

تبیین درک و تجربه افراد جامعه از استیگما در مواجهه با بیماری کرونا

علی تقی پور^۱، فاطمه زهرا کریمی^۲، منور افضل آقایی^۳، رباب لطیف نژاد رودسری^۴، مریم صالحیان^{۵*}

۱. استاد گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دانشیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: یکی از جنبه های مهم بیماری کرونا، حوزه ی روانی و اجتماعی است. ترس و نگرانی از این بیماری می تواند منجر به ننگ اجتماعی نسبت به افراد، و حتی مکان های اقامت آنها شود. این مطالعه با هدف تبیین درک و تجربه افراد جامعه از استیگمای اجتماعی در مواجهه با بیماری کرونا طراحی گردیده است.

روش ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا در بیمارستان های مرجع کووید ۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر روی ۲۱ نفر از بیماران مبتلا به کرونا، همراهان بیمار، افراد غیرمبتلا و کارکنان بیمارستان های مرجع خدمات COVID-19 انجام شد. برای گردآوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده گردید. نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. آنالیز متن مبتنی بر رویکرد تحلیل محتوا با تنظیم کدهای اولیه، فشرده سازی کدها در طبقات فرعی و اصلی و نهایتاً انتزاع مضامین و مفاهیم کلی تر صورت پذیرفت. اعتبار داده ها نیز بر اساس معیارهای لینکولن و گوبا تایید گردید.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده ها منجر به پدیدار شدن یک مضمون " انگ کرونایی مخرب تر از ابتلاء به کرونا" و دو طبقه اصلی ۱- " از خود استیگمایی تا استیگمای اجتماعی " شامل زیر طبقات: "پنهان کاری، دوری گزینی فرد مبتلاء از دیگران، طرد شدگی از سوی اجتماع، و انگ بیرونی"، ۲- " کرختی عاطفی " شامل زیر طبقات: " رفتار غیر حمایتی کادر درمان با فرد مبتلا، سردی روابط زناشویی بدنبال ابتلا یکی از زوجین، رفتار غیر همدلانه خانواده با فرد مبتلا " شد.

نتیجه گیری: ترس از حضور در اجتماع، کناره گیری از جمع، واکنش های غیر همدلانه و انگ زنی در حلقه برج سب کرونایی قرار دارند. تلاش برای رعایت فاصله فیزیکی نباید منجر به ایجاد فاصله عاطفی و انسانی بین افراد گردد.

کلید واژه ها:

استیگما، کرونا،
کیفی، تحلیل محتوا

تمامی حقوق نشر برای
دانشگاه علوم پزشکی
تربت حیدریه محفوظ
است.

مقدمه

همه گیری بیماری کرونا بعنوان یکی از مهم ترین چالش های عصر حاضر شناخته شده است (۱). جامعه بشری علاوه بر عوارض جسمی این بیماری، با عوارض روحی گسترده حاصل آن نیز روبرو شده است. یکی از پیامدهای روانی و اجتماعی در ابتلا به کرونا، ترس و وحشت بیمار از واکنش های اجتماعی، انگ بیماری و عامل انتقال بودن بیماری است که به نوبه خود می تواند موجب اختلالات روانی و رفتاری زیادی در این افراد گردد و تاثیر منفی بر آنان داشته باشد. ترس و نگرانی از این بیماری می تواند منجر به ننگ اجتماعی نسبت به افراد شود. استیگما بعد از رها شدن فرد از قرنطینه بیماری حتی اگر فرد بهبود یافته باشد و خطری برای انتشار ویروس به دیگران نداشته باشد، بچشم می خورد. استیگما می تواند سلامت روحی و هیجانی افراد را در معرض خطر بیاندازد و بر برقراری ارتباطات مردم و جوامع و همدلی تاثیر منفی بگذارد (۲).

استیگما به معنی عدم تحقق یک نرم اجتماعی تجویز شده و حمله به هویت یک شخص است (۳).

Goffman در تعریف استیگما، به تمایز بین انتظارات هنجاری از اینکه یک فرد، باید چه کسی باشد و آنچه که یک فرد واقعا هست، می پردازد و استیگما را حاصل شکاف بین این دو نوع هویت می داند. در واقع یک شکاف توأم با خجالت بین هویت اجتماعی بالفعل و بالقوه فرد (۴).

امروزه اصطلاح داغ ننگ برای اشاره به ویژگی یا صفتی به کار برده می شود که شدیداً بدنام کننده یا ننگ آور است. قدرت داغ زنی یک صفت نه در ذات خودش، بلکه در روابط اجتماعی ریشه دارد. در واقع داغ ننگ یک ایدئولوژی است که پست بودن فرد را تبیین کند. فرد داغ خورده اغلب همان عقایدی را درباره ی هویت در ذهن خود دارد که دیگران دارند. معیارهایی که فرد از جامعه ی وسیع تر پذیرفته است به گونه ای او را تجهیز می کنند که به طور کامل در برابر چیزی که دیگران به عنوان عیب او می بینند هوشیار باشد. این معیارها به شکلی گریز ناپذیر، او را مجاب می کنند که وی در واقعیت کمتر از آن سطحی است که واقعا

باید باشد. در نتیجه احتمال بروز احساس شرم افزایش می یابد. زیرا فرد می بیند صاحب یک صفت بدنام کننده است، آن هم صفتی که به راحتی متوجه می شود که نباید آن را داشته باشد (۸،۵).

