیان می‌کند که همه تجربه‌های زندگی را می‌توان در قالب عواطف مثبت و منفی تبیین کرد. عاطفه مثبت شامل امید، افتخار، شادمانی می‌باشد و عاطفه منفی شامل خشم، غمگینی و اضطراب است. براساس دیدگاه کارکردی نیز عواطف درگیرنده پاسخ‌های سازشی و غیر سازشی به مشکلات و فرصت‌های زندگی هستند و در نگاهی کلی می‌توان عنوان کرد که نظریه‌های معاصر بر نقش عواطف در مهیا کردن پاسخ‌های فیزیولوژیک، رفتار

۱Park, S.C., & Park, Y.C.

۲Hui, W. u., Yang, Z., Jia-na, W., & Lie, W.

۳Huang, L., & Rong, Liu. H.

۴Willgoss, T.G., Yohannes, A. M., Goldbart, J., & Fatoye F.

۵Watson, D., clark, L., & tellegen, A.

و حرکتی، تسهیل تصمیم‌گیری و تعاملات بین فردی تأکید می‌کند (گراس و تامپسون،^۱ ۲۰۰۷). باکشای، زولنسکی، آلان، ویجانویک و اسجمیت (۲۰۱۵) نیز در مطالعه خود دریافتند بین عواطف منفی، نگرانی و عدم احساس پذیرش ارتباط وجود دارد. در جدیدترین تحقیقات نیز نشان داده شده است، ترس و اضطراب به‌عنوان مهم‌ترین واکنش عاطفی می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کند، افراد را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر نماید و آنان را در معرض اخبار نادرست قرار دهد (تو، تسانگ و ییپ،^۲ ۲۰۲۰).

در چهارچوب بیان نظری واکنش عاطفی نیز می‌توان گفت، طبق نظریه تنظیم عاطفی توانایی فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها از جمله موارد تنظیم هیجان به شمار می‌رود. تنظیم عواطف سازگاران با سازگاری و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و موجب افزایش فراوانی تجربه‌ی هیجان مثبت و مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود (قیاسوند و قربانی، ۱۳۹۴). تنظیم عواطف مستلزم مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی در خود و دیگران بر مبنای شرایط موجود است (کول،^۳ ۲۰۰۹). در تعریفی دیگر تنظیم عواطف به مجموعه فرایندهای خودکار و کنترل‌شده‌ای اشاره دارد که شامل شروع، حفظ و نگهداشت و تغییر هیجان‌هاست که این امر در وقوع، شدت و طول مدت حالات احساسی و عاطفی اثرگذار است (برکینگ و شوارز،^۴ ۲۰۱۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که عدم تنظیم عاطفی منجر به افزایش استرس، اضطراب و افسردگی و همچنین با تغییر فرایندهای هیجانی و شناختی افراد همراه است (گلداین و گروس،^۵ ۲۰۱۰). رویکرد هیجان‌مدار نیز بر نقش هیجان‌ها به‌عنوان یک اصل در ساختار شخص و یک تعیین‌کننده کلیدی در سازمان‌دهی خود تأکید می‌کند (گرین‌برگ،^۶ ۲۰۰۶). بر اساس این نظریه، هیجان‌ها در شکل انطباقی خود اطلاعات را پردازش کرده و به افراد آمادگی انجام فعالیت‌هایی به‌منظور مدیریت محیط

^۱Gross & Thompson

^۲Bakhshai, Zvolensky, Allan, Vujanovic & Schmidt

^۳To, K. W., Tsang, O.T., & Yip, C.Y.

^۴Koole, S.

^۵Berking, M., & Schwarz, J.

^۶Goldin, P.R., & Gross, J.J.

^۷Greenberg, L.

و افزایش سطح بهزیستی می‌دهد. فقدان مدیریت صحیح عواطف منجر به افسردگی و اضطراب می‌شود (هنرکاردستانی، واحد و غفاری، ۱۳۹۸).

بنابراین با توجه به توضیحات فوق، اهمیت و ضرورت پرداخت به واکنش‌های روانی از جمله واکنش‌های عاطفی، با توجه به تأثیر این واکنش در ساختار مدیریت شخصی و همچنین پیشگیری از اختلالات روانی امری مهم و قابل بررسی است. اگر این واکنش‌ها مربوط به بخش بهداشت و کادر درمانی باشد، به سبب ماهیت فعالیت‌های مرتبط با نقشی که در درمان و بازتوانی بیماران و کنترل وضعیت سلامت جامعه دارند، حائز اهمیت تری می‌گردد (پیک آسا، رامیرز، سلگسون و شواف، ۲۰۱۳). چراکه در صورت نبود آگاهی از مقوله سلامت روان، فشار کاری زیادی بر نظام مراقبت سلامت وارد خواهد آمد که شاید نتوان ابعاد آن را در جنبه‌های مختلف جبران کرد. در نتیجه این موضوع می‌تواند به شناسایی نقاطی که هنوز مغفول مانده و مورد توجه قرار نگرفته کمک نماید. از سویی دیگر از آنجا که بیشتر پژوهش‌ها در این حوزه از نگاه پژوهش‌های کمی بوده و سهم پژوهش‌های کیفی به‌عنوان روشی که تجربه‌ی خود افراد را از تجربه رخداد نقل می‌کند کمتر است، بر آن شدیم تا با استفاده از پژوهش کیفی به شناخت دقیق‌تری از تجارب زیسته‌ی افراد مبتلا به این بیماری دست یابیم. در مجموع به نظر می‌رسد انجام تحقیقات برای کمک به شناسایی واکنش‌های روان‌شناختی ایجادشده امری ضروری است و می‌تواند در جهت کشف راه‌کارهایی برای بهبود کیفیت زندگی کادر درمان به خصوص پزشکان و سلامت جامعه کمک کند.

روش‌شناسی پژوهش

به‌منظور بررسی تجارب و کنش‌های عاطفی پزشکان درگیر کرونا از رویکرد کیفی استفاده شد. از بین روش‌های مختلف تحقیق کیفی در پژوهش حاضر از شیوه پدیدارشناسی^۱ استفاده شده است. بدین دلیل برای درک تجارب زیسته عاطفی پزشکان بهبودیافته از بیماری کرونا، روش پدیدارشناسی اتخاذ شد که به تشریح ساختار یا ماهیت تجارب زندگی و معنی بخشیدن

^۱Peek- Asa, C., Ramirez, M., Seligson, H., & Shoaf, K.

^۲Phenomenological research method

به آن‌ها و توصیف دقیق پدیده‌ها از خلال تجارب زندگی روزمره می‌پردازد و هدف این روش، فهم ساختار اصلی پدیده‌های تجربه‌شده‌ی انسانی از طریق تحلیل و تجزیه توضیحات شفاهی تجربیات از زاویه دید مشارکت‌کنندگان است (انصاری، یارمحمدیان، یوسفی و یمانی، ۱۳۸۶).

جامعه، نمونه و شیوه نمونه‌گیری پژوهش

جامعه این پژوهش شامل پزشکان بهبود یافته از بیماری کووید-۱۹ شاغل در بیمارستان شهید صدوقی یزد در بازه زمانی اواسط اسفند ۱۳۹۸ تا پایان خرداد ۱۳۹۹ بود. در این پژوهش برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری هدفمند و به شیوه دردسترس استفاده شد. لذا بر اساس هدف پژوهش مشارکت‌کنندگان از میان پزشکانی انتخاب شدند که مایل به ابراز دیدگاه‌های خود در باب بیان واکنش‌های خود نسبت به بیماری کرونا بودند. نمونه‌گیری بر اساس دو متغیر جنسیت و سابقه کاری انجام شد. انتخاب آزمودنی‌ها تا حد اشباع یعنی زمانی که در خلال مصاحبه هیچ اطلاعات جدیدی به دست نیامد، ادامه یافت. اشباع داده‌ها رویکردی در پژوهش کیفی برای تعیین کفایت نمونه‌گیری است و زمانی رخ می‌دهد که داده‌ی بیشتری که سبب توسعه، بزرگ‌تر شدن یا اضافه شدن به مفاهیم موجود گردد، به پژوهش وارد نشود (برنز و گروف، ۲۰۱۵). برای به حداقل رساندن ناهمگنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ملاک‌های ورود در نظر گرفته شد که این ملاک‌ها عبارت بودند از: ۱- داشتن تمایل برای حضور در پژوهش، ۲- پزشک بودن، ۳- ساکن شهر یزد، ۴- عدم سابقه بیماری جسمانی و روانی مزمن، ۵- تجربه کار در بیمارستان به مدت حداقل ۱ سال، ۶- تجربه ابتلا به کووید-۱۹. همچنین برای پژوهش ملاک‌های خروج از مطالعه نیز در نظر گرفته شدند که عبارت بودند از: ۱- وجود سابقه بیماری جسمی مزمن، ۲- نداشتن تشخیص کووید-۱۹، ۳- در دسترس نبودن پزشکان برای انجام مصاحبه.

قبل از انجام مصاحبه، به شرکت‌کنندگان در مورد رعایت اصول اخلاقی پژوهش توضیحات لازم داده شد و پس از کسب رضایتشان، به آن‌ها پیرامون حق انصراف از مصاحبه

و محرمانه بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش اطمینان داده شد. همچنین در مورد ضبط مصاحبه از شرکت کنندگان اجازه گرفته شد. مصاحبه‌ها از زمان شروع تا تحلیل نتایج ۳ ماه به طول انجامید و تمامی مصاحبه‌ها از طریق تماس تصویری بین مدت زمان ۳۰ تا ۴۵ دقیقه، انجام شد. در این پژوهش به دلیل ماهیت اکتشافی از مصاحبه ساخت نیافته و عمیق فردی^۱ از نوع بنا به فرصت پیش آمده استفاده شده است. این نوع مصاحبه که به مصاحبه پدیدارشناسی نیز مشهور است نوع خاصی از مصاحبه جامع است که بر پایه روش نظری پدیدارشناسی قرار دارد و در آن منبع اصلی اطلاعات مصاحبه عمیق و ژرفی است که به صورت مشارکتی بین پژوهشگر و مصاحبه‌شونده انجام می‌گیرد (انصاری، یارمحمدیان، یوسفی و یمانی، ۱۳۸۶).

سؤالات مصاحبه به صورت باز پاسخ و بر اساس اهداف و پیشینه نظری پژوهش توسط پژوهشگران طراحی گردید. در ابتدا، مصاحبه با یک سؤال کلی که «تجربه ابتلا به ویروس کرونا چه آثار عاطفی و احساسی برای شما داشته است و شما چه واکنش‌های عاطفی داشته‌اید؟» آغاز می‌شد که به مشارکت کنندگان اجازه می‌داد به موضوع بیماری خود در این حوزه به صورتی که علاقه مند بودند، نزدیک شوند. در ادامه با توجه به پاسخ‌های مشارکت کنندگان و با در نظر داشتن هدف پژوهش، سؤالات جدیدتری پرسیده می‌شد. سپس برای انجام تحلیل‌های بعدی، مصاحبه‌ها به دقت روی کاغذ پیاده‌سازی شد. لازم به ذکر است که برای محفوظ ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، در گزارش نقل قول‌ها از عبارات (شرکت کننده شماره ۱، ۲ و ...) استفاده گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی^۲ استفاده شد که یکی از رویه‌های پرکاربرد تحلیل در تحقیقات پدیدارشناسی است (محمدپور، ۱۳۹۲). طبق این روش، در این پژوهش پس از انجام مصاحبه و پیاده‌سازی مصاحبه بر روی کاغذ، چندین مرتبه متن خوانده شد و در ادامه خواندن یافته‌های مهم هر مصاحبه و هم احساس شدن با افراد مشارکت کننده به منظور درک آن‌ها، استخراج جملات مهم در رابطه با پدیده مورد مطالعه، دادن مفاهیم

^۱ Unstructured & in-depth interview

^۲ Colaizzi

خاص به جملات استخراج شده (فرمول‌بندی)، دسته‌بندی مفاهیم مشترک به دست آمده، رجوع به مطالب اصلی و مقایسه ایده‌ها و ترکیب آن‌ها، توصیف نهایی پدیده مورد مطالعه و در نهایت بازگردانی توصیف پدیده‌ها به مشارکت‌کنندگان در راستای معبرسازی نتایج انجام شد.

