


در جستجوی کیفی پریشانی روان‌شناختی و استراتژی‌های مقابله‌ای زنان پرستار خط مقدم کووید ۱۹

طاهره نوری  * استادیار گروه پژوهشی دانشگاه علوم انتظامی امین، ایران.

چکیده

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به‌ویژه زنان پرستار، در طول مراقبت از بیماران کووید ۱۹، پریشانی روان‌شناختی زیادی را تجربه کردند. شناسایی مشکلات روان‌شناختی پرستاران که سلامت روانی آنان را در طول مراقبت از این بیماران بر هم می‌زنند و استراتژی‌های مقابله‌ای آنان، می‌تواند به کاهش پریشانی روان‌شناختی آن‌ها کمک کند. هدف از این پژوهش جستجوی کیفی پریشانی روان‌شناختی و استراتژی‌های مقابله‌ای زنان پرستار خط مقدم بیماری کووید ۱۹ بود. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و با رویکرد کیفی و با روش پدیدارشناسی انجام شد. نمونه‌های پژوهش با انتخاب ۲۰ زن پرستار (در دو طیف سابقه کاری حداقل ۵ سال و ۲۰ سال به بالا) با بهره‌گیری از نمونه‌گیری گلوله برفی و هدفمند به حد اشباع رسید. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه تلفنی تصویری استفاده شد. تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون بر اساس مدل براون و کلارک (۲۰۰۶) صورت گرفت. یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها در شش مضمون اصلی اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، ترس، مشکلات خواب و استراتژی‌های سازنده (آرام بخشی، خودسازگاری، استفاده از منابع حمایتی) استخراج و طبقه‌بندی شد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که زنان پرستار خط مقدم تحت تأثیر بیماری کووید ۱۹، انواع پریشانی روان‌شناختی را تجربه کرده‌اند و علاوه بر توجه به استراتژی‌های سازنده آنان می‌بایستی در این زمینه تمهیدات لازم به کار گرفته شود و همچنین توجه به تجربیات پرستاران در طول پاندمی کرونا و ویروس می‌تواند یک پیش‌نیاز برای فراهم کردن برنامه سلامت روان و بهبود کیفیت آن‌ها باشد.

کلیدواژه‌ها: کووید ۱۹، پریشانی روان‌شناختی، استراتژی‌های مقابله‌ای، زنان پرستار.

* نویسنده مسئول: nori.t1363@gmail.com

مقدمه

در ماه دسامبر ۲۰۱۹ نوع جدیدی از ویروس کرونا (nCoV2019-) در شهر ووهان چین شناسایی شد و به سرعت در تمام چین گسترش یافت (علیزاده فرد، صفاری نیا، ۱۳۹۸) به طوری که یک بحران ناگهانی در سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد جوامع ایجاد کرد. این بیماری به دلیل تغییر و جهش سریع، تعداد زیادی از افراد را آلوده می‌کند و نسبت افرادی که هر روز در جهان کشته می‌شوند رو به افزایش است (علی پور، قدمی، علی پور و عبدالله زاده، ۱۳۹۹). این وضعیت اضطراری سازمان‌های بهداشت عمومی جهانی را به حالت آماده‌باش درآورد. سازمان بهداشت جهانی این بیماری را در ۱۱ مارس ۲۰۲۰ به دلیل گسترش سریع آن در اکثر کشورهای جهان به عنوان یک بیماری همه گیر اعلام کرد (عسگری، چوبداری و اسکندری، ۱۴۰۰). همه گیری کووید ۱۹ علاوه بر مرگ صدها هزار نفر منجر به قرنطینه شدن بسیاری شهرها و کشورهای دنیا، تعطیلی مدارس و دانشگاه‌ها به صورت حضوری و برخی از مشاغل شد؛ اما برخی از گروه‌های شغلی از جمله مشاغل بخش بهداشت و درمان، نه تنها تعطیل نشدند بلکه وظایف آنان نیز گسترده تر شد و در خط مقدم بیماری به صورت خستگی‌ناپذیر برای محافظت و مراقبت از بیماران فعالیت می‌کنند (شیائو^۱، ۲۰۲۰). آن‌ها نه تنها استرس کاری بالایی را تجربه می‌کنند، بلکه به علت طولانی بودن مدت کار و الزام به حضور در محیط‌های بالینی و بیمارستانی در معرض خطر بالای ابتلا به ویروس قرار دارند که این امر آن‌ها را در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار می‌دهد (باهنر، محسن الحسینی و آسایش، ۱۳۹۹). در میان کارکنان بخش بهداشت و درمان، پرستاران کسانی هستند که بیش‌ترین درگیری را در مبارزه با کووید ۱۹ دارند (حیدری و عبداللهی، ۱۴۰۰). آن‌ها نقش کلیدی در رسیدگی به بیماران پیچیده‌ای که نیاز به بستری شدن دارند و اغلب دارای آسیب‌پذیری‌ها و عوارض مرگ‌ومیر هستند، ایفا می‌کنند و به طور منظم از زمان پذیرش تا ترخیص با بیماران در تماس مستقیم هستند (دوسیل، اوزامیز، ردوندو، پیکازا، ژورگوویزار^۲، ۲۰۲۰). چندین مطالعه کمی از کووید ۱۹

1. xiao C

2. dosil, Ozamiz, N, Redondo, I, Picaza, M. & Jaureguizar, J

و بیماری‌های همه‌گیر قبلی مانند سارس و مارس، مانند پژوهش بروکس، دان، آملت، رویین و گرینبرگ^۱ (۲۰۱۸)؛ بای، لین، چن و چوی^۲ (۲۰۰۴) نشان دادند که شرایط کارکنان پزشکی که در خط مقدم این بیماری‌ها مبارزه می‌کردند به دلیل مقابله با بیماری ناشناخته، ریسک بالای مواجهه، شدت کار بالا و فشار قابل توجه مشکلاتی در سلامت روان آنان ایجاد شده است. نتایج مطالعات فوق نشان داد که پرستاران بیشتر از پزشکان و سایر کادر درمان، از نظر روحی و روانی در معرض آسیب جدی بودند. پژوهش رجب بیگی و بهمنی (۱۳۹۹) نشان داد که استرس ابتلا به کرونا تأثیر مثبت و معناداری بر فرسودگی احساسی و حوادث ناشی از کار پرستاران داشت. پژوهش نوچایونگ، روئنگورن، آویفان و روآنتا^۳ (۲۰۲۰)؛ سان، سو، وو، زو^۴ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بسیاری از کارکنان خط مقدم به طور متوسط بیش از ۱۶ ساعت کار می‌کنند که باعث می‌شود خواب کافی نداشته باشند. اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه را در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی گزارش کردند. مطالعه هانگ و زو^۵ (۲۰۲۰) شیوع بالای اختلالات اضطراب فراگیر و کیفیت خواب ضعیف را در طول اپیدمی کرونا ویروس در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نشان داد. در جدیدترین تحقیقات نیز نشان داده شده است که ترس و اضطراب می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کند و افراد را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر نماید (تو، تسانگ و ییپ^۶، ۲۰۲۰). لای^۷ و همکاران (۲۰۲۰) در یک نمونه بزرگ از ۱۲۵۷ متخصص مراقبت‌های بهداشتی دریافتند که علائم افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و پریشانی به ترتیب ۵۰٫۴٪، ۴۴٫۶٪، ۳۴٫۰٪ و ۷۱٫۵٪ از شرکت‌کنندگان گزارش کردند و سطوح بالاتر پریشانی روانی در پرستاران و تکنسین‌ها نسبت به پزشکان یافت شد. از سویی دیگر

-
1. brooks, S, Dunn, R, Amlôt, R, Rubin, G, & Greenberg, N
 2. bai, Y, Lin, C, Lin, C, Chen, J, Chue, C, & Chou, P
 3. nochaiwong, S. Ruengorn, C. Awiphan, R. Ruanta, Y
 4. sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z & et al
 5. huang Y, Zhao
 6. to, K. W, Tsang, O.T, & Yip, C.Y.
 7. lai, J.

