



Identification of Psychological Injuries and Defense Mechanisms of the Family of Medical Staff During the Outbreak of Coronavirus

Nouri T¹, Abdullahi R^{2*}, Fahimi K³

1- Assistant Professor of Faraja Research Institute of Law Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Amin University of Police Sciences, Tehran, Iran.

3- Master's Degree in Nursing for Special Caregivers, Shahrood University of Medical Sciences, Iran.

Corresponding Author: Abdullahi R, Assistant Professor, Department of Psychology, Amin University of Police Sciences, Tehran, Iran.

Email: Rashinabdollahi@yahoo.com

Received: 13 April 2022

Accepted: 9 March 2023

Abstract

Introduction: The families of medical staff experience many psychological traumas in coronavirus crisis situations. Identifying and treating the most common family trauma's treatment staff and their defense mechanisms can help reduce their trauma.

Methods: This research was conducted in terms of applied purpose and with a qualitative approach and interpretive phenomenological method. The research samples were saturated by selecting 22 members of the cadre family using targeted snowball sampling. Video telephone interviews were used to collect data. Interviews were analyzed using thematic analysis based on the model of Brown and Clark (2006).

Results: The findings of the interviews were extracted and classified into three main themes of psychological trauma, adult defense mechanisms and immature defense mechanisms.

Conclusions: Based on the findings of the study, it can be concluded that the family of medical staff under the influence of critical conditions of coronavirus, have experienced a variety of psychological damage and according to their defense mechanisms, the necessary measures should be taken in this regard

Keywords: Psychological Injury, Defense Mechanism, Family, Treatment Staff, Coronavirus.



شناسایی آسیب های روانی و مکانیزم های دفاعی خانواده کادر درمان در زمان شیوع کرونا ویروس

طاهره نوری^۱، راشن عبداللهی^{۲*}، کوثر فهیمی^۳

۱- استادیار پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی فراجا، تهران، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران.

۳- کارشناس ارشد پرستاری مراقبه های ویژه دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، ایران.

نویسنده مسئول: راشن عبداللهی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران.
ایمیل: Rashinabdollahi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۲۴

چکیده

مقدمه: خانواده کادر درمانی در شرایط بحرانی کرونا ویروس آسیب های روانی بسیاری را تجربه می کنند. شناسایی و درمان شایع ترین آسیب های روانی خانواده کادر درمان و مکانیزم های دفاعی آنان می تواند به کاهش آسیب های روانی آنها کمک کند.

روش کار: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و با رویکرد کیفی و با روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. نمونه های پژوهش با انتخاب ۲۲ نفر از خانواده کادر درمان با بهره گیری از نمونه گیری گلوله برفی و هدفمند به حد اشباع رسید. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه تلفنی تصویری استفاده شد. تجزیه و تحلیل مصاحبه ها با استفاده از روش تحلیل مضمون براساس مدل براون و کلارک (۲۰۰۶) صورت گرفت.

یافته ها: یافته های حاصل از مصاحبه ها در سه مضمون اصلی آسیب های روانی، مکانیزم های دفاعی بالغ و مکانیزم های دفاعی نابالغ استخراج و طبقه بندی شد.

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که خانواده کادر درمانی تحت تاثیر شرایط بحرانی کرونا ویروس، انواع آسیبهای روانی را تجربه کرده اند و با توجه به مکانیزم های دفاعی آنان می بایستی در این زمینه تمهیدات لازم به کار گرفته شود.

کلیدواژه ها: آسیب روانی، مکانیزم دفاعی، خانواده، کادر درمان، کرونا ویروس.

مقدمه

مجازی شدن مدارس و دانشگاه ها و برخی از مشاغل شد. اما برخی از گروه های 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 خستگی ناپذیر برای محافظت و مراقبت از بیماران فعالیت می کنند. آنها نه تنها استرس کاری بالایی را تجربه می کنند بلکه در معرض خطر بالای ابتلا به ویروس قرار دارند که این امر آنها را در معرض مشکلات روانشناختی قرار می دهد (۲). پیش بینی می شود که این مشکلات روانشناختی به

در دسامبر ۲۰۱۹، شیوع بیماری کرونا ویروس در ووهان چین رخ داد که به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت (۱). برای جلوگیری و مهار این بیماری همه گیر، دولت مردم را تشویق کرد که در خانه بمانند. از اجتماعات دسته جمعی جلوگیری می کرد و لغو یا به تعویق انداختن رویدادهای بزرگ عمومی؛ مکان های عمومی بسته در دستور کار دولت بود. با این حال شیوع کرونا ویروس منجر به مرگ صدها هزار نفر و قرنطینه شدن بسیاری شهرها و کشورهای دنیا،

خانواده منتقل می‌گردد و خانواده آنان نیز در معرض آسیب های روانشناختی قرار می‌گیرند. شواهد تحقیقاتی نشان داده است که کارکنان مراقبت های بهداشتی و خانواده آنان در شیوع بیماری های عفونی از جمله سندرم تنفسی حاد شدید (سارس)، سندرم تنفسی خاورمیانه (مرس) و آنفلوآنزای A جدید در سال ۲۰۰۹، در مقایسه با جمعیت عمومی سطوح بالاتری از آسیب های روانی را تجربه کرده‌اند که در معرض خطر بالایی برای توسعه آسیب‌شناسی روانی قرار داشتند (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹). تحقیقات مختلف در جهان نشان می‌دهد که شدت شیوع کرونا ویروس نیز باعث بروز مشکلات سلامت روانی در کارکنان بخش بهداشت و درمان و خانواده آنان می‌شود (۱۰، ۱۱). یکی از مهم‌ترین دلایل این امر می‌تواند این باشد که بسیاری از کارکنان بخش بهداشت و درمان فاقد ارتباط با خانواده‌ها هستند آن‌ها همچنین ممکن است از عفونت و گسترش ویروس به خانواده‌های خود بترسند. علاوه بر این، از آنجایی که اغلب کارکنان بخش بهداشت و درمان به صورت شیفتی کار می‌کنند و در شرایط بحرانی کرونا ویروس شیفت های کاری فشرده ای را تجربه می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای تاثیر منفی بر زندگی خانوادگی قرار دارند و خانواده‌های آن‌ها علاوه بر تاثیرات روانشناختی کرونا ویروس، مستعد مشکلات سلامت روانی ناشی از تعارض خانوادگی هستند (۱۲). داده‌های پژوهشی نیز نشان می‌دهد خانواده‌های بخش بهداشت و درمان در طول بیماری کرونا از مشکلات روانی مشابهی رنج می‌برند. به عنوان مثال پژوهش (۱۳، ۱۴) نشان داد که همه گیرشناسی، سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، ماهیت ارتباط با کارکنان بخش بهداشت و درمان، آگاهی اعضای خانواده از بیماری کرونا ویروس و وضعیت کاری اعضای خانواده می‌تواند عوامل خطر مهمی برای بروز مشکلات سلامت روانی در اعضای خانواده آنان باشند. از جمله عوامل دیگری که در شرایط بروز بحران می‌تواند نقش ضربه گیر را داشته باشند مکانیسم های دفاعی هستند. مکانیسم های دفاعی به تلاش های گسترده ناهشیار و خودآیندی اشاره دارد که برای حفظ ثبات روانشناختی در مواجهه با استرس های بیرونی و درونی از طریق تغییر ادراک واقعیت عمل می‌کنند (۱۵). به نظر می‌رسد که در شرایط استثنایی و بسیار استرس زای بیماری کرونا، خانواده کادر درمانی از مکانیسم‌های مقابله ای گوناگونی برای سازگاری با این شرایط استفاده می‌کنند. پژوهش‌ها