بنظر می رسد ابتلا به کرونا یکی از برچسبهایی باشد که بدنبال اپیدمی کرونا ایجاد شده است. معنای ضمنی برچسب گذاری، جداسازی "ما" از "آنها" است. این جداسازی خیلی ساده منجر به این باور میشود که "آنها اساساً از ما متفاوت هستند" و "آنها همان چیزی هستند که برچسب خورده اند" "آنها" به طور اساسی متفاوت از افرادی هستند که آن برچسب منفی را نخورده اند. این مسئله موجب کاهش اعتماد به نفس، احساس شرم و عدم تقاضای کمک از دیگران در افراد برچسب خورده شود. تنفر از خود و خود خوارانگاری self - derogation نیز ممکن است رخ دهد. بعلاوه استیگما از طرف دیگران موجب انزوای اجتماعی بیشتر می شود و حتی این احتمال می رود که ترس از استیگما، از بزرگترین موانع استفاده از خدمات درمانی باشد (۹، ۱۰).

با توجه به نوظهور بودن بیماری کرونا در حال حاضر هیچ مطالعه ای در این زمینه انجام نشده است و بهترین متدولوژی که بتوان فهمید که چطور انگ ابتلا به کرونا بر افراد تأثیر میگذارد، انجام مطالعه کیفی و اجازه دادن به افراد است تا خودشان درک و تجربیات زندگی واقعی شان را با پژوهشگر در میان بگذارند. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین درک و تجربه افراد جامعه از استیگمای اجتماعی در مواجهه با بیماری کرونا از بین بیماران مبتلا به کرونا، همراهان بیمار، پرسنل بیمارستانهای مرجعه خدمات COVID-19 با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا طراحی گردیده است.

روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم است که در بیمارستان های مرجع کووید ۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر روی بیماران مبتلا به کرونا،

که در حوزه مطالعه اشباع اطلاعات حاصل شود تعداد شرکت‌کنندگان کافی خواهد بود.

در مطالعه حاضر نیز نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها ادامه داشت، بدین معنی که از طریق بررسی پی در پی، مقایسه مداوم و پرسیدن سؤالات تا وقتی که نمونه‌گیری بیشتر اطلاعات بیشتری فراهم را نکند و فقط تکرار داده‌ها جمع‌آوری شده قبلی باشد حاصل شده است. در نهایت در مطالعه حاضر ۲۱ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند.

برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده گردید. پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و بعد از کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و اطمینان دادن از محرمانه ماندن پاسخ‌ها و نظرات آنان، سؤالات اصلی پژوهش به صورت مصاحبه حضوری یا بصورت تلفنی از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد. متوسط زمان مصاحبه ۴۵ دقیقه بود و در صورت نیاز مصاحبه تکمیلی از مشارکت‌کنندگان بعمل آمد.

از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تجربه و افکار و احساسات خود را به اشتراک بگذارند. در پایان پس از تشکر و قدرانی در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های حضوری یا غیر حضوری آتی به مشارکت‌کننده اطلاع رسانی شد. همزمان با جمع‌آوری اطلاعات و بعد از پایان هر مصاحبه، فرایند تحلیل داده‌ها انجام همزمان با گردآوری داده‌ها انجام شد. صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان به صورت کلمه به کلمه در نرم افزار word پیاده سازی شد. با توجه به اینکه تحقیق کیفی مستلزم آن است که محقق در داده‌ها غوطه ور شود محقق مصاحبه‌ها را چندین بار گوش و متن دست نوشته‌ها را چندین بار مرور نمود. سپس واحدهای معنایی از بیانات خود شرکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه تنظیم شد.

در مرحله بعد کدها نیز بر اساس تشابه معنایی و مفهومی طبقه بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شدند. روند تنزل در کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقات فرعی و اصلی جریان داشت. سپس داده‌ها در طبقه‌های اصلی که کلی تر و مفهومی

همراهان بیمار، افراد غیر مبتلا و پرسنل بیمارستانهای مرجع خدمات COVID-19 انجام شد.

مطالعه حاضر به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است (کد اخلاق: IR.MUMS.REC.1399.241). تحلیل محتوی به عنوان یک روش تحقیق برای تفسیر محتوی داده‌های متنی یا دیداری از طریق فرآیند طبقه بندی نظامند کدگذاری و تعیین درون مایه‌ها یا الگوها استفاده می‌شود. هدف آن ارائه‌ی دانش و فهم پدیده مورد مطالعه است. Krippendorff تحلیل محتوی را روش پژوهشی برای استنباط تکرارپذیر و معتبر داده‌ها در متون می‌داند. روشی در کندوکاو معنای پیام‌ها با هدف فراهم کردن شناخت و تبیین بیدشی نو، تصویری از واقعیت و راهنمای عمل، که تنها به عنوان ابزاری در دست پژوهشگر است. سه رویکرد مجزا برای تحلیل محتوی معرفی شده است که شامل رویکرد مرسوم Conventional، رویکرد هدایت شده Conducted (or directive) و رویکرد جامع summative می‌باشد (۱۱).