جهت بررسی اعتبار و صحت داده‌های پژوهش، از چهار معیار قضاوت شامل اعتبار^۱، انتقال‌پذیری^۲، اطمینان‌پذیری^۳ و تأیید‌پذیری^۴ که توسط گوبا و لینکن^۵ (۱۹۸۵، ۱۹۹۴) پیشنهاد شده است استفاده شد. برای تضمین اعتبار، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اساتید در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل آن‌ها استفاده شد. برای بررسی اطمینان‌پذیری داده‌ها از نظارت همکاران متخصص استفاده شد و متن مصاحبه‌ها برای بررسی دقیق‌تر کدگذاری‌ها به همکاران ارائه شد. برای رسیدن به اصل انتقال‌پذیری، سعی شد از پزشکان در سطوح مختلف شغلی، اجتماعی و فرهنگی استفاده گردد. افزون بر این جهت تأمین تأیید‌پذیری، سعی شد پژوهشگران قضاوت‌ها و سوگیری‌های خود را تا حد امکان در کار دخالت ندهند و با ثبت همه‌ی مراحل انجام کار و داده‌های حاصله و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک نمایند.

یافته‌های پژوهش

در جدول (۱) مشخصات و ویژگی‌های توصیفی گروه نمونه نشان داده شده است.

جدول شماره ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

کد	سن	سابقه کاری	جنسیت
۱	۲۶	۲ سال	زن
۲	۲۵	۲ سال	مرد

^۱ Credibility

^۲ Transferability

^۳ Dependability

^۴ Confirmability

^۵ Guba, E. G. & Lincoln, Y. S.

کد	سن	سابقه کاری	جنسیت
۳	۲۷	۳ سال	مرد
۴	۲۷	۴ سال	مرد
۵	۲۸	۵ سال	زن
۶	۲۶	۳ سال	مرد
۷	۲۵	۲ سال	زن
۸	۲۵	۲ سال	زن
۹	۲۶	۲ سال	زن
۱۰	۲۸	۶ سال	مرد
۱۱	۲۵	۲ سال	مرد
۱۲	۲۶	۲ سال	زن
۱۳	۲۷	۴ سال	مرد

همان‌گونه که در داده‌های جدول (۱) مشاهده می‌شود، ۱۳ پزشک در بازه سنی ۲۵-۲۸ سال در پژوهش شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها ۲۶/۲۳، میانگین سابقه کاری آنان ۲/۹۶ و از لحاظ جنسیت ۴۶/۱۶ درصد زنان پزشک و ۵۳/۸۴ درصد مردان پزشک بودند. یافته‌ها نشان می‌دهد مشارکت‌کنندگان واکنش‌های عاطفی متفاوتی به تجربه بیماری کووید-۱۹ نشان دادند. نتایج حاصل از تجربه و تحلیل داده‌ها در جدول شماره (۲) آمده است.

جدول شماره ۲. مضامین اصلی، مضامین فرعی و مفاهیم اولیه واکنش‌های عاطفی پزشکان بهبودیافته از بیماری کرونا

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مضامین فرعی تر	مفاهیم اولیه	فراوانی
واکنش‌های عاطفی مثبت	امید و انگیزه		امید به بهبودی	۴
			سودمندی	۳
			دلگرمی از حمایت اطرافیان	۵
			همدلی متقابل	۶
	احساس افتخار		داشتن حس سربلندی	۷
		قهرمان پنداری توسط جامعه	۶	
		نوع دوستی	۳	

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مضامین فرعی تر	مفاهیم اولیه	فراوانی			
تنظیم عواطف			حس رضایت از زندگی	۲			
			یافتن هدف و معنایی جدید برای زندگی	۵			
			مدیریت احساسات	۸			
			تاب آوری و صبوری	۶			
			گوشه گیری	۳			
			ناراحتی از محدودیت دیدار با اطرافیان	۹			
			گریه و زاری	۲			
			احساس نادیده گرفته شدن	۳			
			عدم پذیرش بیماری	۸			
			احساس بی حوصلگی	۱۰			
افسردگی			احساس خستگی	۲			
			کرختی	۳			
			نامیدی از مشاهده کمبود دارو	۵			
			نامیدی از مشاهده آمار بالای مبتلایان	۱۰			
			نامیدی از مشاهده آمار بالای فوت-شدگان	۹			
			احساس گناه نسبت به خانواده	۱۳			
			عذاب وجدان نسبت به شغل	۳			
			عذاب وجدان نسبت به کشور	۷			
			پریشانی و ناسامانی	۱۰			
			شوک روانی	۷			
واکنش های عاطفی منفی			بهت زدگی	۶			
			نگرانی از انتقال بیماری به خانواده	۱۲			
			نگران آینده خانواده	۱۰			
			نگرانی از اطلاع یافتن خانواده از بیماری	۴			
			نگرانی از تداوم علائم بیماری	۳			
			نگران طول مدت قرنطینه	۷			
			نگران انجام وظایف کاری	۶			
			نگران عقب ماندن از برنامه زندگی	۸			
			اضطراب			آشفته گی	۱۰
						هیجانی	۷
نگرانی	۶						
نگرانی از انتقال بیماری به خانواده	۱۲						
نگران آینده خانواده	۱۰						
نگرانی از اطلاع یافتن خانواده از بیماری	۴						
نگرانی از تداوم علائم بیماری	۳						
نگران طول مدت قرنطینه	۷						
نگران انجام وظایف کاری	۶						
نگران عقب ماندن از برنامه زندگی	۸						

مضمون اصلی	مضمین فرعی	مضمین فرعی تر	مفاهیم اولیه	فراوانی
		ترس	نگران فروپاشی آرزوها	۴
			ترس از مرگ	۴
			ترس از آینده	۶
			ترس از شیوع و فراگیری بیماری	۹
	تشویش		علائم جسمانی	۱۳
			وسواس فکری و عملی	۳
			مشکلات خواب	۵
			کابوس	۳
			حساسیت و گوش‌به‌زنگی	۹
			احساس بی‌قراری	۴
خشم		خشم نسبت به شرایط	۹	
		خشم از همکاران	۶	
		خشم از مدیران	۵	
		خشم از افراد سهل‌انگار	۷	
		خشم نسبت به فشار کاری	۸	

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید ۲ مضمون اصلی، ۶ مضمون فرعی، ۱۰ مضمون فرعی تر و ۵۰ مفهوم اولیه گردید. مضمون اصلی نخست «واکنش‌های عاطفی مثبت» بود. واکنش‌های عاطفی مثبت شامل مجموعه واکنش‌هایی بود که مضمون‌های فرعی ۱- امید و انگیزه، ۲- احساس شادکامی از داشتن شغل پزشکی، ۳- تنظیم عواطف را دربر می‌گرفت. مضمون اصلی دوم «واکنش‌های عاطفی منفی» نام‌گذاری شد که شامل مضمون‌های فرعی ۱- افسردگی، ۲- اضطراب و ۳- خشم بود.

مضمون اصلی اول: واکنش‌های عاطفی مثبت

در این بخش به توضیح مصادیق مضمون‌های فرعی و مضمون‌های فرعی تر واکنش عاطفی مثبت می‌پردازیم.

امید و انگیزه: امید و انگیزه در مشارکت‌کنندگان نوعی واکنش عاطفی و مقابله مفید در مقابل بیماری کووید-۱۹ بود. این واکنش شامل: امید به بهبودی، سودمندی، دلگرمی از حمایت اطرافیان و همدلی متقابل بود. در این‌گونه واکنش‌ها پزشکان مبتلابه کرونا و ویروس از حمایت، درک و آرامش بخشی نزدیکان و دوستان بهره‌مند می‌شدند و همین امر را همدلی می‌دانستند. با دریافت همدلی از سمت نزدیکان و دوستان در گام بعدی سعی می‌کردند این همدلی را به بیماران و همکاران مبتلا منتقل نمایند. نمونه‌ای از گزارش شرکت‌کنندگان در ادامه ارائه شده است.

«ایمان داشتم که به خاطر خانواده‌ام حتماً خوب می‌شوم. زمانی که تحت درمان بودم، می‌دانستم کسانی هستند که از من مراقبت و حمایت می‌کنند، برای همین هیچ‌وقت امیدم را به‌صورت کامل از دست نمی‌دادم. شاید کمتر می‌شد ولی هیچ‌گاه به‌طور کامل از بین نرفت. در آن شرایط همه سعی داشتند به هر نحوی که شده به یکدیگر دلگرمی بدهند» (شرکت‌کننده شماره ۵)

احساس افتخار: یکی دیگر از واکنش‌های عاطفی مثبت، احساس افتخار و شادکامی از داشتن شغل پزشکی بود که پزشکان از آن به‌عنوان التیام بخش روح و روان خود یاد می‌کردند. داشتن حس سربلندی، قهرمان‌پنداری توسط جامعه، نوع دوستی، حس رضایت از زندگی، یافتن هدف و معنایی جدید برای زندگی از جمله مؤلفه‌های این مضمون بود. پزشکان بیان کردند که با انتشار این بیماری و تغییر رویه زندگی عادی، بسیاری از هدف‌ها و معنایی که برای خود انتخاب کرده بودیم به سمت هدف‌های متعالی تغییر مسیر داد و رضایت کلی از زندگی که در گذشته با داشتن مواردی همچون مسکن، ماشین، شغل مناسب معنی پیدا می‌کرد، در این دوره با سلامتی جسمانی معنا پیدا کرد. به تعبیر دیگر در این دوره نقش و اهمیت سلامتی برای همگان محرز شد. عاملی که شاید قبلاً فکر می‌کردیم همیشه هست و نگران آن نبودیم. نمونه‌ای از گزارش‌های شرکت‌کنندگان در ادامه ارائه شده است.

«از اینکه می‌توانستم برای بیماران نقش مهمی را ایفا کنم و با آنان تاغلبه کامل این بیماری همراه شوم، حس مفید بودن داشتم. از طرف دیگر این بیماری نگاه من را به زندگی عوض کرد و معنایی یافتم که در گذشته به آن‌ها فکر نمی‌کردم» (شرکت‌کننده شماره ۶)

تنظیم عواطف: برخی از پزشکان مدیریت عواطف و کنترل مناسب هیجانات را در شرایطی که از یک سمت خانواده نگران بودند و از سمت دیگر بیماران هیجانات شدیدی داشتند، مهم قلمداد می‌کردند. زیر مجموعه‌های این مورد شامل مدیریت احساسات و تاب‌آوری و صبوری بود که از این میان کد «مدیریت احساسات» دارای فراوانی بیشتری بود. لازم به ذکر است که بسیاری از پزشکان بیان می‌کردند که هنگام مدیریت هیجانات خود متوجه کمبود نیازهای آموزشی در حیطه مدیریت بحران برای کادر بیمارستان شدند، چراکه در دروس آموزشی آنان چنین درس‌های روان‌شناختی گنجانده نشده است و اکثر آنان با مطالعه و گفتارهایی که شنیده بودند سعی در کنترل احساسات خود می‌کردند و از لحاظ علمی-آموزشی احساس نیاز می‌نمودند. نمونه‌ای از گزارش‌های شرکت‌کنندگان در ادامه ارائه شده است.

«در شرایط بحرانی تنها کاری که می‌توانستم خودم انجام دهم، حفظ هیجاناتم بود، هرچه که به‌طور کامل بلد نبودم ولی سعی می‌کردم همان‌هایی که بلد هستم را روی خودم اجرا کنم. وقتی مریض شدم، مدام به خودم می‌گفتم صبور باش، اوضاع خوب می‌شود» (شرکت‌کننده شماره ۴)

مضمون اصلی دوم: واکنش‌های عاطفی منفی

در این بخش به توضیح مصادیق مضمون‌های فرعی و مضمون‌های فرعی‌تر واکنش عاطفی منفی می‌پردازیم.

افسردگی: در پی انجام مصاحبه با پزشکان بهبودیافته از کووید-۱۹، مفهوم افسردگی با زیرمجموعه‌های غم و اندوه، بی‌توجهی، انکار، ملالت، ناامیدی و عذاب وجدان شناسایی

شد. هر کدام از این واکنش‌ها هم به صورت جداگانه عمل می‌کردند و هم بر یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذاشتند. بنابراین به علت اهمیت این واکنش‌ها، در ذیل به توضیح مفصل آن‌ها پرداخته می‌شود.

