



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Applied Sociology

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 32, Issue 4, No.84, Winter 2022, pp. 45-68

Received: 09.04.2021 Accepted: 12.06.2021

Research Paper

Two Mixed Experiences: The Narration of Nurses of the Infectious Ward and Patients Recuperated from Covid 19 at Razi Hospital in Ahvaz: A Study based on the Grounded Theory Approach

Sajjad Bahmani *

Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Economics and Social Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
s.bahmani@scu.ac.ir

Mojgan Pirak

MA in Sociology, Department of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, University of Isfahan, Isfahan, Iran
pirak.m.72@gmail.com

Introduction

Coronavirus is a large family of viruses that cause respiratory infections (Jiang et al., 2020). The virus, previously unknown, was found in a significant number of patients in the city of Wuhan, China (Najo et al., 2020). It swept across countries' borders so quickly that on April 1, 2020, 360783 cases of the virus were found in 205 countries of the world (Kate Louis et al., 2021). In Iran, the virus soon swept through the borders of the provinces and cities revealing itself as a multi-dimensional problem. One of the groups that have suffered double dealing with the virus was nurses working in hospitals. Nurses in the Khuzestan province were also experiencing a battle with the Coronavirus. This experience caused many sufferings. Because of the unknown nature of the Coronavirus, at the early spread of the virus, the nurses, like other groups of people, felt threatened with the disease. On the other hand, they felt morally and organizationally obliged to do their job well, and this made them continue to live in the environment and serve the patients suffering from the virus, despite their fear and panic. This was the most important reason for investigating the mentioned issue. The present study used the interpretive approach with the aim of understanding the common experiences of patients from the Coronavirus and the nurses involved in the infectious and isolated sections at Razi Hospital in Ahvaz. The present study explores the understanding of the experiences of individuals involved with the corona, especially the nurses of this sector and patients who have been infected with the virus and hospitalized. Based on the results of this study, the challenges that patients with Covid-19 have faced include the experience of death anxiety, disease experience, uncertainty experience, emotion caused by quarantine, etc. These painful experiences can delay the patient's recovery (Rahmati Nejad, Yazdi, Khosravi, & Shahisadrabadi, 2020). The nurses responded similarly in the same situation. Based on research by Riocci et al. (2020), nurses were afraid to deal with cases of Covid-19 for their own safety and health, but after the deployment of standard methods, they were partly reassured of protecting themselves from the disease.

Materials and Methods

In this study, the grounded theory method, as one of the important methods in qualitative research, was used. The approach used in this study was based on the view of Corbin and Strauss (2015). In this study, the participants were 22 of the nurses and patients hospitalized and improved at Razi Hospital and several other hospitals in Khuzestan province. The participants had sufficient information and knowledge about the subject under study. The sampling method in this study was purposeful; in addition, the sample selection in the process of data gathering, considering the degree of

saturation of categories, was carried out in the direction of the qualities and dimensions.

The main technique used to collect data in this study was in-depth interviews with each participant conducted around one and a half hours. First, by interviewing six of the participants, the main questions of the research were modified and adjusted. The modified questions were then used. The purpose of the interview was to extract concepts, categories, and paradigms related to the study.

Data analysis was based on five coding stages considering the 2015 version of the proposed grounded theory method of Corbin and Strauss. At the beginning of the

* Corresponding author

Bhamani, S., & Pirak, M. (2021). Two mixed experiences: the narration of nurses of the infectious ward and patients recuperated from covid 19 at razi hospital in Ahvaz: a study based on the grounded theory approach. *Journal of Applied Sociology*, 32(4), 45-68.



coding phase, the data were analysed line by line and the initial concepts were extracted. In the next step, the code that was connected in terms of the concept and feature was organized by the centrality of the main categories. In the axial coding stage, they were related to the main categories. Selective coding was followed using the selection of concepts and issues that were considered effective in extracting the main category of the study.

In this study, the authors used five research strategies to obtain the confidence level for the scientific approval of the study including observing colleagues, checking by contributors, long participation, continuous observation in the field of research, and deep and rich descriptions.

Discussion of Results and Conclusions

The appeared paradigm consists of three main dimensions of terms, interaction, and outcomes, which include the unknown nature of the virus, the interconnectedness of illness and the compression of shifts, a desire for accurate general understanding, successive iteration of decisive moments, anxiety and uncertainty. The interaction aspect includes feeling towards the end of power, disrupting the balance of relations and social relations, rethinking of employment and personality, anxiety, and uncertainty in facing the family. The outcome dimension includes the confluence of roles, acknowledging the high volume of tasks, no life and job security for nurses which were formed around a core paradigm called 'two intertwined experiences influenced by the Coronavirus'.

The research participants talked about the unique suffering that was strongly influenced by the unknown nature of the virus in the early days. The ignorance of the virus and the unfamiliarity of the world with its contagious and lethal power led to the anxiety and stress in the medical staff. They were concerned about themselves, their protection, their patients, their families and other citizens. Nurses in the infectious and isolated sections, although experienced in the use of protective equipment such as gowns, masks, and disinfectants, all indicated that new conditions lay ahead. With the increase in the number of patients and also the increase in the number of daily hospitalizations and the duration of hospitalization days, the infectious section became the busiest part of the hospital and unique experiences of having the fear and hope of nurses and patients were recorded. Both groups of patients and nurses longed for family visits, but more than ever believed in the unpleasant imposed aspect of protocols and chose to maintain distance.

When conducting health care for covid patients, nurses are generally exposed to fluid and unstable situations; patients who do not have physically stable conditions and face a state of confusion with not responding to the nursing care. Nurses are always under pressure from people, hospital administrations, sick companions, patients, and other hospital staff. The nursing station can be considered a place of collision between a patient and a nurse; the place in which the companions unaware of a nurse's duties will seek medical care, impatience, not cooperating, labeling, urging for an answer, prejudice, complaint and judicial treatments, overcoming of emotions on the better judgment, disrespecting the nurse, having a bad attitude, etc. which will result in devaluing and far expectations.

The findings of the World Health Organization show that the rapid outbreak of Covid-19 disease at the beginning of 2020 in the world put severe physical and psychological pressure on the medical staff of hospitals involved in the care of patients with Covid-19, to the extent that the risk of post-traumatic stress disorder (PTSD) increased for this group. It is essential to increase the resilience of nurses and medical staff in their work, as well as to help patients who are seriously challenged with the disease, through strategic measures. Social support, as mentioned by Hou et al. (2020) can improve the mental health of medical staff through resilience, especially among middle-aged staff because resilience and mental health in this group have become poorer than the youth.

Keywords: Covid 19, Isolation Section Nurse, Improved Patients, Grounded Theory Approach, Razi Hospital, Ahvaz.

References:

- Branham, F. (2000). Distributive & procedural justice as antecedent of job dissatisfaction and intent to turnover. *Human Relations*, 45, 305-317.
- Casper, W. J., Harris, C., Taylor-Bianco, A., & Wayne, J. H. (2011). Work-family conflict, perceived supervisor support and organizational commitment among Brazilian professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 79 (3), 640-652.
- Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., & Caot, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Public Health Information (CDC)*, 395, 497-506.
- Cho, S., Johanson, M., & Guchait, P. (2009). Employees intent to leave: A comparison of determinants of intent to leave versus intent to stay. *International Journal of Hospitality Management*, 28, 374-381.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research*. London: CA Sage.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. *Organizational Research Methods*, 12, 614-617.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Los Angeles: Sage Publication.
- Drentea, P., Clay, O., Roth, D., & Mittelman, M. (2006). Predictors of improvement in social support. *Social Sciences & Medicine*, 63, 957-967.
- Fernandez, R., Lord, H., Halcom, E., Moxham, L., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for covid-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Journal Pre-Proof, International Journal of Nursing Studies*. 111, 1-24.
- Gülaçtı, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2 (2), 3844-3849.
- Hellman, C. M. (1997). Job satisfaction and intent to leave. *The Journal of Social Psychology*, 137 (6), 677-689.
- Hewings-Martin, Y. (2020). It's really a hard time right now, says Chicago nurse looking after covid-19 patients. *Medical News Today*. Available online: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/its-really-a-hard-time-right-now-says-chicago-nurse-looking-after-covid-19-patients>.



- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., & Chen, A. (2020). Social support and mental health among health care workers during coronavirus disease 2019 outbreak: A moderated mediation model, andrew soundy. *Plos One*, 15 (5), 1-14.
- Hua Chen, S., Liu, J., Yu, B. X., Yue, P., & Xiang Luo, S. (2021). Providing targeted psychological support to frontline nurses involved in the management of COVID-19: An action research. wiley online Library. com/journal/jonm.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Lizhang Fan, G., Xu, J., Gu, X., Jiang, N., Jia, X., Qiu, Z., Hu, Y., Jiang, T., Yang, F., & He, Y. (2020). The influence of efficacy beliefs on interpersonal loneliness among frontline healthcare workers during the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *A Cross-Sectional Study*, 15, 1-16.
- Juan, G. S., Sara, D. S., Macarena, R. M., Mónica, O. M., Juan, J. G. I., & Carlos, R. F. (2020). Sense of coherence and psychological distress among healthcare workers during the covid-19 pandemic in Spain. *Sustainability*, 12, 1-18.
- Kalateh Sadati, A., & Abedi Diziab, M. (2020). *Divergence of politics and supportive measures in the crisis of covid 19, a study of active student groups in Yazd in the corona crisis*. The Fifth National Conference on Social and Cultural Research in Iranian Society (in Persian).
- Kazemi, S. (2020). *The Covid epidemic 19 and the return of medicine to altruism*. The Fifth National Conference on Social and Cultural Research in Iranian Society (in Persian).
- Kim, Y., Lee, S., & Cho, J. (2020). A study on the job retention intention of nurses based on social support in the COVID-19 situation. *Sustainability*, 12, 1-9.
- Kit Looi, C., Chan, S., & Wu, L. (2021). Crisis and opportunity: transforming teachers from curriculum deliverers to designers of learning, radical solutions for education in a crisis context. *Radical Solution for Education in a Crisis Context*, 1, 131-145.
- Lambert, E. G., Hogan, N. L., Jiang, S., Elechi, O. O., Benjamin, B., Morris, A., & Dupuy, P. (2010). The relationship among distributive and procedural justice and correctional life satisfaction, burnout and turnover intent: an exploratory study. *Journal of Criminal Justice*, 38 (1), 7-16.
- Linares, P. J. P. (2011). *Job satisfaction, organization commitment, occupational commitment, turnover intent and leadership style of tissue bank employees*. Doctoral Dissertation, Capella University.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. CA: Sage.
- Madani, S. (2020). *Civil society and corona*. Fifth National Conference on Social and Cultural Research in Iranian Society (in Persian).
- Mohseni Tabrizi, A. R. (2004). *A study of vandalism in Tehran*. Tehran: Institute of Social Studies and Research, University of Tehran (in Persian).
- Nowell, A. (2020). Hospice nurse describes how covid-19 has changed her work. *Wigan Today*, Available online: <https://www.wigantoday.net/health/hospice-nurse-describes-how-covid-19-has-changed-her-work-2886454> (accessed on 20 June 2020).
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness and perceived social support from family in turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20 (4), 733-739.
- Rahmatinejad, P., Yazdi, M., Khosravi, Z., Shahi Sadrabadi, F. (2020). Lived experience of patients with coronavirus (covid-19): a phenomenological study. *Journal of Research in Psychological Health*. 14 (1), 71-86. [Persian].
- Ryuichi Ohta, M. D., Mphe, H. E., Yaeko Matsuzaki, R. N., & Satomi Itamochi, R. N. (2020). Overcoming the challenge of Covid-19: A grounded theory approach to rural nurses' experiences. *Journal of General and Family Medicin*, 22 (3), 134-140.
- Saffari, M., Vahedian-Azimi, A., & Mahmoudi, H. (2020). Nurses' experiences on self-protection when caring for covid-19 patients. *Journal of Military Medicine*, 22 (6), 570-579 (in Persian).
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Schulz, U., & Schwartzberg, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (5), 716-732.
- Sharafi, L., Mahdad, A., & Fazel, A. (2013). The relationship between job characteristics and organizational justice dimensions with job alienation. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 14 (53), 51- 59 (in Persian).
- Sherman, J. D. (1986). The relationship between factors in the work environment and turnover propensities among engineering and technical support personnel, *IEEE Transactions on Engineering Management*, 33, 72-78.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Ca: Sage Publications.
- Yan, L., & Xia, L. (2020). Coronavirus disease 2019 (Covid-19): Role of chest ct in diagnosis and management. *American Journal of Roentgenology*, 214 (6), 1280-1286.
- WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report--13: WHO website; 2020 [cited 2020 February 3]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>.
- Zaki, M. (2006). Assessing and assessing organizational support. *Journal of the Faculty of Administrative Sciences and Economics (University of Isfahan)*, 8 (17), 124-97 (in Persian).