(۱۶، ۱۸) نشان داده‌اند که افراد در شرایط بحرانی علاوه بر مکانیزم های مقابله‌ای آگاهانه، بر عملیات های ناخودآگاه که به عنوان مکانیزم های دفاعی شناخته می‌شوند، تکیه می‌کنند که می‌توانند واکنش به تجربیات آسیب‌زا را تعدیل کنند و از فرد در برابر آگاهی از احساسات، افکار و درگیری های داخلی و عوامل استرس زای خارجی محافظت کنند. مکانیزم های دفاعی، استراتژی های تنظیم هیجان روانشناختی هستند که تاب آوری را تقویت می‌کنند (۱۸). اندروز، سینگ، باند (۱۹) سه نوع مکانیزم دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک را طبقه بندی کرده‌اند. مکانیزم دفاعی رشد یافته مکانیزم های بهنجار و سازش یافته و در مقابل مکانیزم های دفاعی رشد نیافته و نوروتیک مکانیزم های ناکارآمد و سازش نیافته‌اند که باعث بروز بسیاری از مشکلات جسمی و روان شناختی هستند. از نظر فروید (۲۰) کنش مکانیزم های دفاعی، محافظت از من در مواجهه با اشکال مختلف اضطراب است. از نظر ویلنت (۲۱) مکانیزم های دفاعی فرایندهای تنظیم کننده خودکاری هستند که از طریق اثرگذاری بر چگونگی ادراک رویدادهای تهدیدکننده برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت های درونی و بیرونی عمل می‌کنند. در پژوهش های متعددی از جمله (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵) این فرض تایید شده است که سلامت روانی به طور معناداری با مکانیزم های دفاعی مرتبط است و بلوغ عملکرد دفاعی یک عامل حفاظتی در برابر پیشرفت آسیب های روانی و جسمی است. از سویی دیگر هنگامی که دفاع های بالغ غیر موثر هستند و یا نمی‌توانند فعال شوند، فرد ممکن است شروع به تکیه بر دفاع های تطبیقی کم‌تر یا دفاع های نابالغ کند. دفاع های نابالغ فرد را با پریشانی بیشتر و تاب آوری کم‌تر همراه می‌کند (۲۲). با این حال، آسیب های روانی اپیدمی کرونا ویروس در میان اعضای خانواده بخش بهداشت و درمان و مکانیزم های دفاعی آنان در ایران نادیده گرفته شده است. درحالی‌که در دستورالعمل های کمیسیون بهداشت کشورهای دنیا از جمله چین برای مداخله بحران روانی اضطراری برای افراد مبتلا به کرونا ویروس، اعضای خانواده بخش بهداشت و درمان به عنوان گروه اولویت سوم قرار گرفتند (۱۲). یک سری مطالعات به بررسی تاثیر روانی شیوع کرونا ویروس بر کارکنان بخش بهداشت و درمان پرداخته‌اند؛ در حالی که تاکنون هیچ مطالعه کیفی و کمی به بررسی آسیب های

تحلیل شدند. ابتدا سؤالات کلی از پریشانی های روانشناختی و اجتماعی تجربه شده آنان در زمان بیماری کرونا ویروس و اینکه مکانیزم های دفاعی آنان در برابر پریشانی تجربه شده به چه صورت بوده است، پرسیده شد. پس از بیان هر سؤال و دریافت توضیحات شرکت کنندگان با پرسش سؤالات تکمیلی در راستای پاسخ مطرح شده جریان مصاحبه شکل می گرفت. جهت تعیین درست آزمایی و پایایی یافته ها، از درگیری پیوسته و طولانی مدت، ذهنیت پیش رونده و واریسی توسط شرکت کنندگان بدین صورت که محقق مصاحبه های متنی را برای شرکت کنندگان ایمیل کردند و از آن ها خواستند تا تعیین کنند که آیا کدهای استخراج شده با دیدگاهها و تجربیات آن ها سازگار هستند و از کمیته ی راهنما برای ارزیابی و اجرای برنامه ی مصاحبه استفاده شد. همچنین چهار حوزه رازداری و بی نامی، نقش پژوهشگر در رازداری، توافق آگاهانه و پیامدهای احتمالی مصاحبه ها در راستای ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت شدند. روش تحلیل داده ها براساس مدل براون و کلارک بدین صورت انجام گرفت که ابتدا از متن هر مصاحبه داده ها شناسایی شدند. سپس کدهای اولیه که بیانگر ویژگی مهم داده ها بودند، استخراج شدند. در گام بعد با واریسی کدها به جستجو و شناسایی قالب مضامین اقدام شد و پس از آن کدهای مرتبط با هر مضمون در زیر مجموعه آن قرار داده شدند و همخوانی مضامین با کدهای مستخرج و اصلاح و تایید شبکه مضامین صورت گرفت. در مرحله بعد، تعریف و نام گذاری مضامین انجام شد و نهایتاً تدوین گزارش صورت گرفت.

یافته ها

تعداد کل مصاحبه شونده ها ۲۲ نفر بود که از این تعداد ۹ نفر مرد و ۱۳ نفر زن بودند. میانگین سن پاسخگویان ۴۶ و میزان تحصیلات آنان از راهنمایی تا دکتری بود. ۴ نفر در مقطع راهنمایی، ۵ نفر دیپلم، ۸ دارای مدرک لیسانس، ۴ نفر فوق لیسانس و ۱ نفر در مقطع دکتری بودند. ویژگیهای دموگرافیک پاسخگویان در جدول ۱ آمده است. از تحلیل یافته های پژوهش مجموعاً ۱۰۴ کد اولیه، ۱۲ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی شناسایی شد که در جدول ۲ قابل بررسی است.

روانی اپیدمی کرونا ویروس در میان اعضای خانواده بخش بهداشت و درمان نپرداخته است. برای پرداختن به این شکاف، هدف از مطالعه حاضر شناسایی کیفی شایع ترین آسیب های روانی و مکانیزم های دفاعی اعضای خانواده بخش بهداشت و درمان که تماس مستقیم یا غیرمستقیم با بیماران کرونایی تایید شده یا مشکوک داشتند و ارائه پشتیبانی داده ها برای توسعه مداخلات هدفمند برای این جمعیت به منظور کمک به آن ها برای مقابله با آسیب های روانی در طول اپیدمی کرونا ویروس و پسا کرونا بود. لذا در این راستا پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است شایع ترین آسیب های روانی و مکانیزم های دفاعی خانواده کادر درمان در زمان کرونا ویروس چگونه است؟

روش کار

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل اعضای خانواده کادر درمان شاغل در بیمارستان های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند؛ که از این جامعه، تعداد ۲۲ نفر تا رسیدن به اشباع نظری داده ها با استفاده از نمونه گیری هدفمند و گلوله برفی مورد مصاحبه قرار گرفتند. از آنجا که مصاحبه های رو در رو هم برای محقق و شرکت کنندگان خطرناک بود، داده ها از طریق مصاحبه های تلفنی آنلاین جمع آوری شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از اعضای خانواده کادر درمانی اعم از والدین، همسر و فرزند، رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش و دسترسی به اینترنت و معیارهای خروج عبارت از سابقه خودگزارش شده اختلالات عصبی، بیماری های روانی و سایر اختلالات جدی سیستمیک و خود گزارش دهی سو مصرف مواد بودند.