غم و اندوه: تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که از جمله واکنش‌های عاطفی و هیجانی منفی که در پزشکان در خور توجه بود مفهوم غم و اندوه می‌باشد. به نوعی اکثر مشارکت‌کنندگان در مطالعه احساس غم و اندوهناکی را تجربه کرده بودند. این واکنش شامل زیرمجموعه گوشه‌گیری، ناراحتی از محدودیت دیدار با اطرافیان و گریه و زاری بود. پزشکان خاطر نشان کردند به دلیل قرارگیری در شرایط منحصربه‌فرد، فراخوانی‌های پیش‌بینی‌نشده و فشار بی‌رویه کار، نبود جایی برای تخلیه فشار روحی و روانی دوره‌های کوتاه‌مدتی از افسردگی را تجربه کرده‌اند. سیکل پایان‌ناپذیر و مکرر نوبت‌های کاری آنان را وادار به تخلیه هیجانی از طریق گریه و زاری می‌کرد. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های تجربی شرکت‌کنندگان در این زمینه اشاره شده است:

«اوایل که متوجه شدم دچار کرونا شدم گریه و زاری می‌کردم و به جواری غم‌زده شده بودم. چراکه این بیماری باعث محدود شدن دیدار با خانواده‌ام شد و برای من که تازه ازدواج کرده بودم و به خانواده بسیار وابسته بود خیلی سخت بود و به شدت ناراحت بودم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)

بی‌توجهی: در مصاحبه‌های انجام‌شده برخی از شرکت‌کنندگان در زمان ابتلا به کووید-۱۹ احساس بی‌توجهی داشتند. آنان دلایل خود را برای بی‌توجهی، نادیده گرفته شدن توسط مدیران بیمارستان‌ها و حتی بیماران می‌دانستند. پزشکان اظهار می‌کردند با وجود اینکه مدیران بیمارستان‌ها شرایط مبتلا شدن ما به بیماری را می‌دانستند و ما نیازمند درک شدن از سمت آنان بودیم ولی اکثر آنان برای ما شیفت می‌گذاشتند. از سمت دیگر با وجود اطلاعیه‌های فراوان از سمت رسانه‌ها مبنی بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی، اما بسیاری از بیماران حتی در فضای بیمارستان هم این امر را رعایت نمی‌کردند. این دو مقوله به ما این حس را منتقل

می‌کرد که سلامتی ما مهم نیست و به ما اعتنا نمی‌کنند. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های تجربی شرکت‌کنندگان در این زمینه اشاره شده است.

«همان اوایل اسفند که بیماری تازه آمده بود و من مبتلا شده بودم، وظایف سنگین کاری به من تحمیل شد. از اینکه هیچ‌کس بعد از مبتلا شدن به ما توجه نمی‌کرد و همچنان برایمان شیفت می‌گذاشتند احساس مهم نبودن داشتیم» (شرکت‌کننده شماره ۹)

انکار: یکی از واکنش‌های تجربه‌کنندگان کووید-۱۹ انکار بود. انکار به‌نوعی عدم پذیرش بیماری بود. پزشکان بیان می‌کردند بعد از فهمیدن ابتلا شدن به این بیماری آن را انکار می‌کردند، چراکه پذیرش بیماری و همراه آن انجام شیفت‌های سنگین و یا قرنطینه شدن و دور شدن از کار سخت بود. در واقع بسیاری از پزشکان به این دلیل که نمی‌توانستند خود را با شرایط پیش‌آمده وفق دهند، دست به انکار می‌زدند. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های تجربی شرکت‌کنندگان در این زمینه اشاره شده است.

«اگر می‌پذیرفتم که بیمار شده‌ام اجازه دیدن خانواده و دوستان را نداشتم. برای همین دو روز اول قبول نمی‌کردم ولی چون بحث جان آدمی به میان بود، کم‌کم این موضوع را پذیرفتم. چراکه شرایط جوری پیش می‌رفت که اگر نمی‌پذیرفتم، ممکن بود همه را بیمار کنم» (شرکت‌کننده شماره ۱۲)

ملالت: یکی دیگر از مقابله‌های منفی که در برخی از شرکت‌کنندگان اتفاق می‌افتاد ملالت و بی‌حالی بود. برخی از شرکت‌کنندگان احساس بی‌حوصلگی، خستگی و کمرختی داشتند. پزشکان بیان می‌کردند به دلیل شرایط کاری و ارتباطی که به وجود آمده بود و از انجام فعالیت‌ها بازمانده بودند، دچار آزرده‌گی و خستگی از یکجا نشستن و عدم انجام فعالیت‌های

روزمره شده بودند. در زیر یک نمونه از گزارش شرکت‌کنندگان در این زمینه ارائه شده است.

«احساس بی‌حوصلگی و خستگی داشتم و دست‌ودلم به هیچ کاری نمی‌رفت. فکر کنید تا هفته قبلش همه‌چی طبق روال عادی در حال انجام بود. یک‌هفته که این بیماری آمد و من هم گرفتم دیگه خیلی ناراحت شدم» (شرکت‌کننده شماره ۱)

ناامیدی: تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که از جمله واکنش‌های عاطفی و هیجانی منفی پزشکان ناامیدی می‌باشد. ناامیدی از کمبود دارو، مشاهده آمار مبتلایان و فوت‌شدگان بود. در این باره پزشکان اظهار می‌کردند که در اوایل شیوع بیماری به علت شکل‌گیری بازارهای سیاه دارو و عدم دسترسی همگان به داروهای لازم و مشاهده فوت‌های روزانه به شدت ناامید شده بودیم که این بیماری مهار شود. در ادامه با تمهیداتی که برای لوازم بهداشتی توسط دولت و نیروهای مردمی اندیشیده شد، تاحدی امید به بهبودی نیز در ما ایجاد شد. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های تجربی شرکت‌کنندگان در این زمینه اشاره شده است:

«در روزهای ابتدایی آن‌قدر مراجعه‌کننده بیمار و فوتی‌ها زیاد بود که همگی فکر می‌کردیم محال است اوضاع خوب شود. اینکه بیماران مدام می‌گفتند که دارو گیر نمی‌آید و یا با قیمتی گزاف خریده‌اند، به شدت ما را از اوضاع پیش‌آمده ناامید می‌کرد» (شرکت‌کننده شماره ۱۱)

احساس عذاب وجدان: در مصاحبه‌های انجام شده برخی از شرکت‌کنندگان در زمان ابتلا به کووید-۱۹ احساس عذاب وجدان داشتند. آنان عذاب وجدان خود را در سه حیطه، احساس گناه نسبت به خانواده، عذاب وجدان نسبت به شغل، عذاب وجدان نسبت به کشور می‌دانستند. در واقع تمامی پزشکان احساس گناه نسبت به خانواده را تجربه کرده بودند چرا که می‌گفتند احساس آنان این است که آن‌چنان که باید و شاید در طول مدت دو ماه، سه ماه

نتوانسته به خانواده خود برسند و اکثر اوقات در بیمارستان بودند. همچنین نسبت به کشور هم عذاب وجدان داشتند که در بحران اولیه پیش آمده به دلیل ابتلا به بیماری نتوانستند تمام انرژی خود را صرف هم‌وطنان خود کنند ولی تا حد زیادی به تعهدات شغلی که قسم یاد کرده بودند، پایبندی نشان دادند. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های تجربی شرکت‌کنندگان در این زمینه اشاره شده است:

«بعد از مبتلا شدن احساس گناه می‌کردم که دین خودم را نسبت به خانواده و کشورم هنوز ادا نکرده‌ام. گاهی پیش خودم احساس می‌کردم در مسیری که به خاطر آن قسم خورده‌ام تمام تلاش خودم را کرده‌ام یا خیر. می‌توانم در ادامه مسیر مجدد به شغلم برگردم یا دستم از دنیا کوتاه می‌شود»
(شرکت‌کننده شماره ۳)

اضطراب: از جمله مضمون فرعی دیگر که توسط پزشکان بهبودیافته از بیماری کووید-۱۹ بیان شد، مفهوم اضطراب بود. این مضمون شامل آشفتگی هیجانی، نگرانی، ترس و تشویش می‌باشد. به علت گستردگی زیاد در توضیح مضامین در ذیل به تشریح هر کدام به صورت جداگانه و مفصل پرداخته شده است.

آشفتگی هیجانی: یکی دیگر از مقابله‌های ناسازگارانه در پزشکان مبتلابه کووید-۱۹ آشفتگی هیجانی بود که شامل زیرمجموعه‌ی پریشانی و نابسامانی، شوک روانی و بهت‌زدگی می‌شد. پزشکان اذعان داشتند که این آشفتگی هیجانی در اوایل شیوع بیماری خیلی بیشتر بود و به تدریج و با گذر زمان و افزایش قرنطینگی، کم و کمتر شد. پزشکان می‌گفتند نداشتن مهارت‌های مقابله‌ای لازم برای کنترل پریشانی، باعث شد شوکی که در ابتدا به خاطر شیوع گسترده و هجوم بیماران بسیار در آن به وجود آمده بود، به صورت بهت-زدگی تا مدتی در آنان نهادینه شود. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های تجربی شرکت‌کنندگان در این زمینه اشاره شده است:

«وقتی متوجه بیماری و سیل عظیم مراجعه‌کننده به بیمارستان شدم، هم شوکه شده بودم و هم آشفته، از این جهت که نمی‌دانستم باید چه کاری انجام دهم. در واقع خیلی گیج شده بودم که مراقب خودم باشم یا به بیماران برسم. این حالت خاص من نبود، بلکه با هر کدام از همکارانم که صحبت می‌کردم این جوری بودند» (شرکت‌کننده شماره ۶)

نگرانی: یکی دیگر از واکنش‌های عاطفی می‌توان به نگرانی پزشکان بهبودیافته از کروناویروس اشاره کرد. در این واکنش پزشکان نسبت به جنبه‌های مختلفی از مسائل احساس نگرانی می‌کردند. زیرمجموعه‌های نگرانی شامل: نگرانی از انتقال بیماری به خانواده، نگران زندگی آینده خانواده، نگرانی از اطلاع یافتن خانواده نسبت به بیماری، نگرانی از تداوم علائم بیماری، نگران طول مدت قرنطینه، نگران انجام وظایف کاری، نگران عقب ماندن از برنامه زندگی، نگران فروپاشی آرزوها بود. تمامی پزشکان با رخ دادن این اتفاق نگرانی را در وجود خود احساس کرده بودند و سعی در پنهان کردن این نگرانی و مدیریت امور و روابط به نحوه مناسب داشتند. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های تجربی شرکت‌کنندگان در این زمینه اشاره شده است:

«زمانی که فهمیدم دچار کرونا شده‌ام تا سه روز به خانواده‌ام چیزی نگفتم تا نگران نشوند. به شدت نگران بودم که بیماری من به خانواده‌ام منتقل شود. در زمان نگرانی من برهمه‌ی احساساتم غلبه داشت» (شرکت‌کننده شماره ۱۳)

توس: مشارکت‌کنندگان اغلب به دلیل اینکه در زمان ابتلا به بیماری دچار ترس شده بودند، تصور زندگی آینده برایشان سخت شده بود. ترس از مرگ، ترس از آینده، ترس از شیوع و فراگیری بیماری از جمله موارد اشاره شده در بحث احساس ترس بود. بیشتر افراد از شیوع و فراگیری (۹ نفر) ترس داشتند. پزشکان در این خصوص اذعان داشتند به دلیل ناشناخته بودن این بیماری، نبود درمان قطعی، عدم رعایت موارد بهداشتی، شایعه‌پراکنی‌ها، وجود

بازار سیاه لوازم پزشکی و موارد از این قبیل باعث ایجاد ترس در کارکنان بیمارستان شده بود. در زیر یک نمونه از گزارش شرکت کنندگان در این زمینه ارائه شده است.

«یه جورایی ترس بین ما پزشکان خیلی زیاد بود هم ترس از دست دادن جانمان و هم ترس از دست دادن شغل و خانواده. خیلی اوقات ترس از آینده - ای مبهم و فراگیری زیادی این بیماری حس ناخوشایند در من به وجود می - آورد. البته خیلی سعی می کردیم ترسمان را کنترل کنیم و به بیماران منتقل نکنیم» (شرکت کننده شماره ۸)

تشویش: از جمله واکنش‌های عاطفی منفی در خور توجه پزشکان احساس تشویش بود. علائم جسمانی اضطراب، وسواس فکری و عملی، حساسیت و گوش به زنگی، کابوس، مشکلات خواب و بی‌قراری از جمله موارد اشاره شده توسط تجربه کنندگان کرونا و ویروس بود. تمامی پزشکان بهبودیافته به این ویروس علائم جسمانی شامل اختلال در خواب و خوراک، تنش جسمی، سردرد و سرگیجه، لرزش تن را تجربه کرده بودند. تشویش ناشی از ابتلا شدن پزشکان به کرونا تقریباً طولانی و مستمر بوده و حتی آن‌ها بیان داشتند که به خاطر اضطراب متوجه تغییر در هورمون‌های خود نیز شده بودند و مغز آنان هم فرمان هوشیاری حتی در هنگام خواب دریافت می کرده است. این تشویش موجب کاهش سیستم دفاعی بدن شد و حساسیت بین فردی آنان را هم بالا می‌برد. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های شرکت کنندگان در این زمینه ارائه شده است.