<http://dx.doi.org/10.22108/jas.2021.128032.2079>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.20085745.1400.32.4.3.5>

مقاله پژوهشی

دو تجربه درهم تنیده؛ روایت پرستاران بخش عفونی و بیماران بهبودیافته از کرونا در بیمارستان رازی اهواز؛ مطالعه‌ای با روش نظریه داده‌بنیاد

سجاد بهمنی*، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

s.bahmani@scu.ac.ir

مژگان پیرک، کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

pirak.m.72@gmail.com

چکیده

کرونا طی چند ماه قاره‌ها را درنوردید و اینک به ویروسی جهانی بدل شده است. پس از شناسایی اولین مبتلا به این ویروس در اسفند ۱۳۹۸ در استان خوزستان، این استان پیک‌های مختلفی از این بیماری ویروسی را تجربه کرده است و از آن روز تاکنون به جدی‌ترین عامل تهدید زندگی شهروندان و اصلی‌ترین عامل مراجعه بیماران به بیمارستان‌های استان بدل شده است. این مطالعه کیفی با هدف فهم تجارب درهم‌تنیده پرستاران بخش عفونی و ایزوله بیمارستان‌های مرکز کرونا و بیماران بهبودیافته در استان خوزستان انجام شده است. روش استفاده‌شده در این پژوهش، نظریه داده‌بنیاد نسخه ۲۰۱۵ کوربین و اشتراوس به‌منزله یکی از روش‌های اصلی پژوهش کیفی است. داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه عمیق و شیوه نمونه‌گیری هدفمند - نظری با بیست‌وچهار نفر از ذینفعان مرتبط با این پدیده گردآوری و برای تحلیل داده‌ها از پنج مرحله کدگذاری باز و تشخیص مفاهیم، توسعه مفاهیم در جهت ابعاد و ویژگی‌ها، تحلیل داده‌ها برای زمینه، واردکردن فرایند به تحلیل و یکپارچه‌سازی مقولات استفاده شد. بعد از کدگذاری، دوازده مقوله اصلی از داده‌ها پدیدار شد که هر یک از مقوله‌ها به‌صورت کامل با استناد به متن مصاحبه‌ها تحلیل شده‌اند. پارادایم ظهوریافته شامل سه بعد شرایط، کنش - تعامل‌ها و پیامدهاست که در بعد شرایط شامل ماهیت ناشناخته ویروس، درهم‌تنیدگی رنج بیماری و فشردگی شیفت‌ها، تمنای درک عمومی دقیق، تکرار پی‌درپی لحظات سرنوشت‌ساز، اضطراب و تردید در رویارویی با خانواده و در بعد کنش - تعامل شامل احساس به انتها رسیدن توان، بر هم خوردن تعادل مناسبات و روابط اجتماعی، بازاندیشی پی‌درپی شغلی و شخصیتی، اضطراب و تردید در رویارویی با خانواده و در بعد پیامدها شامل تلاقی پرفشار نقش‌ها، اذعان به حجم زیاد وظایف، نه امنیت جانی و نه امنیت شغل است که پیرامون یک مقوله هسته به نام دو تجربه درهم‌تنیده تلخ و دشوار متأثر از کرونا شکل گرفته‌اند. نتایج پژوهش نشان می‌دهند به‌دلیل ماهیت ویروس و همچنین ماهیت شغل پرستاری، تجربه درهم‌تنیده‌ای از رویارویی با این ویروس در بیمارستان‌های استان در جریان است که براساس آن، بیماران و پرستاران لحظات سرنوشت‌ساز را در فرایند مبارزه با این ویروس از سر گذرانده‌اند.

واژه‌های کلیدی: کووید-۱۹، پرستاران بخش ایزوله، بیماران بهبودیافته، روش نظریه داده‌بنیاد، بیمارستان رازی اهواز

* نویسنده مسؤول

بهمنی، س. و پیرک، م. (۱۴۰۰). «دو تجربه درهم‌تنیده؛ روایت پرستاران بخش عفونی و بیماران بهبودیافته از کرونا در بیمارستان رازی اهواز؛ مطالعه‌ای با روش نظریه داده‌بنیاد»، جامعه‌شناسی کاربردی، (۴): ۳۲-۴۵، ۶۸-۴۵.



مقدمه و بیان مسئله

عفونت کووید-۱۹ یک آلودگی به کروناویروس شناخته شده جدید است که با علائم تنفسی همراه است و تصور می‌شود به منزله یک ویروس انتقال‌پذیر بین انسان و حیوانات پدیدار شده و جهش یافته باشد و یا در غیر این صورت، به گونه‌ای سازگاری یافته باشد که امکان بیماری‌زایی میان انسان‌ها را نیز فراهم کند (WHO, 2020). کروناویروس از خانواده بزرگ ویروس‌هایی است که موجب عفونت‌های تنفسی می‌شود. آغاز اطلاع جهان از این ویروس به دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین بازمی‌گردد که در اثر این بیماری، تعداد زیادی از مردم این شهر و سپس کل کشور چین درگیر شدند و خیلی سریع مرزهای کشور را درنوردید؛ به طوری که در یکم آوریل ۲۰۲۰، ۳۶۰۷۸۳ مورد مبتلا به این ویروس در ۲۰۵ کشور دنیا کشف شده بود (Kit Looi et al., 2021). این بیماری در تاریخ ۲۲ بهمن ماه سال ۱۳۹۸ برابر با یازدهم فوریه سال ۲۰۲۰ میلادی، رسماً به وسیله سازمان جهانی بهداشت با نام کروناویروس جدید (کووید-۱۹) *novel coronavirus disease* COVID-19 نامگذاری شد. طغیان بیماری که ابتدا به یک شهر در چین مربوط می‌شد، اکنون به عالم‌گیری وسیعی تبدیل شده و آمار رسمی مبتلایان آن در بیش از ۲۰۰ کشور و منطقه جهان، از ۱۲۰ میلیون نفر و تعداد مرگ آن از ۲۷۰۰ نفر گذشته است.

کرونا به هرجا ورود پیدا کرد، به شکل همان جا شد. این ویروس در ایران خیلی زود مرزهای استان‌ها و شهرستان‌ها را درنوردید و خود را در قامت مسئله چندبعدی نمایان کرد و از آن پس تاکنون، در قالب نسخه ایرانی ادامه حیات داشته است. در رویارویی با خطرات جدی شکل گرفته، دانش‌آموزان و معلم‌هایشان به شبکه شاد رفتند، دانشجویان در خانه ماندند، مشاغل سطح‌بندی و از برخی مزایای مرتبط با این نوع توجه دولت به جامعه و مردم بهره‌مند شدند. در این میان اما پرستاران، در خط اول رویارویی با این ویروس، رنج مضاعفی

به دوش کشیدند. پرستاران در استان خوزستان نیز در حال تجربه مقابله با کرونا هستند. متعاقب اعلام ثبت اولین مورد کرونا در قم، مسئولان استان خوزستان اطلاع‌رسانی درباره این ویروس نوظهور را آغاز کردند. کمی بعد در تاریخ ۴ اسفندماه ۱۳۹۸ آزمایش ۳ نفر در شهرستان‌های اهواز، شوشتر و آبادان مثبت اعلام شد و بدین ترتیب، خوزستان به جمع استان‌های کرونایی پیوست و کادر درمان در سراسر خوزستان به تدریج خود را در رویارویی مستقیم با این ویروس یافت. گسترش ویروس در استان، پرستاران بیمارستان‌های مختلف استان را در معرض تجربه جدیدی قرار داد؛ تجربه‌ای که سبب تحمیل درد و رنج‌های بسیاری به آنان شد. به دلیل ماهیت ناشناخته ویروس کرونا، پرستاران نیز مانند سایر گروه‌های مردم، اوایل شیوع ویروس، نسبت به این بیماری احساس رعب و وحشت بسیاری داشتند. از طرف دیگر، از نظر اخلاقی و سازمانی خود را ملزم به انجام وظایف شغلی خود می‌دانستند و همین موضوع سبب شده بود با وجود ترس و وحشتی که داشتند، همچنان در محیط کارشان بمانند و به بیماران مبتلا به کرونا خدمت ارائه کنند. علاوه بر این موضوع، پرستاران بر اساس حس نوع‌دوستی، همدلانه با بیماران مبتلا به کرونا برخورد و در مواردی جای خالی خانواده و بستگان را برای آنها پر می‌کردند؛ این در شرایطی بود که آنها نمی‌توانستند مانند قبل در خانواده خود حضور یابند و کنار آنها باشند که این امر، شرایط را برای آنان دوچندان سخت و دشوار کرده بود. همچنین تجارب دردناکی مانند از دست رفتن بیماران کرونایی بستری، اضافه شدن هرروزه بیماران و کمبود وسایل بهداشتی و مراقبتی برای حفظ امنیت پرستاران، سبب می‌شد آنان نیز مشقتی را که بیماران مبتلا به کرونا تحمل می‌کردند، تجربه کنند. همین امر مهم‌ترین دلیل برای بررسی موضوع مطرح شده است که دقت کردن در آن با تکیه بر روش نظریه داده‌بنیاد می‌تواند مهم‌ترین شرایط، راهبردهای کنش - تعامل و پیامدهای آن را آشکار کند؛ بنابراین، در این پژوهش، کشف

این ایام و همچنین مطالبات پرستاران براساس پژوهش‌های انجام‌شده بررسی خواهد شد. در پایان نیز نقشه پیشینه پژوهش براساس طرح کرسول ارائه خواهد شد.

دسته اول این پژوهش‌ها که درباره تأثیرات کرونا بر جامعه و نحوه ارتباطات بین مردم انجام شده‌اند، عبارت‌اند از: مدنی (۱۳۹۹)، کلاته‌ساداتی و عابدی‌دیزناب (۱۳۹۹)، کاظمی (۱۳۹۹). نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهند شرایط حاصل از کرونا تهدیدی برای جامعه مدنی محسوب می‌شود و به دلیل فاصله‌گذاری‌های فیزیکی، سازمان‌ها مجبورند فعالیت‌هایشان را محدود کنند یا برنامه‌ریزی‌هایشان را به حالت تعلیق درآورند؛ چون در زمان پاندومی، فعالیت‌های عادی متوقف می‌شوند (مدنی، ۱۳۹۹). علاوه بر کرونا، عوامل دیگری از جمله سیاست‌زدگی بین گروه‌ها، نداشتن خلوص‌نیت و نبودن اتحاد بین گروه‌های داوطلب که سبب شکل‌گیری جناح‌های سیاسی می‌شود، رقابت ناسالم و ... نیز می‌توانند فعالیت‌های خیرخواهانه و اقدامات کمکی به مردم را تضعیف کنند و به جای کمک به آسیب‌دیدگان، گروه‌ها صرفاً تلاش کنند فعالیت‌های خود را نمایش دهند (کلاته‌ساداتی و عابدی‌دیزناب، ۱۳۹۹)؛ اما براساس نتایج کاظمی (۱۳۹۹) کرونا علاوه بر تهدیدها، دستاوردهایی نیز داشته است؛ از جمله این دستاوردها احیای نوع دوستی است که براساس آن، پزشکی باید عهده‌دار تأمین سلامت بشر باشد و نه یک نهاد تجاری پول‌ساز؛ بنابراین، نظام‌های مراقبت سلامت باید با هر نوع دست‌اندازی سودمحورانه مقابله کنند و می‌توان انتظار داشت که خصلت دگردوستی پزشکی به‌طور ماندگاری با این حرفه همدم و همراه باشد و نه فقط هنگام بحرانی چون پاندومی کرونا و ویروس.