تحقیقات مختلفی نشان داده است که زنان در شرایط بحرانی آسیب‌پذیرتر هستند. هوانگ، هان، لو، رن و ژو^۱ (۲۰۲۰) در بررسی سلامت روان ۲۳۰ نفر از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در سومین بیمارستان عفونی مخصوص در اپیدمی کووید ۱۹ گزارش کردند که شیوع اضطراب و استرس در بین آنان زیاد است و بایستی توجه ویژه‌ای به سلامت روان پرستاران زن شود. طبق نظر نیانکوی و همکاران (۲۰۲۰) در فجایع پاندمی در سراسر دنیا، اختلالات روانی حاد که با خاطرات مزاحم مشخص می‌شود، در زنان شایع‌تر از مردان است. برخی شواهد حاکی از آن است که (نوسانات در سطح هورمون‌ها) مسئول تغییر حساسیت به محرک‌های عاطفی می‌باشد که این ممکن است پایه و اساس آسیب‌پذیری خاص نسبت به اختلالات روانی در زنان را شکل دهد. علاوه بر این زنان، شیوع بالاتری از علائم فرع برانگیختگی را نشان دادند. پژوهش سیمونتی^۲ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که زنان کادر درمان در خط مقدم کووید ۱۹ نسبت به مردان در مقایسه زیرگروهی، کیفیت خواب پایین‌تر و آشفتگی خواب بیشتری را نشان دادند. از سویی دیگر در شرایط استثنایی و بسیار استرس‌زای بیماری کووید ۱۹، به نظر می‌رسد پرستاران از استراتژی‌های مقابله‌ای گوناگونی برای کنار آمدن با این بیماری استفاده می‌کنند که همچنان به صورت خستگی‌ناپذیری در خط مقدم فعالیت می‌کنند. استراتژی‌های مقابله‌ای عامل حفاظتی در برابر پیشرفت بیماری‌های روانی و جسمی است. شواهد نشان می‌دهد استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای مؤثر، اعتماد به نفس فرد را افزایش می‌دهد و احساس کارآمدی را القا می‌بخشد. چراکه فرد معتقد است کارها از درون وی هدایت می‌شود. لذا افرادی که از احساس کنترل فردی قوی‌تری در رویارویی با شرایط استرس‌زا برخوردارند، معمولاً موفق‌تر عمل می‌کنند (سانترنچی، اسپروگنولی، تاتی، منکارلی^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). استراتژی‌های مقابله‌ای به افراد کمک می‌کند تا با حداقل هزینه مادی و معنوی از بحران عبور کنند (سرامی، سانتی، گالاندرا و دودیچ^۴، ۲۰۲۰). استراتژی‌های مقابله‌ای به تلاش‌های

1. Huang J, Han M, Luo T, Ren A, Zhou X

2. Simonetti, V, & el

3. Santarnecchi, E, Sprugnoli, G, Tati, E, Mencarelli, L, et al

4. Cerami, C, Santi, G, Galandra, C, & Dodich, A.

خاص اعم از رفتاری و روانی اشاره دارد که افراد برای تسلط، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن رویدادهای استرس‌زا به کار می‌گیرند (نوربخش، بشارت و زارعی، ۲۰۱۰). لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۴) بیان می‌کنند که مقابله صرفاً مترادف با حل مسئله نیست و بر فرد، محیط و شیوه‌های تعامل آن‌ها در موقعیت‌های تهدیدآمیز استوار است. این اندیشمندان بر نقش محوری شناخت در پیامدهای هیجانی اشاره دارند. در پژوهش‌های گذشته میان دو نوع استراتژی مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور تمایز قائل شده است. در استراتژی مسئله محور، تمرکز فرد بر عنصر استرس‌زا است و کوشش می‌کند تا با بررسی ابعاد و یاری گرفتن از راهبردهای حل مسئله، مانند کمک طلبی از دوستان و افراد متخصص، رابطه استرس‌زا بین خود و محیط را تغییر دهد (کائوسار و منیر^۲، ۲۰۰۴). ولی هدف مقابله هیجان محور، نظم دهی به حالت هیجانی ناشی از استرس است و با اجتناب از عامل استرس‌زا، ارزیابی مجدد آن از زاویه شناختی و توجه به جنبه‌های مثبت خود و موقعیت تحقق می‌یابد. هر دو روش مقابله با استفاده از امکانات شناختی یا رفتاری می‌توانند مؤثر باشند (موهینو، کرچنرو فورنز^۳، ۲۰۰۳). لازاروس (۲۰۰۰) اشاره می‌کند که این دو استراتژی به یکدیگر وابسته هستند و با یکدیگر کار می‌کنند و یکدیگر را در فرآیند کلی مقابله تکمیل می‌کنند. همچنین 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^۴، ۲۰۲۰). پرستاران 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^۵، ۲۰۰۹). مطالعه کاکین، سیدم، آسی، کوتلو و

1. Lazarus, R, Folkman, S

2. Kausar, R. & Munir, R

3. Mohino, S, Kirchner, T, & Forns, M

4. Park, S.C, Park, Y.C

5. Hui, Wu. Yang, Zhao, Jia-na, Wang. Lie, Wang

فاطمه^۱ (۲۰۲۱) نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به بیماری کووید ۱۹ و کادر درمان، تعیین‌کننده اساسی برای درمان و نحوه واکنش‌های آنان است. با این وجود با در نظر داشتن اهمیت راهبردهای مقابله‌ای و شناسایی پریشانی روان‌شناختی در پرستاران زن خط مقدم کووید ۱۹ تاکنون پژوهشی کیفی با این موضوع در ایران انجام نشده است که انجام این پژوهش در این شرایط بحرانی یک ضرورت است. در این راستا پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای زنان پرستار خط مقدم کووید ۱۹ چگونه است؟

روش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با روش تحلیل مضمون انجام شد. تحلیل مضمون روشی برای شناخت، شناسایی، تحلیل و گزارش چارچوب‌های موجود در داده‌های کیفی است. این روش به پژوهشگر امکان می‌دهد به جستجوی مضامین آشکار و پنهان در دیدگاه و تجارب افراد پردازد و سپس به تفسیر آن‌ها اقدام کند و جوهره اساسی چستی و چرایی یک پدیده را روشن سازد (براون و کلارک، ۲۰۰۶). روش تحلیل مضمونی مستلزم گردآوری داده‌های متنی - مصاحبه‌ای است. به همین منظور در پژوهش حاضر جهت گردآوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن آن برای پژوهش‌های کیفی از این دست ارجحیت دارد (خنیفرو مسلمی، ۱۳۹۷).

جمعیت مورد مطالعه پژوهش حاضر، شامل زنان پرستار در دو طیف سابقه کاری حداقل ۵ سال و ۲۰ سال به بالا که شاغل در بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. از این جامعه تعداد ۲۰ نفر تا رسیدن به اشباع نظری داده‌ها با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی مورد مصاحبه قرار گرفتند. از آنجا که با توجه به شرایط بحرانی کووید ۱۹، مصاحبه‌های رودررو برای محقق و پرستاران خطرناک بود، داده‌ها از

1. Kackin, O; Ciydem, E; Aci, O; Kutlu & Fatma, Y

طریق مصاحبه‌های تلفنی آنلاین جمع‌آوری شدند. معیارهای ورود پرستاران زن به پژوهش عبارت بودند از سابقه کاری در دو طیف حداقل ۵ سال و ۲۰ سال به بالا و حداقل یک ماه سابقه کار در بخش مراقبت از بیماران کووید ۱۹ و رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش و عدم داشتن هر یک از معیارهای ورود منجر به خروج از پژوهش می‌شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته به صورت آنلاین استفاده شد. زمان مصاحبه با اختیار کامل مشارکت‌کنندگان تنظیم شد. مدت زمان مصاحبه بر اساس راحتی، تحمل و تجربه کاری پرستاران تعیین شد که بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. با رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان مصاحبه تلفنی به صورت صوتی ضبط شد و بلافاصله پس از پیاده‌سازی، تحلیل شدند. ابتدا سؤالات کلی از تجربیات ناخوشایند آنان در زمینه مراقبت از بیماران بستری با کووید ۱۹، از پریشانی‌های روان‌شناختی تجربه‌شده و اینکه استراتژی‌های مقابله‌ای آنان در برابر پریشانی تجربه‌شده به چه صورت بوده است، سؤال شد. پس از بیان هر سؤال و دریافت توضیحات شرکت‌کنندگان با پرسش سؤالات تکمیلی در راستای پاسخ مطرح شده، جریان مصاحبه شکل می‌گرفت. جهت تعیین روایی و پایایی یافته‌ها، از درگیری پیوسته و طولانی مدت، ذهنیت پیش‌رونده و واریسی توسط شرکت‌کنندگان بدین صورت که محقق مصاحبه‌های متنی را برای شرکت‌کنندگان ایمیل کردند و از آن‌ها خواستند تا تعیین کنند که آیا کدهای استخراج‌شده با دیدگاه‌ها و تجربیات آن‌ها سازگار هستند و همچنین از کمیته‌ی راهنما برای ارزیابی و اجرای برنامه‌ی مصاحبه استفاده شد. چهار حوزه رازداری و بی‌نامی، نقش پژوهشگر در رازداری، توافق آگاهانه و پیامدهای احتمالی مصاحبه‌ها در راستای ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت شدند. روش تحلیل داده‌ها بر اساس مدل براون و کلارک^۱ (۲۰۰۶) بدین صورت انجام گرفت که ابتدا از متن هر مصاحبه، داده‌ها شناسایی شدند. سپس کدهای اولیه که بیانگر ویژگی مهم داده‌ها بودند، استخراج شدند. در گام بعد با واریسی کدها به جستجو و شناسایی قالب مضامین اقدام شد و پس از آن کدهای مرتبط با

1. brown & Clark

هر مضمون در زیر مجموعه آن قرار داده شدند و همخوانی مضامین با کدهای مستخرج و اصلاح و تأیید شبکه مضامین صورت گرفت. در مرحله بعد، تعریف و نام‌گذاری مضامین انجام شد و نهایتاً تدوین گزارش صورت گرفت.