ابزار

در این پژوهش برای جمع آوری داده ها، از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته به صورت آنلاین استفاده شد. زمان مصاحبه با اختیار کامل مشارکت کنندگان تنظیم شد. مدت زمان مصاحبه براساس راحتی و تحمل مشارکت کنندگان تعیین شد که بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. با رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان مصاحبه تلفنی به صورت صوتی ضبط شد و بلافاصله پس از پیاده سازی

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

تعداد	جنسیت		میانگین			
	زن	مرد	سن	راهنمایی	دیپلم	لیسانس
۲۲	۱۳	۹	۴۶	۴	۵	۸
						فوق لیسانس
						دکتری
						۱
						۴

جدول ۲. مضامین و خرده مضامین آسیب های روانی مستخرج از تحلیل داده ها

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدهای اولیه
	وسواس فکری - عملی	ساعت‌ها فکر کردن در مورد کرونا، ساعت‌ها فکر کردن در مورد دادن همسرم، ساعت‌ها فکر کردن در مورد ابتلا شدن فرزندم به کرونا، شستشوی مداوم دست‌ها، عدم مهارگری بر روی افکار، شستشوی مداوم وسایل خانه، شستشوی کفش‌های بیرونی، شستن مکرر ظروف، احتکار کردن دستمال کاغذی و الکل و ماسک و دستکش
آسیب های روانی	افسردگی	احساس غم و اندوه، گریه و زاری، دل‌تنگی شدید برای دوره‌های خانوادگی، تمایل به انزوا و کناره‌گیری، احساس ناامیدی با مشاهده آمار فوتی‌ها، کاهش اشتها، حوصله نداشتن، کرختی بدن، از دست دادن انرژی، شکایت جسمانی
	اضطراب	نگران سلامتی همسر، نگران سلامت شخصی، نگران سلامتی فرزند، نگرانی و دل‌پره شدید از ابعاد ناشناخته بیماری، شدت بیماری، نامعلوم بودن ماهیت ویروس، پیش‌بینی ناپذیر بودن بیماری، دل‌پره از مرگ پرستاران و پزشکان، تشویش درباره نحوه دفن اجساد کرونایی‌ها، آشفتگی ذهنی، اضطراب از آمار زیاد فوتی‌ها و مبتلایان روزانه، اضطراب مرگ، اضطراب از شنیدن اخبار بد، ترس از جهش ویروس
	اختلال در خواب	شب‌بیداری و بیخوابی، بدخوابی، 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، خواب دیده گی با محتوای مرگ عزیزان

جدول ۳. مضامین و خرده مضامین مکانیزم های دفاعی مستخرج از تحلیل داده ها

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدهای اولیه
	خودتنظیمی عواطف	کاهش عواطف منفی از طریق افزایش دانش پیشگیری، آگاهی جزئی یا کامل از عوامل استرس‌زا، پذیرش وضعیت موجود، دوری از شایعات، بیان احساسات با خودگویی و دگرگویی، آزاد کردن احساسات با آواز خواندن، استفاده از مشاوران حرفه‌ای
مکانیزم های دفاعی بالغ	نوع دوستی	درست کردن ماسک در منزل، درست کردن بسته‌های حمایتی، تماس تصویری با بستگان
	شوخی طبعی	دانلود فیلم‌های طنزگونه راجع به کرونا، شوخی کردن با خانواده، جک درست کردن از قرنطینه، تاکید بر جنبه‌های جالب و خنده‌دار کرونا
	فرونشانی	استفاده از منابع حمایتی؛ دعا خواندن، توسل به ائمه، توکل به خدا، خودمراقبتی فردی، تنفس عمیق نپذیرفتن مرگ عزیزان، امتناع از قبول واقعیت، انکار مرگ دوستان و بستگان
	انکار	ابراز غیرمستقیم خشم نسبت به مردم سهل‌انگار، ابراز غیرمستقیم خشم نسبت به بستگان سهل‌انگار، ابراز غیرمستقیم خشم نسبت به بیماران
	پرخاشگری منفعلانه	شب‌اداری در کودکان، ناخن جویدن در کودکان، جویدن مداد در کودکان، مکیدن انگشت در کودکان، پرخوری عصبی، افزایش سیگار کشیدن
	بازگشت کنش نمایی	شکستن اشیاء، داد زدن، دعوا کردن با دیگران، پرتاب کردن وسایل، کشیدن مو، انزوای اجتماعی، ارتباط نداشتن با بستگان، انگ اجتماعی، کناره‌گیری از نزدیکان

مضمون اول: آسیب های روانی

آن چنان که از نتایج پیداست آسیب های روانی تجربه شده توسط خانواده کادر درمان در قالب ۵ مضمون فرعی وسواس فکری - عملی، افسردگی، اضطراب، اختلال در خواب و اختلال استرس پس از سانحه جای گرفتند.

وسواس فکری - عملی

یکی از شایع ترین آسیب های روانی تجربه شده توسط خانواده کادر درمان، وسواس فکری - عملی بود. پاسخگویان

همانگونه که مشاهده شد آسیب‌های روانی و مکانیزم های دفاعی تجربه شده توسط خانواده کادر درمان در قالب ۳ مضمون اصلی آسیب های روانی، مکانیزم های دفاعی بالغ و مکانیزم های دفاعی نابالغ جای گرفتند. در ادامه به توضیح مضامین اصلی و فرعی به همراه مصداق های مطرح شده توسط شرکت کنندگان پرداخته می شود. لازم به ذکر است نام مشارکت کنندگان به صورت کد آمده است تا از افشای هویت آنها جلوگیری شود.

تنگ میشه هر دو شاغل بیمارستان هستند.

اختلال در خواب

طبق اظهارات پاسخگویان در زمان کرونا ویروس اختلال در خواب بین آنان شایع شده بود. پاسخگویان در این مورد به مفاهیمی همانند «شب بیداری و بیخوابی، بد خوابی، 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، خواب دیدن با محتوای مرگ عزیزان» را مطرح نمودند. به عنوان مثال شرکت کنندگان کد ۱۸ گفت: هرشب که خواب می رفتم، خوابهای پریشان می دیدم مثلاً خواب می دیدم دخترم کرونا گرفته و تو اتاق مراقبت های ویژه است یا دخترم مرده و ما بهشت زهرا هستیم. شرکت کننده دیگری گفت: وقتی میخوامم بخوابم، خیلی سخت می خوابم و خیلی زود بیدار میشم و دیگه خواب نمی بره. شرکت کننده کد ۲۰ مطرح کرد: نوه ام که میخوابه نصف شبها بیدار میشه و جیغ میزنه، میگه خواب بد دیدم، بابام مرده. شرکت کننده دیگری گفت: مثل قبل راحت نمی خوابیم خصوصاً ماههای اول بیماری، اضطرابمان بیشتر بود اصلاً خوابم نمی برد. شرکت کننده کد ۲۳ اظهار کرد: کابوس شبانه دارم با مضمون اینکه همسرم کرونا گرفته و حالش خیلی بد هست.