دسته دوم، پژوهش‌هایی است که درباره فهم و درک تجارب افراد درگیر با کرونا به‌ویژه پرستاران این بخش و بیماران مبتلا به ویروس بستری در بیمارستان انجام شده‌اند؛ از جمله پژوهش‌های (رحمتی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹، صفاری و

فهم پرستاران از تجربه مراقبت از بیماران کرونایی و تأثیر این ویروس بر کار حرفه‌ای و زندگی شخصی‌شان، مهم‌ترین هدف است. ازسوی دیگر، مطالعه تجارب پرستاران بخش عفونی و ایزوله، بدون دقت کردن در شرایط بیمارانی که پیوسته این پرستاران به آنها توجه کرده‌اند، تقریباً ناممکن است. به دلیل درهم‌تنیدگی تجارب روزمره این دو گروه، تصمیم بر این شد پژوهش حاضر با درپیش گرفتن رویکرد تفسیرگرایانه و با هدف فهم تجارب مشترک بیماران بهبودیافته از کرونا و پرستاران درگیر و فعال در اتاق‌های بخش عفونی و ایزوله و دست‌یافتن به پارادایم آن انجام شود. برای تحقق این دغدغه و در زمینه تأمین اهداف پژوهش، سؤالات اصلی به شرح زیر تنظیم شده‌اند: (۱) ذینفعان پدیده مطالعه‌شده، فرایند شکل‌گیری این تجربه را چگونه تفسیر می‌کنند و این تفسیر درباره چه مفاهیمی شکل می‌گیرد؟ (۲) شرایط مؤثر بر شکل‌گیری این تجربه کدام‌اند؟ (۳) کنشگران پرستار و بیمار و سایر ذینفعان درباره پدیده خدمات‌رسانی به بیماران مبتلا به کرونا (در زمان بستری) چه کنش - تعامل‌هایی دارند؟ (۴) پیامدهای این شرایط و عمل - تعامل‌ها در زندگی دو گروه مطالعه‌شده چه مواردی هستند؟

پیشینه تجربی پژوهش

تاکنون پژوهش‌های زیادی درباره موضوع کرونا انجام شده است. در ادامه مرتبط‌ترین این پژوهش‌ها که با موضوع پژوهش حاضر ارتباط موضوعی و مفهومی دارند، بررسی خواهند شد. پژوهش‌های بررسی‌شده در این قسمت، به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند: در بخش اول تهدیدها و فرصت‌هایی که کرونا در جامعه به وجود آورده است، بررسی و نتایج ارائه خواهند شد؛ سپس فهم و درک افراد درگیر با کرونا (چه بیماران و چه کادر درمان) از نظر پژوهش‌های انجام‌شده مرور و در انتها، اقدامات حمایتی صورت‌گرفته از کادر درمان برای تاب‌آوری بیشتر به دلیل سختی شغلشان در

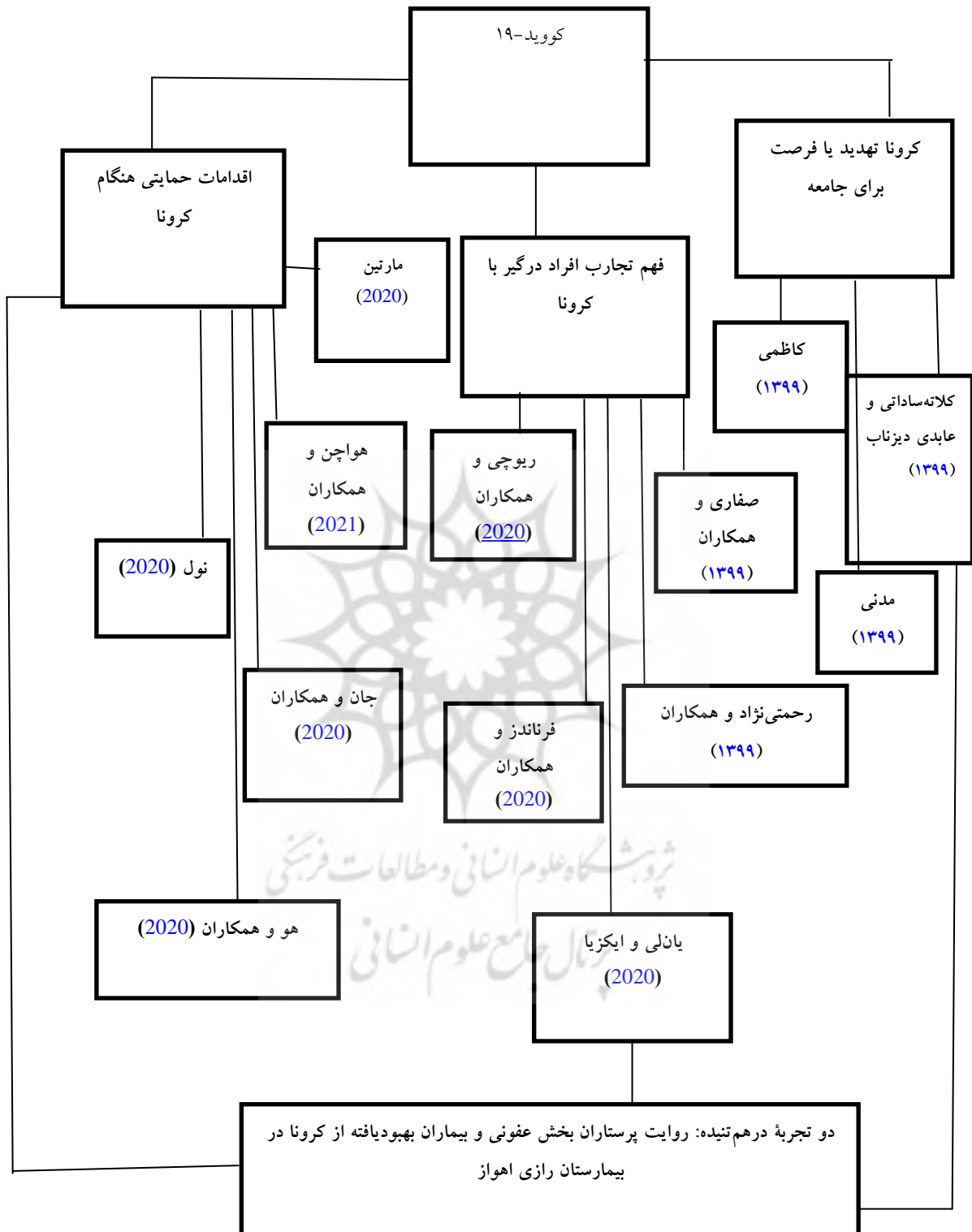
همکاران^۱ (2021) به بررسی ارائه خدمات روان‌شناختی هدفمند از پرستاران خط‌مقدم درگیر در مدیریت کووید-۱۹ پرداختند. نتایج نشان می‌دهند طرح حمایتی که پرستاران دریافت کرده‌اند، به آنها احساس تعلق، ارزش و افتخار حرفه‌ای و احساس محافظت و اعتماد به نفس را ارائه داده است. کیم و همکاران^۲ (2020) نیز معتقدند برای نگه‌داشتن پرستاران در شغلشان در این شرایط ویژه باید به آنها حمایت‌های اجتماعی راهبردی داده شود؛ زیرا پرستاران مجبورند ساعت‌های طولانی از بیماران عفونی بخش کرونا محافظت کنند و با توجه به تداوم این بیماری آنها در زمینه شغلی‌شان با مسائلی روبه‌رو می‌شوند (Hewings-Martin, 2020; Nowell, 2020) و این نشان‌دهنده این است که آنها بیشتر از هر گروهی در معرض خطر ابتلا به بیماری قرار دارند (Juan et al., 2020). در نهایت، مطابق پژوهش‌های هو و همکاران (2020)، حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق تاب‌آوری، سلامت روان کادر درمان را بالا ببرد؛ به‌ویژه بین اقشاری که از نظر سنی میانسال محسوب می‌شوند؛ زیرا در این اقشار نسبت به جوانان تاب‌آوری و بهداشت روانی ضعیف‌تر شده بود.

همکاران، Yan li & Xia, 2020, Ryuichi Ohta et al., 2020، ۱۳۹۹، (Fernandez et al., 2020). براساس نتایج این پژوهش‌ها، از جمله چالش‌های بیماران مبتلا به کووید-۱۹، تجربه‌های اضطراب مرگ، تجربه‌انگ بیماری، تجربه ابهام، هیجان‌های ناشی از قرنطینه‌بودن و ... است و این تجارب دردناک می‌توانند در روند بهبودی بیمار تأخیر ایجاد کنند (رحمتی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹؛ Huang et al., 2020). متقابلاً پرستاران نیز در این وضعیت ادراک مشابهی داشتند. براساس پژوهش ریوچی و همکاران (2020) نیز پرستاران هنگام کار روی موارد مبتلا به کووید-۱۹، به دلیل مسائل ایمنی و حفظ جان خود می‌ترسیدند؛ اما بعد از استقرار روش‌های استاندارد، تا حدودی اطمینان‌خاطر نسبت به حفاظت از خود در مقابله با بیماری را به دست آوردند. دغدغه‌های اصلی پرستاران در حفاظت از خود هنگام مراقبت از بیماران کرونایی شامل حفاظت‌های فردی، ساختاری و مشکلات ایمنی بوده‌اند که برای حفظ سلامتشان به کار گرفته‌اند (صفاری و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین یانلی و ایکزیا (2020) نشان دادند پرستاران درگیر بیماری از نظر روانی در فشارهای جدی قرار دارند و بنابراین، باید برای حفظ سلامت آنها از سیستم‌های اپیدمی اضطراری غربالگری و برای کمک به آنها از مداخلات روان‌شناختی در طول اپیدمی استفاده کرد. فرناندز و همکاران (2020) نیز در این زمینه تأکید کردند که براساس مطالعاتشان، پرستاران از دولت‌ها، سیاست‌گذاران و گروه‌های پرستاری می‌خواهند حمایت‌های همه‌جانبه‌ای از آنها در این زمینه صورت گیرد تا از فرسودگی شغلی و از دست رفتن نیرو و تاب‌آوری آنها جلوگیری شود.

در نهایت، باید گفت از آنجا که پرستاران هنگام انجام وظایف سازمانی، مدام در معرض چالش‌ها و ترس‌های ناشی از این بیماری قرار دارند، به مجموعه‌ای از اقدامات حمایتی نیازمندند که بتواند حداقل امکانات لازم را برای ادامه وظایف شغلی‌شان به آنها اعطا کند. درباره این موضوع، هواچن و

¹ Hua Chen et al.

² Kim et al.



شکل ۱- نقشه پیشینه پژوهش

Fig 1- Research background map

چارچوب مفهومی پژوهش

مطالعه دیدگاه‌ها و نظریه‌های مرتبط با هر موضوعی ممکن است روشنگر، آگاهی‌بخش و یاری‌رسان پژوهشگر در فهم روابط پیچیده در دنیای پیرامون باشد. آگاهی و بینش کافی متضمن طی صحیح مسیر پژوهش و از ضروریات پیگیری اهداف هر پژوهشی است. در مطالعه تجارب پرستاران و بیماران از روزهای رویارویی و مقابله با بیماری کرونا و به روش نظریه داده‌بنیاد و متأثر از مقولات ظهوریافته رویکردهای حمایت سازمانی، تاب‌آوری اجتماعی و از خودبیگانی شغلی برای تبیین مفاهیم و مقولات ظهوریافته استفاده می‌شوند:

از خودبیگانی شغلی و نیت ترک خدمت

از مهم‌ترین عواملی که سلامت روانی و جسمی کارکنان را به‌طور جدی در سازمان‌ها به خطر می‌اندازد، از خودبیگانی شغلی است که عبارت است از حالت جدایی روان‌شناختی فرد که شامل تصویر فرد از خود و ارتباطات اجتماعی‌اش درون و بیرون از محیط کار است. از خودبیگانی شغلی از جمله حالت‌های روان‌شناختی است که بروز آن به دلیل دارا بودن مؤلفه‌های بیهودگی، بی‌زاری از جامعه، بی‌هنجاری، ناتوانی، بی‌زاری از کار و انزوای اجتماعی است و ممکن است بر همه ابعاد وجودی فرد و سازمانی که به آن تعلق دارد، سایه افکند و بر رفتار و احساسات او تأثیر بگذارد و تبعات منفی بسیاری برای فرد و سازمان به همراه دارد (شرفی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۳).

سیمن در اشاره به رواج و توسعه مفهوم از خودبیگانی در سازمان‌ها این نکته را یادآور می‌شود که ساختار بوروکراسی جامعه مدرن شرایطی را ایجاد کرده است که در آن انسان‌ها نمی‌توانند چگونگی کنترل عواقب و نتایج اعمال و رفتارهای خود را در سازمان فرابگیرند. نحوه کنترل و مدیریت جامعه بر سیستم پاداش اجتماعی به گونه‌ای است که فرد نمی‌تواند ارتباطی را بین رفتار خود و پاداش گرفته شده از سازمان برقرار کند. در چنین وضعیتی است که احساس بیگانی بر

فرد مستولی می‌شود و او را به کنش منفصلانه و ناسازگارانه‌ای در قبال جامعه سوق می‌دهد (به نقل از محسنی تیریزی، ۱۳۸۳: ۱۵۰).

ترک خدمت به‌طور معمول به تصمیم یا اقدام فرد برای خروج از سازمان اطلاق می‌شود؛ به عبارتی، ترک خدمت، تغییر در عضو شدن فرد در سازمان است که طیف وسیعی را شامل می‌شود؛ ولی مهم‌ترین وجه، تمایز بین ترک خدمت اختیاری و ترک خدمت اجباری کارمند در سازمان است.

بر اساس نظر هلمان^۱ (1997)، ترک خدمت به تمایلات رفتاری اطلاق می‌شود که در نهایت، سبب تصمیم افراد به ترک سازمان می‌شود. هوم و گریفیث^۲ (1995) ترک خدمت را قصد آشکار و آگاهانه کارمند و شاغل در ترک دائمی و داوطلبانه از شغل خود تعریف می‌کنند؛ به عبارت دیگر، ترک خدمت، نیت هر فرد را به ترک سازمان موردعلاقه خود نشان می‌دهد که بیان‌کننده شکاف و تعارض ارتباطی بین سازمان و شاغل است (in: cho et al., 2009: 374).

به عبارت دیگر، تمایل به ترک خدمت، میزان حرکت فرد به سمت خروج از محدوده عضو شدن در یک سیستم اجتماعی تعریف می‌شود که آغازکننده آن خود فرد است (Linares, 102: 2011). موبلی و همکاران^۳ (1979) آن را به منزله فرایند فکرکردن، برنامه‌ریزی و قصد ترک شغل تعریف کرده‌اند (in: Lambert et al., 2010: 9). برخلاف ترک شغل حقیقی، تمایل به ترک شغل آشکار نیست.