یافته‌ها

در این بخش سیمای کلی از ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان که مورد مصاحبه اکتشافی نیمه ساختاریافته قرار گرفتند در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان

تعداد	میانگین سن	متوسط سابقه کار	تعداد فرزند				تحصیلات	
			۰	۱	۲	۳	فوق لیسانس	دکتری
۲۰	۴۶	۱۲/۵	۲	۷	۸	۳	۱۰	۲

همان‌طور که در جدول ۱ آمده است در مجموع ۲۰ پرستار زن با میانگین سن ۴۶ سال و متوسط سابقه کار ۱۲/۵ در این مطالعه شرکت کردند. همچنین ۲ پرستار فاقد فرزند، ۷ پرستار دارای ۱ فرزند، ۸ پرستار دارای ۲ فرزند و ۳ پرستار دارای ۳ فرزند بودند. از بین زنان ۲ نفر دارای تحصیلات دکتری، ۱۰ نفر فوق‌لیسانس، ۸ نفر لیسانس بودند. تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۶ مضمون اصلی و ۱۶ مضمین فرعی شد که در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. مضامین و خرده مضامین مستخرج از تحلیل داده‌ها

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدهای اولیه
اضطراب	نگرانی و دلهره شدید	نگران ایمنی شخصی، نگران ایمنی خانواده، نگران ایمنی همکاران، نگران ایمنی بستگان، نگران ایمنی مبتلایان دارای بیماری زمینه‌ای

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدهای اولیه
	پیش‌بینی ناپذیر بودن بیماری	ابعاد ناشناخته بیماری، شدت بیماری، اثرات متفاوت بیماری بر روی افراد، نامعلوم بودن ماهیت ویروس
	تشویش و بی‌قراری	مرگ اطرافیان و همکاران، تشویش درباره دفن اجساد کرونایی‌ها، بی‌قراری و اضطراب جدایی از والدین، اضطراب جدایی فرزندان، آشفتگی ذهنی، آمار زیاد فوتی‌ها و مبتلایان روزانه، اضطراب مرگ
اختلال استرس پس از سانحه	شاهد مرگ غیرمنتظره	شوک برای مرگ بیماران، انکار مرگ همکاران، مرور افکار ناراحت‌کننده، تحریک‌پذیری، سوگ حل‌نشده، مرگ ناگهانی عزیزان
	مرور حوادث آسیب‌زا	فلاش بک ذهنی مداوم صحنه‌های مرگ بیماران، طولانی بودن گوش بزنگی برای شنیدن اخبار بد، دوری‌گزینی از بخش مراقبت‌های ویژه
افسردگی	مشکلات خلقی	احساس غم و اندوه، گریه و زاری، دل‌تنگی شدید برای خانواده، احساس ناراحتی از پوشیدن البسه محافظ، تمایل به انزوا و کناره‌گیری، احساس خشم نسبت به بستگان سهل‌انگار، احساس خشم نسبت به مردم سهل‌انگار، احساس خشم نسبت به بیماران، احساس خشم نسبت به بار کاری سنگین، زودرنجی
	ناامیدی و درماندگی	ناامیدی از کمبود دارو و تجهیزات اولیه، احساس ناامیدی با مشاهده آمار فوتی‌ها، احساس ناامیدی و ناتوانی برای کمک به بیماران، درمان ناموفق
	شکایت جسمانی	کاهش اشتها، حوصله نداشتن، کمر ختی بدن، از دست دادن انرژی
	احساس گناه	احساس گناه نسبت به خانواده، احساس گناه نسبت به دانش کم، احساس گناه نسبت به اتلاف وقت
ترس	ترس منطقی	ترس از ابتلا و انتقال ویروس، ترس از تحویل و انتشار اخبار بد، ترس از جهش ویروس
	ترس غیرمنطقی	احساس خفگی داشتن از ترس، لرز شدید از ترس، ترس شدید از مرگ، فشار درونی بین ترس و اخلاق حرفه‌ای

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدهای اولیه
مشکلات خواب	بی‌خوابی	بیداری در طول شب، کیفیت پایین خواب، مشکل در به خواب رفتن، مشکل در حفظ خواب، خواب ناکافی، زود بیدار شدن و ناتوانی در بازگشت به خواب
	بدخوابی	کابوس شبانه، خواب پریشان، آشفتگی در خواب، مرور صحنه‌ها در زمان خواب، خواب‌دیدگی با محتوای مرگ بیماران
استراتژی‌های سازنده	آرام بخشی	شوخ طبیعی، بیان احساسات با خود گویی و دگر گویی، آزاد کردن احساسات با آواز خواندن، تماس تصویری با خانواده و بستگان و دوستان، گریه کردن، خودمراقبتی فردی، تنفس عمیق
	خودسازگاری	پذیرش وضعیت موجود، نگرش مثبت حین کار، دوری از شایعات، واقع‌بینی، پذیرش نقش‌ها و مسئولیت‌های جدید کاری
	استفاده از منابع حمایتی	استفاده از منابع حمایتی نظیر؛ دعا خواندن، توسل به ائمه، توکل به خدا، استفاده از تجارب پرستاران باسابقه، حمایت دوستان، حمایت خانواده، استفاده از مشاوران، تقویت دانش حرفه‌ای

همان‌گونه که مشاهده شد پریشانی روان‌شناختی تجربه‌شده توسط زنان پرستار در قالب ۵ مضمون اصلی اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، ترس، افسردگی، مشکلات خواب و استراتژی‌های مقابله‌ایی آنان در قالب یک مضمون اصلی تحت عنوان استراتژی‌های سازنده جای گرفتند. در ادامه به توضیح مضامین اصلی و فرعی به همراه مصداق‌های مطرح‌شده توسط پاسخگویان پرداخته می‌شود. لازم به ذکر است نام مشارکت‌کنندگان به صورت کد آمده است تا از افشای هویت آن‌ها جلوگیری شود.

مضمون اصلی اول: اضطراب

تجارب زنان پرستار بیانگر این واقعیت بود که آنان در طول مراقبت از بیماران کووید ۱۹ اضطراب شدیدی را تجربه کرده‌اند. خرده مضامین این مضمون عبارت از؛ نگرانی و دلهره شدید، پیش‌بینی ناپذیر بودن بیماری، تشویش و بی‌قراری بود.

نگرانی و دلهره شدید: طبق اظهارات شرکت‌کنندگان مرگ بیماران برای آن‌ها نگران‌کننده و دلهره‌آور بود. خصوصاً مشاهده مرگ بیماران جوانی که بیماری زمینه‌ایی نداشتند، به اضطراب آنان شدت می‌داد. شرکت‌کنندگان به مفاهیمی همانند «نگران ایمنی شخصی، نگران ایمنی خانواده، نگران ایمنی همکاران، نگران ایمنی بستگان، نگران ایمنی مبتلایان دارای بیماری زمینه‌ایی» اشاره کردند. به‌عنوان مثال شرکت‌کننده کد ۳ گفت: وقتی می‌دیدم جوان ۳۰ ساله ۳۵ ساله جلوی چشمون نفس کم میاره، خیلی نگران می‌شدم، یکهو تو دلم خالی می‌شد دلهره می‌گرفتم. شرکت‌کننده کد ۱۰ گفت: از اینکه در بخش بیماران کرونایی بودم واقعاً مضطرب می‌شدم که نکنه ناقل باشم و به پدرم که بیماری زمینه‌ایی داشت منتقل کنم، این نگرانی‌ها مدام به ذهنم می‌ومد و حال رو بد می‌کرد. شرکت‌کننده کد ۶ گفت: خودم می‌دونم اینکه نگران همه باشم طبیعی نیست اما نگران همه بودم نگران خودم، خانواده‌ام، فرزندم، پدرم، مادرم، دایی و خاله و همکاران. حتی نگران بیمارانم و... این نگرانی مضطربم می‌کرد مثلاً یکهو در حین کار دلهره می‌گرفتم نکنه پدرم مبتلا شده باشه.

پیش‌بینی ناپذیر بودن بیماری: یکی دیگر از مضامینی که منجر به اضطراب زنان پرستار می‌شد پیش‌بینی ناپذیر بودن بیماری بود. در این زمینه شرکت‌کنندگان به مفاهیمی همانند «ابعاد ناشناخته بیماری، شدت بیماری، اثرات متفاوت بیماری بر روی افراد، نامعلوم بودن ماهیت ویروس، کم‌وزیاد شدن نرخ مرگ و میر» اشاره کردند. تحلیل یافته‌ها نشان داد که بسیاری از ابعاد ناشناخته و نامعلوم بیماری زنان پرستار را مضطرب می‌کرد. یکی از شرکت‌کنندگان در این زمینه گفت: همه بیماران کووید ۱۹ علائم بالینی جدی ندارند،