«شب‌های اول واقعاً کابوس مرگ می دیدم و روی این موضوع خیلی حساس شده بودم. یجورایی حس می کردم باید خودم را برای مرگ آماده کنم. تمام بدنم از اینکه فکر می کردم دارم می میرم می لرزید. از شدت تشویش خیلی ناآرام بودم» (شرکت کننده شماره ۲)

خشم: خشم از جمله مضامین فرعی دیگری بود که پزشکان تجربه کرده بودند. این احساسات به دلیل اینکه افراد نمی‌توانستند بر شرایط پیش آمده مسلط شوند اتفاق می‌افتاد.

خشم نسبت به شرایط، خشم از همکاران، خشم از مدیران، خشم از افراد سهل‌گیر، خشم نسبت به فشار کاری از جمله زیرمجموعه‌های مضمون خشم بود. خشم نسبت به شرایط دارای بیشترین فراوانی (۹ نفر) است. در زمره خشم نسبت به مدیران پزشکان مواردی همچون احساس سوءاستفاده شدن از آنان، اجبارها به حضور در بیمارستان، مرخصی ندادن و اجبار در نزدن ماسک به منظور جدی نشان ندادن و ویروس کرونا در اوایل اسفندماه ۹۸ اشاره کردند. در زیر نمونه‌ای از گزارش‌های شرکت‌کنندگان در این زمینه ارائه شده است.

«اوایل نسبت به زمین و زمان خشمگین بودم، به خصوص بیشتر نسبت به همکارانم و مدیران که شرایط من را می‌دیدند و باز شیفت‌های سنگین به من می‌دادند. شما خودتان را بگذارید جای ما، جلوی چشمانمان می‌دیدیم روزانه چندین نفر فوت می‌شوند ولی کماکان مجبور بودیم با وجود مبتلا بودن مرخصی نگیریم» (شرکت‌کننده شماره ۱۲)

بحث و نتیجه‌گیری

انتشار کووید-۱۹ به دلیل سرعت انتقال آن که از ویژگی‌های این ویروس است باعث ایجاد یک وضعیت اورژانس در بهداشت جهانی در کمتر از چند ماه در سراسر کشورهای جهان شده است. این بیماری واگیردار نه تنها سبب نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامت جسمی همگانی شده بلکه سبب بروز مسائل روان‌شناختی نیز می‌شود. در این شرایط، حفظ وضعیت سلامت روان افراد ضروری است، زیرا مردم در قسمت‌های مختلف جامعه ممکن است محرک‌های استرس‌زایی در طول انتشار کووید-۱۹ تجربه نمایند (شهید و محمدی، ۱۳۹۹). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که واکنش‌های عاطفی پزشکان مبتلا به کووید-۱۹ دارای مشابهت‌ها و تفاوت‌هایی است. همان‌طور که گفته شد تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید ۲ مضمون اصلی، ۶ مضمون فرعی، ۱۰ مضمون فرعی‌تر و ۵۰ مفهوم اولیه گردید. مضمون اصلی نخست «واکنش‌های عاطفی مثبت» بود. واکنش‌های عاطفی مثبت شامل مجموعه واکنش‌هایی بود که مضمون‌های فرعی ۱- امید و انگیزه، ۲- احساس شادکامی از داشتن شغل

پزشکی، ۳- تنظیم عواطف را دربر می‌گرفت. مضمون اصلی دوم «واکنش‌های عاطفی منفی» بود. واکنش‌های عاطفی منفی شامل مجموعه واکنش‌هایی بود که مضمون‌های فرعی ۱- افسردگی، ۲- اضطراب و ۳- خشم بود. در ادامه به تبیین هر کدام از مضامین پرداخته شد.

واکنش‌های عاطفی مثبت

همان‌طور که نتایج مطالعه حاضر نشان داد واکنش‌های عاطفی مثبت در سه حیطه طبقه‌بندی شدند که شامل: امید و انگیزه، احساس افتخار و تنظیم عواطف بود. در ارتباط با امید و انگیزه طبق نظریه اسنایدر (۲۰۰۲) می‌توان بیان کرد که امید عبارت است از ظرفیت ادراک شده برای تولید مسیریایی به سمت هدف‌های مطلوب و انگیزه ادراک شده برای حرکت در این مسیرها. پس امید سازه‌ای دویعدی است که تعاتی هیجانی دارد و انگیزه را در درون خود جای می‌دهد (پرچم، فاتحی‌زاده و محققیان، ۱۳۹۲). امید و انگیزه بر مبنای رویکرد روان-شناسی مثبت به‌جای تمرکز صرف بر ضعف‌های انسان، توانمندی‌ها و قابلیت‌های او را مورد توجه قرار می‌دهد (مویدقاعدی، قربان شیرودی، ۱۳۹۵). وجود امید و بیماری به دو طریق به هم مربوط می‌شوند، اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و برای حل آن فعالانه انگیزه دارند، به‌علاوه افرادی که امید دارند در مواجهه با تشخیص بیماری پریشانی کمتر و تطابق بیشتر از خودشان نشان می‌دهند (رتنواتی، رامادیانتی، سوکیاتی، سوکانگ و ویولا، ۲۰۱۵). پژوهش‌های رویین‌تن، آزادی، افشین و امینی (۱۳۹۸)، نقدی و عناصری (۱۳۹۷) نشان دادند وجود امید در افراد بیمار کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری آنان را برای مقابله با بیماری بالا می‌برد. همچنین طبق پژوهش کیاfer، کارشکی و هاشمی (۱۳۹۳) امید متغیری است که با انگیزه رابطه دارد و در موقعیت‌های مختلف می‌توان بر روی آن تأکید شود. در ارتباط با امید و انگیزه در پزشکان نیز می‌توان گفت، امید برای مقابله با مشکلات و شرایط عدم اطمینان در حرفه پزشکی یک نیاز اساسی و ضرورت به شمار می‌رود (اسنایدر، شورسی، چیونس، کیم‌برلی، آدامز^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). در

^۱ Snyder, C. R.

^۲ Retnowati, S., Ramadiyanti, D.W., Suciati, A.A., Sokang, Y.A., & Viola, H.

^۳ Snyder, C.R., Shorey, H.S., Cheavens, J., Kimberley, M.P., & Adams, V. H.

پژوهش ابراهیمی، اعرابی و خالویی (۱۳۹۲) نیز به این نتیجه رسیدند بین امید و شادی با سلامت روان در پزشکان ارتباط وجود دارد.

از دیگر یافته‌ها در حیطه واکنش‌های مثبت، احساس افتخار و شادکامی از شغل پزشکی همراه با زیر مجموعه‌های داشتن حس سربلندی، قهرمان‌پنداری توسط جامعه، نوع دوستی، حس رضایت از زندگی، یافتن هدف و معنایی جدید برای زندگی بود. شادکامی آمیزه‌ای از انگیزش و احساس خوشایندی است که نشانگر حالتی عاطفی می‌باشد. شادکامی ویژه شغل به معنای احساسات افراد در مورد خویش در رابطه با کارشان است (لی، چو و سین-هیون، ۲۰۱۶). همچنین شادکامی شغلی را عبارت از بودن در حالت خوشحالی و سرور و دیگر هیجانات مثبت، راضی بودن از زندگی خود و فقدان افسردگی و اضطراب و سایر هیجانات منفی می‌دانند (کوی، یونیب‌هند، انگس‌روچ و فیشر، ۲۰۱۷). نظر به اینکه پرستاران و پزشکان در محیط‌هایی کار می‌کنند که در آن مرگ و زندگی و تأمین سلامتی بیماران از اهم مسائل می‌باشد، بنابراین شادکام بودن آن‌ها و داشتن روحیه شاد می‌تواند در امر سلامتی خود و بیمارانشان کمک نماید (زادحسن، دهقان‌پور، بستامی و یاراحمدی، ۱۳۹۶). از طرف دیگر داشتن کارکنانی شاد و کارآمد از آرمان‌های ارگان‌ها مختلف است، چراکه شادی کارکنان با بهره‌وری، افزایش ایمنی کار، رضایت شغلی و خانوادگی ارتباط دارد (خطیب، ناظر، نعمت‌زاده و صدرمحمدی، ۱۳۹۴). مارتینز-مارتی و راج (۲۰۱۷) در پژوهشی پیرامون شادکامی و رضایت شغلی پزشکان در سوئیس به این نتیجه رسیدند که هرچه جهت‌گیری به سمت شادکامی شغلی بیشتر باشد، رضایت شغلی، سلامت روان و معنایابی برای افراد بهتر اتفاق می‌افتد. قنبریان، پرموز و رجب‌زاده (۱۳۹۵) نیز در مطالعه‌ای ارتباط معناداری بین بالارفتن میزان شادکامی و امید به زندگی در میان دانشجویان پزشکی یافتند. در این پژوهش نیز برخی از پزشکان مبتلا به کووید-۱۹ سعی در تقویت روحیه و حفظ معنای زندگی خود بودند تا بتوانند امیدوار و شادمان‌تر به تداوم زندگی فردی و شغلی خود بپردازند.

۱Lee, k. H., Choo, S. W., & Sean Hyun, S.

۲Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y., & Fisher, M. L.

۳Martínez Martí, M. L., & Ruch W.

تنظیم عواطف از جمله واکنش‌های عاطفی مثبتی بود که خود را در دو حیطه مدیریت احساسات و دیگری تاب‌آوری و صبوری نشان داد. گراس^۱ (۲۰۰۱) تنظیم هیجان را به صورت کاربرد راهبردهای خودآگاه و ناخودآگاه، برای کاهش، حفظ یا افزایش احساسات مثبت یا منفی تعریف کرده است. از سوی دیگر تنظیم هیجان توانایی فرد برای به کار بردن راهبردهای مؤثر کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا تعریف می‌شود (وانگ، سیلوا، کسوجویک، چراگر، بلوم و آیورسون،^۲ ۲۰۱۳). پژوهش ریگیو و ریچارد^۳ (۲۰۰۸) نشان داد که تنظیم هیجانی عاملی مهم در ارتباط با تجارب شغلی در محیط کار در نظر گرفته شده و پیش‌بینی مناسبی از عملکرد شغلی است. از آنجا که بزرگ‌ترین گروه کارکنان بیمارستان را اعضای درمانی تشکیل می‌دهند و همواره باید آماده خدمت‌رسانی به افراد در مسائل بحرانی و بلایا باشند و فشارهای شغلی و مسئولیت‌های سنگین کاری را بر عهده گیرند، تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری پزشکان و پرستاران با وقایع استرس‌زای زندگی دارند (مامی، شریفی، حیدریان، الماسی، یاراحمدی و همکاران، ۱۳۹۵). یوسفی (۱۳۹۴)، سجادی و عسکری‌زاده (۱۳۹۴) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که راهبردهای تنظیم عواطف و هیجان‌ات مثبت و منفی، سازه‌های روان‌شناختی مهمی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان پزشکی هستند. در این پژوهش نیز پزشکان مبتلابه کووید-۱۹ سعی در تنظیم هیجان‌ات و احساسات خود برای مقابله مؤثر و هدفمند با این بیماری داشتند.

واکنش‌های عاطفی منفی

علاوه بر واکنش‌های عاطفی مثبت در مبتلایان به کووید-۱۹، یکی دیگر از مجموعه واکنش‌های پزشکان مبتلا شامل واکنش‌های منفی و ناسازگارانه بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه از تجربه عواطف و احساسات منفی حین ابتلا به بیماری یاد کردند. این واکنش‌ها شامل: افسردگی، اضطراب و خشم بود. مضامین فرعی تر این واکنش شامل: غم و اندوه،

^۱Gross, J. J.

^۲Wong, L. Silva, M. Kecojevic, B. Schragar, C. Bloom, M. & Iverson, M.

^۳Riggio, R.E, & Reichard, R J.