هزینه‌های ترک خدمت کارکنان زیاده و متخصص برای سازمان زیاد و حتی در مواردی جبران‌ناپذیر است. هزینه‌های ترک خدمت کارکنان بنا بر کارایی هر کارمند سالانه بین ۲۵-۲۰ درصد به سازمان خسارت وارد می‌کند. علاوه بر این، ضایعات معنوی ناشی از ترک خدمت مانند از دست رفتن تجارب و کاهش بهره‌مندی از خرد جمعی، کاهش تعهد، انگیزه و اخلاق کاری بین کارکنان باقی‌مانده از مواردی است

¹ Hellman

² Griffeth & Hom

³ Mobley et.al.



رفاه، آسایش و امنیتشان قائل است، اعتقاد و علاقه خاصی به سازمان پیدا می‌کنند. این اعتقاد، حمایت سازمانی ادراک‌شده نام دارد؛ در واقع، حمایت سازمانی ادراک‌شده، کیفیت تبدلات اجتماعی را منعکس می‌کند که بین کارمند و کارفرما اتفاق می‌افتد (Casper et al., 2011: 643).

حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که به اشکال مختلفی تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به منزله یک منبع فراهم‌شده به وسیله دیگران و امکاناتی برای مقابله با استرس یا مبادله‌ای از منابع تعریف کرد (Schultz & Schwartzberg, 2004). از نظر بسیاری از نظریه‌پردازان، حمایت اجتماعی ابعاد مختلفی دارد. یکی از متداول‌ترین دسته‌بندی‌ها بر ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی مبتنی است. حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه‌کردن و اعتمادداشتن به وی هنگام نیاز است. حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت‌شده به وسیله یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌شود (Dorenta et al., 2006). حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه‌ها، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادها یا بازخوردها به یک فرد درباره چگونگی عملکردش است (Sarafino, 1998).

حمایت سازمانی سبب افزایش نگرش مثبت کارکنان به شغلشان می‌شود. علاوه بر آن، در افزایش الزام و درگیری شغلی تأثیر دارد و منظور از آن، درگیری با علائق مرتبط با کار است. هرچه حمایت سازمانی کارمندان بیشتر شود، میزان التزام آنان به شغل و کارشان افزایش می‌یابد. چهار اثر نهایی حمایت سازمانی ادراک‌شده از این قرار است که افزایش درک حمایت سازمانی کارکنان از یک سو موجب افزایش عملکرد و تمایل به ماندن کارکنان در سازمان می‌شود و از سوی دیگر، موجب کاهش میزان فشارهای شغلی و رفتارهای بازخوردی (همچون تمایل به ترک خدمت و ترک خدمت) می‌شود. هرچه کارکنان ادراک حمایت سازمانی بیشتری داشته باشند، بر عملکردشان تأثیر می‌گذارد و موجب افزایش کارآیی و زیادشدن تمایل به ماندن آنها می‌شود. احساس حمایت

که قابل اندازه‌گیری نیست (Branham, 2000: 305). هزینه‌های دیگری چون هزینه‌های جذب و به‌کارگیری مجدد افراد، انتخاب و آموزش آنها، کاهش بازدهی تا هنگامی که فرد جایگزین وارد سازمان و خبره و ماهر شود، صرف زمان و اعتبار برای جبران کاستی‌ها و ... نیز وجود دارند (ممی‌زاده، ۱۳۸۱: ۳۵). سازمان‌ها باید تدابیری بیندیشند که براساس آنها مشکلات قبل از عمل به ترک خدمت در مرحله تمایل به آن، شناسایی و برطرف شوند؛ زیرا این معضل اثرات منفی در انگیزش شاغل و نیز تأثیرات بدی بر نگرش سایر کارکنان دارد (ضیاءالدینی‌آورانی، ۱۳۸۵: ۸۲).

نیت ترک خدمت به ارزیابی ذهنی فرد از احتمال ماندن یا رفتن از سازمان در آینده نزدیک اشاره دارد. سه دلیل برای استفاده از نیت ترک خدمت به جای ترک خدمت واقعی وجود دارد: اول، ترک خدمت به شرایط اقتصادی عمومی بستگی دارد. افرادی که قصد ترک خدمت دارند، ممکن است تنها زمانی این کار را انجام دهند که مشاغل جایگزینی در دسترس داشته باشند (Sherman, 1986: 73). دوم نیت رفتاری، شاخص مستقیمی از رفتار واقعی است. هرچند، نیت رفتاری افراد همیشه سبب رفتار نمی‌شود و ممکن است با گذر زمان، نیت افراد دستخوش تغییر شود. سوم، پژوهش‌های قبلی دریافته‌اند نیت ترک خدمت، قوی‌ترین منادی ترک خدمت است.

حمایت سازمانی

حمایت اجتماعی، حمایتی است که فرد از خانواده، دوستان، سازمان‌ها و سایر افراد دریافت می‌کند (Gülaçtı, 2010: 3845). کاهش حمایت اجتماعی با افزایش تنهایی و ناامیدی مرتبط است (Pehlivan et al., 2012). حمایت اجتماعی به این مسئله می‌پردازد که فرد در زندگی خود و هنگام مشکلات، از هم‌فکری و مساعدت‌های اطرفیان خود (خانواده و دوستان و ...) بهره‌مند شود و بتواند با آن‌ها احساس نزدیکی کند. از مهم‌ترین ابعاد حمایت، حمایت سازمانی است. کارکنان یک سازمان همیشه براساس میزان ارزشی که سازمان برای ایجاد

مشابه انجام می‌شود (Corbin & Strauss, 2015: 127). این نکته را نیز باید اضافه کرد که در روش نظریه داده‌بنیاد، پژوهشگر کار را با نظریه‌ای که از قبل در ذهن دارد شروع نمی‌کند، بلکه کار را در عرصه واقعیت آغاز می‌کند و می‌گذارد تا نظریه از درون داده‌هایی که گرد می‌آورد، پدیدار شود (Corbin & Strauss, 2015: 17). به‌طور کلی، در این رویکرد حرکت به‌سوی یک نظریه محدود به واقعیت، از پنج مرحله کدگذاری باز و تشخیص مفاهیم، توسعه مفاهیم در جهت ابعاد و ویژگی‌ها، تحلیل داده‌ها برای زمینه و واردکردن فرایند به تحلیل و یکپارچه‌سازی مقولات عبور می‌کند. رویکرد استفاده‌شده در این پژوهش، بر مبنای دیدگاه کوربین و اشتراوس (2015) است که نسبت به رویکردهای مطرح در نسخه‌های پیشین تغییراتی در آن اعمال شده است.

مشارکت‌کنندگان: مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، شامل ۲۲ نفر از پرستاران و بیماران بستری‌شده و بهبودیافته در بیمارستان رازی اهواز و چند بیمارستان دیگر در استان خوزستان‌اند. این افراد در زمینه موضوع مطالعه‌شده، اطلاعات و شناخت مناسب و کافی دارند.

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان پژوهش

Table 1- Details of research participants

جنس	سن	تحصیلات	ازدواج
مرد	۳۱ تا ۴۵	کاردانی و کارشناسی	متاهل
زن	۱۵ تا ۳۰	دیپلم و پایین‌تر	مجرد
۸	۱۴	۱	۱۲
۱۴	۳	۱۶	۱۰
۵	۱۴	۵	۱۲

مشارکت‌کنندگان پژوهش، مصاحبه‌ای در حدود یک ساعت و نیم به انجام رسید. برای تضمین حرکت در مسیر صحیح ابتدا از طریق مصاحبه با شش نفر از مشارکت‌کنندگان، سؤالات اصلی پژوهش شکل گرفتند و جرح و تعدیل شدند. سپس در ادامه مجموعه سؤالات به‌صورت باز طراحی شدند و پس از مصاحبه با ۲۲ نفر به اشباع نظری رسید. متن حاصل از پیاده‌سازی این مصاحبه‌ها، مواد اصلی پژوهش برای استخراج

سازمانی موجب کاهش فشارهای شغلی و کم‌شدن تمایل به ترک خدمت می‌شود (زکی، ۱۳۸۵: ۹۷).

روش‌شناسی پژوهش

در پژوهش حاضر از روش نظریه داده‌بنیاد به‌منزله یکی از روش‌های مهم در پژوهش کیفی استفاده شده است. نظریه داده‌بنیاد، طرح پژوهش کیفی است که پژوهشگر براساس آن، اقدام به تولید یک تبیین عام (نظریه) از یک فرایند، کنش یا تعامل می‌کند که براساس دیدگاه شماری از مشارکت‌کنندگان شکل می‌گیرد (اشتراوس و کوربین، ۱۳۹۴). در این روش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان انجام می‌شود و گردآوری داده‌ها همراه با تحلیل تا جایی ادامه می‌یابد که به مرحله اشباع برسد. تجزیه و تحلیل فرایندی است که با جمع‌آوری اولین قسمت داده‌ها شروع می‌شود و ترسیم بستر جزء اساسی آن به شمار می‌رود. در این فرایند، داده‌ها به کوچک‌ترین اجزای ممکن (مفاهیم) شکسته می‌شوند. داده‌های جدید همزمان با تمام داده‌ها از نظر تفاوت و شباهت مقایسه می‌شوند و مقوله‌سازی با مرور مکرر و ادغام کدهای

نمونه‌گیری: در این پژوهش شیوه نمونه‌گیری هدفمند، در تناسب با روش تشخیص داده و استفاده شد. همچنین انتخاب نمونه در فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و با مدنظر قراردادن درجه اشباع مقوله‌ها در زمینه ویژگی و ابعاد مقوله‌ها و شکل‌گیری الگوی پارادایمی به انجام رسیده است.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: تکنیک اصلی استفاده‌شده برای جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق بوده است. با هریک از

مفاهیم، مقوله‌ها و پارادایم بوده است.

تحلیل داده‌ها با مدنظر قراردادن نسخه ۲۰۱۵ روش نظریه داده‌بنیاد مدنظر کوربین و اشتراوس، بر پنج مرحله کدگذاری استوار بود که با ساختار اصلی تحلیل داده‌ها در رویکرد سیستماتیک نظریه داده‌بنیاد بر مبنای سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی^۱ کمی تفاوت دارد (Corbin & Strauss, 2008; 2015). اندازه تفاوت در این دو نسخه به گونه‌ای نبوده است که نتوان از اصطلاحات مرحله تحلیل در نسخه ۲۰۰۸ نیز در اینجا سخن نگفت. در ابتدای مرحله کدگذاری به داده‌ها به صورت خط به خط توجه شد و مفاهیم اولیه از آنها استخراج شدند. در مرحله بعد کدهای مرتبط به لحاظ مفهوم و ویژگی‌ها، به محوریت یک مقوله اصلی سازمان‌دهی شدند؛ به عبارت دیگر، پس از فرایند خردکردن مصاحبه‌ها به مفاهیم و مقوله‌های فرعی در کدگذاری باز، در مرحله کدگذاری محوری به مرتبط کردن و دسته‌بندی آنها پیرامون محور مقوله‌های اصلی پرداخته شد. کدگذاری گزینشی نیز با استفاده از گزینش مفاهیم و موضوعاتی که در استخراج مقوله اصلی پژوهش مؤثر به نظر می‌رسیدند، دنبال شد. این مرحله از کدگذاری با هدف یکپارچه‌سازی و پالایش داده‌ها با هدف پدیداری مقوله اصلی، ارائه پارادایم و نظریه به انجام می‌رسد.

اعتباریابی: همان طور که کرسول (2013) تأکید می‌کند، در پژوهش به روش نظریه داده‌بنیاد، اثبات اعتبار پژوهش، یک بخش حیاتی فرایند پژوهش محسوب می‌شود و معیار داوری برای کیفیت مطالعه به شمار می‌آید. قابلیت اعتماد به اثبات اعتبار یک مطالعه از دیدگاه خواننده، مشارکت‌کننده و محقق مربوط می‌شود. همچنین لینکلن و گوبا (1985) معتقدند کوشش در جهت ایجاد و گسترش روش‌های جایگزین ارزیابی اعتبار برای پژوهش کیفی ضروری است. این دو در جهت گسترش این ابزارها موارد اعتمادپذیری، باورپذیری،

اطمینان‌پذیری، انتقال‌پذیری و تصدیق‌پذیری را معیارهای پژوهش کیفی معرفی می‌کنند. از نظر آنها اعتمادپذیری مهم‌ترین معیار محسوب می‌شود. برای دستیابی به اعتماد موردنیاز برای تأیید علمی این پژوهش از تکنیک‌های رایج اعتباریابی استفاده شد؛ به عبارت دیگر، درستی یافته‌های پژوهش در این مطالعه از پنج راهبرد بررسی همکاران، چک کردن به وسیله مشارکت‌کنندگان، مشارکت طولانی، مشاهده مداوم در میدان پژوهش و توصیفات عمیق و غنی استفاده شد.

در راهبرد بررسی همکاران، استادان صاحب‌نظر به دفعات و در مراحل مختلف پژوهش (جمع‌آوری داده، روش تحلیل، کدگذاری و استخراج مقولات) دیدگاه‌های خود را ارائه دادند. چک کردن (کنترل) به وسیله مشارکت‌کنندگان، یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های اثبات اعتبار یک مطالعه است (Creswel, 2013; اشتراوس و کربین، ۱۳۹۴؛ فلیک، ۱۳۹۳). در همین زمینه به نظرها، توضیحات و نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان به دقت توجه و در حفظ اصالت داده‌ها سعی فراوانی شد و هر جا که لازم بود، بنا به نظر مشارکت‌کنندگان بازبینی صورت گرفت. این کار با دقت فراوان انجام شد؛ زیرا همواره این دغدغه وجود داشته است که اصل گفته‌ها و نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان باید بدون کم‌وکاست ثبت و ضبط شود تا آنچه با تحلیل داده‌ها به دست می‌آید، انعکاس دقیقی از واقعیت باشد.