هیچ ارتباطی بین مرگ بیمار و علائم بالینی وجود ندارد. یک بیمار با علائم خفیف ممکنه بمیره درحالی‌که بیمار دیگر با علائم شدید ممکنه خوب بشه، ابعاد ناشناخته این بیماری فراوانه؛ با این موارد مواجه می‌شدیم مضطرب می‌شدیم. شرکت‌کننده کد ۸ گفت: بیماری عجیب و غریبی هست. بیمار یک روز خوبه و روز دیگه از دیسترس تنفسی رنج میبره و در این مواقع قادر به انجام هیچ کاری نبودیم، حتی نمی‌شد لوله‌گذاری تنفسی کنیم، مضطرب می‌شدیم که ماهیت این بیماری چیه، تأثیر خیلی بدی بر روانمان داره. شرکت‌کننده دیگری گفت: هرروز آمار مرگ و میر بالا و پایین می‌شد ولی روزی نبود که در بیمارستانی کشته نداشته باشیم این‌ها مضطربمون می‌کرد. آمار مرگ و میر کشورهای پیشرفته مضطربمون می‌کرد که در آینده می‌خواد چه اتفاقی بیفته. شرکت‌کننده کد ۱۰ بیان کرد: این بیماری اثرات متفاوتی بر روی افراد مختلف داشت اون‌ی که فکر نمی‌کردی می‌مرد؛ اصلاً مشخص نمی‌شد که چطور ظرف چند روز کل ریه‌اش سفید شده، واقعاً اضطراب کل وجودمو می‌گرفت و تماس می‌گرفتم با خانواده‌ام که مراقب باشند و پروتکل‌ها رو شدیداً رعایت کنن، اون‌ها رو هم مضطرب می‌کردم. یکی دیگر از شرکت‌کنندگان نیز اظهار داشت: طبیعت این بیماری بدتر از چیزی بود که ما تصور می‌کردیم. هر لحظه ممکنه بیمارانی که حالشون وخیم هست احساس خفگی کنن و جلوی چشممون پرپر بشن. واقعاً آزار دهنده هست برام. خیلی مضطرب میشم خودمم هم احساس خفگی می‌کنم و تپش قلب می‌گیرم.

تشویش و بی‌قراری: یکی دیگر از مضامین فرعی شناسایی‌شده مربوط به اضطراب، تشویش و بی‌قراری بود. بر همین اساس شرکت‌کنندگان مفاهیمی از جمله «بی‌قراری در مورد مرگ اطرافیان و همکاران، بی‌قراری درباره نحوه دفن اجساد کرونایی‌ها، بی‌قراری برای جدایی از والدین، بی‌قرار ندیدن فرزندان، آشفتگی ذهنی، تشویش در مورد افزایش آمار فوتی‌ها و مبتلایان روزانه» را مطرح کردند. نکته‌ای که اکثر زنان پرستار مطرح کردند این بود که آنان از اضطراب ناشی از جدایی فرزندان رنج می‌بردند. برخی از شرکت‌کنندگان فرزندان خردسالی داشتند و مجبور بودند از آن‌ها فاصله بگیرند. در این

رابطه شرکت کننده کد ۵ اظهار داشت: خیلی برای دیدن فرزندانم بی‌قراری می‌کردم، بچه‌ها رو خونه پدر و مادرم گذاشته بودم که نکنه آلوده بشن، یکماه هست که از نزدیک ندیدمشون، بغلشون نکردم. شرکت کننده کد ۷ بیان کرد: من یه پسر ۴ ساله دارم، دوست داره تو بغلم بخوابه، بوسش کنم ولی وقتی به خانه می‌رسم، باید ازش فاصله بگیرم. گریه میکنه، درک نداره کوچیکه. این‌ها موقعیت‌های سختی برای ماست. شرکت کننده دیگر بیان کرد: نزدیک‌ترین همکارم شهید شد خیلی بی‌قرارم. هیچی آروم نمیکنه، جاش خیلی خالی هست، خیلی جوون بود. شرکت کننده دیگری گفت: مرگ یک بیمار کووید ۱۹ برای پرستاران بسیار اضطراب‌زا بود. به ویژه، در ابتدای بیماری آمار تلفات زیاد بود. کد ۱۱ در این باره گفت: اگر ما ده بیمار داشتیم، انتظار سه مرگ و در نتیجه حداقل اعلام چند کد اورژانس در آن شیف‌ت را داشتیم، این‌ها واقعاً آدم رو مضطرب می‌کرد.

مضمون اصلی دوم: اختلال استرس پس از سانحه

تحلیل یافته‌ها نشان داد که یکی دیگر از پریشانی‌های روان‌شناختی تجربه‌شده توسط زنان پرستار، اختلال استرس پس از سانحه بود که از فقدان عزیزان یا سایر حوادث آسیب‌زا مانند شاهد بودن مرگ دوستان و بیماران و سوگواری انجام‌نشده برای آنان به وجود آمده بود. در این زمینه شرکت‌کنندگان به مفاهیمی همانند «شوگ برای مرگ بیماران، انکار مرگ همکاران، مرور افکار مزاحم، تحریک‌پذیری، سوگ حل‌نشده، فلاش بک ذهنی مداوم صحنه‌های مرگ بیماران، طولانی بودن گوش بزنگی برای شنیدن اخبار بد، مرگ ناگهانی عزیزان، دوری‌گزینی از بخش مراقبت‌های ویژه» اشاره کردند. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره گفت: با صحنه‌هایی مواجه شدم که مطمئنم در طول عمر فراموش نخواهم کرد. شرکت کننده کد ۱۱ گفت: خیلی دردناک بود که کسی را ببینم که تلاش میکنه نفس بکشه و خود را نجات بده، فکر نمی‌کنم بتونم این صحنه‌ها را تا آخر عمرم فراموش کنم. موقعه استراحت این صحنه‌ها برام مرور میشه و ناراحتم میکنه و حالم خراب میشه. شرکت کننده دیگری درحالی که گریه می‌کرد، گفت: این صحنه رو تا آخر عمر فراموش نمی‌کنم مادر بارداری که بعد از ۱۲ سال خدا بهش بچه داده و بخاطر کووید

بچه شو از دست داده یا خیلی از مادرهای باردار خودشون از دست رفتند. شرکت کننده کد ۱۲ گفت: برادرمو از دست دادم بلافاصله اومدم سرکار، فرصتی برای سوگواری نداشتم، زمانی برای غصه خوردن وجود نداشت.

مضمون اصلی سوم: افسردگی

یکی دیگر از پریشانی‌های روان‌شناختی که زنان پرستار تجربه کرده بودند، افسردگی بود. در این زمینه شرکت کنندگان به سه مضمون فرعی از جمله؛ مشکلات خلقی، ناامیدی، شکایات جسمانی و احساس گناه اشاره کردند.

مشکلات خلقی: شرکت کنندگان به تغییرات خلقی خود اشاره کردند که در طول مراقبت از بیماران کرونایی ایجاد شده بود. آنان مفاهیمی مانند «احساس غم و اندوه، گریه و زاری، دل‌تنگی شدید برای خانواده، تمایل به انزوا و کناره‌گیری، احساس خشم نسبت به بستگان سهل‌انگار، احساس ناراحتی از پوشیدن البسه محافظتی، احساس خشم نسبت به مردم سهل‌انگار، احساس غربت، احساس خشم نسبت به بیماران، احساس خشم نسبت به بارکاری سنگین، زودرنجی» مطرح کردند. در این باره یکی از شرکت کنندگان بیان کرد: ما از عزیزانمان دور هستیم و خودمان را در معرض خطر قرار میدیم و تلاش می‌کنیم جان هم وطنانمان را نجات بدیم اما خیلی از مردم سهل‌انگار پروتکل‌های بهداشتی رو رعایت نمیکنن و راحت شمالشون رو میرن، وقتی می‌بینم که مسافرت میرن خشمگین میشم و دستم به کار نمی‌ره. شرکت کننده کد ۱۲ گفت: برخی از بیماران هنوز باور ندارند که این بیماری خطرناکه، هنگامی که پرستاران باهاشون کار دارند، هشدارها و دستورالعمل‌های سلامتی را رعایت نمی‌کنن. شرکت کننده کد ۱۵ گفت: پوشیدن البسه محافظتی باعث ناراحتی خلقی می‌شد که توسط پرستاران در طول هر شیفت کاری تجربه می‌شد. یکی دیگر از شرکت کنندگان گفت: با گذاشتن عینک و تجهیزات روی صورت، بیماران نمی‌دانند پرستاران چه شکلی هستند مرد هستند یا زن، این‌ها واقعیت‌هایی هست که حس بدی ایجاد میکنه. تجارب شرکت کنندگان نشان داد که پوشیدن تجهیزات محافظتی، برای

پرستاران آزاردهنده است و محدودیت در تحرک، خوردن و نوشیدن و همچنین ناشناخته بودن برای دیگران می‌تواند بر خلق و خوی پرستاران تأثیر بگذارد و منجر به ناراحتی خلقی شود.

ناامیدی و درماندگی: برخی از شرکت‌کنندگان احساس ناامیدی می‌کردند. ناامیدی از کمبود دارو و تجهیزات اولیه، احساس ناامیدی با مشاهده آمار فوتی‌ها، ناامیدی از اینکه نمی‌توانستند به بیماران بدحال کمک کنند. در این باره یکی از شرکت‌کنندگان گفت: اگر مجبور نبودم به کارم ادامه نمی‌دادم، احساس ناامیدی و ناتوانی می‌کنم. شرکت‌کننده دیگر اظهار داشت: درمان ناموفق باعث می‌شد حس ناامیدی ایجاد کنه، ناامیدکننده هست که هر روز آمار فوتی‌ها زیاد می‌شد.