بی‌توجهی، آشفتگی هیجانی، انکار، نگرانی، ترس، تشویش، ملالت، عذاب وجدان و ناامیدی بود که در ادامه به تبیین آن پرداخته شده است.

افسردگی با زیرمجموعه غم و اندوه، بی‌توجهی، انکار، ملالت، ناامیدی و عذاب وجدان مشخص شد. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) افسردگی وجود غم، پوچی، یا خلق تحریک‌پذیر، همراه با تغییرات جسمانی و شناختی است که به‌طور فراوانی بر توانایی و عملکرد فرد تأثیری گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). غمگینی آشکارترین علامت هیجانی افراد مبتلا به افسردگی است (زارع، ۱۳۹۴) که منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود. دانشجویان پزشکی و پزشکان با مشکلات خاصی مانند حجم زیاد فعالیت‌های عملی، تنوع و گستردگی مطالب، استرس‌های شدید و مکرر به سبب برخورد با بیماران بد حال، مشاهده نارسایی‌های موجود در بخش‌های بیمارستانی و اثرات آن بر بیمار، بیشتر در معرض یأس، حزن و اندوه و گوشه‌گیری قرار دارند (ایسنبرگ و چونگ، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد بروز بیماری‌های تنفسی به علت مشکلات جدی جسمانی و کاهش کیفیت زندگی بیماران باعث بروز اضطراب و افسردگی خواهند شد (وو و مک کوگان، ۲۰۲۰). این امر به این دلیل است که در زمان همه‌گیری یک بیماری یا ویروس مانند کرونا احساس تنهایی، کاهش حمایت اجتماعی و کاهش امید به زندگی در افراد مبتلا به بیماری بیشتر می‌شود (شیگمورا، اورسانو، مورگانستین، کوراساوا، بندیک، ۲۰۲۰).

غم و اندوه از جمله زیرمجموعه‌های افسردگی می‌باشد که شامل: گوشه‌گیری، ناراحتی از محدودیت دیدار با اطرافیان و گریه و زاری تعیین شد. غم و اندوه، واکنشی طبیعی و سالم نسبت به از دست دادن یک چیز با ارزش در زندگی است و مشخصه‌اش غالباً اضطراب و تشویش شدید ذهنی است. با وجودی که غم و اندوه معمولاً به‌مرور زمان کاهش می‌یابد اما

^۱Eisenberg, D, & Chung, H.

^۲Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. & Benedek, D. M.

ممکن است به تجربه‌ای دردناک و طولانی تبدیل گردد و باعث درماندگی شدید هیجانی شود.

از دست دادن هر چیز مهمی در زندگی، به ویژه مرگ عزیزان، می‌تواند باعث غم و اندوه گردد (ونگ، چمیتز، اسمایلس، سارین و پتن،^۱ ۲۰۱۰). در مطالعه لاند، لویز-زافرا، متروس و دل کارمن (۲۰۰۸) ارتباط بین محیط کار، غم و اندوه و غیبت از کار در پزشکان و پرستاران را نشان می‌دهد. در ارتباط با غم و اندوه کادر درمان در پاندمی کووید-۱۹ می‌توان به پژوهش سربوزی حسن‌آبادی، عسکری، میری و نمازی‌نیا (۱۳۹۹) اشاره کرد. آنان در مطالعه خود بیان کردند میزان افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران شاغل در بخش‌های مرتبط با کووید-۱۹ متوسط می‌باشد. همچنین تحقیق لیا، ما، ونگ، سیا، هیو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) که بر روی پزشکان و پرستاران بیمارستانی در ووهان چین در طی انتشار کووید-۱۹ انجام شده، نشان می‌دهد که کارکنان مراقبت پزشکی درجه بالایی از علائم افسردگی (۵۰/۴) را تجربه می‌کنند. این مطالعات با تحقیق حاضر همپوشانی دارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، یکی از واکنش‌های منفی عاطفی نسبت به تجربه ابتلا شدن به ویروس کووید-۱۹ در بین پزشکان بی‌توجهی بود. در عصر جدید ضرورت پاسخگویی به نیازهای اساسی کارکنان در اولویت اول قرار دارد، زیرا نایل به اهداف، رسالت و مأموریت‌های سازمانی در گرو تأمین اهداف و خواسته‌های منطقی و مشروع منابع انسانی است. اما یکی از مسائل انسانی که در سازمان‌ها و مراکز مختلف شیوع دارد، بحث نادیده گرفته شدن و طرد در محیط کار است (فریس، براون، بری و لیان،^۳ ۲۰۰۸). حس نادیده گرفته شدن در محیط کار به‌عنوان درجه‌ای که شخص احساس می‌کند توسط دیگران (سرپرست یا همکار) در محیط کار طرد شده، تعریف می‌کنند. طردشدگی و نادیده گرفته شدن فرصت تعامل اجتماعی را کاهش می‌دهد و این‌که به‌طور بالقوه سلامت روانی و

^۱Wang, J., Schmitz, N., Smailes, E., Sareen, J., & Patten, S.

^۲Landa, J., López-Zafra, E., Martos, M., & Del Carmen, A.

^۳Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., & Hu, J.

^۴Ferris, D. L., Brown, D. J., Berry, J. W., & Lian, H.

جسمانی کارکنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بلشیده، موسوی، خواجه‌پور و بهارلو، ۱۳۹۴). تحقیقات نشان داده‌اند که طردشدگی در محیط کار، به سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی، رفتار جستجوی کار، قصد ترک شغل و همچنین سطوح پایین‌تر از رضایت و سلامت روانی مربوط می‌شود (سینگ و سلاک، ۲۰۱۶). آنچه مسلم است در جهت جلوگیری از طردشدگی در محیط کار، باید پشتیبانی لازم بین کارکنان بیمارستان‌ها به‌عنوان افراد خط مقدم جبهه سلامتی به خصوص در موارد بحرانی مانند شیوع کووید-۱۹ صورت گیرد (هیمن و شیندو، ۲۰۲۰). چراکه بیماری کووید-۱۹ یک شوک شدیدی را به سیستم‌های بهداشتی درمانی اکثر کشورها وارد آورد و یکی از معضلات اساسی کمبود نیروی متخصص پزشکی و ساعات کاری اجباری و طولانی را به همراه داشته است (صفاری، واحدیان عظیمی و محمودی، ۱۳۹۹). یافته‌های مطالعه میرکازه‌ی ریگی، دادپیشه، شیخی، بلوچ و کلکلی (۱۳۹۹) حاکی از آن است که از دیدگاه پزشکان و پرستاران بیشترین چالش مقابله با بیماری کرونا جدی نگرفتن این بیماری و نادیده گرفته شدن است.

یکی دیگر از موارد مهم در واکنش‌های منفی مبتلایان به کرونا ویروس واکنش انکار بود. سازوکارهای دفاعی می‌توانند ادراک هیجانی را تحریف کرده و تغییر دهند، زیرا توجه و دقت ما را به واقعیت، تحریف و ما را از توجه به آن دور می‌کنند. طبق تعریف مکانیسم‌های دفاعی و از جمله انکار برای کاهش ناهماهنگی‌ها و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی درک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کند و در مقوله انکار آن حادثه را رد می‌کند (سیدمنش و عزیز، ۱۳۹۶). با توجه به سطح گستردگی شیوع بیماری کووید-۱۹ در سطح جهان و میزان تلفات ناشی از این بیماری، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دلیل قرارگیری در خط اول مقابله با این بیماری امکان بیشتری نسبت به سایرین دارد که مبتلا شوند (شهید و محمدی، ۱۳۹۹).

۱. Singh, G., & Slack, N. J.

۲. Heymann, D. L., & Shindo, N.

باین حال بسیاری از آنان پس از مثبت بودن جواب آزمایش و ابتلا شدن، خود را بیمار نمی‌دانستند (لی، ون، دینگ، لئو، چن و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین طبق مطالعه کلنس، ترپسترا و دی‌مایر (۲۰۱۳) احساسی مانند انکار و نادیده گرفتن بیماری از جمله احساسات مؤثر بر درک خطر هستند. این می‌توان توجیه منطقی برای کاهش ترس و تداوم امید در پزشکان مبتلا باشد. در مطالعه احمدی طهور سلطانی، طاهرآبادی، راه‌نجات، تقوا، شاهدحق مقدم و همکاران (۱۳۹۹) که در پی ارائه مداخلات روان‌شناختی در بیماری کووید-۱۹ بودند، استفاده طولانی از مکانیزم‌های دفاعی از جمله انکار را برای مدت طولانی، تهدیدکننده برای سلامتی می‌دانستند.

واکنش ملالت یکی دیگر از مقابله‌های منفی که در برخی از شرکت‌کنندگان اتفاق می‌افتاد، بود. برخی از شرکت‌کنندگان بی‌حوصلگی، خستگی و کمرختی را گزارش کردند. ملال وضعیتی روان‌شناختی است که در زمان عدم وجود فعالیتی خاص برای انجام و یا عدم علاقه به شرایط محیطی و یا احساس بطلان در روز یا بازه زمانی خاص رخ می‌دهد (بردسکی، ۱۹۸۹). در آغاز شروع پاندمی کرونا ابتدا جمعیت عمومی، با توجه به اخبار ضدونقیض دچار اضطراب و بی‌حوصلگی شدند ولی به تدریج کادر درمانی نیز تحت تأثیر قرار گرفت. ساعات کار طولانی، جدایی از خانواده، اجبار به پوشیدن لباس مخصوص و ماسک در ساعات طولانی باعث فرسودگی روانی و جسمانی و همچنین خستگی کادر درمان می‌شود (محدث‌اردیبیلی، روشن و نجارزاده‌طرقه، ۱۳۹۸). در پژوهش کوآ، فانگ، هایو، هان، ایکس یو^۴ و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی مشکلات کادر درمانی پرداختند، ایزوله‌شدن، کار در شرایط پرخطر، داشتن تماس با افراد آلوده را از عوامل اصلی خستگی و بی‌حالی این افراد بیان کردند. همچنین مطالعات نشان‌داده به خاطر شیوع بیماری کرونا و ویروس، برخی افراد از انجام فعالیت روزمره و عادی خود جامانده‌اند و دچار بی‌حوصلگی شده‌اند

^۱Li, L., Wan, C., Ding, R., Liu, Y., & Chen, J.

^۲Kellens, W., Terpstra, T., & De Maeyer, P.

^۳Brodsky, B.

^۴Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., & Xu, X.

(کرنان،^۱ ۲۰۱۹). مطالعه نوجوی و تامسونی^۲ (۲۰۲۰) نشان داده شد در میان پزشکان و پرستاران کمبود وسایل حفاظت شخصی منجر به فشار کاری و خستگی جسمانی-روانی در آنان شد. در این پژوهش نیز در بین پزشکان چنین مواردی دیده شد.

یکی دیگر از واکنش‌های منفی که برخی از شرکت‌کنندگان مبتلا به کووید-۱۹ بیان کردند، احساس عذاب وجدان بود. آنان عذاب وجدان خود را در سه حیطه، احساس گناه نسبت به خانواده، عذاب وجدان نسبت به شغل، عذاب وجدان نسبت به کشور می‌دانستند. احساس گناه و عذاب وجدان به ما اجازه می‌دهد تا اعمال حال و آینده را ارتقاء دهیم و در ادامه تصمیم بگیریم که کدام‌یک باید مورد پذیرش قرار گرفته و کدام‌یک مردود شوند (می،^۳ ۲۰۱۰). طبق تحقیق جعفری (۱۳۸۹) و حسنی، جلالی و عابدسعیدی (۱۳۹۱) هنگامی که پزشکان و پرستاران کاری را موافق با وجدانشان انجام می‌دهند، دیگر اضطرابی نداشته، و با برداشته شدن علت اضطراب و تشویش، وجدان آرامش پیدا کرده و به وضعیت عادی خود برمی‌گردد. قرار گرفتن در تضاد، قبل و بعد از انجام یک عمل و یا واکنش کادر درمانی به انجام اعمال سازگار با وجدانشان موضوعاتی هستند که نیاز به توجه دارند. چرا که این‌گونه واکنش‌ها در پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی درمانی می‌تواند همراه با احساس گناه سطح اضطراب و استرس آنان را نیز بالا ببرد (کیم و چیو،^۴ ۲۰۱۶). همچنان که در این پژوهش دیده می‌شود پزشکان با توجه به شرایط جسمانی که داشتند نسبت به شغل و کشورشان احساس عذاب وجدان ناشی از کمبود خدمت‌رسانی داشتند و این امر می‌توانست افزایش‌دهنده سطح اضطراب آنان نیز باشد.