تحلیل محتوی مرسوم با تولید نظریه، الگو و چارچوب‌های مفهومی همراه هستند و می‌توانند با تحلیل محتوی از نوع هدایت شده مورد ارزیابی قرار گرفته، پالایش و توسعه یابند. اگر ساختار تحلیل داده‌ها مبتنی بر دانش قبلی شکل بگیرد و یا نظریه و تحقیقات پیشین در مورد پدیده وجود داشته باشد، از روش تحلیل محتوی هدایت شده استفاده می‌شود (۱۲).

Hsieh و Shannon دو راهبرد را برای تحلیل محتوی هدایت شده معرفی نموده‌اند. در اولین راهبرد داده‌های متنی مرور می‌شود و بخشهایی از آن که بنظر به طبقات از پیش تعیین شده مرتبط هستند مشخص و برجسته می‌شوند و سپس کدهای متن انجام می‌گیرد. در راهبرد دوم بدون مشخص و یا برجسته نمودن اولیه متن، کدهای به داده‌های متنی صورت می‌گیرد.

تعیین دقیق تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعات کیفی ممکن نیست و اندازه نمونه بستگی به داده‌های تولید شده و تحلیل آنها دارد و نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه می‌یابد. و زمانی

کسایبی که کرونا گرفتن ولی میترسن که بگن ما کرونا داریم چون فکر می کنند ممکنه فامیل از اونا فاصله بگیرند". یکی از دلایل دیگر که موجب پنهان سازی بیماری شده است آن است که مبتلایان حاضر نبودند که موجب غم و ناراحتی و یا به زحمت انداختن اطرفیان نشان شوند " (م ۹).

"حقیقتش من نمی خواستم به پدرم اطلاع بدم چون اونا به اندازه کافی خود شون درد سر دارن. مخصوصا مامانم که رو من خیلی حساسه و فشارخون بالا هم داره. من میگفتم یک سرما خوردگی ساده" (م ۱۲).

دوری گزینی فرد مبتلاء از دیگران

بسیاری از بیماران دلیل پنهان نگه داشتن بیماری خود را ترس از طرد شدن از اجتماع و حتی در بسیاری از مواقع ترس از برخورد نامحترمانه توسط فامیل و دوستان بیان کرده اند.

"همکارام متوجه شدن که من تست پی سی آرم مثبت شده اصلا بهم نزدیک نمیشن با اینکه سه هفته از مثبت شدن تستم می گذشت ولی می گفتند نیا تورختکن از پشت درد وسایلمو گذاشتند پشت در. من خیلی ناراحت شدم و تصمیم گرفتم اصلا به شون نزدیک نشم".

طرد شدگی از سوی اجتماع

تجربه دیگر مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر، طرد شدن از جانب دوستان، فامیل و همکاران بود. این امر باعث انزوای اجتماعی بیشتر، احساس تنهایی و توجه کمتر به امر درمان و مراقبت شده است.

"مثلا همین مادر بزرگ دوستم که مریض شده بود هیچکی حاضر نبود که بره مثلا ازش (نگهداری کنه)... عمه ام مثلا نوه هاش نمیداشتند که دخترش برن ازش مواضبت کنن..." (م ۱). یکی از مشارکت کنندگان دیگر تجربه طرد شدن از کرونا را کاملا متفاوت از سایر بیمارهای واگیردار دانست: "اما کرونا دقیقا برعکسه دیگه، اگر فرد بیماری رو داشته باشه احساس میکنم مردم بیشتر میخوان ازش فرار کنن، حتی میترسن بهش زنگ بزنن چه برسه بخوان باهاش ارتباط برقرار کنن و جوایب احوالش بشن" (م ۵).

تر بودند، قرار گرفت و در نهایت نیز مضامین انتزاع گردید. در این مطالعه جهت تأیید صحت یافته ها، از معیارهای بیان شده توسط Lincoln و Guba شامل اعتبار Credibility، قابلیت وابستگی Dependability، تأییدپذیری Confirmability و قابلیت انتقال Transferability استفاده شد. در این راستا روش های زیر بکار گرفته شدند:

۱- صرف زمان کافی برای جمع آوری و آنالیز داده ها به منظور درک عمیق از افراد تحت مطالعه ۲- درگیری طولانی مدت با داده ها و مرور و اصلاح مکرر کد دهی ۳- بازبینی مصاحبه ها و کدگذاری های اولیه توسط مشارکت کنندگان ۴- بازبینی مصاحبه ها و روند طبقه بندی توسط تیم تحقیق و ۵- شرح مبسوط کلیه مراحل تحقیق از ابتدا تا انتها.