اضطراب

اظهارات شرکت کنندگان بیانگر این واقعیت بود که آنان در این شرایط بحرانی کرونا ویروس اضطراب شدیدی را تجربه می کنند. آنان مطرح نمودند با اوج گرفتن و افزایش آمار فوتی ها اضطراب آنان نیز کاهش می یابد. افزایش مرگ کرونا اضطراب آنان نیز کاهش می یابد. افزایش مرگ بیماران، برای آن ها نگران کننده و دلهره آور بود. بخصوص مشاهده مرگ بیماران جوانی که بیماری زمینه ای نداشتند، به نگرانی و اضطراب آنان در زمینه سلامتی قادر درمان شدت می داد. بر همین مبنای شرکت کنندگان به مفاهیمی همانند «نگران سلامتی همسر، نگران سلامت شخصی، نگران سلامتی فرزند، نگرانی و دلهره شدید از ابعاد ناشناخته بیماری، شدت بیماری، نامعلوم بودن ماهیت ویروس، پیش بینی ناپذیر بودن بیماری، دلهره از مرگ پرستاران و پزشکان، تشویش درباره نحوه دفن اجساد کرونایی ها، آشفتگی ذهنی، اضطراب جدایی، اضطراب از آمار زیاد فوتی ها و مبتلایان روزانه، اضطراب مرگ، اضطراب از شنیدن اخبار بد، ترس از جهش ویروس» اشاره کردند. به عنوان مثال

اظهار نمودند که این آسیب عملکرد روزانه آنان را با اختلال مواجه کرده است. بر همین اساس پاسخگویان به مفاهیمی همانند "ساعتها فکر کردن در مورد کرونا، ساعت ها فکر کردن در مورد از دست دادن همسرم، ساعت ها فکر کردن در مورد ابتلا شدن فرزندم به کرونا، شستشوی مداوم دست ها، عدم مهارگری بر روی افکار، شستشوی مداوم وسایل خانه، شستشوی کفش های بیرونی، شستن مکرر ظروف و سوئیچ، ضد عفونی کردن مکرر موبایل، احتکار کردن دستمال کاغذی و الکل و ماسک و دستکش" را مطرح نمودند. در این باره کد ۲۲ گفت: می ترسیم که نکته دستام کثیف و آلوده باشنند بارها می شستم و الکل می زدم. شرکت کننده دیگری گفت: بیش از حد معمول دستام رو الکل می زدم حتی کلید های خونه و دستگیره ها رو ۶ یا ۷ مرتبه در روز می شستم و بعد الکل می زدم، افکاری تو سرم مدام میومد که اینها آلوده هستند. به کارهای خونه نمی رسیدم. تعدادی از پاسخگویان مطرح کردند که به احتکار کردن روی آورده بودند. در این باره کد ۱۹ گفت: مقدار زیادی دستمال کاغذی و الکل و ماسک خریدم، انباری رو پر کردم با همسرم سر این چیزها دعوا مون میشد که چرا این همه احتکار کردی. شرکت کننده کد ۱۳ مطرح کرد: از بس که گوشی موبایلم را ضد عفونی کرده بودم، خراب شد.

افسردگی

در این زمینه پاسخگویان به مفاهیمی همانند مشکلات خلقی، احساس غم و اندوه، گریه و زاری، دلتنگی شدید برای دورهمی خانوادگی، تمایل به انزوا و کناره گیری، احساس ناامیدی با مشاهده آمار فوتی ها، کاهش اشتها، حوصله نداشتن، کرختی بدن، از دست دادن انرژی و شکایت جسمانی اشاره کردند. پاسخگویان به تغییرات خلقی خود اشاره کردند که در زمان کرونا ویروس ایجاد شده بود. در این باره شرکت کننده کد ۲ بیان کرد: اوایل وقتی مشاهده می کردیم که آمار فوتی ها روز به روز زیاد میشه، احساس ناامیدی می کردیم. شرکت کننده دیگری گفت: همسرم که نیست اشتهای من و پسر کم شده، بعضی اوقات پسرم اصلاً چیزی نمیخوره. شرکت کننده کد ۱۷ گفت: دخترم منزل نمیداد، یک آپارتمان دیگه داریم از ترس اینکه مبادا ناقل باشه فعلاً تنها زندگی میکنه؛ دخترم که نیست حوصله هیچ کاری رو ندارم. رمق ندارم که از رختخواب بلند بشم، انرژی ندارم. شرکت کننده کد ۱۲ گفت: نوه ام روز و شب گریه میکنه خب حق داره دلش برای پدر و مادرش

شرکت کننده کد ۱۰ گفت: وقتی دختر پرستارم تعریف می کرد که جوان ۳۰ ساله ۳۵ ساله جلوی چشمون نفس کم میاره، خیلی نگران سلامتی دخترم می شدم، یکهوتو دلیم خالی میشد دلهره می گرفتم نکنه دخترم را از دست بدم. شرکت کننده کد ۱۳ گفت: از اینکه همسرم در بخش بیماران کرونایی ها کار می کرد واقعا نگران کننده بود، مضطرب میشدم، این نگرانی ها برای سلامتی همسرم مدام به ذهنم میومد و حالم رو بد می کرد. شرکت کننده کد ۴ گفت: نگران خانواده ام بودم، همسرم در بخش کرونایی ها خدمت می کرد. می شنیدم که همکارانش فوت کردند نگران میشدم و این نگرانی مضطربم می کرد مثلاً یکهوتو در جین کار دلهره می گرفتم نکنه همسرم مبتلا شده باشه. یکی دیگر از مضامینی که منجر به اضطراب خانواده کادر درمان می شد، ابعاد ناشناخته و پیش بینی ناپذیر بودن بیماری بود. یکی از شرکت کنندگان در این زمینه گفت: همکار پسرم شهید شد خیلی جوون و ۳۵ ساله بود، بیماری زمینه ای نداشت. این موارد رو می دیدم مضطرب می شدیم. شرکت کننده کد ۱۱ گفت: بیماری عجیب و غریبی است. ماهیت این بیماری هنوز مشخص نشده، تلویزیون پرستاران و پزشکان شهید را نشان میده که چقدر جوون هستند، تپش قلب می گیرم و نگران دخترم میشم. شرکت کننده دیگری گفت: هر روز آمار مرگ و میر بالا و پایین میشه، بالا که میاد حال منم خراب میشه، میدونم که کار همسرم زیاد میشه و ممکنه به کرونا مبتلا بشه. نکته ایی که اکثر خانواده های کادر درمان مطرح کردند این بود که برخی از مادران شاغل در بیمارستان ها، کودکان خردسالی داشتند که مجبور بودند از آن ها فاصله بگیرند. کودکان بسیار مضطرب و از اضطراب جدایی رنج می بردند. در این رابطه شرکت کننده کد ۸ اظهار داشت: اوایل کرونا که نوه ام پیش ما بود خیلی برای دیدن مادرش بیقراری می کرد، دخترم پسرش رو خونه ما گذاشته بود، یکماه بود که مادرش رو از نزدیک ندیده بود، بغلش نکرده بود. شرکت کننده کد ۶ بیان کرد: همسرم در بخش کرونایی ها هست ما یک دختر ۶ ساله داریم، دوست داره تو بغل مادرش بخوابه، بوسش کنه ولی وقتی همسرم به خانه میاد، باید ازش فاصله بگیره، داد میزنه، درک نداره کوچیکه. اینها موقعیتهای سختی برای ماست که ما رو هم عصبی میکنه. همچنین تجزیه و تحلیل یافته ها نشان داد که یکی از منابع آسیب روانی خانواده کادر درمان، اضطراب از شنیدن

اخبار بد بود. در این مورد یکی از شرکت کنندگان گفت: همواره اضطراب دارم که نکنه امروز بشنوم همسرم یا یکی از همکارانش یا بستگانم به ویروس مبتلا شده اند.