شکایات جسمانی: طبق اظهارات شرکت‌کنندگان داشتن علائمی مانند کاهش اشتها، حوصله نداشتن، کمرختی بدن و از دست دادن انرژی منجر شده است که احساس افسردگی کنند. به عنوان مثال شرکت‌کننده کد ۵ گفت: نمیدونم چرا اشتها کم شده، بعضی اوقات اصلاً اشتها ندارم. شرکت‌کننده دیگری گفت: حوصله هیچ کاری رو ندارم، انرژی ندارم، اشتها به غذا ندارم. شرکت‌کننده کد ۱۲ گفت: خیلی ناراحت‌کننده هست که توی شیفت هستی و کد ۹۹ همان کد CPR اعلام بشه و در یک شیفت ۷ ساعته شاید ۱۰ بار این کد را از صدای پیجر بیمارستان بشنوی و ناراحت بشی که دوباره کدوم پدری فرزندشو از دست داده یا کدوم پدر و مادری فرزندشو از دست داده هست. این‌ها رو می‌بینی و می‌شنوی فرسوده میشی احساس کمرختی و از دست دادن انرژی می‌کنی.

احساس گناه: برخی از شرکت‌کنندگان احساس گناه شدیدی داشتند. آنان به مفاهیمی همانند «احساس گناه نسبت به خانواده، احساس گناه نسبت به دانش کم، احساس گناه نسبت به اتلاف وقت» اشاره نمودند. در این مورد شرکت‌کننده کد ۱۱ گفت: امروز خیلی گریه کردم، احساس گناه شدید دارم، احساس شکست می‌کنم؛ چون بعد از ۱۵ سال پرستار بودن در اورژانس ناگهان احساس می‌کنم که هیچ چیز نمی‌دونم. شرکت‌کننده

دیگری گفت: بعضی اوقات به ذهنم میاد که دارم و قتمو هدر میدم، باید استعفا بدم، احساس گناه دارم که هیچ کاری از دستم برنمیاد.

مضمون اصلی چهارم: ترس

شرکت‌کنندگان به دو نوع ترس منطقی و غیرمنطقی اشاره کردند که در پریشانی روان‌شناختی آنان نقش مؤثری داشته است. آنان مفاهیمی همانند « ترس از ابتلا و انتقال ویروس، ترس از تحویل و انتشار اخبار بد، ترس از جهش ویروس، احساس خفگی داشتن از ترس، لرز شدید از ترس، ترس شدید از مرگ، فشار درونی بین ترس و اخلاق حرفه‌ای» گزارش دادند. به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده کد ۲۰ اظهار داشت: با توجه به این که همکارانم به این بیماری مبتلا شدند و بدون اینکه بیماری زمینه‌ای داشته باشند، فوت کردند، دیگه احساس ترس می‌کنم. آزاردهنده‌ترین تجربه روان‌شناختی برایم ترس هست. شرکت‌کننده کد ۱۸ گفت: در ابتدا خیلی ترسیده بودم، ترس خیلی بدی بود، از نزدیک می‌دیدیم یک بیمار با دخالت کوتاه ریه و کسی که اصلاً انتظارش را نداشتیم، می‌مرد. این‌ها چیزهایی بود که واقعاً ما را می‌ترسوند. شرکت‌کننده دیگری گفت: بر اساس گزارش‌های اولیه، فکر می‌کردیم فقط افراد سن بالا و افرادی که بیماری‌های زمینه‌ای دارند، مبتلا می‌شدند و ممکنه از بیماری بمیرند، اما هر چه از بیماری می‌گذشت وضعیت بسیار متفاوت می‌شد، همه افراد از تمام گروه‌های سنی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و حتی می‌میرند.

تجربه شرکت‌کنندگان نشان داد که آن‌ها نمی‌توانند ارتباط نزدیکی با اعضای خانواده خود داشته باشند زیرا خطر این وجود دارد که ناقل بیماری باشند به همین دلیل آن‌ها ممکن است نتوانند اعضای خانواده خود را ببینند. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: من بیشتر نگران پسرم هستم. اون ۴ سالشه و این بچه‌ها چیزی از بیماری نمی‌دانند و شما نمی‌تونید چیز زیادی به آن‌ها بگید، چون ممکنه بترسند یا نگران بشند. همچنین شرکت‌کنندگان به ترس دو سویه اشاره کردند. شرکت‌کنندگان گزارش دادند که به دلیل ماهیت کارشان، آن‌ها باید ارتباط نزدیکی با بیماران کووید داشته باشند و این می‌تواند

منجر به پریشانی و ترس ذهنی آنان از ابتلا به ویروس شود. از سویی دیگر شدت ترس آنان از اینکه ناقل باشند و انتقال‌دهنده به دیگران علی‌الخصوص خانواده خود باشند، بیشتر می‌گردد. در این مورد شرکت‌کننده کد ۱۷ گفت: این وضعیتی هست که من باید مراقب افرادی باشم که ممکنه هر لحظه مرا آلوده کنند و سپس ممکنه این بیماری را به خانواده‌ام منتقل کنم و یا این واقعیت که حتی ممکنه بمیرم. یکی دیگر از شرکت‌کنندگان گفت: ترس همراه با رنج دارم از اینکه آلوده باشم و خانواده‌ام را آلوده کنم. ترسی که همه پرستاران تجربه کرده بودند، ترس از انتقال بیماری توسط آنان به اعضای خانواده بود. برخی از آن‌ها اعضای خانواده مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای داشتند که این ترس آنان را بیشتر می‌کرد. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت: دو ماه هست که پدر و مادرم را ندیدم و هر روز به من تلفن می‌زنند و می‌گویند که مرا ببینند، اما من نمی‌خوام برم خونه، پدرم دیابت داره و می‌ترسم ناقل باشم و عزیزانم را آلوده کنم. شرکت‌کننده کد ۱۳ بیان کرد: اینکه ۷ ساعت یا وقتی که شب کار هستی ۱۳ یا ۱۴ ساعت روی سر بیمار کووید ۱۹ باشی ترس داره که ناقل بشی و اطرافیانت رو مبتلا کنی.

همچنین تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که یکی از منابع پریشانی پرستاران، ترس از انتشار و تحویل اخبار بد بود. در این مورد یکی از شرکت‌کنندگان گفت: همواره ترس دارم که نکنه امروز بشنوم یکی از همکارانم یا بستگانم به ویروس مبتلا یا خدای نکرده مرده‌اند. شرکت‌کننده کد ۱۶ گفت: برای ما خیلی سخت بود، به مادر شوهرم بگویم که پسرش به‌سختی نفس می‌کشه. اکثر پرستاران مطرح نمودند: داشتن مهارت برای اطلاع‌رسانی خیرهای ناگوار، یکی از مهارت‌های ارتباطی مورد نیاز برای پرستاران است که در این شرایط بحرانی بایستی مورد توجه قرار گیرد.

شرکت‌کنندگان به فشاردرونی بین ترس و اخلاق حرفه‌ای اشاره کردند. پرستاران باید بین مراقبت از خود یا بیمار یکی را انتخاب کنند و این باعث ایجاد دوگانگی بین ترس و مسئولیت در طول مراقبت از بیمار می‌شود. طبق تجربه شرکت‌کنندگان، پرستاران اولین افرادی هستند که با این بیماران ارتباط برقرار می‌کنند و علی‌رغم ترس و استرس، به خاطر

مسئولیت و وجدان خود از این بیماران مراقبت می‌کنند. در این مورد یکی از شرکت‌کنندگان اشاره کرد: برای اینکه چرا می‌ترسم و نمی‌توانم با بیماران ارتباط خوبی داشته باشم، واقعاً از ارتباط با آنها ناراحت می‌شوم. شرکت‌کننده دیگری گفت: حالم بد میشه از نظر روحی به هم می‌ریزم که باید از افرادی مراقبت کنم که ممکنه مرا مبتلا کنن و ممکنه منم به خانواده‌ام منتقل کنم و باعث مرگ عزیزانم شوم، این چیزی است که بین ترس و اخلاق حرفه‌ای گیر می‌کنی. مشارکت‌کننده کد ۱۱ بیان کرد: می‌خواهم وقتی سرمی بزنم، بیمار توجه نمی‌کنه، سرفه می‌کنه و عطسه می‌زنه جلو دهنش هم نمی‌گیره، بین ترس و اخلاق حرفه‌ای میمونی که چکار کنی.

مضمون اصلی پنجم: مشکلات خواب

طبق اظهارات شرکت‌کنندگان از زمان شیوع کووید ۱۹ مشکلات خواب در بین آنان شایع شده بود که به دو صورت بی‌خوابی و بدخوابی گزارش کردند. بر همین اساس شرکت‌کنندگان مفاهیمی همانند «بیداری در طول شب، کیفیت پایین خواب، کابوس شبانه، خواب پریشان، آشفتگی در خواب، مرور صحنه‌ها در زمان خواب، خواب‌دیدگی با محتوای مرگ بیماران» را عنوان نمودند. به‌عنوان مثال یکی از شرکت‌کنندگان گفت: دیگه مثل قبل راحت نمی‌خوابم خصوصاً ماه‌های اول بیماری، بهت‌زده بودم خوابم نمی‌برد. شرکت دیگری گفت: فشار کاریمون زیاد هست، استراحتمون کم شده، خواب خوبی نداریم. شرکت‌کننده کد ۱۰ اظهار کرد: هفته‌های اول می‌خواستم بخوابم یکهو بیدار می‌شدم، خواب پریشان داشتم، کابوس شبانه داشتم. شرکت‌کننده کد ۱۳ گفت: مشکل در شروع خواب پیدا کردم وقتی می‌خواستم بخوابم، خیلی سخت می‌خوابیدم و خیلی زود بیدار می‌شدم و دیگه خواب نمی‌برد و صحنه‌هایی که تو بخش اتفاق افتاده بود تو ذهنم مرور می‌شد.