نتایج

در مطالعه حاضر ۲۱ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند، محدوده سنی مشارکت کنندگان ۲۱ تا ۵۹ سال و میزان تحصیلات از ابتدایی تا دکترا بود.

از تحلیل داده ها، ادراکات و تجارب مشارکت کنندگان یک مضمون اصلی "انگ کرونایی مخرب تر از ابتلاء به کرونا"، دو طبقه اصلی شامل "خود استیگمایی" و "کرختی عاطفی" و ۷ زیر طبقه شامل: پنهان کاری بیماری، دوری گزینی فرد مبتلاء از دیگران، انگ بیرونی، رفتار غیر حمایتی کادر درمان با فرد مبتلاء، سردی روابط زنا شویی بدنبال ابتلاء یکی از زوجین، رفتار غیر همدلانه خانواده با فرد مبتلاء استخراج گردید (جدول ۱).

از خود استیگمایی تا استیگمای اجتماعی

پنهان کاری

بسیاری از بیماران مبتلاء به کرونا بدلیل ترس از طرد شدن و سرزنش شدن توسط دیگران، بیماری خود را از دوستان و همکاران خود پنهان و مخفی داشتند و علائم سرفه و تنگی نفس را به یک سرما خوردگی ساده و یا آلرژی ساده نسبت داده اند. "مردم انقدر ترس دارن که بگن کرونا داریم و قایم میکنن. من میدونم که تو بعضی از فامیلامون و فامیلای دامامون هستن

در سطوح مختلف خانواده، سازمانها و جامعه به همراه داشته و روابط عاطفی را به چالش کشانده است که طرد شدگی، دورگزینی افراد از یکدیگر، سطحی شدن روابط، کاهش فعالیت‌های مشارکتی و کاهش صمیمیت از پیامدهای غیر قابل انکار آن است.

رفتار غیر حمایتی کادر درمان با فرد مبتلا

در حالیکه انتظار می‌رود کادر درمان بدلیل شناخت و درک بیشتر از ماهیت بیماری کرونا در مقایسه با عموم مردم، رفتارهای سنجیده و توأم با همدلی و عطف بیشتر ذست به بیماران کرونایی را از خود نشان دهند، متأسفانه برخی از مشارکت کنندگان مواردی از رفتارهای غیرهمدلانه و غیر حمایتی بعضی از کادر درمان را در مواجهه با بیماران کرونایی بیان نمودند که این موضوع می‌تواند بدلیل حجم بالای کار فیزیکی و استرس روحی زیاد کارکنان درمان در دوران همه گیری کرونا باشد.

به هرحال کادر درمان و خانواده های آنان بعنوان بخشی از جامعه از تبعات کرونا متأثر بوده و بشدت تحت تاثیر شیفیت های خسته کننده و طولانی مدت و دوری از خانواده هستند که می‌تواند آستانه تحمل و صبوری آنان را در مواجهه با موقعیت های مراقبتی کاهش دهد.

"وقتی تو بخش سرفه کوچیک داشتیم اون هم از پشت ماسک میزدیم ... مثلا سرپرستار ... و دکتر میگفتن از من دور شو بخاطر اینکه من کرونا نگیرم یا ما مریض نشیم... یا مثلا دکتر بخشمون ... کلا همکارا که خیلی بد برخورد میکردن... " (م ۶).

"یکی از همکاران خدمه بخش...سرفه کرده، حالشون بد شده بود، طوریکه انقدر قرمز شده بودن که کارشون به تنگی نفس رسیده بود و همه بهش میگفتن از ما دور شو تو کرونا داری. بیچاره یک ساعت نشسته بود گریه میکرد تو بخش " (م ۱۱).

"تو بالین بودم و سرکار... اون رفتار هاشون خیلی بد بود... یکجوری برخورد میکردن که انگار تو همین الان هم داری بیماری رو منتقل میکنی و فاصله میگرفتن... وقتی همه همکارا دور هم دور یک میز میشستن و میخواستم برم بشینم، صندلی

همچنین در برخی از موارد مشارکت کنندگان از موارد انکار بیماری بدلیل احتمال طرد شدن توسط اطرافیان و جامعه سخن گفتند. " من خیلیا رو دیدم که از آشناهایی که گرفته بودن ولی میخوان انکار کنن که کرونا نبوده میگن نه... چون می ترسن فامیل و همسایه با اونا قطع ارتباط کن و خونشون نیان " (م ۱)

انگ بیرونی

یکی از مهمترین مشکلاتی که امروزه مبتلایان به بیماری کرونا با آن روبرو هستند برخورد نامناسب اجتماعی است که شاید از خود بیماری دردناکتر باشد. بسیاری از شرکت کنندگان بیان داشتند که به دنبال آگاه شدن دیگران از ابتلاء آنان به کرونا، انگ یا برچسب های نامنا سبی همچون کرونایی، ویرو سی، بی مسوولیت، غیر بهداشتی، آلوده و مواردی از این قبیل را دریافت کرده اند که حتی دردناک تر از امکان ابتلاء به جذام و یا حتی ایدز بوده است. همچنین مشارکت کنندگان علاوه بر ابراز ناراحتی از دریافت برچسب های یادشده از مواجهه با واکنش های خشم و حس نفرت از سوی اطرافیان و جامعه بشدت غمگین بوده و حس بی ارزشی داشتند.