یافته‌ها

پارادایم ظهوریافته شامل سه بعد شرایط، کنش - تعامل‌ها و پیامدهاست که بعد شرایط شامل ماهیت ناشناخته و ویروس، درهم‌تنیدگی رنج بیماری و فشرده‌گی شیفته‌ها، تمنای درک عمومی دقیق، تکرار پی‌درپی لحظات سرنوشت‌ساز، اضطراب و تردید در رویارویی با خانواده) و بعد کنش - تعامل شامل احساس به انتها رسیدن توان، بر هم خوردن تعادل مناسبات و روابط اجتماعی، بازاندیشی پی‌درپی شغلی و شخصیتی،

۱. اگرچه در نسخه ۲۰۱۵ مبانی پژوهش کیفی کوربین و اشتراوس (2015) مراحل بسط داده شدند و به پنج مرحله رسیدند، کوربین تأکید می‌کند که این پنج مرحله باید در بستر سه مرحله کدگذاری پیشین درک شوند.

در مراحل تحلیل داده‌ها در جهت مشخص شدن زمینه و فرایند در قالب دوازده مقوله عمده، مقوله‌بندی و در مرحله کدگذاری گزینشی سبب استخراج مقوله هسته «دو تجربه درهم‌تنیده تلخ و دشوار» شد که مقوله هسته این پژوهش به شمار می‌آید.

اضطراب و تردید در رویارویی با خانواده و بعد پیامدها شامل تلاقی پرفشار نقش‌ها، اذعان به حجم زیاد وظایف، نه امنیت جانی و نه امنیت شغل است که پیرامون یک مقوله هسته به نام دو تجربه درهم‌تنیده تلخ و دشوار شکل گرفته‌اند. مفاهیم مربوط به مرحله کدگذاری باز و تشخیص مفاهیم

جدول ۲- مقولات اصلی و نقش پارادایمی مقولات اصلی

Table 2- The main categories and the paradigm role of the main categories

نقش پارادایمی	مقولات اصلی
شرایط	ماهیت ناشناخته ویروس
شرایط	درهم‌تنیدگی رنج بیماری و فشردگی شیفت‌ها
شرایط	نه امنیت جانی و نه امنیت شغلی
شرایط	تکرار پی‌درپی لحظات سرنوشت‌ساز
شرایط	اضطراب و تردید در رویارویی با خانواده
کنش - تعامل	احساس به انتها رسیدن توان
کنش - تعامل	تمنای درک عمومی دقیق
کنش - تعامل	بازاندیشی پی‌درپی شغلی و شخصیتی
پیامد	تلاقی پرفشار نقش‌ها
پیامد	اذعان به حجم زیاد وظایف
پیامد	بازگشت اعتماد و تقویت سرمایه اجتماعی کادر درمان
پیامد	بر هم خوردن تعادل مناسبات و روابط اجتماعی

چگونه و چه‌وقت می‌آیند. شرایط به دو نوع کلان و خرد تقسیم می‌شوند و هنگام وارد کردن زمینه به تحلیل به آنها اشاره می‌شود. در ادامه توضیحات هریک از مقولات فرعی و اصلی مربوط به شرایط براساس تفسیر مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود:

الف) ماهیت ناشناخته ویروس: اگرچه گونه‌های جدید ویروس کرونا به‌منزله یک دل‌مشغولی همیشه برای متخصصان مطرح بوده‌اند، کووید-۱۹ و نحوه عملکردش دست‌کم در ماه‌های نخست بسیار اسرارآمیز بوده است. همین ناشناخته‌بودن و ماهیت مبهم این بیماری، ادراک بیماران و کادر درمان را دچار ابهام کرده و در واقع، نوعی ترس، اضطراب و تنش دائمی در آنها به وجود آورده بود. یکی از مشارکت‌کنندگان که کارشناس ارشد پرستاری است و در زمینه

کنش تعامل خوب شناخته نشده است؛ چون عمل - تعامل شامل رفتارهای متقابلی است که برای مدیریت مسئله ارائه می‌شوند. پس در این بخش دقت و سپس نمونه تحلیل ارائه شود. همچنین شرایط باید به تفکیک شرایط زمینه‌ای، علی و مداخله‌گر تفکیک و ارائه شوند.

در ادامه به هر یک از این مقوله‌ها و سپس مقوله هسته پرداخته و توضیحاتی درباره رابطه این مقوله‌ها با مقوله هسته ارائه شده است.

۱. شرایط

کوربین و اشتراوس (2015 : 226) بر این باورند که شرایط فقط یک بخش از پارادایم هستند که در پاسخ به پرسش‌های چرا،

بیماری‌های ویروسی فعالیت‌های علمی انجام داده است، در این باره می‌گوید:

«این ویروس خیلی خطرناک عمل کرده و همه رو به عقب هل داده. نه فقط در کشور ما که در همه دنیا اوضاع همینه. حداقل در وضعیت قبل از تولید واکسن اوضاع کشورها شبیه همه. از زمان شیوع ویروس در سال ۲۰۱۹، جهش‌های زیادی کرده و با توجه به ماهیت ویروس‌ها وقوع چنین جهش‌هایی بی‌سابقه و یا غیرقابل انتظار نیست؛ اما آنچه ابهام‌آمیز است، توان سرایت و میزان کشندگی آن است. ماه‌های اول به‌ویژه خیلی ما رو اذیت می‌کرد، چون هیچ شناختی ازش نداشتیم.»

یکی از بیمارانی که اسفند ۱۳۹۸ به کرونا مبتلا و در بیمارستان رازی اهواز بستری شد نیز از تجربه مشابه خود می‌گوید:

«کارم جوری بود که مدام باید تهران می‌رفتم و با هواپیما این کار رو انجام می‌دادم. ۲۸ اسفند که از تهران برمی‌گشتم، احساس سرماخوردگی داشتم و به محض اینکه رسیدم خونه تب‌ورز گرفتم. خودم رو به بیمارستان رساندم و مشکوک به کرونا تشخیص داده شدم. هنوز چیز زیادی درباره کرونا نمی‌دونستم. خانواده‌ام به شدت نگران بودن و گیج بودیم. نمی‌دونستیم باید چکار کنیم. کادر درمان هم سردرگم بودن. وضع عجیبی بود.»

ب) درهم تنیدگی رنج بیماری و فشرده‌گی شیفت‌ها:

بیمار بهبودیافته در بخش عفونی از رنج خود در مدت بستری می‌گوید و پرستار بخش ایزوله از رنج و مشقت شیفت‌های متوالی. شیفت‌های سنگینی که تمامی نداشتند و ضرورت رعایت پروتکل‌ها دشواری آنها را افزون می‌کرد. رعنا پرستار بیمارستان رازی اهواز و از جمله پرستاران فعال در بخش عفونی است که از میان تمام بیمارستان‌های دولتی به مهم‌ترین مرکز کرونا در خوزستان و سنگر اول دفاع در برابر این ویروس آمد. او تجربه‌اش را چنین روایت می‌کند:

«اوضاع در اسفندماه به معنای واقعی فاجعه بود. هر مرضی می‌آمد، تنگی نفس شدید داشت. ما ترسیده بودیم. روزه‌روز تعداد فوتی‌ها بالا می‌رفت. بیمارستان‌ها به شدت شلوغ شده بود. اصلاً تخت خالی نبود. هر نقطه‌ای از بیمارستان که فکر کنید مریض خوابیده بود. در مقابل تعداد

پرستارها به شدت کم بود. سه روز پشت سر هم سرپا شیفت می‌دادیم. بعضی همکاران هفته‌ها در بیمارستان می‌ماندند؛ چون همراه خانواده زندگی می‌کردند و جایی نداشتند بروند. از طرفی ماسک هم کم بود و نمی‌تونستیم مدام ماسک تعویض کنیم. واسه همین هم اصلاً نمی‌شد ماسک رو از روی صورت دربیاریم؛ چون هر جا می‌گشتیم احتمالش بود آلوده شه و ما بدون ماسک بمونیم.»

یکی از بیماران همین بیمارستان با تأیید صحبت‌های رعنا می‌گوید:

«من دقیقاً وقتی مبتلا شدم که اوج پیک اول بود و به هر سمت می‌چرخیدم افرادی شبیه خودم روی تخت افتاده بودن. فشار زیادی روی پرستاران بود و بعضی همراهان بیمارها هم از شدت ناراحتی روی اون‌ها فریاد می‌کشیدن.»

ج) نه امنیت شغلی نه امنیت جانی برای پرستاران: بخش

جالب توجهی از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان را نیروهای شرکتی و قراردادی تشکیل می‌دهند که شرایط شکننده‌ای داشتند و گسترش ویروس کرونا دشواری‌های کار آنان را بیشتر کرد. این گروه از پرستاران از تجارب تلخ خود دربارهٔ اخراج و یا تهدید به اخراج خود و یا همکارانشان می‌گویند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه می‌گوید:

«من نیروی قراردادی‌ام. تمام ایام کرونا هم با لباس گان و توی بخش ایزوله خدمت می‌کردم. شب که از شیفت برمی‌گشتم خونه، توی مسیر مترو زنگ زد گفت: لابد همراه بیمار اعزام شدی. زدم زیر گریه. مقاومت کردم. اول کارانه‌ام رو حذف کردن و بعد گفتن نیا سر کار. لازمت نداریم.»

وجودداشتن امنیت تجربه‌شده به‌وسیلهٔ پرستاران به وضعیت آنان در ساعت‌های شیفت در اتاق ایزوله اشاره دارد. سحر که پرستار بیمارستان رازی اهواز است، در این باره می‌گوید:

«کشیک‌های وحشتناکی را تجربه کردم. آمار مرگ بالا بود. ما جوانانی را دیدیم که با تنگی نفس و افت شدید سطح اکسیژن خون می‌مردند، فقط هم به‌خاطر اینکه اعتقادی به زدن ماسک نداشتند. ما بیماران زیر ۳۰ سال داشتیم که پس از ساعت‌ها تلاش برای احیا فوت می‌کردند. خیلی از این مریض‌های جوان آن‌قدر دیر رسیده بودند که هیچ‌کاری برایشان ممکن نبود. همهٔ اینها فشار

«هر مریضی که می‌مرد، ما به اقوامش تلفن می‌زدیم و خبر می‌دادیم. آن اوایل گاهی کسی جرئت نمی‌کرد جسد عزیزش را از بیمارستان تحویل بگیرد و تا این حد شرایط سخت بود. کادر درمان ۶ ماه تمام شاهد مرگ غریبانۀ هم‌وطنانشان هستند و هنوز هم این مرگ‌ها ادامه دارد؛ در حالی که اپیدمی طوری است که با رعایت پروتکل‌های بهداشتی کم می‌شود».

ستار هم تجربه‌ی مشابهی روایت می‌کند:

«روزهای تلخ کرونا تا ابد در دل من یکی می‌مونن. پدری که پسر جوانش رو به‌راحتی طی ده روز از دست داد، مادری که حتی نتونست جسد دخترش رو به دل سیر بغل کنه و گریه کنه، مادری که التماس می‌کرد بذاریم دخترش رو که خواب مصنوعی رفته بود ببینه. هرچه از روزهای تلخ بخش کووید-۱۹ بگویم، کم گفته‌ام».

۲. راهبردها یا کنش - تعامل‌ها

مهم‌ترین راهبردها یا عمل - تعامل مشارکت‌کنندگان درباره‌ی پدیده‌ی تجربه‌ی حضور در اتاق ایزوله و بستری، به سه دسته کنش - تعامل تقسیم می‌شود؛ کنش - تعامل‌ها دومین دسته‌بندی مهم از پارادایم را می‌سازند. آنها پاسخ‌های عینی (واقعی) افراد یا گروه‌ها به رخدادها یا موقعیت‌های دشوار زندگی‌اند (Corbin & Strauss, 2015: 226-228). یکی از مهم‌ترین کنش‌ها و در نتیجه‌ی بدحال شدن بیماران، اقدام به ایتوبه است.

الف) ایتوبه‌های نافرجام: مشارکت‌کنندگان بر این باورند در زمینه‌ی انجام وظایف خود و در حالی که امید بسیار داشتند، دست به اقداماتی زده‌اند که در برخی موارد نتیجه‌ی دلخواه را نداشته و سبب آزارشان شده است. فاطمه پرستار ۲۴ساله‌ی بخش کرونای بیمارستان رازی است که وظیفه‌ی ایتوبه‌ی ده‌ها بیمار در پیک‌های مختلف کرونا بر عهده‌ی او بوده است. او می‌گوید:

«در برخی از موارد تنها کاری که از دست کادر درمان برمی‌آید، انجام ایتوبه و دل خوش کردن به رساندن هوا از این طریق است».