اختلال استرس پس از سانحه

تحلیل یافته ها نشان داد که یکی دیگر از آسیب های روانی تجربه شده توسط خانواده کادر درمان، اختلال استرس پس از سانحه بود که از فقدان عزیزان یا سوگواری انجام نشده برای آنان به وجود آمده بود. در این زمینه شرکت کنندگان به مفاهیمی همانند «شوک مرگ، انکار مرگ، مرور افکار مزاحم، تحریک پذیری، سوگ حل نشده، فلاش بک ذهنی مداوم صحنه های آسیب زا، طولانی بودن گوش بزنگی برای شنیدن اخبار بد، مرگ ناگهانی عزیزان» اشاره کردند. یکی از شرکت کنندگان در این باره گفت: دخترم باردار بود، جوون بود، نمیدونم چی شد، باورم نمیشه کنارم نیست. شرکت کننده دیگری در حالیکه گریه می کرد، گفت: برادرمو از دست دادم بلافاصله اومدم سرکار، فرصتی برای سوگواری نداشتم. زمانی برای غصه خوردن وجود نداشت. شرکت کننده کد ۱۲ گفت: همش گوش بزنگم، استرس دارم که نکنه بشنوم پسرم کرونا گرفته، پسر و دخترم هر دو بیمارستان کار میکنن، دخترم را از دست دادم.

مکانیزم های دفاعی که خانواده کادر درمانی در زمان کرونا ویروس به منظور کاهش آسیب های روانی استفاده می نمودند به دو خرده مضمون اصلی طبقه بندی شدند که شامل مکانیزم های دفاعی بالغ و مکانیزم های دفاعی نابالغ بود. شرح مکانیزم های دفاعی مذکور در ادامه به همراه مضامین فرعی و مصادیق آن آمده است:

مضمون دوم: مکانیزم های دفاعی بالغ

مکانیزم های دفاعی بالغ به صورت خود تنظیمی عاطفی، نوع دوستی، شوخ طبعی و فرونشانی آشکار می شدند. از گزارشات پاسخگویان به دست آمد که یکی از مکانیزم های دفاعی بالغانه آنان خودتنظیمی عاطفی بود. بر همین اساس پاسخگویان به مفاهیمی همانند «کاهش عواطف منفی از طریق افزایش دانش پیشگیری، آگاهی جزئی یا کامل از عوامل استرس زا، پذیرش وضعیت موجود، دوری از شایعات، بیان احساسات با خودگویی و دگرگویی، آزاد کردن احساسات با آواز خواندن، پذیرش نقش های جدید خانوادگی» اشاره کردند. به عنوان مثال شرکت کننده کد ۲۱ گفت: افکارمنفی و اضطرابم را از طریق صحبت کردن با دوستانم کاهش می دادم؛ وقتی با آنان صحبت می کردم

این بار کد شماره ۱۲ گفت: یکی از کارهایی که انجام می‌دادم این بود که فیلم و کلیپ‌های خنده‌دار را جمع‌آوری می‌کردم. شرکت کننده به کرونا را سرچ و جمع‌آوری می‌کردم. شرکت کننده دیگری بیان کرد: دخترم نقاشی می‌کشید، یک دفتر نقاشی تو این مدت تموم کرده بود، خیلی از نقاشیهایش حالت کاریکاتور خنده‌دار بود.

یکی دیگر از مکانیزم دفاعی بالغانه فرونشانی بود. در این باره پاسخگویان عنوان نمودند که به صورت خودآگاه و ارادی سعی می‌کنند برخی از خواسته‌ها و انگیزه‌های خود را مهار کنند یا اینکه برای یک دوره کوتاه مدت به خاطرات ناراحت‌کننده نمی‌اندیشند. آنان برای این کار از دعا خواندن، توسل به ائمه، توکل به خدا، خود مراقبتی فردی و تنفس عمیق استفاده می‌کردند. به عنوان مثال یکی از شرکت کنندگان گفت: با دعا خواندن به هیچی دیگه فکر نمی‌کردم یاد خدا خیلی بهم آرامش می‌داد. شرکت کننده کد ۲۰ بیان کرد: هر سه شنبه برنامه گذاشته بودیم که همگی دعای توسل بخونیم نه اینکه دیگران را دعوت کنیم فقط من به همراه شوهرم و نوه‌ها که پیش ما بودند؛ دعا می‌خوندیم. شرکت کننده دیگری گفت: برای مقابله با افکار منفی به ایمان تکیه می‌کنم. اعمال مذهبی بهم آرامش می‌بخشد، اضطرابم رو کم می‌کند.

مضمون سوم: مکانیزم‌های دفاعی نابالغ

شایع‌ترین مکانیزم‌های دفاعی نابالغ که خانواده‌کادر درمانی جهت کاهش آسیب‌های روانشناختی از آن‌ها استفاده می‌کردند شامل انکار، پرخاشگری منفعلانه، بازگشت و کنش‌نمایی بود. تحلیل یافته‌ها برآمد که انکار یکی از مکانیزم‌های دفاعی نابالغانه‌ای بود که پاسخگویان به صورت ناخودآگاه از آن استفاده می‌کردند. مضامین فرعی این مکانیزم شامل نپذیرفتن مرگ عزیزان، امتناع از قبول واقعیت، انکار مرگ دوستان و بستگان بودند. برخی از پاسخگویان توانایی پذیرش واقعیت‌ها را نداشتند و پذیرش آن‌ها برای فرد اضطراب‌آور بود. پس به کمک انکار به گونه‌ای رفتار می‌کردند که انکار چنین مشکل یا شرایطی وجود ندارد. به عنوان مثال برخی از پرستارانی که شهید شده بودند، مادران یا همسرانشان نمی‌توانند بپذیرند که آنان در قید حیات نیستند می‌گویند آنان سرکار هستند. در این باره کد ۱۳ گفت: پسرمرگ سرکار است بخاطر اینکه ما کرونا نگیریم منزل نمیداد. شرکت کننده دیگری که پدرش شهید شده بود، مرگ پدر را انکار می‌کرد؛ گفت:

احساس آرامش می‌کردم. شرکت کننده دیگری بیان کرد: هر موقعه دلهره می‌گرفتم و احساس ناامیدی و درماندگی می‌کردم تصویری با همسر صحت می‌کردم و حال دلم بهتر می‌شد. شرکت کننده کد ۱۷ بیان کرد: گاهی اوقات ناخودآگاه آواز می‌خوندم؛ آواز خواندن حالم رو خوب می‌کرد. شرکت کننده کد ۱۵ گفت: سعی می‌کردم از فضای مجازی کمتر استفاده کنم تا از شایعات و اخبار دروغ فاصله بگیرم. شرکت کننده دیگری گفت: با شیوع بیماری کووید ۱۹ نقش هامون دو برابر شده بود، نوه‌ها پیش ما بودند و باید چهار چشمی مواظب اون‌ها باشیم که سالم به مادرشون برگردونیم. یکی دیگر از مکانیزم‌های دفاعی بالغانه، نوع دوستی بود. طبق اظهارات شرکت کنندگان کمک و خدمت به دیگران احساس خشنودی برای آنان به دنبال داشت و از مشاهده واکنش و بازخورد مثبت دیگران احساس خوبی پیدا می‌کردند. آنان اظهار داشتند که درست کردن ماسک در منزل، درست کردن بسته‌های حمایتی، تماس تصویری با بستگان، قربانی کردن و رساندن به دست نیازمندان منجر به کاهش پریشانی روانشناختی آنان می‌شد. در این باره یکی از شرکت کنندگان گفت: نمیدونم چرا اینطوری شدم در این زمان کرونا خیلی تمایل دارم به دیگران کمک کنم با کمک کردن به دیگران حالم بهتر میشه. شرکت کننده کد ۶ بیان کرد: در زیر زمین خونه مون با شوهرم بسته‌های حمایتی درست می‌کنیم و بسیج محله می‌دهیم که به دست نیازمندان برسوند؛ بچهام هر دو توبیمارستان کار می‌کنند با این کار آروم می‌شویم. شرکت کننده دیگری گفت: من خیاط هستم برای اینکه خودم را در نبود شوهرم مشغول کنم برای فقرا ماسک می‌دوزم با این سرگرمی اضطرابم کم میشه و احساس خوشایندی دارم. شرکت کننده کد ۱۱ گفت: از اول کرونا تا الان سه بار قربانی کردیم و خودمون با رعایت پروتکل‌های بهداشتی به دست خانواده‌های نیازمند رسوندیم و از اینکه بازخورد مثبت آنان را می‌دیدیم احساس خوبی پیدا می‌کردیم.