" خیلی احساس بدی بود دیگه... اون لحظه با خودم میگفتم اگه من HIV+ میشدم خیلی بهتر بود تا مارک کرونایی روم بزنن. یه احساس خیلی بدیه، الان فکر میکنم وقتی به کسی میکن کرونا داری خیلی ترس و وحشت داره، احساس بدی داره ... احساس میکنی یک نوع انگ زنده ". (م ۶)

" بنظر من قایم میکنن که اگه بعدا کسی گرفت نغن از اینا گرفته بوده... و بهش انگ نزنند " (م ۹).

" اینکه از فامیل میشنوی که فلان کس این بیماری رو گرفته انگار همه یک گاردی نسبت به این شخص میگیرن که رعایت نکرده یا مثلا آدمی بوده که خیلی بهداشت خوبی نداشته که گرفته ... " (م ۱۱).

کرنختی عاطفی تعاملات اجتماعی

همه گیری کرونا فرهنگ مرادوات و تعاملات اجتماعی را تغییر داده است که متأسفانه جنبه های منفی آن بسیار زیاد بوده و آثار روانشناختی متعددی را در تعاملات بین فردی و گروهی و

رفتار غیر همدلانه خانواده نسبت به فرد مبتلا

بیماری کرونا بر روی همه جنبه های زندگی از جمله خانواده تاثیر می گذارد و با توجه به اینکه عمدتاً افراد در این دوران بیشتر در منزل هستند و بیشتر با هم ارتباط دارند در نتیجه تنش ها نیز افزایش می یابد. خستگی و بار مراقبتی که بر عهده مراقبان از بیماران کرونایی وجود دارد موجب بروز تنش و گاهی رفتارهای نامناسب از سوی اعضاء خانواده با بیماران کرونایی شده است به نحوی که بیماران کرونایی خود را مقصر و مسوول مشکلات ایجاد شده می دانند برخی از نقل و قول های مشارکت کنندگان نشان از رفتارهای غیر احترام آمیز و غیرهمدلانه است.

"خوب هر چند خانواده ام ازم مراقبت می کردند ولی بعضی موقع ها رفتارهایی رو حس می کردم و می دیدم که خیلی ناراحت میشدم. مثلاً وقتی برای چند لحظه از اتاق بیرون می رفتم افراد خانواده می گفتن وای چرا اومدی بیرون برو برو... و بلافاصله فرار می کردند، هر چند حق داشتن ولی به من هم خیلی برمیخورد. (م ۱۰).

"خوب می دونید من پرستارم و از تو بخش کرونا گرفتم. هرچند مامانم با من خوب برخورد می کرد و اون همیشه مراقبتم را بعهده گرفته بود ولی مدام خواهر برادرم منو سرزنش می کردن و می گفتند اگر مامان بگیره مقصر تویی، باید بیشتر مراقبت خودت می بودی" (م ۷).

جدول ۱: مضمون و طبقات استخراج شده از تحلیل داده ها

مضمون	طبقه	زیر طبقات
انگ کرونایی مخرب تر از ابتلاء به کرونا	از خود استیگمایی تا استیگمای اجتماعی	* پنهان کاری بیماری
		* دوری گزینی فرد مبتلا از دیگران
		* طرد شدگی از سوی اجتماع
	* انگ بیرونی	
کرختی عاطفی		* رفتار غیر حمایتی کادر درمان با فرد مبتلا
		* سردی روابط زناشویی بدنبال ابتلای یکی از زوجین
		* رفتار غیر همدلانه خانواده با فرد مبتلا

رو خیلی با فاصله میذاشتن، نکته ما هم بگیریم. خوب یک رفتار خیلی بدی بود تو جمشون" (م ۵).

"پرستار بعد از اینکه داروم را از راه آنژیوکت زد کمی اینطرف و اونطرف کرد و بعد گفت بعد باید برم شب مهمون داریم. وقتی تموم شد خودتون آنژیوکت رو دربیارید؛ بلیدید دیگه... من به مامانم با تعجب نگاه کردم. خب اگر دچار مشکل می شدیم چی؟ پرستار دیگه هم نبود آخه....." (م ۱۳).

سردی روابط زناشویی بدنبال ابتلای یکی از زوجین

همه گیری کرونا می تواند بر روی تعاملات بین زوجین و نهایتاً روابط زناشویی و جنسی آنها تاثیر منفی گذاشته که بی توجهی به آن می تواند دیگر ابعاد زندگی مشترک را نیز تحت تأثیر قرار دهد. زوجین باید تشویق شوند تا از این روابط در دوران کرونا غافل نشوند. توجه به این موضوع تحمل دوران قرنطینه را راحت تر می کند و باعث می شود روابط عاطفی میان همسران تحکیم نماید.