مضمون اصلی ششم: استراتژی‌های سازنده

استراتژی‌هایی که پرستاران در زمان کووید ۱۹ به منظور کاهش پریشانی روان‌شناختی استفاده نمودند به سه خرده مضمون طبقه‌بندی شدند که شامل آرام بخشی، سازگاری و استفاده از منابع حمایتی بود. شرح استراتژی‌های مذکور در ادامه به همراه مصادیق آن آمده است.

آرام بخشی: شرکت‌کنندگان گزارش کردند هنگامی که دچار پریشانی روان‌شناختی می‌شدند و ترس یا اضطراب به سراغشان می‌آمد از شوخ‌طبعی، بیان احساسات با خودگویی و دگرگویی، آزاد کردن احساسات با آواز خواندن، تماس تصویری با خانواده و بستگان و دوستان، گریه کردن، خودمراقبتی فردی، تنفس عمیق استفاده می‌کردند. به‌عنوان مثال شرکت‌کننده کد ۹ گفت: سعی می‌کردم احساساتم را با همکارانم به اشتراک بزارم وقتی با همکارم صحبت می‌کردم و متوجه می‌شدم که تجربه یکسان یا احساسات مشابه داریم یکجورهای احساس آرامش می‌کردم و همدیگر رو درک می‌کردیم و التیام دهنده هم بودیم. شرکت‌کننده دیگری بیان کرد: احساساتم و هیجانات منفی رو با آواز خواندن رها می‌کردم، آواز خواندن حالم رو خوب می‌کرد. شرکت‌کننده کد ۸ گفت: هر موقعه احساس درماندگی می‌کردم با خانواده‌ام صحبت می‌کردم و تصویری پسر رو می‌دیدم و آروم می‌شدم ولی قطع که می‌کردم حالم خراب می‌شد. شرکت‌کننده دیگری بیان کرد: برای تسکین تنش و اضطراب از تنفس عمیق استفاده می‌کردم.

خودسازگاری: یکی دیگر از استراتژی‌های سازنده زنان پرستار خودسازگاری بود. طبق اظهارات شرکت‌کنندگان پذیرش وضعیت موجود، پذیرش نقش‌ها و مسئولیت‌های جدید کاری، نگرش مثبت حین کار، دوری از شایعات و واقع‌بینی باعث افزایش خودسازگاری آنان شده بود. در این مورد شرکت‌کنندگان کد ۱۴ اظهار داشت: سعی می‌کردم از شایعات خودم رو دور کنم و واقع‌بین باشم. شرکت‌کننده دیگری گفت: با شیوع بیماری کووید ۱۹ نقش هامون دو برابر شده بود، ولی پذیرش وضعیت موجود و مسئولیت‌ها و بار

کاری اضافی به مرور باعث سازگاریم با شرایط سخت شده بود. یکی دیگر از شرکت‌کنندگان بیان کرد: همش فکر مثبت می‌کردم که این روزها تموم میشه، نگرش مثبت بهم روحیه و انرژی می‌داد، با خودم می‌گفتم نهایتش اگر بمیرم شهید میشم، این نگرش‌ها باعث می‌شد سازگاریم بیشتر بشه.

استفاده از منابع حمایتی: شرکت‌کنندگان ابراز کردند که آن‌ها از منابع حمایتی نظیر؛ توکل به خدا، دعا خواندن، توسل به ائمه، استفاده از تجارب پرستاران باسابقه، حمایت دوستان، حمایت خانواده، استفاده از مشاوران حرفه‌ای و تقویت دانش حرفه‌ای استفاده می‌کردند. در این مورد شرکت‌کننده کد ۱۵ گفت: ترکیب شدن با همکاران باتجربه‌تر و باسابقه بیشتر حالم رو خوب می‌کرد با تفسیرهای مثبتی که داشتند از اونها انرژی مثبت می‌گرفتم. شرکت‌کننده کد ۱۷ بیان نمود: هنگام مقابله با تأثیرات منفی کار، به ایمان تکیه می‌کنم. اعمال مذهبی بهم آرامش می‌بخشه، اضطرابم رو کم میکنه. شرکت‌کننده دیگری گفت: اعتقادات معنوی و توکل به خدا به من قدرت میده که با سختی‌ها و این موقعیت فعلی کنار بیام، این سختی‌ها رو عبادت می‌بینم؛ این طرز فکرها ناامیدی، ترس، خشم و احساس پوچی را کم میکنه. شرکت دیگری گفت: من برای مقابله با شرایطم از مشاوران حرفه‌ای و دوستانم کمک می‌گیرم؛ حمایت روانی ازشون می‌گیرم. در مورد استفاده از مشاوران حرفه‌ای نکته قابل توجه‌ای که اکثر شرکت‌کنندگان مطرح نمودند این بود که به دلیل فشاری کاری در زمان کووید ۱۹، استفاده از مشاوران برای آنان سخت شده است با توجه به اینکه در این شرایط بحرانی استفاده از تخصص مشاوران برای پرستاران ضروری است. همچنین اظهار نمودند استراتژی‌هایی که آنان برای کاهش پریشانی روان‌شناختی خود استفاده می‌کنند موقتی و به‌صورت یک مسکن مقطعی می‌باشد. به‌عنوان مثال کد ۱۰ گفت: لزوم استفاده از مشاوران در این شرایط برای تنظیم سلامت روان پرستاران خصوصاً زنان پرستار ضروری هست. راهکارهایی که خودمان استفاده می‌کنیم به‌صورت یک مسکن، تسکین دهنده موقتی است. همین زنان پرستار عنوان نمودند بیمارستان‌ها می‌بایستی در این شرایط بحرانی، تدابیری اتخاذ کنند که در کنار هر

چند پرستار یک مشاور باشد که بتوانند به صورت مجازی و از راه دور از تخصص آنان استفاده کنند. در این باره کد ۱۲ گفت: ما زنان پرستار، می‌بایستی هم وظایف کاری خود را به نحو احسن انجام دهیم و هم اینکه مراقب خانواده و فرزندان خود باشیم با چالش‌های روانی زیادی مواجه هستیم. حضور یک مشاور در کنار ما و خانواده ما و دریافت کمک‌های تخصصی آنان به صورت مجازی ضروری هست اما جدی نمی‌گیرند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، در جستجوی کیفی پریشانی روان‌شناختی و استراتژی‌های مقابله‌ای زنان پرستار خط مقدم کووید ۱۹ بود. در این مطالعه نشان داده شد که زنان پرستار پریشانی روان‌شناختی زیادی را در حین ارائه خدمات مراقبتی به بیماران کووید ۱۹ تجربه کرده‌اند که نتایج یافت شده در قالب ۵ مضمون اصلی اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، ترس، مشکلات خواب به دست آمدند و یک مضمون نیز تحت عنوان استراتژی‌های سازنده به دست آمد که استراتژی‌های بکار گرفته شده توسط زنان پرستار برای کاهش پریشانی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. یکی از مضامین اصلی اضطراب بود که به صورت مضامین فرعی نگرانی و دلهره شدید، پیش‌بینی ناپذیر بودن بیماری، تشویش و بی‌قراری شناسایی شد. در این مطالعه، پرستاران اضطراب و پریشانی ناشی از مرگ بیماران کووید ۱۹ و همکاران خود را تجربه کردند. به وفور مشاهده روزانه مرگ بیماران همکاران از نزدیک بر سلامت روانی پرستاران تأثیر منفی گذاشته و منجر به اضطراب از مرگ گردیده است. به نظر می‌رسد که در زمان شیوع کووید ۱۹ برگزاری کارگاه‌های مجازی و ارائه حمایت‌های روانی برای کاهش اضطراب مرگ در زنان پرستار مؤثر باشد. همچنین زنان پرستار گزارش دادند با توجه به ابعاد ناشناخته بیماری و نامعلوم بودن ماهیت ویروس، مجبور بودند دور از خانواده یا در اتاقی مجزا از خانواده زندگی کنند. اکثر آنان گزارش کردند اضطراب جدایی از کودکان و والدین خود را دارند و نگران احتمال انتقال بیماری به اعضای خانواده خود بودند. علاوه بر این، به دلیل جدایی از نزدیکان، نگرانی در مورد ایمنی اعضای خانواده به‌طور جدی شدت اضطراب آنان را افزایش می‌داد. این یافته با