از گزارشات پاسخگویان به دست آمد که آنان از شوخ طبعی در قالب‌های گفتاری، نوشتاری و عملی با هدف سرگرمی استفاده می‌کردند. بر همین اساس پاسخگویان به مفاهیمی همانند «دانلود فیلم‌های طنزگونه راجع به کرونا، شوخی کردن با خانواده، جک درست کردن از قرنطینه، تاکید بر جنبه‌های جالب و خنده‌دار کرونا، دست نوشته‌های طنزگونه، نقاشی کشیدن طنزگونه فرزندان» اشاره کردند. در

پدرم خواب است.

یکی دیگر از مکانیزم های دفاعی نابالغ پرخاشگری منفعلانه بود. از گزارشات پاسخگویان به دست آمد که برخی از آنان خشم خود را نسبت به دیگران و موقعیت ها به صورت غیر مستقیم و پنهان ابراز می کنند و حتی این خشم را به خودشان منتقل کنند و به دنبال آزار رساندن به خود هستند. بر همین اساس از تحلیل یافته ها مضامین فرعی از قبیل « ابراز غیرمستقیم خشم نسبت به مردم سهل انگار، ابراز غیرمستقیم خشم نسبت به بستگان سهل انگار، ابراز غیرمستقیم خشم نسبت به بیماران » استخراج شد. در این باره کد شماره ۱۲ گفت: بعضی از مردم قرنطینه رو رعایت نمی کنند حتی ماسک نمی زنند وقتی تلویزیون نشون میده حالم خراب میشه؛ نمیتونم این درد بی توجهی آنان را تحمل کنم و سکوت می کنم و با کسی حرف نمی زنم و نمی تونم احساساتم را بروز دهم و اطرافیان نمی دونند بخاطر چی ناراحت هستم. شرکت کننده دیگری گفت: جدیداً از حرف زدن امتناع می کنم به تماس های بستگان و دوستانم جواب نمیدم، اطرافیان میگن خیلی قهر میکنی. از دیگر مکانیزم های دفاعی بکار گرفته شده توسط خانواده کادر درمانی بازگشت بود. نکته ایی که از گزارشات اکثر پاسخگویان به دست آمد این بود که به سمت رفتارهای کودکانه گرایش پیدا کرده بودند. در این زمینه به مفاهیمی همانند شب اداری در کودکان، ناخن جویدن در کودکان، جویدن مداد در کودکان، مکیدن انگشت در کودکان، پرخوری عصبی، افزایش سیگار کشیدن اشاره کردند. در این باره کد شماره ۱۵ گفت: نوه ام نوجوان است اما دچار شب اداری شده است؛ نمیتونم از استرس هست از دوری مادرش هست. شرکت کننده دیگری گفت: از زمان کرونا سیگار کشیدم زیاد شده خصوصاً اوایل؛ تو یک روز یک پاکت سیگار رو تموم می کردم. شرکت کننده کد ۱۱ بیان کرد: نوه ام ناخن هاشو میخوره، دیگه ناخن براش نمونده؛ تصمیم گرفتیم نزد مشاور بریم. شرکت کننده دیگری گفت: از زمانی که همسرم نیست فقط میخورم، با خوردن حالم بهتر میشه؛ بعدش عذاب وجدان می گیرم و تا چند روز روزه می گیرم. همچنین تجارب خانواده کادر درمانی بیانگر این بود که آنان به جای تاب آوری و مدیریت اضطراب ناشی از شرایط بحرانی بیماری کرونا، واکنش غیر سازنده ایی از خود بروز می دادند که آسیب به خود یا دیگران را به همراه داشت و از این طریق آرامش خود را به دست

می آوردند. تحلیل یافته ها نشان داد که مکانیزم کنش نمایی در بزرگسالان به صورت پرت کردن اشیاء، داد زدن، دعوا کردن با دیگران و در کودکان به صورت پرتاپ کردن وسایل یا کشیدن مو آشکار می شد. به عنوان مثال کد شماره ۱۴ گفت: نوه ۴ ساله دارم از زمانی که کرونا شده و مادرش رو دیر به دیر میبینم تا باهاش مخالفت می کنیم مو میکشه یا موهای خودش رو یا موهای ما رو. شرکت کننده دیگری گفت: نمیتونم تا یه چیزی میشه داد میزنم؛ وسایل رو پرت میکنم؛ بعدش پشیمان میشم.

بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی کیفی آسیب های روانی و مکانیزم های دفاعی خانواده کادر درمان در زمان کرونا و ویروس انجام شد. در این مطالعه نشان داده شد که خانواده کادر درمانی آسیب های روانشناختی زیادی را در شرایط بحرانی کرونا و ویروس تجربه کرده اند که نتایج یافت شده در قالب مجموعاً ۱۰۴ کد اولیه، ۱۲ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی تحت عنوان آسیب های روانی، مکانیزم های دفاعی بالغ و مکانیزم های دفاعی نابالغ بدست آمدند. آسیب های روانی گزارش شده توسط پاسخگویان شامل وسواس فکری - عملی، اختلال در خواب، افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه بودند. وسواس فکری - عملی یکی از شایع ترین آسیب های روانی تجربه شده توسط خانواده کادر درمان بود. پاسخگویان اظهار نمودند که این آسیب عملکرد روزانه آنان را با اختلال مواجه کرده است. این یافته موئید نتایج کانگ و همکاران (۲۰۲۰) و با مطالعات قبلی در مورد بیماری سارس و مارس از جمله لی و همکاران (۲۰۰۷) و الیزار و همکاران (۲۰۱۰) همخوان است. آسیب روانی دیگری که خانواده کادر درمانی تجربه کرده بودند، افسردگی بود. خانواده کادر درمانی از اینکه به سرعت آمار فوتی ها افزایش می یافت؛ احساس افسردگی و ناامیدی می کردند. همچنین در بین اعضای خانواده کادر درمانی مشکلات خلقی از جمله گریه و زاری، انزوا و کناره گیری، شکایت جسمانی، کاهش اشتها، حوصله نداشتن، از دست دادن انرژی و مختل شده عملکرد روزانه به دلیل دلنگی شدید برای عضوی از خانواده که در بیمارستان خدمت می کند و امکان دارد هر لحظه به بیماری مبتلا شود و جان خود را از دست دهد؛ مشاهده شد. این یافته با یافته تحقیقات زمان کرونا و ویروس از جمله وانگ و همکاران (۲۰۲۰) و شیاو (۲۰۲۰) و