"وقتی کرونا گرفتم، شوهرم دیگه تو اتاق خواب نمیخوابید، خب حق داشت ولی بعد از اینکه خوب شده بودم هم بازم دوری میکرد، کلاً نسبت به قبل اینکه کرونا بگیرم سردتر شده" (م ۲۰).
"از رابطه جنسی ترس داشتم چون فکر میکردم کرونا رو منتقل میکنه" (م ۱۱).

با تامل بر واکنش‌های فردی بیماران مبتلاء به کرونا از جمله پنهان کاری و دوری‌گزینی از اطرافیان و نیز واکنش‌های اجتماعی عموم جامعه به این دسته از بیماران از قبیل طرد کردن و انگ زدن می‌توان گفت طیفی از خود استیگمایی مبتلایان تا دیگر استیگمایی اجتماعی نسبت به قربانیان بیماری قابل درک است و متأسفانه تجمیع استیگمای فردی و اجتماعی آثار و پیامدهای غیرقابل جبران از جمله اختلالات روحی بیماران، مراقبان و خانواده آنان و نیز انزوای اجتماعی و محرومیت از حقوق اجتماعی و مدنی (۱۳) را در پی خواهد داشت. در مطالعه دهکردی و همکاران نیز احساس طرد شدن از سوی جامعه، کاهش ارتباط موثر با خانواده و اطرافیان و تجربه انگ توسط بیمار و خانواده اش بعنوان پیامدهای اجتماعی ابتلاء به کرونا معرفی شده است (۱۸).

کرختی عاطفی یکی دیگر از استخراج شده از گفتگو با مشارکت کنندگانی است که درک و تجربه مواجهه با بیماران کرونا را داشته‌اند. یکی از دغدغه‌ها و تنش‌های اصلی کادر درمان در هنگام مواجهه و مراقبت از بیماران مبتلاء به بیماریهای عفونی مسری نظیر بیماری کووید-۱۹ مراقبت از خود در مقابل بیماری و جلوگیری از ابتلاء به آن می‌باشد. این تنش می‌تواند به صورت واکنش‌های تند و رفتارهای غیر همدلانه نسبت به بیمار آشکار گردد. مطالعه حاضر نیز رفتارهای غیرحمایتی کادر درمان را نشان می‌دهد. از آنجایی که ابتلاء به بیماری کووید ۱۹ در میان سایر بیماری‌های تنفسی شناخته شده، علایم و عوارض شدیدی را به‌مراه دارد و حتی می‌تواند جان فرد را تهدید نماید، دغدغه کارکنان برای حفاظت خود قابل درک است در همین راستا، رعایت جدی و دقیق دستورالعمل‌ها جهت ایمنی پرسنل بهداشتی درمانی در مواجهه با بیماران مبتلاء به ویروس کرونا، توسط سازمان جهانی بهداشت بهداشتی توصیه گردیده است.

از سوی دیگر تاکید شده است که هرگونه دغدغه‌ای که ذهن کادر درمان را در رابطه با احتمال ابتلاء به بیماری درگیر خود مینماید، شناسایی شده و حتی المقدور برطرف گردد تا بدین وسیله ضمن

در مطالعه حاضر که با هدف تبیین درک و تجربه افراد جامعه از استیگما در مواجهه با بیماری کرونا انجام شد، مضمون " انگ کرونایی مخرب تر از ابتلاء به کرونا " بعنوان مضمون مرکزی پوشش دهنده طبقات و زیر طبقات تحقیق ظهور کرد.

یکی از پیامدهای روانی و اجتماعی در ابتلاء به بیماری‌های واگیردار بخصوص بیماری‌های واگیر دار، ترس و اضطراب بیمار از واکنش افراد جامعه و انگ اجتماعی است. انگ اجتماعی در زمینه سلامت عبارت از ارتباط منفی با یک شخص یا گروهی از مردم که در ویژگی معین یک بیماری خاص شریک هستند و یا این بیماری را دارند (۱۳). افرادی که که در معرض استیگما قرار می‌گیرند ضمن اینکه دچار ترس و عصبانیت می‌شوند روند درمان را به تاخیر می‌اندازند که می‌تواند منجر به افزایش میزان مرگ و میر همراه شود (۱۴).

یافته‌های این مطالعه نیز نشان داد که ترس از استیگمای اجتماعی با واکنش بیماران همچون دوری نمودن از تعامل با دیگران و پنهان کاری آنان همراه بوده و طرد شدگی آنان را از سوی جامعه در پی داشته است. مبتلایان به کرونا علاوه بر اینکه تحت تاثیر عوارض فیزیکی و استرس‌های ذاتی این بیماری هستند آثار روحی روانی دستورالعمل‌های قرنطینه و جداسازی این بیماری آنان را برای ابتلاء به انواع اختلالات اضطرابی و افسردگی آسیب پذیر ساخته است و همچنین بدلیل ترس از انگ خوردن، طرد شدن و رفتارهای کلامی نامناسب و خشم اطرافیان، از مراجعه به مراکز درمانی خودداری نموده و حتی منجر به از دست دادن فرصت بررسی بیماری و یا درمان می‌شوند. متأسفانه نتایج مطالعات نشان می‌دهد که حتی بعد از برداشته شدن قرنطینه و جداسازی انگ و طرد شدن ادامه می‌باید و موجب تشدید انزوای اجتماعی و تداوم و تشدید اختلالات عاطفی و روحی می‌گردد (۱۵). پیامدهای منفی همچون ایزوله شدن اجتماعی افراد مبتلاء به کرونا و نیز خانواده‌های آنان و اختلالات روحی و عاطفی در مطالعات دیگر نیز گزارش گردیده است (۱۶، ۱۷).