او ادامه می‌دهد:

«ایتوبه‌کردن کار پرریسک هست و تنها تعدادی از

روانی زیادی را به ما تحمیل می‌کرد. خیلی از ما پرستاران افسردگی گرفتیم. هر روز با بیمار آلوده سروکار داشتیم و نمی‌توانستیم خانه برویم یا به خانواده‌مان رسیدگی کنیم، بچه‌مان را بغل کنیم، ببوسیم. همه‌ی اینها مشکلات روحی برایمان درست کرده است».

دردهای ما تمامی ندارد. این جمله‌ای است که بهاره مدام

تکرار می‌کند. او ادامه می‌دهد:

«خطرات و احساس ناامنی ما خیلی گسترده است. همین ماسک پزشکی که می‌زنیم خودش هزار تا ایراد دارد. گاهی بندش پاره می‌شود، گاهی استاندارد لازم را در برابر ورود ویروس ندارد. شرایط در بخش آی‌سی‌یو کاملاً فرق می‌کند. بیماران آی‌سی‌یو که ایتوبه می‌شوند، مدام ترشحاتشان باید ساکشن شود. گاهی عینک و شیلد هم در دسترسمان نیست و همین‌ها ریسک ابتلا را بالا می‌برد».

د) تکرار پی‌درپی لحظات سرنوشت‌ساز:

مشارکت‌کنندگان پژوهش از تکرار پی‌درپی نقطه‌عطف‌ها و فشار روانی این لحظات سرنوشت‌ساز سخن می‌گویند. شیدا می‌گوید:

«من برای اولین بار از نزدیک صدای اشهد بیمارم را در بخش آی‌سی‌یو شنیدم. شیفت شب بود. مریض مشکل تنفسی داشت و اکسیژن مداوم می‌گرفت. ازم خواست تنه‌ایش نگذارم. دیدم زیر زبان اشهدش را خواند. یکدفعه علائم حیاتی مریض را روی مانیتور دیدم که انتهای حیاتش را نشان می‌داد. تمام تلاشم این بود که این خانم برگردد ولی برنگشت، این صحنه مدام جلوی چشمانم است».

بهاره از تجربیات و مشاهداتش در ۶ ماه گذشته می‌گوید:

«راستش را بخواهید این وضعیت دیگر خیلی خسته‌کننده شده است. من توی آی‌سی‌یو کرونایی‌ها کار می‌کنم. بیمارانی که اینجا میارن علائم حیاتی‌شون ضعیف شده، بیشترشون نمی‌تونن به‌سادگی نفس بکشن و سطح اکسیژن خونشون پایینه. شرایط ریه‌هاشون از هر نظر نامناسبه و معمولاً مملو از ترشحاته. چنین بیماری که ونتیلاتور هم بهش وصله مدام بین مرگ و زندگی دست‌به‌دست می‌شه و تصور کنید توی این شرایط چه بر ما می‌گذره».

او ادامه می‌دهد:



بیماران از این راه به زندگی برمی گردن».

یکی از بیماران که تجربه ایتنوبه شدن دارد، می گوید:
«برای من وضعیت تنفسی به تدریج بد شده بود و نفسم بالا نمی اومد. خودم که دیگه متوجه نبودم ولی بعداً بهم گفتن که ایتنوبه شدم. پرس و جو که کردم از پرستاران بخش، معلوم شد برام که چه کار پرزحمتی بوده براشون و چه رنجی بر من و اون ها گذشته».

ب) تمنای حمایت و بازتوانی: مهرانا، پرستار بیمارستان

رازی اهواز است که بیش از ۱۸ سال در این بیمارستان و در بخش های مختلف به مردم خدمت کرده است. او درباره روزهای نخست ظهور این ویروس و مراجعه بیمار مبتلا به بیمارستانشان می گوید:

«بیمارای ما علاوه بر موضوعات جسمی مرتبط با کرونا، دچار چالش های جدی روحی هم می شدن و خیلی هاشون از کارای ناتمام و عدم آمادگی برای مرگ می گفتن. این شرایط روی ما هم تأثیرات بدی می داشت. ادامه که پیدا کرد، ما هم بعضی وقتا شبیه همین دسته از بیمارا التماس توجه داشتیم. خواهش می کردیم در کمون کن».

موضوع جالب توجه در اینجا این است که پرستارانی در لحظات دشوار زندگی بیماران منبع امید بوده اند که خود به دلیل حجم بالای مراجعان و فشار مضاعف کار، بسیار فرسوده و ناتوان شده بودند و در لحظاتی کاملاً از رمق می افتادند. در کنار این مشکلات روبه رو شدن با وضعیت بغرنج برخی بیماران و حتی مرگ آنها زخمی بود که بر روح و روان آنها وارد می شد. محمد در این باره تجربه خود را چنین بیان می کند:

«ماسک رو تمام وقت استفاده می کردم و استفاده از لباس «گان» حتی فرصت سرویس بهداشتی رفتن رو هم به من نمی داد؛ اما با وجود این، وقتی شرایط زجرآور بعضی بیماران رو می دیدم، نمی تونستم بی تفاوت باشم و می نشستم بهشون از روزای آینده و بهبود حالشون می گفتم».

سمیه هم تجربه مشابهی دارد. او می گوید:

«قرار گرفتن در آن محیط و کنار بیماران بدحال بودن و فکر و ترس از مبتلا شدن، همچنین با دیدن مرگ بیماران

اشک می ریختم. از شنیدن حرف هایشان بغض می کردیم. شرایط روحی به قدری در ایستگاه پرستاری بد و استرس حاکم بود که همه پرسنل بغض داشتند و همه دنبال بهانه بودند تا اشک بریزند. برای همین با یک تلنگری اشک همه سرازیر می شد».

ج) بازاندیشی مداوم شغلی و شخصیتی:

مشارکت کنندگان پژوهش اذعان دارند که شغل پرستاری از دشوارترین مشاغل است و با همه گیر شدن ویروس کرونا قطعاً دشوارترین شغل در اذهان عموم شناخته شده است. چالش های شغلی پرستاران طیف وسیعی از موارد مختلف را در بر می گیرد، از نگرانی تعدیل شدن برای پرستاران شرکتی تا خطر ابتلا به کرونا هنگام ایتنوبه بیماران.

نرگس، از پرستاران بخش ایزوله بیمارستان رازی اهواز، می گوید:

«مردم و مسئولان در بحران کرونا باور کردند که شغل پرستاری سخت و زیان آور است. تا قبل از این باور نداشتن به این موضوع. تا قبل از این کمبود نیرو از یک طرف و بی توجهی مسئولان در پرداخت حقوق معوقه و دیگر مزایا هم از طرفی دیگر، جامعه سلامت ایران را وادار به چندین تجمع و اعتراض برای رسیدن به این حقوق هم کرده است».

۳. پیامدها

پیامدها خروجی های واقعی یا احتمالی کنش - تعامل هستند؛ به ویژه آنکه افراد همیشه به فکر عواقب کارهایشان هستند. وقتی این مورد را در نظر گرفتند، از بین گزینه های مختلف با در نظر گرفتن کنش - تعامل دست به انتخاب می زنند. برخی اوقات این خروجی ها خود نوعی احتمال اند. بعضی وقت ها هم خروجی ها آن گونه که ما انتظار داریم اتفاق نمی افتند و کنشگر مجبور است کنش - تعامل خود را با شرایط جدیدش وفق دهد (Corbin & Strauss, 2015: 226-228).

الف) بازگشت اعتماد و تقویت سرمایه اجتماعی کادر

درمان: مشارکت کنندگان بر این باورند که دقت کردن در کنش ها و اظهار نظرهای مردم در ماه های گذشته نشان دهنده

افزایش میزان اعتماد آنها به توصیه‌ها و دستورالعمل‌های مسئولان، پزشکان و مجموعه کادر درمانی و بهداشتی است. محمد معتقد است:

«البته در این میان، رفتار شخصیت‌های بزرگ کشور از جمله مقام معظم رهبری در روز درختکاری نیز اثرگذاری اجتماعی بالایی داشت تا مردم این رفتار را به‌منزله الگو مدنظر قرار دهند».

به باور مشارکت‌کنندگان در سال‌های اخیر و متأثر از چند رویداد، سرمایه اجتماعی کادر درمان آسیب دید؛ ولی در بحران کرونا این آسیب جبران و ترمیم شده است. رعنا در این زمینه می‌گوید:

«قبلاً مردم مثل امروز کادر درمان رو دوست نداشتند. این یه واقعیته. مثلاً بعضی از مردم اخبار مربوط به الزام نصب کارت‌خون توی مطب‌ها رو دنبال می‌کردن و می‌گفتن چرا با اون درآمد حاضر نیستن مالیات بدن و کارمندا می‌دن».

بازگشت این اعتماد و افزایش کم‌سابقه آن از پیامدهای مهم کنش - تعامل مشارکت‌کنندگان درباره پدیده کرونا بوده است. بسیاری از بیماران از نزدیک تقلاهای فراوان کادر درمان برای نجات جان سایر بیماران و یا خود را دیده‌اند و راویانی بی‌واسطه از این تلاش بوده‌اند.

ب) حجم زیاد وظایف: از جمله دغدغه‌های مهم و اثرگذار بر زیست پرمشقت پرستاران، حجم زیاد وظایف نقش آنهاست. برخی پرستاران اورژانس از فشار روحی و استرس فراوان خود هنگام شیفت سخن می‌گویند و برخی دیگر می‌گویند مدام بین اتاق ایزوله، اورژانس و اتاق عمل جابه‌جا می‌شوند و فرایند انطباق روحی با این شرایط کاری برایشان بسیار دشوار بوده است.

نرگس، از پرستاران بیمارستان رازی، از حجم زیاد وظایف خود سخن می‌گوید:

«پرستاران باید بیماران را تمیز نگه دارند و در صورت لزوم آنها را بشویند، به آنها غذا بدهند و علائم حیاتی‌شان را زیر نظر داشته باشند ... از روزهای اول اپیدمی کرونا چون احساس وظیفه می‌کردم و می‌دانستم کمبود نیرو هست، از شش اسفند تا پنج اردیبهشت پیوسته شیفت دادم؛

بیش از دو ماه. اصلاً تعطیلات نداشتم امسال. نه عید نه سیزده‌به‌در پیش خانواده نرفتم. خودم را در محل کارم قرنطینه کردم».

نسترن، سرپرستار و مسئول بخش کرونا، یکی از پرستارانی است که با وجود داشتن بیماری زمینه‌ای، میدان مبارزه با ویروس کرونا را خالی نکرد. می‌گوید که برخی از پرستاران به دلیل شرایطی که داشتند، بارداری، پرفشاری خون، دیابت، نقص سیستم ایمنی بدن یا حتی به دلیل ترس از ابتلا انتخاب کردند که به بخش‌های کم‌خطر منتقل شوند. او درباره آن روزها می‌گوید:

«گفتم اگر بروم پرسنلم به تبعیت از من میدان را خالی می‌کنند، می‌دانستم اگر گرفتار بیماری شوم شاید برگشتی در کار نباشد، اما انتخاب کردم که بمانم و مردم را تنها نگذارم. اگر بگویم ۲۴ ساعت تمام در بخش کرونایی بودم، دروغ نگفته‌ام. حساب کنید ۵۰ بیمار بستری در بخش داشتم و مجبور می‌شدم با دو پرستار بخش را بچرخانم. پرسنل بیشتر از توانشان زحمت کشیدند. برای پرستاران بخش کرونا هر بار دیدن نفس‌های تند بیماران، صدای ناله‌هایشان، تب بالا و افت ناگهانی فشار اکسیژن خونشان بغضی بود که راه گلویشان را می‌بست و آنها را نگران‌تر از همیشه می‌کرد».

ج) اضطراب و تردید در رویارویی با خانواده: فعالیت

در بخش عفونی پیامدهایی دارد که بعد از پایان ساعت کار و شیفت نیز هنوز ادامه دارند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از نگرانی‌ها و اضطراب رویارویی با خانواده بعد از پایان ساعات کار سخن می‌گویند.

سرپرستار یکی از بخش‌های بیمارستان رازی اهواز با اشاره به انواع استرس و نگرانی‌هایی که کادر درمان با آن روبه‌رو هستند، می‌گوید:

«کل بیمارستان ما ماه‌هاست زیر فشار مراجعان مبتلا به کروناست، تخت‌ها رو تغییر کاربری دادیم و نیروها رو مدام جابه‌جا کردیم. همه خسته و فرسوده هستن. حالا همه اینها یک طرف و وقتی نیروهام می‌خوان برن خونه و استراحت کنن و خستگی‌شون رو بیرون کنن از تن، تازه یه نوع مصیبت دیگه شروع می‌شه. بچه‌ها مدام از نگرانی‌شون درباره خطر ابتلای خانواده می‌گن. یکی از پرستارمون مبتلا شد و

اطلاعات بیمار را لحظه به لحظه به ذهنمان بسپاریم. این خودش فشار مضاعف است. در بخش کرونا مریض‌هایی که هوشیارند، قبل از اینکه بدحال شوند از نگرانی‌هایشان به ما می‌گویند، از خانواده‌شان؛ از اضطراب مرگ. گریه می‌کنند و بعد هم سرفه حرف‌هایشان را ناتمام می‌گذارد. در آی‌سی‌یو هم بیمارانی که به دستگاه وصلشان کردیم، هوشیار نیستند. ما خودمان غذای مریض را می‌دهیم، با آنها صحبت می‌کنیم؛ چون آخرین حس این بیماران حس شنوایی است».