به بیمارستان آنان از مرگ بیماران کووید ۱۹ و همکاران خود تجربه می کرد به آنان نیز منتقل می شد. به نظر می رسد که در زمان شیوع کرونا ویروس ارائه حمایت های روانی و برگزاری کارگاه های مجازی برای مهارگری استرس و مدیریت اضطراب از مرگ برای خانواده کادر درمان موثر باشد. همچنین اکثریت خانواده کادر درمان گزارش دادند با توجه به پیش بینی ناپذیر بودن ماهیت ویروس، عزیزان آنان که در بیمارستان خدمت می کردند؛ مجبور بودند دور از آنان یا در اتاقی مجزا به صورت تنهایی زندگی کنند. این امر باعث شده بود که فرزندان آنان و همچنین عضو کادر درمان از اضطراب جدایی رنج ببرند. این یافته با یافته پژوهش دوسیل و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که دریافتند که تنها وضعیت کودک یک عامل کلیدی است که استرس کاری پرستاران در ووهان را تحت تاثیر قرار می دهد و این ممکن است مربوط به تعارض نقش و سیستم حمایت اجتماعی ناکافی باشد. اختلال استرس پس از سانحه آسیب روانی دیگری بود که خانواده کادر درمان از آن رنج می بردند. اختلال استرس پس از سانحه در آنان از مرور حوادث آسیب زا، انکار مرگ عزیزان، مرور افکار مزاحم، تحریک پذیری، سوگ حل نشده، مرگ ناگهانی عزیزان، فلاش بک ذهنی مداوم صحنه های آسیب زا، گوش بزنگی برای شنیدن اخبار بد ایجاد شده بود. این یافته موئید نتایج وانگ، هوری، هیدن و گائو (۲۰۲۰) بود. تحلیل یافته ها نشان داد مکانیزم های دفاعی که خانواده کادر درمان برای کاهش آسیب های روانی از آن استفاده می کردند در قالب دو مضمون اصلی مکانیزم های دفاعی بالغ و مکانیزم های دفاعی نابالغ جای گرفتند. مکانیزم های دفاعی بالغ به صورت خود تنظیمی عاطفی، نوع دوستی، شوخ طبعی و فرونشانی آشکار شدند. پاسخگویان به کاهش عواطف منفی خود از طریق افزایش دانش پیشگیری، آگاهی جزئی از عوامل استرس زا، پذیرش وضعیت موجود، دوری از شایعات، بیان احساسات با خودگویی و دگرگویی، آزاد کردن احساسات با آواز خواندن، پذیرش نقش های جدید خانوادگی اشاره کردند. این یافته ها با نظریه اندروز، سینگ و باند (۱۹۹۳) همخوان است که بیان می کنند مکانیزم دفاعی رشد یافته مکانیزم های بهنجار و سازش یافته هستند که باعث بروز بسیاری از مشکلات جسمی و روان شناختی می شوند. اظهارات شرکت کنندگان بیانگر این واقعیت بود که نوع دوستی از طریق کمک و خدمت

تحقیقات قبلی زمان بحرانی بیمار سارس و آنفلوآنزای A از جمله طاها و همکاران (۲۰۰۹)؛ کاولینگ و همکاران (۲۰۱۰)؛ بای و همکاران (۲۰۰۴) که نشان دادند که کارکنان بخش بهداشت و درمان و خانواده آنان در طول شیوع بیماری افسردگی شدید را تجربه کردند، همخوان است. اختلال در خواب مضمون دیگری بود که خانواده کادر درمانی در زمان کرونا ویروس از آن رنج می بردند. اختلال در خواب آنان به صورت شب بیداری و بیخوابی، بد خوابی، 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، خواب دیدن با محتوای مرگ عزیزان ایجاد می شد. این یافته با نتایج تحقیقات چو و همکاران (۲۰۲۰) و لای و همکاران (۲۰۲۰) در زمان کرونا ویروس و تحقیقات قبلی زمان بیماری سارس از جمله پژوهش لی و همکاران (۲۰۰۷)؛ وانگ و همکاران (۲۰۱۱) همخوان و همسو است. آسیب روانی دیگری که خانواده کادر درمانی گزارش دادند، اضطراب بود که به صورت مضامین فرعی نگران سلامتی همسر، نگران سلامت شخصی، نگران سلامتی فرزند، نگرانی و دلهره شدید از ابعاد ناشناخته بیماری، شدت بیماری، نامعلوم بودن ماهیت ویروس، پیش بینی ناپذیر بودن بیماری، دلهره از مرگ پرستاران و پزشکان، تشویش درباره نحوه دفن اجساد کرونایی ها، آشفتگی ذهنی، اضطراب جدایی، اضطراب از آمار زیاد فوتی ها و مبتلایان روزانه، اضطراب مرگ، اضطراب از شنیدن اخبار بد، اضطراب از جهش ویروس شناسایی شد. اظهارات شرکت کنندگان بیانگر این واقعیت بود که آنان در این شرایط بحرانی کرونا ویروس اضطراب شدیدی را تجربه می کنند. با اوج گرفتن و افزایش آمار فوتی ها اضطراب آنان افزایش و با کاهش آمار کرونا اضطراب آنان نیز کاهش می یابد. افزایش آمار روزانه مرگ بیماران و بخصوص کادر درمان بر سلامت روانی آنان تاثیر منفی گذاشته و منجر به اضطراب از مرگ گردیده است. این یافته موئید نتایج وانگ و هوری (۲۰۲۰) و پژوهش های الیزار و همکاران (۲۰۱۰)؛ استرزمیکا و همکاران (۲۰۱۳) در زمان بیماری آنفلوآنزای A بود. اضطراب تحویل اخبار بد، تجربه دیگری بود که شرکت کنندگان در این مطالعه گزارش دادند. خانواده کادر درمان روز خود را با اضطراب شدیدی شروع می کنند از اینکه اخبار بدی از عضو وابسته خود به بیمارستان دریافت کنند. اکثریت شرکت کنندگان مطرح کردند اضطراب و پریشانی که عضو وابسته

استفاده می کردند بدین صورت که واکنش غیر سازنده ایی از خود بروز می دادند که آسیب به خود یا دیگران را به همراه داشت و از این طریق آرامش خود را به دست می آوردند. این یافته موئید نتایج دی روتین و همکاران (۲۰۲۱) و دی جوزپه و همکاران (۲۰۲۱) بود.

نتیجه گیری

تحلیل یافته ها نشان داد که خانواده کادر درمان از مکانیزم های دفاعی نابالغ استفاده می کردند که ناکارآمد و سازش نایافته اند و باعث بروز بسیاری از مشکلات جسمی و روان شناختی می گردند و همچنین تسکین و آرامش ناشی از مکانیزم های دفاعی بالغ نیز مقطعی و گذرا است و از طرف دیگر پریشانی روانشناختی کادر درمان ناشی از بار کاری سنگین و خستگی جسمی و روانی آنان به خانواده هایشان نیز منتقل می گردد لذا مداخله تخصصی توسط مشاوران حرفه ایی برای خانواده کادر درمانی در این شرایط بحرانی ضرورت دارد. پیشنهاد می گردد تدابیری از سوی مسئولین اتخاذ گردد که خانواده کادر درمان بتوانند از کمک حرفه ایی مشاوران به صورت مجازی بهره گیرند تا توجه مداوم به این گروه معطوف و مداخله روانی به موقع اعمال شود. اگر این آسیب های روانشناختی به طور موثر حل نشوند، ممکن است نه تنها منجر به کاهش ایمنی و افزایش شانس عفونت کووید ۱۹ شوند، بلکه تاثیر نامطلوبی بر کیفیت و ایمنی سیستم کارکنان مراقبت های پزشکی نیز داشته باشند. پیشنهاد می شود برای پیشگیری از آسیب های روانشناختی مداخلاتی از جمله ایجاد خطوط مستقیم کمک روانی از راه دور و ارائه مشاوره انفرادی و گروهی آنلاین به طور منظم و مستمر جهت کمک روانی به خانواده کادر درمان بخصوص فرزندان آنان ارائه گردد. پژوهش حاضر مانند بسیاری از پژوهش های دیگر با محدودیت مواجه بود. به دلیل وضعیت اضطراری و کاهش خطر عفونت برای مصاحبه شونده و شرکت کنندگان، داده ها از طریق مصاحبه تلفنی تصویری در قالب اینترنت جمع آوری شد. گاهی اوقات با قطع سیگنال اینترنت مواجه می شد که باعث می گردید برخی از سوالات مصاحبه مجدد پرسیده شود.