نتیجه‌گیری

ترس مبتلایان و ناقلان به کرونا از حضور در اجتماع و کناره‌گیری از جمع، واکنش‌های نامحترمانه و انگ زنی به فرد مبتلا به کرونا، در حلقه استیگمای کرونایی قرار می‌گیرند. به دلیل مرموز و ناشناخته بودن کرونا، ننگ اجتماعی حتی تا مدت‌ها بعد از پایان دوران قرنطینه و بهبودی برای بیماران باقی خواهد ماند و بالطبع استیگمای کرونا می‌تواند برای مبتلایان و خانواده‌هایشان پرمخاطره‌تر از خود بیماری باشد و حقوق انسانی، مدنی و اجتماعی آنان را ضایع نماید. استیگما در موارد بسیاری، منجر به طرد فرد از اجتماع و از دست دادن فرصت و موقعیت‌های شغلی و تحصیلی می‌شود که با پیامدها و رفتارهای پرخطر همچون انکار و پنهان‌کاری بیماران کرونایی و عدم رعایت قرنطینه‌گی و به تبع آن گسترش بیماری در سطح جامعه گردد.

آگاهی بخشی به عموم جامعه در مورد اهمیت رفتارهای پیش‌گرا و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و قرنطینه، صداقت و اطمینان بیماران از پذیرش مجدد در میان افراد جامعه بعد از بهبودی، تقویت درک موقعیت و تصور کردن خود در موقعیت دیگران، تشویق افراد به رفتارهای همدلانه می‌تواند جامعه کنونی را از اثرات ضد اجتماعی و استیگمایی کرونا و دوری عاطفی به سوی مسوولیت‌پذیری، صداقت و توسعه همدلی سوق دهد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است (کد اخلاق: IR.MUMS.REC.1399.241). بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت همکاری‌های لازم تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

کاستن از فشار روانی ناشی از بیماری در مراقبت دهندگان عملکرد مراقبتی و ایشان را نیز تا حد امکان بهبود بخشید (۱۹). از دیگر مفاهیم استخراج شده از سوی مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، سردی روابط زناشویی بدنبال ابتلا یکی از زوجین بود که نشان از تضعیف روابط عاطفی است. باید توجه داشت که تنش و فشار، بخش جدایی‌ناپذیر زندگی زناشویی است و گاهی بحران‌هایی مانند شیوع بیماری کرونا بر این فشارها می‌افزاید. برخی زوجین نگران این هستند که ممکن است از طریق رابطه جنسی این بیماری منتقل شود و یا با مسائل جدید در رابطه زناشویی در شرایط بحران کرونا، مواجه شوند. هر چند مطالعه Panzeri نشان داد که علی‌رغم پیامدهای منفی کرونا بر ابعاد روانی، اکثر زوج‌های مشارکت‌کننده در مطالعه تفاوتی را در میزان روابط جنسی خود با همسرانشان عنوان نکردند (۱۹). عدم تغییر الگوی روابط جنسی را می‌توان به عنوان یک واکنش پناه بردن زوجین به همسر خود بعنوان تنها تکیه‌گاه و امید در بحران انزوای اجتماعی کرونا دانست.

در مجموع با توجه به تبعات جسمی و روانی این بیماری در شرایط قرنطینه آگاهی و بکار بستن مهارت سازگاری و برقراری رابطه صمیمانه با همسر در دوران ابتلاء به کرونا بسیار مهم و قابل توجه است و می‌تواند از سستی روابط عاطفی میان همسران پیشگیری نماید.

نتایج مطالعه حاضر همچنین حاکی از رفتارهای غیر همدلانه افراد خانواده با بیمار مبتلاء به کرونا بود. مشفق‌ی نیز در مطالعه خود به پیامدهای ابتلاء یک عضو خانواده به بیماری کرونا می‌تواند به بروز اضطراب، استرس و احساس خشم در سایر اعضای خانواده نسبت به بیمار اشاره نموده است که این مشکلات می‌تواند کیفیت مراقبت از بیمار مبتلاء به کرونا را در خانواده تحت تاثیر قرار دهد (۱۷). بهر حال در شرایط بحرانی همچون کرونا حفظ روابط خانوادگی و همدلی خانوادگی می‌تواند استرس و فشار روانی را کاهش دهد. خانواده‌ها و اطرافیان با رفتارهای محبت‌آمیز و دلسوزانه خود (به دور از ترحم) می‌توانند در افزایش امید به زندگی بیماران و عزت نفس آنها موثر باشند (۱۸).