نامیدی از جمله واکنش‌های عاطفی منفی دیگری بود که در پزشکان بهبود یافته از کروناویروس درخور توجه است. زیرمجموعه آن شامل نامیدی از کمبود دارو، نامیدی از مشاهده آمار مبتلایان و نامیدی از آمار بالای فوت‌شدگان استخراج شد. در نظریه اسنایدر (۲۰۰۲) فرض بر این است که شکست در رسیدن به آنچه مورد نظر بوده، به صورت مکرر و

^۱Kernan, W., D.

^۲Nogee, D., & Tomassoni, A.

^۳May, T.

^۴Kim, J., & Chio, J.

فراگیر امید را کاهش می‌دهد و ناامیدی به‌عنوان اولین مرحله افسردگی شروع می‌شود. در زمان بحران کرونا ویروس افراد، مسئولان در خصوص آمار فوتی‌ها و نیز بهبودیافتگان و همچنین میزان برخورداری از دارو و مواد بهداشتی آمار و ارقام متفاوتی ارائه می‌دادند (اشرفی‌ریزی و کاظم‌پور، ۱۳۹۹) که این امر در کنار مشاهده آنچه در واقعیت اتفاق می‌افتاد، سبب بروز ناامیدی از بهبودی در کادر درمانی می‌شد. واقعیت آن است که در زمان همه-گیری یک بیماری مانند کرونا، ترس، اضطراب، ناامیدی در کنار آشفتگی‌های فعالیت روزمره موجب می‌شود افراد نتوانند عملکرد مناسبی داشته باشند (فیشهوف،^۱ ۲۰۲۰).

از جمله واکنش منفی پزشکان بهبودیافته از کووید-۱۹ اضطراب بود. اضطراب در این پژوهش شامل آشفتگی هیجانی، ترس، نگرانی و تشویش می‌باشد. اضطراب یک نشانه مشترک در بیماران مبتلا به اختلال تنفسی مزمن است و می‌تواند کیفیت زندگی و عملکرد جسمانی بیماران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد (دونگ، وانگ، تاو، سیو، لی و همکاران، ۲۰۱۷). اضطراب سلامتی نقش کمکی برای تشخیص نشانه‌های اولیه آسیب سلامت دارد و سبب پیشبرد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی می‌گردد. موقعی که سطح اضطراب سلامتی افراد جامعه از میزان اعتدال آن خارج شود، هم‌زمانی که میزان آن افزایش پیدا می‌کند و هم‌زمانی که از حد مطلوب کاهش می‌یابد می‌تواند افراد جامعه را به‌نوعی متفاوت دچار آسیب و مشکل نماید (محمدی و شهیاد، ۱۳۹۹). اضطراب در مورد کووید-۱۹ شایع است و به‌نظر می‌رسد بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی در افراد درباره این ویروس است. همچنین اطلاعات کم علمی نیز اضطراب و بی‌قراری را تشدید می‌کند (بجاما، اوستر و مک‌گورن،^۳ ۲۰۲۰). طبق پژوهش تو، تسانگ و ییپ^۴ (۲۰۲۰) اضطراب می‌تواند باعث شود افراد نتوانند اطلاعات درست و غلط را تشخیص دهند، سیستم ایمنی بدن را ضعیف کند و مشکلات جسمانی فراوان از جمله در خوراک و خواب افراد به

^۱Fischhoff, B.

^۲Dong, X., Wang, L., Tao, Y., Suo, X., & Li, Y.

^۳Bajema, K.L., Oster, A.M., & McGovern, O.L.

^۴To, K.K.W., Tsang, O.T.Y., & Yip C.C.Y.

وجود آورد. محیط کار پرستاران و پزشکان، استرس‌های طولانی مداوم را تجربه می‌کنند و خود را غرق مشکلات دیگران می‌کنند. به همین دلیل آشفتگی و اضطراب در آنان بالا می‌رود (لئو، یانگ، زانگ، ایکس‌یو، دیو و همکاران، ۲۰۲۰) و علائمی نظیر افزایش ضربان قلب، تنگی تنفس، درد قفسه سینه، مشکلات گوارشی و خستگی ظاهر می‌شود (چئونگ و لی، ۲۰۰۴).

آشفتگی هیجانی نیز از دیگر واکنش‌های منفی عاطفی شرکت‌کنندگان مبتلا به کرونا ویروس بود. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان این تحقیق پریشانی و نابسامانی، شوک روانی و بهت‌زدگی در آن‌ها هویدا بود. آشفتگی هیجانی به‌عنوان حالات درونی (هیجانی، شناختی، فیزیکی) ناخوشایند تعریف شده است (دگترس، رأس، بل، بی رایان و همکاران، ۲۰۱۷). افرادی که دارای آشفتگی هیجانی هستند، از سطوح کمتر خودآگاهی برخوردارند (میکائیلی، احمدی و قوامی لاهیجی، ۱۳۹۸) و همچنین باعث کاهش شادکامی و افزایش اختلالات روانی می‌شود (یوسفی، ۱۳۹۴). مواجهه کادر درمانی با موجی از انواع مراجعات مرتبط با کرونا شوک روانی و بهت‌زدگی را در بین آنان ایجاد کرد (خدابخشی کولایی، ۱۳۹۹). بروکس، وبستر، اسمیت، و ویدلند، و سلی و همکاران (۲۰۲۰) در طی پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که گنجی، سردرگمی، شوک روانی از جمله پیامدهای منفی روان‌شناختی هستند که در بروز یک بیماری همه‌گیر و ناشناخته مانند کووید-۱۹ در افراد مبتلا بروز می‌کند. همچنین رابین و ویسلی (۲۰۲۰) در پژوهش خود بیان کردند آشفتگی ساختارهای فردی به معنای کاهش قدرت کنترل فرد و کاهش پیش‌بینی جریان زندگی در طول این بیماری رخ می‌دهد.

نگرانی از دیگر واکنش‌های پزشکان دچار بیماری کووید-۱۹ بود. نگرانی زنجیره‌ای از احساسات و تصاویری است که به شکل منفی و غیرقابل کنترل فرد را تحت تأثیر قرار

۱Liu, C.Y., Yang, Y. z., Zhang, X. M., Xu, X. & Dou, Q.L.

۲Cheong, D., & Lee, C.

۳Daughters, S.B., Ross, T.J., Bell, R.P., Yi, J.Y., & Ryan, J.

۴Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., & Wessely, S.

۵Rubin, G. J., & Wessely, S.

می‌دهد. افراد با سطوح نگرانی، حوادث مبهم را به‌عنوان تهدید تعبیر می‌کنند و نگرانی باعث افزایش عواطف منفی، برانگیختگی و ناتوانی برای مقابله فعال می‌شود (تایپر، ایمل کامپ، واتکینز و اهرینگ، ۲۰۱۷). ویروس ناشی از کووید-۱۹ به دلیل گسترش زیاد، افزایش آمار مبتلایان و فوتی‌های ناشی از آن و مطمئن نبودن افراد به خوب شدن و درمان دائمی باعث نگرانی‌هایی در بین مبتلایان شده است (جرنیگان، لو و هلفاند، ۲۰۲۰). در این تحقیق زیرمجموعه‌های نگرانی شامل: نگرانی از انتقال بیماری به خانواده، نگران زندگی آینده خانواده، نگرانی از اطلاع یافتن خانواده نسبت به بیماری، نگرانی از تداوم علائم بیماری، نگران طول مدت قرنطینه، نگران انجام وظایف کاری، نگران عقب ماندن از برنامه زندگی، نگران فروپاشی آرزوها بود. در پژوهش خدابخشی کولایی (۱۳۹۹) نیز شرایط زندگی در قرنطینه و نگرانی از بیمار شدن خانواده را به‌عنوان دغدغه‌های دانشجویان در دوران قرنطینه خانگی می‌دانست. در همین راستا کالو، دانکامب، جفکوت، لویجیوگ، میلز، لویجن و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که افراد در شرایط بحرانی به شدت نگرانی وضعیت اکنون و آینده خانواده خود می‌شوند و دائم دنبال مراقبت‌های شدید از آن‌ها هستند. مطالعه ژبو، اسنول، هاردینگ، بمپلینگ، ادیری پولینگ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد در میان پزشکان به دلیل اشتغال در بیمارستان و دوری از خانواده در موقعیت‌های بحرانی سطح نگرانی و استرس بیشتری وجود دارد. از طرفی دیگر توانمندسازی کارکنان سلامت و رفع نگرانی‌های مربوط به شغل، خانواده و جامعه به‌عنوان یکی از کارکردهای اصلی تولید نظام سلامت کمک بسزایی در مواجهه با این بیماری دارد (یانگ، شانگ و را، ۲۰۲۰).

ترس از جمله واکنش‌های منفی دیگر در پزشکان مبتلا به کرونا ویروس بود. ترس از مرگ، ترس از آینده، ترس از شیوع و فراگیری بیماری از جمله موارد اشاره شده در بحث احساس ترس می‌باشد. ترس احساسی ناخوشایند و اغلب همراه با تنش‌هایی است که تغییر

۱) Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T.

۲) Jernigan, J. A., Low, D. E., & Helfand, R. F.

۳) Caleo, G., Duncombe, J., Jephcott, F., Lokuge, K., Mills, C., & Looijen, E.

۴) Zhou, X., Snoswell, C.L., Harding, L.E., Bambling, M., & Edirippulige, S.

۵) Yang, Y., Shang, W., & Rao, X.

در زندگی عادی و روزمره ایجاد می‌کند. هرچقدر ترس در دوران بیماری بیشتر باشد، میزان درک بیمار از آنچه پیرامون او می‌گذرد کمتر می‌شود، اهداف وی بیشتر به سمت رهایی فوری از آن چیز سوق پیدا می‌کند و فشار روانی وارده بر بیمار بیشتر می‌شود (عزتی، ۱۳۹۱). بروکس، وبستر، اسمیت، و ویدلند، و سلی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی فرا تحلیلی به بررسی ۲۴ مقاله که به اثرات قرنطینه بر کادر درمان و آحاد جامعه در حین بروز بیماری‌های واگیر که در جوامع مختلف انجام شده است، پرداختند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که اثرات روان‌شناختی منفی بسیار همچون ترس از آینده و شیوع بیماری و نگرانی از طولانی‌تر شدن قرنطینگی وجود دارد. در پژوهش علیزاده‌فرد و صفاری‌نیا (۱۳۹۸) بیان شده ترس از بیماری، ترس از مرگ، مشکلات مالی، کاهش روابط اجتماعی و ده‌ها پیامد دیگر که حاصل شرایط پیش‌آمده کرونا در جامعه است، سلامت روان افراد را تهدید می‌کند. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، بیماران کووید-۱۹ و از جمله پزشکان مبتلا دارای ظرفیت روان‌شناختی پایینی بوده و با توجه به وضعیت فعلی در معرض بروز اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، ترس و افسردگی قرار دارند (یا، چن و ایکس‌یو، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از واکنش‌های عاطفی منفی درخور توجه پزشکان تشویش بود. علائم جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت و گوش‌به‌زنگی، کابوس، مشکلات خواب و بی‌قراری از جمله موارد اشاره‌شده توسط تجربه‌کنندگان کرونا ویروس بود. احساس تشویش برای انسان زمانی که با خطرات تهدیدکننده زندگی مواجه می‌شود، از اهمیت بالایی برخوردار است. ترس و تشویش ناشی از ابتلای احتمالی بیماری، 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 من جمله پرستاران و پزشکان شود (ویو، لیونگ و لیونگ، ۲۰۲۰). وستر و گیسک (۲۰۱۹) نشان دادند که کادر درمانی به دلیل قرارگیری در محیط آلوده بیمارستان و انواع بیماری‌ها اغلب دچار وسواس فکری-

۱ Yao, H., Chen, J.H., & Xu, Y.F.

۲ Wu, J.T., Leung, K., & Leung, G.M.

۳ Wester, M., & Giesecke, J.

عملی می‌شود که این امر با شیوع ویروس کرونا و الزام به رعایت پروتکل‌های بهداشتی چندین برابر بیشتر شده است. چراکه افراد از ترس آلودگی به میکروب ممکن است از موقعیت‌هایی که امکان وجود میکروب و آلودگی در آن باشد اجتناب نموده و از روش‌های وسواسی متمرکز بر جلوگیری از بیماری پیروی کنند (لیا، ما، ونگ، سیا، هیو و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه‌های دیگر توسط شادمهر، رامک و سنگانی (۱۳۹۹) و شیوندی و حسونند (۱۳۹۹) نشان داده شد که تاثیرات بیماری کووید-۱۹ با علائم اضطرابی، اختلال خواب و سطح پرخاشگری همسو است.