به دیگران احساس خشنودی برای آنان به دنبال داشت و از مشاهده واکنش و بازخورد مثبت دیگران احساس خوبی پیدا می کردند که منجر به کاهش پریشانی روانشناختی آنان می شد. همچنین آنان از شوخ طبعی در قالب های گفتاری، نوشتاری و عملی با هدف سرگرمی استفاده می کردند و صورت خودآگاه و ارادی سعی می کردند برای یک دوره کوتاه مدت به خاطرات ناراحت کننده فکر نکنند. آنان برای این کار از دعا خواندن، توسل به ائمه، توکل به خدا، خود مراقبتی فردی و تنفس عمیق استفاده می کردند. این نتایج موئید نظریه فروید (۱۹۲۳) و ویلنت (۱۹۹۴) است که معتقد هستند کنش مکانیزم های دفاعی بالغانه، محافظت از من در مواجهه با اشکال مختلف اضطراب است. همچنین با یافته های پژوهش آبات و همکاران (۲۰۲۰)، دادستان و همکاران (۱۳۸۸)؛ دخیلی و همکاران (۲۰۱۳)؛ جمیل و همکاران (۱۳۹۴) همسو است مبنی بر اینکه سلامت روانی به طور معناداری با مکانیزم های دفاعی مرتبط است و بلوغ عملکرد دفاعی یک عامل حفاظتی در برابر پیشرفت آسیب های روانی و جسمی است. شایع ترین مکانیزم های دفاعی نابالغ که خانواده کادر درمانی جهت کاهش آسیب های روانشناختی از آن ها استفاده می کردند شامل انکار، پرخاشگری منفعلانه، بازگشت و کنش نمایی بود. از تحلیل یافته ها برآمد که انکار یکی از مکانیزم های دفاعی نابالغانه ایی بود که پاسخگویان به صورت ناخودآگاه از آن استفاده می کردند. همچنین از گزارشات پاسخگویان به دست آمد که برخی از آنان خشم خود را نسبت به دیگران و موقعیت ها به صورت غیر مستقیم و پنهان ابراز می کنند و حتی این خشم را به خودشان منتقل کنند و به دنبال آزار رساندن به خود هستند. این یافته با یافته های پژوهش احمدی طهور و همکاران (۲۰۲۰) همخوان است. پاسخگویان به سمت رفتارهای کودکانه گرایش پیدا کرده بودند. در این زمینه به مفاهیمی همانند شب ادراری در کودکان، ناخن جویدن در کودکان، جویدن مداد در کودکان، مکیدن انگشت در کودکان، پرخوری عصبی، افزایش سیگار کشیدن اشاره کردند. همچنین تجارب خانواده کادر درمانی بیانگر این بود که آنان به جای تاب آوری و مدیریت اضطراب ناشی از شرایط بحرانی کرونا ویروس، از مکانیزم کنش نمایی

References

1. Askari M, Joubdary A, Eskandari H. Analysis of lived experiences of people with coronary heart disease in personal, family and social relationships and strategies to prevent and control the psychological damage caused by it. *Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*. 2021; 12 (45): 46-29
2. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry investigation*.2020; 17(2):175-182 <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
3. Taha S, Matheson K, Cronin T, & Anisman H. Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology*.2009; 19(3), 592-605. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12058>
4. Bai Y, Lin C, Lin C, Chen J, Chue C, & Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*.2004;55(9), 1055-1057. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>
5. Lee S, Kang W, Cho A, Kim T, & Park J. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*,2018; 87(2), 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
6. Lee A, Wong J, McAlonan G, Cheung V, Cheung, Sham P, ... Chua S. Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*,2007; 52(4),233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
7. Elizarrarás J, Vargas J, Mayoral M, Matadamas C, Elizarrarás A, Taylor M, & Agho K. Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC Psychiatry*.2010;10(1):1-10 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-104>
8. Strzemecka J, Pencuła M, Owoc A, et al.. The factor harmful to the quality of human life--shift-work. *Ann Agric Environ Med* .2013; 20(2) : 298-300
9. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang B, Liu Z. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*.
10. Dosil O, Redondo I, Picaza M, Jaureguizar J. Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. *Front Psychol*. 2020; 26(4) : 148-156 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606121>
11. Wang C, Horby P, Hayden, & Gao F. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
12. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users.2020; 17(6):32-20 <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
13. Chew N, Lee G, Tan Q, Jing M, Goh Y, Ngiam N, Sharma K. A Multinational, Multicentre Study on the Psychological Outcomes and Associated Physical Symptoms Amongst Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*.2020 <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
14. Ahmadi T, Soltani M, Taherabadi S, Rahnejat AM, Haghghadam-Shahed, A Taghva. providing of evaluation An. V Donyavi, H coronavirus during interventions psychological .review narrative a: 19-COVID disease.2020; 16-(8):1-22
15. Vaillant G. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*.2000; 1, 89-98 <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.89>
16. De Roten Y, Djillali S, Crettaz F, Despland J, Ambresin G. Defense mechanisms and treatment response indepressed inpatients *FrontPsychol*.2021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633939>
17. Di Giuseppe M, Perry J, Conversano C, Gelo G, Gennaro A . Defense mechanisms, gender, and adaptiveness in emerging personality disorders in adolescent outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis*.2021; 208(26) : 933-941 <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001230>
18. Albott C, Wozniak J, McGlinch B, Wall M, Gold B, Vinogradov S. Battle buddies: Rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic. *Anesth. Analg*.2020; 131(7): 43-54 <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912>
19. Andrews G, Singh M, & Bond M. The Defense

- Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*.1993; 4(2), 246-256. <https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>
20. Freud A. The ego and the mechanisms of defence. London: Karnac Books.1992
21. Vaillant G. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*.1994; 1(5): 44-50. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.44>
22. Conversano C, Di G .Psychological factors as determinants of chronic conditions: Clinical and psychodynamic advances. *Front. Psychol*.2021; 12(3), 635-708 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635708>
23. Dadsetan P, Ali Bakhshi Z, Pakdaman S. Defense Mechanism Styles in Self-Friendly Personality Types: A Fundamental Correlation. *Journal of Transformational Psychology: Iranian Psychologists*.2010; 5 (18): 109-99.
24. Dakhili S, Manavipour D, Golshani G. The Prediction of Mental Health by the Mechanisms of Immature Defense Style. *Journal of Behavioral sciences in Asia*.2013; 1(8), 32- 40.
25. Jamil L و Atef Vahid M, Dehghani M, Habibi M. Mental health from the perspective of psychodynamics: the relationship between ego empowerment, defense styles and object relationships with health. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*,2014; 21 (2): 154-144.