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها : علی تقی پور، فاطمه زهرا کریمی، منور افضل آقایی، رباب لطیف نژاد رودسری و مریم صالحیان

(۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: علی تقی پور، فاطمه زهرا کریمی، منور افضل آقایی، رباب لطیف نژاد رودسری و مریم صالحیان
(۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: علی تقی پور، فاطمه زهرا کریمی، منور افضل آقایی، رباب لطیف نژاد رودسری و مریم صالحیان

References

1. Lin CY. Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*. 2020;3(1):1.
2. "Social stigma associated with the coronavirus disease (COVID-19)". www.unicef.org. Retrieved 5 April 2020.
3. Rameshgar H, Nayebi N, Mohseni Tabrizi A M T. The Evaluation of the Effect of Stigma unemployment on Mental Health of the Unemployed. *refahj*. 2017; 17 (67) :203-231.
4. Major B, O'brien LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol*. 2005 ;56:393-421.
5. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*. 1998;5(2):201-22.
6. Riahi, M., Zarezade Mehrizi, E. A study on the gender differences in psycho-social consequences of infertility: Infertile couples using Yazd' Infertility Center services. *Women's Strategic Studies*, 2012; 14(56): 153-210.
7. Yang LH, Kleinman A, Linka BG. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine* 2007; 64 (7):1524-35.
8. Yen Cf, Chen C, Lee Y, Tang T, Yen J, Ko C. Self-Stigma and its correlates among out patients with depressive disorder. *Psychiat Serv* .2005; 56(5): 559-601.
9. Karshaki H, Meshkin Yazd A, Soudmand P. Validation of the Mental Illness Stigma Scale, Ibn Sina Hospital, Mashhad. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 24 (113) :73-79.
10. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
11. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
12. Jahangasht K. Social Stigma: The Social Consequences of COVID-19. *J Mar Med*. 2020; 2 (1) :59-60.
13. Chopra KK, Arora VK. Covid-19 and social stigma: Role of scientific community. *indian journal of tuberculosis*. 2020;67(3):284-5.
14. Shahshahani M S. The importance of attention to social stigma after infected to the coronavirus (Covid-19). *JRUMS*. 2019.17: 641-44.
15. Gholamzad S, Saeidi N, Danesh S, Ranjbar H, Zarei M. Analyzing the Elderly's Quarantine-related Experiences in the COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(1):30-45.
16. Adom D, Mensah JA, Osei M. The psychological distress and mental health disorders from COVID-19 stigmatization in Ghana. *Social sciences & humanities open*. 2021 ;4(1):100186.
17. Aliakbari Dehkordi M, Eisazadeh F, Aghajanbigloo S. Psychological consequences of patients with coronavirus (COVID-19): A Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2020;2(2):9-20.
18. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. Covid-19: ethical challenges for nurses. *Hastings Center Report*. 2020 ;50(3):35-9.
19. Panzeri M, Ferrucci R, Cozza A, Fontanesi L. Changes in sexuality and quality of couple relationship during the Covid-19 lockdown. *Frontiers in psychology*. 2020;11:2523.

Explain the understanding and experience of people in the community of stigma in the face of corona disease

Ali Taghipour¹, Fatemeh Zahra Karimi², Monavar Afzal Aghaei³, Robab Latifnejad Roudsari⁴, Maryam Salehian^{5*}

1. Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Associate professor, Biostatistics and Epidemiology Department, School of health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email: SALEHIANMR@MUMS.AC.IR

Abstract

Background & Aim: One of the most important aspects of corona disease is the psychological and social spheres. Fear and worry about this disease can lead to social stigma towards people, and even their places of residence. This study was designed to explain the perception and experience of community members of social stigma in the face of coronary heart disease.

Keywords:

Stigma,
Corona,
Qualitative,
Content
Analysis

Methods: This qualitative study with content analysis approach was performed on 21 patients with corona disease, patient companions, non-patients and staff of COVID-19 reference hospitals in Covid 19 reference hospitals in Mashhad University of Medical Sciences. Semi-structured interviews were used to collect data. Sampling was continued without any restrictions until the data were saturated. Text analysis based on content analysis approach was done by setting the initial code, compressing the code in the sub and main classes and finally abstracting more general themes and concepts. The validity of the data was confirmed according to Lincoln and Guba criteria.

Results: From the qualitative analysis of the data, two main categories emerged: "from self-stigma to social stigma" including: Secrecy, Affected person's distance from others, Social rejection, External stigma, "emotional numbness" including: Non-supportive behavior of the medical staff with the affected person, coldness of marital relations following the infection of one of the spouses, unemotional behavior of the family with the affected person and the final theme of "corona stigma more destructive than corona disease",.

Conclusion: Fear of being in the community, isolation, unemotional reactions and stigma are in the circle of the Corona label. Trying to maintain a physical distance should not lead to an emotional or human distance between us and others.

How to Cite this Article: Taghipour A, Karimi FZ, Afzal Aghaei M, Latifnejad Roudsari R, Salehian M. Explain the understanding and experience of people in the community of stigma in the face of corona disease. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2022;9(4):25 -35.

*آدرس نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
آدرس پست الکترونیک: SALEHIANMR@MUMS.AC.IR