خشم یکی دیگر از واکنش‌های منفی پزشکان بهبودیافته از کروناویروس بود. خشم نسبت به شرایط، خشم از همکاران، خشم از مدیران، خشم از افراد سهل‌گیر، خشم نسبت به فشار کاری از جمله زیرمجموعه‌های خشم می‌باشد. پاندمی کرونا نه تنها خطر مرگ ناشی از آلودگی به ویروس را فراهم می‌آورد بلکه همچنین فشار روانی ناشی از آن باعث خشمگینی و عصبانیت در افراد می‌شود (دیان و ژنو، ۲۰۲۰). جنتیلی، باردین، روس، پیوسان، رامیگنی^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که در این شرایط به وجود آمده ناشی از ویروس کرونا، نیاز است راهبردهای ارتباطی جامعی ارائه شود که متمرکز بر گشودگی و دسترسی‌پذیری باشد، چراکه کاهش خشم به‌خصوص برای کادر درمانی در طول بحران مفید است. اشرفی‌ریزی و کاظم‌پور (۱۳۹۹) بیان کردند مسئولان سلامت مرتبط با ویروس کرونا در فرایند مدیریت بحران برخوردهای متنوعی انجام دادند. بنا بر شواهد این پژوهش برخی مسئولان به‌راحتی با مرخصی کارکنان، انجام پروتکل‌های بهداشتی توسط کادر درمان در ابتدا بیماری موافقت می‌کردند و عده‌ای نیز آن را باعث ایجاد ترس و وحشت در مردم می‌دانستند. بنابراین برخی از مسئولان و مدیران مراکز بهداشتی خشم‌های نهفته‌ی بسیاری در کادر درمانی ایجاد کردند.

درمجموع نتایج این پژوهش نشان داد که تجربه مبتلایان به کووید-۱۹ دارای پیامدهای هیجانی سخت و ناگوار و بعضاً رشد محوری است که در دو محور اصلی واکنش‌های عاطفی

^۱Duan, L., & Zhu, G.

^۲Gentili, D., Bardin, A., Ros, E., Piovesan, C., Ramigni, M.

مثبت و واکنش‌های عاطفی منفی دسته‌بندی شد. در ارتباط با تبیین این واکنش‌ها می‌توان چنین بیان کرد که شیوع بیماری کرونا بحث‌های مختلفی را در مورد چگونگی مداخلات پزشکی مطرح کرد ولی آنچه در این‌بین مغفول مانده است، لزوم پرداختن به واکنش‌های روان‌شناختی مناسب در این بحران می‌باشد. در مقاله حاضر سعی شد مجموعه واکنش‌های عاطفی مهم پزشکان در این شرایط مورد بررسی و بحث واقع شود که می‌تواند توسط روان‌شناسان، متخصصان سلامت روان و مسئولان خدمات بهداشتی و پزشکی مورد بررسی قرار گیرد. شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل شیوع ویروس کرونا و پزشک بودن تجربه کار و زندگی در قرنطینه خانگی بسیار منحصربه‌فردی داشتند. با وجودی که این پژوهش از لحاظ زیربنای نظری دارای نوآوری است، اما با محدودیت‌هایی نیز مواجه گردید. اول آن که این پژوهش در خصوص پزشکان شهر یزد صورت گرفت، بنابراین نمی‌توان در خصوص تعمیم نتایج به سایر مناطق و شهرها اظهار نظر کرد. محدودیت دوم این است با توجه به اینکه به پزشکان شاغل روبه‌رو بودیم، واحدی فشار کاری و کاهش انگیزه در همکاری دیده می‌شد. در پژوهش حاضر واکنش عاطفی پزشکان بهبود یافته از کووید-۱۹ مورد مطالعه قرار گرفتند، لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی در مورد واکنش‌های روان‌شناختی سایر مشاغل و حتی سایر کارکنان بخش بیمارستان پژوهش صورت گیرد و علاوه بر آن در مورد سایر واکنش‌ها از جمله رفتاری، شناختی، جسمانی و معنوی نیز در مورد پزشکان پژوهشی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد نقش مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای در جهات استفاده در این شرایط مورد توجه مسئولان قرار گیرد. در انتها نیز پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه در این پژوهش مؤلفه‌های مهمی در جهت شناخت واکنش‌های روان‌شناختی حاصل شد، تدوین پروتکل مشاوره‌ای در دستور کار مشاوران و روان‌شناسان قرار گیرد. امید است این مقاله رهیافتی برای آگاه‌سازی مشاوران، کادر درمانی و مسئولان بهداشت باشد.

منابع

- ابراهیمی، امراله؛ اعرابی، سبجان و خالویی، محمدمهدی (۱۳۹۲). مقایسه سلامت روان و مؤلفه‌های روان‌شناسانی مثبت در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برحسب سال‌های مختلف تحصیلی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی آنان، مجله دانشکده علوم پزشکی اصفهان، ۳۱(۲۶۱)، ۱۸۸۵-۱۸۹۶
- اشرفی‌ریزی، حسن و کاظم‌پور، زهرا (۱۳۹۹). چالش‌های خدمات اطلاع‌رسانی مرتبط با بحران کووید-۱۹، مجله طب نظامی، ۲۲(۲)، ۲۰۷-۲۰۹
- انصاری، مریم؛ یارمحمدیان، محمد؛ یوسفی، علیرضا و یمانی، نیکو (۱۳۸۶). مقدمات روش تحقیق کیفی: راه و روش نظریه‌پردازی در علوم انسانی و بهداشت و درمان، اصفهان: نشر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان.
- بلشیده، کیومرث؛ موسوی، سیدحمید؛ خواجه‌پور، نسیم و بهارلو، مصطفی (۱۳۹۴). رابطه بین طردشدگی در محیط کار و نتایج شغلی: نقش تعدیل‌گر سرمایه روان‌شناختی، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۰(۴۰)، ۱۷۴-۱۹۴.
- پرچم، اعظم؛ فاتحی‌زاده، مریم و محققیان، زهرا (۱۳۹۲). ایجاد سه‌گانه‌ی نظریه امید‌انسان‌پر و تطبیق آن با دیدگاه قرآن کریم، تحقیقات علوم قرآنی و حدیث، ۱۰(۱)، ۲۹-۱.
- حسنی، پرخیده؛ جلالی، رستم و عابدسعیدی، ژایلا (۱۳۹۱). تجارب پرستاران از آرامش و غذاب وجدان در هنگام مراقبت: مطالعه پدیدارشناسی، مجله اخلاق پزشکی، ۶(۱۹)، ۸۳-۹۸
- خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۹). زندگی در قرنطینه خانگی: واکاوی تجارب روان-شناختی دانشجویان در همه‌گیری کووید-۱۹، مجله طب نظامی، ۲۲(۲)، ۱۳۰-۱۳۸.
- خطیب، حمیده؛ ناظر، محمد؛ نعمت‌زاده ماهانی، کاظم و صدرمحمدی، رضوان (۱۳۹۴). رابطه ویژگی‌های شخصیتی با شادکامی و رضایت شغلی بین کارکنان دانشگاه رفسنجان، مجله مدیریت فرهنگ سازمانی، ۱۴(۴)، ۱۱۶۱-۱۱۸۰.

- رویین تن، سجاده؛ آزادی، شهدخت؛ افشین، همایون و امینی، ناصر (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید‌درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۳۸)، ۲۲۱-۲۴۲.
- زادحسن، زهره؛ دهقان‌پور، مصطفی؛ بستامی، مصطفی و یاراحمدی، حسن (۱۳۹۶). بررسی رابطه شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی با رضایت شغلی پرستاران بیمارستان‌های نظامی استان خوزستان، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۱۵(۵)، ۱۱-۲۰.
- زارع، مهرانگیز (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانگان ضربه عشق و افسردگی و افزایش و رشد پس از شکست دردانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- سجادی، معصومه السادات و عسکری‌زاده، قاسم (۱۳۹۴). نقش ذهن‌آگاهی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی دانشجویان علوم پزشکی، مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۸(۵)، ۳۰۱-۳۰۸.
- سربوزی حسن‌آبادی، طاهره؛ عسکری، محمدرضا؛ میری، خیزران و نمازی‌نیا، محمد (۱۳۹۹). افسردگی، استرس و اضطراب پرستاران در پاندمی کووید-۱۹ در بیمارستان نهم دی تربیت حیدریه، مجله طب نظامی، ۲۲(۶)، ۵۲۶-۵۳۳.
- سعیدمنش، محسن و عزیزی، مهدیه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبک‌های دفاعی والدین کودکان اوتیسم با مکانیسم انکار، مجله مطالعات ناتوانی، ۷(۷)، ۱-۸.
- شادمهر، مرضیه؛ رامک، ناهید و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۹). بررسی نقش فشار روانی ادراک - شده در سلامت افراد مشکوک به بیماری کووید-۱۹، مجله طب نظامی، ۲۲(۲)، ۱۱۵-۱۲۱.
- شهید، شیما و محمدی، محمدتقی (۱۳۹۹). آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری، مجله طب نظامی، ۲۲(۲)، ۱۹۲-۱۸۴.

شیوندی، کامران و حسونند، فضل‌الله (۱۳۹۹). تدوین مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کروناویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۲)، ۱-۳۶

صفاری، محسن؛ واحدیان عظیمی، امیر و محمودی، حسین (۱۳۹۹). تجارب پرستاران در زمینه حفاظت از خود در هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹، مجله طب نظامی، ۲۲(۶)، ۵۷۰-۵۷۹

عزتی، نایله (۱۳۹۱). تأثیر آگاهی از رفتارهای خودمراقبتی بر میزان ترس و اضطراب بیماران عروق قلبی (زن و مرد)، مجله زن و مطالعات خانواده، ۵(۱۷)، ۱۰۷-۱۳۰.

علی‌پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی‌پور، زهرا و عبدالله زاده، حسن (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی، نشریه علمی روان‌شناسی و سلامت، ۸(۳۲)، ۱۶۳-۱۷۵.

علیزاده‌فرد، سوسن و صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۸). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا، مجله پژوهش‌های روان‌شناختی اجتماعی، ۳۶، ۱۲۹-۱۴۲.

فرنوش، غلامرضا؛ علیشیری، غلامحسین؛ حسینی ذیجود، رضا؛ درستکار، روح‌الله و جلالی فراهانی، علیرضا (۱۳۹۹). شناخت کرونا ویروس نوین ۲۰۱۹ بر اساس شواهد موجود-مطالعه مروری، مجله طب نظامی، ۲۲(۱)، ۱-۱۱.

قنبریان، مینا؛ پرموز، مهناز و رجب‌زاده، زینب (۱۳۹۵). رابطه بین شادکامی و امید به زندگی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی بهبهان، مجله اصول بهداشتی، ۱۸، ۵۵۳-۵۵۶

قیاسوند، مژده و قربانی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و کنترل قندخون مبتلایان به دیابت نوع دو، مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۷(۴)، ۲۹۹-۳۰۷

کمالی اردکانی، مونا؛ ملک، مریم؛ عطارچی، میرسعید و محمدی، صابر (۱۳۹۲). بررسی استرس شغلی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان پزشکی، فصلنامه طب کار، ۵(۱)، ۲۴-۳۳.