یافته پژوهش مو و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که دریافتند که تنها وضعیت کودک یک عامل کلیدی است که استرس کاری پرستاران در ووهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این ممکن است مربوط به تعارض نقش و سیستم حمایت اجتماعی ناکافی باشد. همچنین تجارب پرستاران در این مطالعه نشان داد که افزایش آمار فوتی‌ها و مبتلایان روزانه، اضطراب آنان را تشدید می‌کرد. این یافته موثید نتایج هانگ و زو (۲۰۲۰)، تو و همکاران (۲۰۲۰) و لی و همکاران (۲۰۲۰) بود. مضمون اصلی دیگر، اختلال استرس پس از سانحه بود. تحلیل یافته‌ها نشان داد که اختلال استرس پس از سانحه از مرور حوادث آسیب‌زا، انکار مرگ همکاران، مرور افکار مزاحم، تحریک‌پذیری، سوگ حل‌نشده، فلاش بک ذهنی مداوم صحنه‌های آسیب‌زا، گوش بزنگی برای شنیدن اخبار بد، مرگ ناگهانی عزیزان، دوری‌گزینی از بخش مراقبت‌های ویژه ایجاد شده بود. مطالعات رجب‌بیگی و بهمنی (۱۳۹۹)، سان و همکاران (۲۰۲۰) و هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده‌اند که ۱۰ تا ۳۳ درصد پرستاران در شرایط بحرانی کووید ۱۹ از علائم اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند. پریشانی روان‌شناختی دیگری که زنان پرستار تجربه کرده بودند، افسردگی بود. مضامین فرعی این مضمون، شامل مشکلات خلقی، ناامیدی و درماندگی، شکایت جسمانی، احساس گناه بودند. ناتوانی و درماندگی در کمک به بیماران، درمان ناموفق، کمبود دارو و تجهیزات، دانش کم، از دست دادن انرژی منجر به افسردگی آنان شده بود. زنان پرستار احساس خشم و ناامیدی نسبت به مردم سهل‌انگار داشتند و از اینکه مجبور بودند مدت طولانی البسه محافظتی بپوشند و به دلیل استفاده از عینک نمی‌توانستند تماس چشمی با بیماران و همکاران خود برقرار کنند، احساس درماندگی می‌کردند. برخی از شرکت‌کنندگان نیز از اینکه به سرعت بیماران بستری شده فوت می‌کردند و نمی‌توانستند اقدامی انجام دهند، احساس گناه از دانش کم خود داشتند. این یافته با یافته تحقیقات قبلی از جمله لای و همکاران (۲۰۲۰)، نوچایونگ و همکاران (۲۰۲۰) و شیائو (۲۰۲۰) نشان دادند که پرستاران در طول شیوع بیماری افسردگی شدید را تجربه کردند، همخوان است. ترس، از مضامین اصلی دیگری بود که زنان پرستار از آن رنج می‌بردند. در این مطالعه،

پرستاران ترس از ابتلا و انتقال ویروس را گزارش کردند. آنان اظهار داشتند که پرستاران پروتکل‌های بهداشتی را رعایت می‌کنند ولی به دلیل ارتباط با بیماران و بی‌توجهی دیگران به پروتکل‌های بهداشتی، ممکن است مبتلا شوند و این ترسناک است که نقش غیرتعیین کننده در ابتلا به ویروس دارند. ترس از انتشار و تحویل اخبار بد، تجربه دیگری بود که شرکت‌کنندگان در این مطالعه گزارش دادند. زنان پرستار مدام ترس از این داشتند که اخبار بدی از خانواده خود دریافت کنند و همچنین ترس از رساندن خبرهای ناگوار از جمله مرگ عزیزان بستری شده به نزدیکان خود داشتند. شرکت‌کنندگان مطرح کردند در زمان کووید ۱۹ مهارت داشتن برای اطلاع‌رسانی خبرهای ناگوار و چگونگی برخورد با دریافت اخبار بد، یکی از مهارت‌های ارتباطی موردنیاز برای پرستاران است که بایستی به‌طورجدی برای کاهش ترس و اضطراب پرستاران موردتوجه قرار گیرد. شرکت‌کنندگان به ترس دوسویه نیز اشاره کردند که به دلیل ماهیت کارشان آن‌ها باید ارتباط نزدیکی با بیماران کووید داشته باشند و این می‌تواند منجر به ترس ذهنی آنان از ابتلا به ویروس شود. از سویی دیگر از اینکه انتقال‌دهنده به خانواده خود باشند، ترس آنان تشدید می‌گردد. فشار درونی بین ترس و اخلاق حرفه‌ای تجربه دیگری بود که پرستاران در این مطالعه گزارش دادند. پرستاران باید بین مراقبت از خود یا بیمار یکی را انتخاب کنند و این باعث ایجاد دوگانگی بین ترس و مسئولیت در طول مراقبت از بیمار می‌شود. این نتایج موید نتایج تو و همکاران (۲۰۲۰) است. مشکلات خواب، مضمون دیگری بود که زنان پرستار گزارش دادند. مشکلات خواب آنان به‌صورت بیداری در طول شب، کیفیت پایین خواب، مشکل در به خواب رفتن، مشکل در حفظ خواب، خواب ناکافی، زود بیدار شدن و ناتوانی در بازگشت به خواب، کابوس شبانه، خواب پریشان، آشفتگی در خواب، مرور صحنه‌ها در زمان خواب، خواب‌دیدگی با محتوای مرگ بیماران ایجاد می‌شد. این یافته با نتایج تحقیقات لای و همکاران (۲۰۲۰)؛ هانگ و زو (۲۰۲۰)؛ کاکین و همکاران (۲۰۲۱) و نوچایونگ و همکاران (۲۰۲۰) همخوان و همسو است. مضمون آخری مربوط به استراتژی‌های سازنده بود که توسط زنان پرستار با سابقه کاری ۲۰ سال به بالا گزارش شد.

در این مطالعه، اغلب پرستاران خط مقدم به‌طور مثبت استراتژی‌هایی را برای حفظ سلامت روان انجام می‌دادند که در قالب سه مضمون فرعی آرام بخشی، خودسازگاری و استفاده از منابع حمایتی جای گرفتند. آنان برای آرام بخشی خود از شوخ‌طبعی، بیان احساسات با خودگویی و دگرگویی، آزاد کردن احساسات با آواز خواندن، تماس تصویری با خانواده و بستگان و دوستان، گریه کردن، خودمراقبتی فردی، تنفس عمیق استفاده می‌کردند. طبق اظهارات شرکت‌کنندگان پذیرش وضعیت موجود، پذیرش نقش‌ها و مسئولیت‌های جدید کاری، نگرش مثبت حین کار، دوری از شایعات و واقع‌بینی باعث افزایش خودسازگاری آنان شده بود. این یافته‌ها با نظریه لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۴) همخوان است که بیان می‌کنند که مقابله صرفاً مترادف با حل مسئله نیست و بر فرد، محیط و شیوه‌های تعامل آن‌ها در موقعیت‌های تهدیدآمیز استوار است. زنان پرستار همچنین از منابع حمایتی نظیر؛ دعا خواندن، توسل به ائمه، توکل به خدا، استفاده از تجارب پرستاران باسابقه، حمایت دوستان، حمایت خانواده، استفاده از مشاوران حرفه‌ای و تقویت دانش حرفه‌ای استفاده می‌کردند. تقویت دانش حرفه‌ای و دانش کافی از کووید ۱۹ و به اشتراک گذاشتن تجارب پرستاران باسابقه می‌تواند اعتمادبه‌نفس پرستاران را افزایش دهد. این نتایج موید نظریه فشار روانی است که معتقد است منابع شناختی، رفتاری و حمایتی موجود برای افراد نقش اساسی در چگونگی انطباق آنان در موقعیت‌های تنش‌زا دارد. تحلیل یافته‌ها نشان داد، با توجه به این نکته که پرستاران در خط مقدم استراتژی‌های سازنده‌ایی برای مقابله با پریشانی روان‌شناختی بکار می‌گیرند ولی مداخله تخصصی توسط مشاوران حرفه‌ایی ضرورت دارد. زنان پرستار باسابقه گزارش کردند، شیوع بالای پریشانی روان‌شناختی در میان کارکنان پرستاری مربوط به استراتژی‌های مقابله‌ایی ناکافی و مقطعی آنان بود. همچنین اظهار نمودند پرستاران خط مقدم کووید ۱۹ به دلایل مختلف مانند بار کاری سنگین و خستگی جسمی و ادار می‌شوند که وضعیت روحی و ذهنی واقعی خود را پنهان کنند و به ندرت برای ارزیابی وضعیت سلامت روانی خود اقدام کنند؛ در این شرایط باید