او در ادامه از استعفای برخی همکارانش به دنبال موج دوم کرونا در مراکز درمانی خبر می‌دهد و می‌گوید:

«همسران برخی از پرستاران اجازه نمی‌دادند سر کارشان حاضر شوند. در موج دوم خیلی از کادر درمان به خاطر شرایط سیستم ایمنی بدنشان استعفا داده و بیمارستان را ترک کردند. برای همین هم ما تا جایی که بتوانیم از جان و دل مایه می‌گذاریم. حتی تا چند ساعت استراحت را بیدار می‌مانیم و کارهای عقب‌افتاده را انجام می‌دهیم. کمبود نیرو و تجهیزات همیشه بوده و با آمدن کرونا بدتر هم شده است».

ه) بر هم خوردن تعادل روابط و مناسبات اجتماعی:

همه‌گیر شدن کرونا و ضرورت رعایت پروتکل‌های بهداشتی مرتبط با آن، نظم پیشین اجتماعی را به چالش کشیده است. شیوع بیماری کرونا تمام حوزه‌های زیستی مثل اقتصاد، ازدواج، روابط بین‌فردی، آموزش، فرزندآوری و اوقات فراغت را متأثر کرده است. یکی از بیماران مبتلا به کرونا که پس از یک ماه بستری بودن بهبود یافته و ترخیص شده است، در این باره می‌گوید:

«قبل از اینکه کرونا بگیرم تدارک عروسی دخترم رو می‌دادم. اصلاً رفته بودم خرید برای همین کار خیر که مبتلا شدم. بعد یک‌مرتبه بیمار شدم و افتادم. همه برنامه‌ها به هم خورد. آن بندگان خدا که فامیلامون بودن هم به جای عروسی منتظر شرایط ما شدن».

اثرات کرونا در حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی چنان گسترده بوده است که تقریباً همه افراد می‌توانند از تجارب خود در این باره سخن بگویند، از کاهش دیدوبازدیدها گرفته تا بر هم خوردن نظم زندگی روزمره. سحر، از پرستاران

پدر و مادرش رو درگیر کرد و چند نفر دیگه به شکل زنجیری مبتلا شدن».

یکی دیگر از پرستاران می‌گوید:

«دل‌م برای پدر و مادرم تنگ شده است (همراه با بغض و گریه). پنج ماه است که پدر و مادرم را درست و حسابی ندیده‌ام و چند مرتبه‌ای هم که آنها را دیده‌ام، از فاصله ۱۰ متری بوده است و این مشکلی است که الان همه همکاران ما در این بخش با آن سروکار دارند».

این اضطراب و ترس علاوه بر پرستاران، درباره بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نیز وجود داشته است. اضطراب درباره ابتلای اعضای خانواده، دل‌تنگی برای اعضای خانواده و بی‌حوصلگی‌های ناشی از تنهایی، مضامین تجربه‌شده به وسیله بیماران بودند. آنها خود را در یک موقعیت کنترل‌نشده و دشوار تصور می‌کردند که تسلطی بر آن نداشتند. یکی از بیماران بستری در بیمارستان رازی می‌گوید:

«من بیشتر نگرانی‌ام از این هست که برم خونه بچه‌هام و نوه‌هام ازم بگیرن این بیماری رو. نوه‌هام عادت کردن همیشه تو بغلم بمونن و بخوابن. همین فکر بیشتر اذیتم می‌کنه و اعصابم خرد می‌شه».

د) تلاقی پرفشار نقش‌ها: پیش از اینکه کرونا ظاهر و

فراگیر شود، پرستاران مشقت‌های زیادی در تنظیم وظایف نقش‌های مختلف خود در زندگی روزمره داشتند. پرستاری که شیفت شب بود و فرزند خردسال داشت، همیشه در تب‌وتاب تنظیم شیفت‌ها و جابه‌جا کردن آنها براساس شرایط معمولی زندگی خود بود. با فراگیر شدن کرونا و ایجاد یک ناحیه جدید فشار به زندگی پرستاران، اندازه و عمق چالش ایجاد تناسب میان نقش‌های مختلف و تکالیف آنها چند برابر شد. شکل بیماری کرونا و لزوم رعایت قواعد و پروتکل‌های مرتبط با آن برخی هنجارها را تحمیل و شرایط مراقبت از بیماران را متفاوت کرد. یکی از پرستاران تجارب خود را در این باره چنین بیان می‌کند:

«کار در بخش کرونایی از آن جهت سخت‌تر بود و هست که بیماران همراهی ندارند. ما باید نقش خانواده را هم برایشان بازی کنیم. در عین حال، مجبوریم اطلاعات بیمار را به خانواده‌هایشان بدهیم؛ به همین خاطر، باید همه

دیدار خانواده‌ها بودند؛ اما جنبهٔ تحمیلی ناخوشایند پروتکل‌ها را بیشتر از همیشه باور داشتند و حفظ فاصله را انتخاب می‌کردند. بیماری که کارش به ایتنوبه می‌کشید و پرستاری که انباشت شیفت‌ها و خستگی ناشی از آنها روح و روانش را رنجور کرده بود، هر دو به یک اندازه رمقی برای ادامه دادن نداشته‌اند.

در اینجا باید مقولهٔ هسته تحلیل و تشریح شود، نه مضمون مقولات پیشین!

نتیجه

زمانی که سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۲۰ را به‌منزلهٔ سال جهانی پرستار و ماما معرفی کرد، هیچ‌کس تصورش را هم نمی‌کرد که این سال یکی از سخت‌ترین سال‌های زندگی پرستاران و کادر درمان و بهداشتی در سراسر جهان شود. همان‌طور که پرستاران قبل از ورود به حرفهٔ خود، عموماً با تجربیات واقعی پرستاری آشنایی نداشتند و این حجم از وظایف شغلی و حتی نیت ترک خدمت به‌سبب فشار نقش را محتمل نمی‌دانستند. همچنان که مشارکت کنندگان اذعان دارند، نگاه کمتر مرتبط با واقعیت پرستاران به وظایف نقش خود، تا زمان ورود به حرفه باقی ماند و با وجود سازگاری نسبی طی سال‌های بعدی فعالیت حرفه‌ای، شرایط پیش‌آمده در نتیجهٔ همه‌گیری ویروس کووید-۱۹، برخی پرستاران در رویارویی با فشار مضاعف کار را به بازاندیشی دربارهٔ این شغل واداشته است.

با همه‌گیری ویروس و نفوذ آن در تمام بیمارستان‌های استان و اضافه‌شدن خیل عظیم بیماران کرونایی به افراد در حال مراقبت و با در نظر داشتن مشقت‌های دوسویهٔ بیماران و پرستاران در این شرایط جدید، حرفهٔ پرستاری به‌طور کامل مترادف با تجربهٔ شیفت‌های در گردش کاری، شیفت‌های دوبل، خستگی‌های بعد از شیفت، نبود استراحت کافی در زمان شلوغی بخش و فشار شیفت‌های شب شد و پرستاران همهٔ توان روحی و جسمی خود را صرف حفظ مدیریت

بیمارستان رازی اهواز، در این باره می‌گوید:

«کرونا رو اول سال گرفتیم. ماه اردیبهشت بود. تازه اوایلش بود. نامزد بودیم. دو ماه افتاده بودم. نامزدم خیلی اذیت شد و طاقت دورشدن از هم رو نداشتیم توی اون شرایط. فکرش رو کنید اصلاً نتونستیم راجع به آیندهٔ زندگی مون بشینیم حرف جدی بزنیم».

مقولهٔ هسته‌ای

برای حرکت به سمت یکپارچه‌سازی مقولات، مشخص کردن مقولهٔ هسته ضروری است (Corbin & Strauss, 2015: 404). در این پژوهش با هدف مشخص کردن مقولهٔ هسته‌ای که مضمون اصلی پژوهش است، با انجام مقایسه‌های فراوان و کندوکاو مصاحبه‌ها، در نهایت، مقولهٔ هستهٔ نهایی پژوهش با عنوان «دو تجربهٔ درهم‌تنیدهٔ تلخ و دشوار» شکل گرفت. مشارکت‌کنندگان پژوهش از رنج منحصربه‌فردی سخن می‌گویند که در روزهای نخست به‌شدت متأثر از ماهیت ناشناختهٔ ویروس بوده است. ناشناختگی ویروس و حیرت دنیا در برابر توان سرایت و کشندگی آن، اضطراب و استرس کادر درمان را به‌دنبال داشته است. آنها هم نگران خود، حفاظت از خود، بیماران خود، خانواده‌شان و هم سایر شهروندان بودند. پرستاران بخش عفونی و ایزوله اگرچه تجربهٔ استفاده از وسایل محافظتی همچون لباس گان و ماسک و مواد ضدعفونی‌کننده را داشته‌اند، همه‌چیز نشان می‌داد شرایط جدیدی پیش روی آنهاست. با افزایش تعداد مراجعه‌کنندگان و همچنین بالا رفتن آمار بستری روزانه و ماندگاری روزهای بستری، بخش عفونی به پرکارترین بخش بیمارستان تبدیل شد و تجارب منحصربه‌فردی از پیوند بیم و امید پرستاران و بیماران در آن به ثبت رسید. پرستاران و بیماران تجارب مشترکی را در این بخش در نتیجهٔ همزیستی البته گهگاه تلخ منتج به مرگ بیماران و یا تبدیل شدن پرستار به بیمار درست در همان جایی که مشغول خدمت‌رسانی بود، از سر گذرانده‌اند. هم بیماران و هم پرستاران اگرچه در آرزوی بهبود شرایط و رهایی از این وضعیت بودند، اما بیش از این آرزو، کار دیگری از دستشان برنمی‌آمد. هر دو گروه در تمنای

پرستاران هنگام انجام مراقبت‌های درمانی، عموماً با وضعیت‌های سیال بیماران کرونایی روبه‌رو هستند؛ بیمارانی که وضعیت‌های ثابت جسمانی ندارند و با جواب‌ندادن به مراقبت‌های پرستاری، آنان را با شرایط سردرگمی روبه‌رو می‌کنند. این وضعیت‌ها به دنبال شرایط خاص بیماران، خود را نشان می‌دهند که توانایی کنترل را از پرستار سلب می‌کند.

پرستاران از طرف مردم، مدیریت بیمارستان، همراهان بیمار، بیماران و سایر کارمندان بیمارستانی در زیر فشار انتظارات‌اند. در این بین، همراهان بیمار بیشترین انتظارات را از پرستاران حاضر در ایستگاه پرستاری دارند. ایستگاه پرستاری را می‌توان مکان برخورد همراه بیمار و پرستار تلقی کرد؛ مکانی که در آن همراهان به دنبال مواردی چون ناآگاهی از وظایف پرستاری و مراقبت‌های درمانی، بی‌صبری، ناهمراهی، برچسب‌زنی، پاسخ فوری خواستن، پیش‌داوری، شکایت و برخوردهای قضایی، غلبه عاطفه و هیجان بر عقل خود، بی‌احترامی به پرستاران، بدرفتاری نسبت به آنها و ... فراانتظارات منزلت‌زدا را بر ساخت می‌کنند.