- کیافر، مریم سادات؛ کارشکی، حسین و هاشمی، فرح (۱۳۹۳). نقش باورهای امید و خوش-بینی در پیش‌بینی انگیزش تحصیلی دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۴(۶)، ۵۱۷-۵۲۷
- کیامهر، ناهید؛ مفیدی، مانی و نجاتی، امیر (۱۳۸۸). بررسی میزان آگاهی پزشکان از حوادث غیرمترقبه، مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۲۷(۲)، ۱۸۴-۱۸۹
- مامی، شهرام؛ شریفی، میثم؛ حیدریان، فرخ؛ الماسی، فاطمه؛ یاراحمدی، حسن؛ زندی‌فر، حسین و بستامی، مصطفی (۱۳۹۵). پیش‌بینی عملکرد شغلی براساس دشواری‌های تنظیم هیجانی و شیوه‌های رویارویی با عوامل فشارزا در کارکنان درمانی بیمارستان نظامی، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۱۳(۴)، ۱۷۸-۱۸۷
- محدث اردبیلی، ابوالفضل؛ روشن، فاطمه و نجارزاده طریقه، الهام (۱۳۹۸). نقش روان‌شناسان در بحران‌های طبیعی (مطالعه موردی: شیوع بیماری کرونا در ایران)، فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی، ۲۵، ۲۵۹-۲۵۵.
- محمدپور، احمد (۱۳۹۲). روش تحقیق کیفی ضد روش ۱. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- محمدی، محمدتقی و شهیداد، شیما (۱۳۹۹). اضطراب سلامتی در زمان گسترش بیماری‌های واگیردار ویروسی و کووید-۱۹: مطالعه مروری، مجله طب نظامی، ۲۲(۶)، ۶۳۱-۶۲۳
- موید قاعدی طاهر، قربان شیرودی شهره (۱۳۹۵). اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر. فصلنامه سلامت روان کودک، ۳(۲)، ۶۵-۷۵.
- میرکازمی ریگی، زهره؛ دادپیشه، سعیده؛ شیخی، فیروزه؛ بلوچ، واحد بخش و کلکلی، سعید (۱۳۹۹). چالش‌ها و راهکارهای مقابله با کووید-۱۹ از دیدگاه پزشکان و پرستاران در جنوب سیستان و بلوچستان، مجله طب نظامی، ۲۲(۶)، ۶۰۶-۵۹۹
- میکائیلی، نیلوفر؛ احمدی، شیرین و قوامی لاهیجی، هانیه (۱۳۹۸). مقایسه اجتناب تجربی و تحمل آشفتگی هیجانی در زنان وابسته به مواد و عادی، مجله مطالعات روان‌شناختی دانشگاه الزهراء، ۱۵(۲)، ۸۰-۹۵.

نقدی، مژگان و عناصری، مهریار (۱۳۹۷). اثربخشی امید درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، مجله انجمن پرستاری، ۴(۴)، ۴۹-۵۵.

هنر کاردستانی، رحیم؛ واحد، جواد و غفاری، خلیل (۱۳۹۸). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افسردگی زنان مطلقه شهرکرد، فصلنامه علمی دانش انتظامی، ۷(۲۵)، ۷۲-۸۸.
یوسفی، جعفر (۱۳۹۴). رابطه راهبردهای تنظیم هیجانی و هیجان‌های مثبت و منفی با سلامت روانی دانشجویان، مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۳(۱)، ۶۶-۷۴.

Bajema, K.L., Oster A.M., McGovern O.L. (2020). *Persons Evaluated for* ۲۰۱۹
Rep. Pub: February 7, 202-207

Bakhshaié J, Zvolensky MJ, Allan N, Vujanovic AA, Schmidt NB. (2015). *Differential effects of anxiety sensitivity components in the relation between emotional non-acceptance and posttraumatic stress symptoms among trauma-exposed treatment-seeking smokers*. Cogn Behav Ther. ۴۴(۳):۱۷۵-۸۹.

Berking, M., & Schwarz, J. (2013). *The affect regulation training*. In: Gross J., editor. *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press, ۵۲۹-۵۴۷.

Brooks, S.K, Webster, R.K, Smith, L.E, Woodland, L, Wessely, S, Greenberg N, Rubin G.J. (2020). *The psychological impact of quarantine and How to reduce it: rapid review of the evidence*. The Lancet.

Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *Understanding Nursing Research-eBook: Building an Evidence-Based Practice*. Elsevier Health Sciences.

Caleo, G., Duncombe, J, Jephcott, F, Lokuge, K, Mills, C, Looijen, E, et al. (2018). *The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed methods study in a rural village in Sierra Leone*. BMC public health. 18, (1):248.

Cao, W, Fang, Z, Hou, G, Han, M, Xu, X, Dong, J, et al. (2020). *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China*. Psychiatry research. 287:112934.

Cheong, D., & Lee, C. (2004). *Impact of severe acute respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers*. Hong Kong Med J. ۱۰(۵):۳۲۵-۳۰.

- Daughters, S.B., Ross, T.J., Bell, R.P., Yi, J.Y., Ryan, J. and Stein, E. A. (2017). *Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task*. Journal of addiction Biology. 22(5):1378-1390.
- Dong, X., Wang, L., Tao, Y., Suo X., Li Y., Liu F., Zhao, Y., Zhang, Q. (2017). *Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 12, 49-58
- Duan, L., Zhu, G. (2020). *Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic*. The ancet. Psychiatry. 7(4):300-302.
- Eisenberg, D., & Chung, H. (2018). *Adequacy of depression treatment among college students in the United States*. General Hospital Psychiatry. ۳۴(۳), ۲۱۳-۲۲۰.
- Ferris, D. L., Brown, D. J., Berry, J. W., & Lian, H. (2008). *The development and validation of the workplace ostracism scale*. Journal of Applied Psychology, 93 (6), 1348-1366.
- Fischhoff, B. (2020). *Speaking of Psychology: Coronavirus Anxiety*. In: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>
- Gentili, D., Bardin, A, Ros, E, Piovesan, C, Ramigni, M, Dalmanzio, M, et al. (2020). *Impact of Communication Measures Implemented During a School Tuberculosis Outbreak on Risk Perception among Parents and School Staff, Italy, 2019*. International journal of environmental research and public health. 17(3), 2-5
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). *Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder*. Emotion, 10, 83- 91.
- Greenberg, L. (2006) *Emotion-Focused Therapy: A Synopsis*. Journal of Contemporary Psychotherapy, 36(2), 87-93.
- Gross, J. J. (2001). *«Emotion regulation in adulthood: Timing is everything»* Psychological Science, 10, 214–219.
- Gross, J.J., Thompson, R.A. (2007). *Conceptual foundations. Handbook of emotion regulation*. NewYork: Guilford press
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Handbook of qualitative research, 2(163-194), 105.
- Heymann, DL, Shindo, N. (2020). *COVID-19: what is next for public health?* The Lancet.395 (10224), 542- 550.

- Huang, L., Rong, Liu. H. (2020). *Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak*. medRxiv.1:4-9.
- Hui, Wu. Yang, Zhao, Jia-na, Wang. Lie, Wang. (2009). *Factors associated with occupational stress among Chinese doctors*. Springer-verlag. 83, ۱۵۵-۶۴.
- Jernigan, J. A., Low, D. E., & Helfand, R. F. (2020). *Combining Clinical and Epidemiologic Features for Early Recognition of SARS*. *Emerging Infectious Diseases*, 10(2), 327-333.
- Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. (2020). *Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the immunity*.
- Kellens, W, Terpstra, T, De Maeyer, P. (2013). *Perception and communication of flood risks: a systematic review of empirical research*. *Risk Analysis: An International Journal*. 33(1):24-49.
- Kernan, W.D. (2019). *Health-related impediments to learning among dental and oral surgery students*. *Journal of prevention & intervention in the community*. 47(1):32-44.
- Kim, J.S., Choi, J.S. (2016). *Factors Influencing Emergency Nurses' Burnout During an Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea*. *Asian nursing research*. 10(4):295-9.
- Koole S. (2009). *The psychology of emotion regulation: An integrative review* *Cognition and Emotion* 23: 4- 41.
- Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y., & Fisher, M. L. (2017). *Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review*. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(8), 1825-1831.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., et al. (2020). *Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019*. *JAMA network open*. 3(3): 203-۲۰۹
- Landa, J., López-Zafra, E., Martos, M., Del Carmen Aguilar-Luzon, M. (2008). *The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey*. *International journal of nursing studies*. 45(6):888-901
- Lee, k. H., Choo, S. W. and Sean Hyun, S. (2016). *Effects of recovery experiences on hotel employees' subjectivewell-being*. *International Journal of Hospitality Management*, 52, 1-12.
- Li, L., Wan, C., Ding, R., Liu, Y., Chen, J., Wu, Z., et al. (2020). *Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola*

- Treatment Unit: a cross sectional study.* Health and quality of life outcomes. 13(1):156.
- Liu, C-Y, Yang, Y-z, Zhang, X-M, Xu X, Dou, QL, Zhang, W-W. (2020). *The prevalence and influencing factors for anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey.* Available at SSRN 3548781.
- Malta, M, Rimoin AW, Strathdee SA. (2020). *The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20.* EclinicalMedicine, 1:20-24.
- Martínez Martí, M. L, Ruch, W. (2017). *The Relationship between orientations to Happiness and Job Satisfaction One Year Later in a Representative Sample of Employees in Switzerland.* Journal of Happiness Studies. 18(1), 1- 15.
- May, T. (2010). *Rights of Conscience in Health Care.* Social theory & Practice. 27(1), 111-118.
- Nogee, D., & Tomassoni, A. (2020). *Concise Communication: Covid-19 and the N95 Respirator Shortage: Closing the Gap.* Infection control and hospital epidemiology. 20(20), 1-4
- Park, S.C, Park, Y.C. (2020). *Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea.* Psychiatry Investigation. 17(2):85- 91
- Peek- Asa, C, Ramirez, M, Seligson, H, Shoaf, K. (2013). *Structural and individual factors associated with earthquake related injury.* Injury prevention, 9 (1): 62- 6.
- Retnowati S, Ramadiyanti DW, Suciati AA, Sokang YA, Viola H. (2015). *Hope Intervention against Depression in the Survivors of Cold Lava Flood from Merapi Mount.* Soc Behav Sci. 165:170-8.
- Riggio, RE, & Reichard, R J. (2008). *The emotional and social intelligences of effective leadership: An emotional and social skill approach.* Journal of Managerial Psychology. 23: 169–185.
- Rubin, G. J., Wessely, S. (2020). *The psychological effects of quarantining a city.* BMJ (Clinical research ed.), 368-313.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. and Benedek, D. M. (2020) *Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations.* Psychiatry and Clinical Neurosciences. doi:10.1111/pcn.12988.
- Singh, G., & Slack, N. J. (2016). *Job satisfaction of employees undergoing public sector reform in Fiji.* Journal of Business & Economics, 6 (2), ۳۱۳- ۳۲۳.

- Snyder, C.R., Shorcy, H.S., Cheavens, J., Kimberley, M.P., Adams, V, H & Wiklund, C. (2002). *Hope and academic success in college*. J Educ Psychol, 94(4): 820-6.
- Snyder. C. R (2002). "*Hope Theory: Rainbows in the Mind*". In Psychological Inquiry.13. 249-275.
- Somers, G.T, Drinkwater, E.J, Torcello, N. (2017). *The GP as first responder in a major medical emergency*, Australian family physician J, ۲۶(۱۲):۱۴۰۶-۹.
- To, K.K.W., Tsang O.T.Y., Yip, C.C.Y. (2020). *Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva*. Clinical Infectious Diseases, ciaa149. February 12, 2020
- Tong, Z-D., Tang, A., Li, K-F., Li P., Wang, H-L., Yi J-P. (2020). *Potential presymptomatic transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang Province, China*. Emerg Infect Dis. 10(32), 260- 271
- Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). *Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: a randomized controlled trial*. Behaviour Research and Therapy, 90, 123-136.
- Wang, J., Schmitz, N., Smailes, E., Sareen, J., Patten, S. (2010). *Workplace characteristics, depression, and healthrelated presenteeism in a general population sample*. Journal of occupational and environmental medicine. 52(8):836-42.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales*. Journal of Personality and Social Psychology, 54 (6): 1063-1070.
- Wester, M, Giesecke, J. (2019). *Ebola and healthcare worker stigma*. Scandinavian journal of public health. 47(2):99-104
- Willgoss, T.G., Yohannes, A.M., Goldbart, J., Fatoye, F. (2012). *"Everything was spiraling out of control": experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease*. Heart Lung. 41(6), 562-571
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report-34*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports>.
- Wu, J.T., Leung, K., & Leung, G.M. (2020). *Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak*

originating in Wuhan, China: a modelling study. The Lancet. 325 (10225):689-97.

Wu, Z, McGoogan, J.M. (2020). *Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention*. Jama. 1, 502-560

Yang, Y, Shang W, Rao, X. (2020). *Facing the COVID-19 outbreak: What should we know and what could we do?* Journal of Medical Virology. ۱(۷), ۱۰-۱۵

Yao, H., Chen, J.H., & Xu, Y.F. (2020). *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. The lancet Psychiatry. 7(4):e21.

Zhou, X., Snoswell, C.L, Harding, L.E, Bambling, M., Edirippulige, S., & Bai, X., et al. (2020). *The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19*. Telemedicine and e-Health. 1-7.