1. Lazarus, R, Folkman, S

تدابیری از سوی مسئولین اتخاذ گردد که زنان پرستار بتوانند از کمک حرفه‌ای مشاوران به صورت مجازی بهره‌گیرند تا توجه مداوم به این گروه معطوف و مداخله روانی به موقع اعمال شود. اگر این پریشانی‌های روان‌شناختی به طور مؤثر حل نشوند، ممکن است نه تنها منجر به کاهش ایمنی و افزایش شانس عفونت کووید ۱۹ شود بلکه تأثیر نامطلوبی بر کیفیت و ایمنی سیستم مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی نیز داشته باشند. این یافته‌ها با مطالعات قبلی در مورد بیماری سارس و مارس از جمله بروکس و همکاران (۲۰۱۸) و بای و همکاران (۲۰۰۴) که نشان دادند پرستاران پس از فروکش کردن پاندمی، همچنان به تجربه تأثیر روانی ادامه می‌دهند، همخوان و همسو است. پیشنهاد می‌شود برای پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی با حمایت و برنامه‌ریزی دولت تیم حرفه‌ای از مشاوران جهت مداخلات کمک روانی به پرستاران خصوصاً زنان پرستار تشکیل شود و مداخلاتی همچون انتشار اصول راهنما برای مداخله روانی در طی کووید ۱۹، انتشار کتاب‌های راهنمای روان‌شناختی، ایجاد خطوط مستقیم کمک روانی از راه دور و ارائه مشاوره انفرادی و گروهی آنلاین به‌طور منظم و مستمر ارائه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان، مشاوران و روان‌پزشکان مشغول به فعالیت در بیمارستان‌ها به میزان بالای پریشانی روان‌شناختی پرستاران از جمله علائم افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه توجه کنند. همچنین استفاده از آموزش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی در پرستاران در دوره کووید ۱۹ با در نظر گرفتن جنسیت، سابقه کار، وضعیت تأهل و بخش مربوط به فعالیت شغلی آنان بسیار مهم و ضروری است. پژوهش حاضر مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت مواجه بود. به دلیل وضعیت اضطراری و کاهش خطر عفونت برای مصاحبه‌شونده و شرکت‌کنندگان، داده‌ها از طریق مصاحبه تلفنی تصویری در قالب اینترنت جمع‌آوری شد. سرعت پایین اینترنت در بعضی از روزها و نبود زیرساخت‌های کافی یکی از محدودیت‌های مهم بود که باعث شد دو مصاحبه مجدد اجرا گردد. شرکت‌کنندگان از دو بیمارستان در تهران بودند و تعمیم یافته‌ها به دیگر جمعیت‌ها باید با احتیاط انجام شود.

منابع

- باهنر، فهیمه؛ محسن‌الحسینی، سیدمسعود؛ آسایش، محمدحسن (۱۳۹۹). رهیافتی پدیدارشناسانه در واکاوی واکنش‌های عاطفی پزشکان بهبودیافته از بیماری کووید ۱۹. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۴)، ۴۶-۲۲۰۵۴/۱۱۰،۲۲۰۵۴. doi: QCCPC.2020.53683.2471
- حیدری، عباس؛ عبد‌الهی، مسعود (۱۴۰۰). ترس از کووید ۱۹ در پرستاران: یک مطالعه تحلیل مفهوم با رویکرد واکر و اوانت. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۹(۲)، ۸۱-۹۰. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-943-fa.html>
- خنیفر، حسین و مسلمی، ناهید (۱۳۹۷). اصول و مبانی روش‌های پژوهش کیفی. تهران: نشر نگاه دانش.
- رجب‌بیگی، مجتبی؛ بهمنی، اکبر (۱۳۹۹). بررسی نقش فرسودگی احساسی پرستاران در استرس ابتلا به کرونا و حوادث ناشی از کار در بیمارستان صنعت نفت تهران. نشریه مدیریت منابع انسانی در صنعت نفت، ۱۲(۴۶)، صص. ۷۰-۵۷. <https://www.sid.ir/fa/JOURNAL/ViewPaper>
- علیزاده فرد، سوسن؛ صفاری نیا، مجید (۱۳۹۸). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۹(۳۶)، صص. ۱۴۱-۱۲۹. <https://www.socialpsychology.ir/article>
- علی پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی پور، زهرا و عبدالله زاده، حسن (۱۳۹۹). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی. نشریه علمی روان‌شناسی و سلامت، ۸(۳۲)، صص. ۱۷۵-۱۶۳.۳۰۴۷۳/۱۰،۳۰۴۷۳.۱۶۳-۱۷۵. doi:HPJ.2020.52023.4756
- عسگری، محمد؛ چوبداری، عسگر؛ اسکندری، حسین (۱۴۰۰). واکاوی تجارب زیسته افراد مبتلا به بیماری کرونا در روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی و راهکارهای پیشگیری و کنترل آسیب‌های روانی ناشی از آن. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۵)، صص. ۲۹-۴۶. doi: QCCPC.2020.53244.2453
- Bai, Y, Lin, C. C, Lin, C. Y, Chen, J. Y, Chue, C. M, &Chou, P (2004). *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatric Services, 55(9), pp. 1055-1057. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative research in psychology, 3(2), pp. 77-101.

- Brooks, S. K, Dunn, R, Amlôt, R, Rubin, G. J, & Greenberg,N(2018). *A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes inhealthcare employees during an infectious disease outbreak*. Journal of Occupational and Environmental Medicine,60(3), pp. 248–257. doi:10.1097/JOM.0000000000001235
- Cerami, Chiara; Santi, Gaia C; Galandra, Caterina; Dodich, Alessandra; Cappa, Stefano F; Vecchi, Tomaso; Crespi, Chiara (2020). *Covid-19 Outbreak In Italy: Are We Ready for the Psychosocial and the Economic Crisis? Baseline Findings From the PsyCovid Study*. Frontiers in Psychiatry, 11(5), pp. 556–565. doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00556
- Dosil, M, Ozamiz-Etxebarria, N, Redondo, I, Picaza, M, & Jaureguizar, J. (2020). *Psychological Symptoms in Health Professionals in Spain After the First Wave of the COVID-19 Pandemic*. Frontiers in Psychology, pp.17(3), 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.606121
- Huang J, Han M, Luo T, Ren A, Zhou X. (2020). *Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19*. journal of industrial hygiene and occupational diseases.38(3),pp.192-195.doi:10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
- Huang Y, Zhao N. (2020). *Generalized anxiety disorder,depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based crosssectional survey* journal of.Psychiatry Research, 288(6), pp.20-1. doi:10.21203/rs.3.rs-17172/v1
- Hui Wu; Yang Zhao; Jia-Na Wang; Lie Wang (2010). *Factors associated with occupational stress among Chinese doctors: a cross-sectional survey*. journal of Environ Health, 83(2), pp. 155–164. doi:10.1007/s00420-009-0456-z
- Kackin, O; Ciydem, E; Aci, O; Kutlu, Fatma, Y (2021). *Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study*. International Journal of Social Psychiatry, 2(67), pp.1-10. doi:10.1177/0020764020942788
- Kausar, R. & Munir, R (2004). *Pakistani Adolescents Coping with Stress: Effect of loss of a Parenton Gender of Adolescents*. Journal of Adolescence, 27(6),pp.599-610. doi:10.1016/j.adolescence .2003.11.015
- 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), pp. 203- 209. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

- Li, S, Wang, Y, Xue, J, Zhao, N, Zhu, T. (2020). *The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 17(6), pp.32-20
<https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Mohino, S, Kirchner, T, Forns, M (2003). *Coping Strategie in young male prisoners*. Journal of Youth and Adolescence, 33(1), pp.41-49. doi: 10.1023/A:1027382229951
- Noorbakhsh, S. N, Besharat, M. A, Zarei, J (2010). *Emotional intelligence and coping styles with stress*. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 5(6),pp. 818-22. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.191
- Nochaiwong, S; Ruengorn, C; Awiphan, R; Ruanta, Y; Boonchieng, W; Nanta, S; Wongpakaran, T. (2020). *Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19)*. Journal of Medicine, 99(26), pp. e20751. doi: 10.1097/MD.00000000000020751
- Qiu, J; Shen, B; Zhao, M; Wang, Z; Xie, B; Xu, Y(2020). *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations*. General Psychiatry, 33(2),pp.3-1. doi:10.1136/gpsych-2020-100213
- Santarnecchi, E; Sprugnoli, G; Tatti, E; Mencarelli, L; Neri, F; Momi, D; Di Lorenzo, G; Leone, A; Rossi, S; Rossi, A (2018). *Brain functional connectivity correlates of coping styles*. Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience. 18 (3),pp.495-508. doi:10.3758/s13415-018-0583-7
- Simonetti, V, Durante, A, Ambrosca, R, Arcadi, P, Graziano, G, Pucciarelli, G, Cicolini, G (2021). *Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study*. Journal of Clinical Nursing, 30(9-10), pp.1360–1371. doi:10.1111/jocn.15685
- Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. (2020). *Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID 19 Outbreak in Wuhan, China*. medRxiv. (2)47, pp. 777-780. Doi:10.1101/2020.03.06.20032425
- To, K; Tsang, O; Yip, C; Chan, K; Wu, T; Chan, J; Leung, W; Chik, T; Choi, C-C; Kandamby, D; Lung, D; Tam, A; Poon, R; Fung, A; Hung, I; Cheng, V; Chan, J; Yuen, K (2020). *Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva*. Clinical Infectious Diseases, 71(15), pp. 841–843. doi:10.1093/cid/ciaa149
- Xiao, C. (2020) *A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus(COVID-19)-Related Psychological and Mental*

Problems: Structured Letter Therapy. Psychiatry investigation. 17(2), pp.175. doi:10.30773/pi.2020.0047