فشارهایی که در قالب بی‌قدرتی شغلی خود را نمایان می‌کنند، سبب به‌کارگیری راهبردهایی به‌وسیله پرستاران می‌شوند. یکی از این راهبردها بازاندیشی مداوم و پی‌درپی شغلی و شخصیتی است. این کنش در واقع نوعی تسلیم در برابر فشارها و رؤیایپردازی درباره ترک شغل است که در برخی موارد عملی می‌شود و سبب قطع همکاری پرستار با بیمارستان می‌شود؛ اما برای بیشتر پرستاران چنین نیست و پس از مدت‌ها دقت‌کردن درباره موقعیت شغلی‌شان، با احساس بیگانگی شغلی به فعالیت خود ادامه می‌دهند. بیزاری از کار و انزوا که حاصل دارا بودن مؤلفه‌های بیهودگی، بیزاری از جامعه، بی‌هنجاری، ناتوانی، بیزاری از کار و انزوای اجتماعی است، در برخی موارد بر همه ابعاد وجودی فرد و بخشی که در آن به کار حرفه‌ای مشغول است و به آن تعلق دارد، سایه می‌افکند و بر رفتار و احساسات او تأثیر می‌گذارد و تبعات منفی بسیاری به‌ویژه برای فرد و سازمان به‌همراه دارد

شرایط جدید کردند که این امر خود تأثیرات منفی بر سلامت پرستاران داشته است. علاوه بر این، توان عاطفی و بدنی پرستاران در بخش‌های سنگین عفونی و ایزوله جوابگویی فشار نیست؛ این در حالی است که به‌طور چندجانبه از پرستاران انتظار می‌رود بدون در نظر داشتن خستگی‌ها و توانایی‌های خود، همچنان به ارائه خدمت مشغول باشند؛ در واقع، شیفت‌های سنگین بیش از آنکه بازدهی داشته باشند، سبب فرسودگی بیشتر پرستاران می‌شوند. یکی از نکات بسیار مهمی که باید در این زمینه به آن توجه جدی کرد، ترس، اضطراب و تنش درونی است که پرستار با خود دارد. پرستاران ابتدای شیوع بیماری، ترس پیش‌بینی‌ناپذیری داشتند؛ زیرا ویروس ماهیت شناخته‌شده‌ای نداشت؛ بنابراین، یکی از دغدغه‌های اصلی آنان حفاظت از خود هنگام مراقبت از بیماران کرونایی و انجام وظایف سازمانی‌شان بود (Ryuichi Ohta et al., 2020). همچنین به دلیل اینکه ترس از بیمار شدن و مبتلا کردن افراد خانواده همواره در وجود پرستاران و همچنین بیماران کرونایی بستری در بیمارستان وجود داشته است؛ این دو گروه بیشترین فشار روانی را متحمل می‌شدند که این امر سبب به تأخیر انداختن روند بهبود در بیماران و ایجاد اختلال شغلی و سردرگمی حرفه‌ای برای پرستاران شده بود؛ به طوری که عده زیادی از پرستاران با گسترش روند این بیماری مجبور به استعفا از حرفه‌ای شدند که سال‌ها برای به دست آوردن آن تلاش کرده بودند. به اعتقاد گریفیث (1995) نیز زمانی که بین افراد شاغل و سازمانی که در آن مشغول به خدمت هستند تعارضات ارتباطی و شکاف‌هایی به وجود آید، فرد برخلاف میل و علاقه قلبی به شغلش، آن را ترک می‌کند (in: Cho et al., 2009: 374). در چنین شرایطی، ارائه خدمات روان‌شناختی در طول اپیدمی از سوی سازمان‌های مرتبط از فرسودگی شغلی پرستاران و از دست رفتن تاب‌آوری آنها هنگام انجام وظایف جلوگیری خواهد کرد (Fernandez et al., 2020 ; Yan li & Xia, 2020).

همچنان که مشارکت کنندگان پژوهش تأکید کرده‌اند،

همچنین کمک به بیمارانی که چالش جدی با این بیماری دارند، از طریق اقدامات راهبردی، تاب‌آوری آنها را بالا برد. مطابق پژوهش هو و همکاران (2020)، حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق تاب‌آوری، سلامت روان کادر درمان را بالا ببرد؛ به‌ویژه بین اقشاری که از نظر سنی میانسال محسوب می‌شوند؛ زیرا در این اقشار نسبت به جوانان تاب‌آوری و بهداشت روانی ضعیف‌تر شده است.

منابع

- اشتراس، الف. و کوربین، ج. (۱۳۹۴). *مبانی پژوهش کیفی، فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*. ترجمه ابراهیم افشار. تهران: نشر نی.
- رحمتی‌نژاد، پ؛ یزدی، م. خسروی، ز. و شاهی صدرآبادی، ف. (۱۳۹۹). «تجربه زیسته بیماران مبتلا به کرونا ویروس: یک مطالعه پدیدارشناسی»، *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، د ۱۴، ش ۱، ص ۷۱-۸۶.
- زکی، م. (۱۳۸۵). «بررسی و سنجش حمایت سازمانی»، *مجله دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه اصفهان*، س ۸، د ۱۷، ش ۷۷، ص ۹۷-۱۲۴.
- شرفی، ل؛ مهداد، ع. فاضل، الف. (۱۳۹۲). «رابطه ویژگی‌های شغلی و ابعاد عدالت سازمانی با ازخودبیگانگی شغلی»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، س ۱۴، ش ۳، ص ۵۹-۵۱.
- صفاری، م؛ واحدیان‌عظیمی، الف. و محمودی، ح. (۱۳۹۹). «تجارب پرستاران در زمینه حفاظت از خود هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹»، *مجله طب نظامی*، د ۲۲، ش ۶، ص ۵۷۹-۵۷۰.
- ضیاء‌الدینی‌آورانی، م. (۱۳۸۵). «بررسی رابطه میان ویژگی‌های نقش کارکنان با تمایل به ترک خدمت آنان در ادارات دولتی شهرستان رفسنجان»، *فصلنامه علمی-ترویجی مدیریت*، س ۳، ش ۶، ص ۷۹-۹۰.

(شرفی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۳)؛ در واقع، فرد بخش بیشتر هزینه‌های این بیزاری را خود به‌تنهایی بر دوش می‌کشد و مانع وارد آمدن آسیب و یا ایجاد اختلال به وظایف سازمانی‌اش می‌شود. پرستاران به‌دنبال کاربرد راهبردهای آگاهی‌بخشی خود میان مردم، برای ساخت اجتماعی اعتماد، گاه راهبردهای خود را بدون نتیجه می‌بینند؛ در نتیجه، بی‌تفاوتی آنها نسبت به اتفاقات و کلیشه‌ها شکل می‌گیرد.

سازمان بهداشت جهانی می‌گوید آمار دقیقی از مبتلایان و مرگ‌ومیر در کادر درمان و بهداشت بر اثر ویروس کرونا وجود ندارد، اما آمار از افزایش افسردگی و اختلال استرسی پس از حادثه در کادر درمانی خبر می‌دهد؛ اضطراب‌هایی که در کار طاقت‌فرسا و ترس از ابتلا به ویروس کرونا ریشه دارد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند شیوع سریع بیماری کووید-۱۹ در ابتدای سال ۲۰۲۰ در جهان، فشار جسمانی و روانی شدیدی بر کادر درمانی بیمارستان‌هایی که درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بودند، وارد کرد؛ تا حدی که خطر بروز اختلال پس از ضربه (PTSD) برای این گروه افزایش یافت.

بنابراین، باید گفت با توجه به اینکه پرستاران از بااهمیت‌ترین گروه‌هایی هستند که هر روزه با این اپیدمی و بیماران مبتلا به کرونا روبه‌رو هستند و همچنین به‌دلیل این شرایط، چالش‌های پی‌درپی روحی، روانی، جسمی و سازمانی را تجربه و فهم می‌کنند؛ بنابراین، برای جلوگیری از فرسودگی شغلی در آنها و از بین بردن ترس، وحشت و فشاری که بر دوش آنها قرار داده شده است، به وجود مجموعه‌ای اقدامات حمایتی اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی نیازمندند (Hua et al., 2021) تا بتوانند با امیدواری و تلاش مضاعف در زمینه وظایف سازمانی خود تلاش کنند و بتوانند ساعت‌های طولانی ارتباط با بیماران، همراهان آنها و خانواده خود و نیز سایر پرسنل و کادر درمان را تحمل کنند؛ در واقع، مطابق با نتیجه پژوهش کیم و همکاران (2020) ضروری است در زمینه نگهداشت پرستاران و کادر درمان در شغلشان و

- research. London: CA Sage.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. *Organizational Research Methods*, 12, 614-617.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Los Angeles: Sage Publication.
- Dreentea, P. Clay, O. Roth, D., & Mittelman, M. (2006). Predictors of improvement in social support. *Social Sciences & Medicine*, 63, 957-967.
- Fernandez, R. Lord, H. Halcom, E. Moxham, L. Alananzeh, I. & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Journal Pre-Proof, International Journal of Nursing Studies*. 111, 1-24.
- Gülaçtı, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2 (2), 3844-3849.
- Hellman, C. M. (1997). Job satisfaction and intent to leave. *The Journal of Social Psychology*, 137 (6), 677-689.
- Hewings-Martin, Y. (2020). It's really a hard time right now, says chicago nurse looking after covid-19 patients. *Medical News Today*. Available online: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/its-really-a-hard-time-right-now-says-chicago-nurse-looking-after-covid-19-patients>.
- Hou, T. Zhang, T. Cai, W. Song, X. & Chen, A. (2020). Social support and mental health among health care workers during coronavirus disease 2019 outbreak: A moderated mediation model, andrew soundy. *Plos One*, 15 (5), 1-14.
- Hua Chen, S. Liu, J. Yu, B. X. Yue, P. & Xiang Luo, S. (2021). Providing targeted psychological support to frontline nurses involved in the management of COVID-19: An action research. wiley online Library. www.wiley.com/journal/jonm.
- Huang, C. Wang, Y. Li, X. Ren, L. Zhao, J. Hu, Y. Lizhang Fan, g. Xu, J. Gu, X. Jiang, N. Jia, X. Qiu, Z. Hu, Y. Jiang, T. Yang, F. & He, Y. (2020). The influence of efficacy beliefs on interpersonal loneliness among frontline healthcare workers during the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *A Cross-Sectional Study*, 15, 1-16.
- Juan, G. S. Sara, D. S. Macarena, R. M. Mónica, O. M. Juan, J. G. I. & Carlos, R. F. (2020). Sense of coherence and psychological distress among healthcare workers during the covid-19 outbreak. *Journal of Health Psychology*, 81, 1-10.
- فلیک، الف. (۱۳۹۳). *درآمدی بر پژوهش کیفی*. ترجمه هادی جلیلی. تهران: نشر نی.
- کاظمی، س. (۱۳۹۹). «همه‌گیری کووید-۱۹ و بازگشت پزشکی به آلتروئیسم»، پنجمین همایش ملی پژوهش اجتماعی و فرهنگی در جامعه ایران، تهران، انجمن جامعه‌شناسی ایران.
- کلاته‌ساداتی، الف. و عابدی‌دیزیاب، م. (۱۳۹۹). «واگرایی سیاست و اقدامات یاورانه در بحران کووید-۱۹، مطالعه گروه‌های دانشجویی فعال یزد در بحران کرونا»، پنجمین همایش ملی پژوهش اجتماعی و فرهنگی در جامعه ایران، تهران، انجمن جامعه‌شناسی ایران.
- محسنی‌تبریزی، ع. (۱۳۸۳). بررسی وندالیسم در تهران. تهران: مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران.
- مدنی، س. (۱۳۹۹). «جامعه مدنی و کرونا»، پنجمین همایش ملی پژوهش اجتماعی و فرهنگی در جامعه ایران، تهران، انجمن جامعه‌شناسی ایران.
- ممی‌زاده، ج. (۱۳۸۱). «ترک خدمت در سازمان؛ بررسی علل و عوارض و عواقب آن»، ماهنامه توسعه مدیریت، ش ۴۴، ص ۳۸-۳۲.
- Branham, F. (2000). Distributive & procedural justice as antecedent of job dissatisfaction and intent to turnover. *Human Relations*, 45, 305-317.
- Casper, W. J. Harris, C. Taylor-Bianco, A. & Wayne, J. H. (2011). Work-family conflict, perceived supervisor support and organizational commitment among brazilian professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 79 (3), 640-652.
- Cheng, Z. Yu, T. Xia, J. Wei, Y. Wu, W. & Caot. B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Public Health Information (CDC)*, 395, 497-506.
- Cho, S. Johanson, M. & Guchait, P. (2009). Employees intent to leave: A comparison of determinants of intent to leave versus intent to stay. *International Journal of Hospitality Management*, 28, 374-381.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative*



- developing grounded theory*. Ca: Sage Publications.
- Yan, L. & Xia, L. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Role of chest ct in diagnosis and management. *American Journal of Roentgenology*, 214 (6), 1280-1286.
- WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report--13: WHO website; 2020 [cited 2020 February 3]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>.
- Kim, Y, Lee, S, & Cho, J. (2020). A study on the job retention intention of nurses based on social support in the COVID-19 situation. *Sustainability*, 12, 1-9.
- Kit Looi, C. Chan, S. & Wu, L. (2021). Crisis and opportunity: transforming teachers from curriculum deliverers to designers of learning, radical solutions for education in a crisis context. *Radical Solution for Education in a Crisis Context*, 1, 131-145.
- Lambert, E. G. Hogan, N. L. Jiang, S. Elechi, O. O. Benjamin, B. Morris, A. & Dupuy, P. (2010). The relationship among distributive and procedural justice and correctional life satisfaction, burnout and turnover intent: an exploratory study. *Journal of Criminal Justice*, 38 (1), 7-16.
- Linares, P. J. P. (2011). *Job satisfaction, organization commitment, occupational commitment, turnover intent and leadership style of tissue bank employees*. Doctoral Dissertation, Capella University.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. CA: Sage.
- Nowell, A. (2020). Hospice nurse describes how covid-19 has changed her work. *Wigan Today*, Available online: <https://www.wigantoday.net/health/hospice-nurse-describes-how-covid-19-has-changed-her-work-2886454> (accessed on 20 June 2020).
- Pehlivan, S. Ovayolu, O. Ovayolu, N. Sevinc, A. & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness and perceived social support from family in turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20 (4), 733-739.
- Ryuichi Ohta, M. D. Mphe, H. E. Yaeko Matsuzaki, R. N. & Satomi Itamochi, R. N. (2020). Overcoming the challenge of COVID-19: A grounded theory approach to rural nurses' experiences. *Journal of General and Family Medicin*, 22 (3), 134-140.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Schulz, U. & Schwartzberg, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (5), 716-732.
- Sherman, J. D. (1986). The relationship between factors in the work environment and turnover propensities among engineering and technical support personnel, IEEE. *Transactions on Engineering Management*, 33, 72-78.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for*