

# گزارش نهایی

## عنوان طرح

بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای در  
بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19

مجری طرحی: دکتر حسین قمری کیوی

همکاران: فاطمه جمشید دوست میانرودی و بهزاد

قلی‌زاده

ناظر: آقای دکتر سپهری

صفحه	فهرست مطالب
3	چکیده
	<b>فصل اول</b>
5	1-1- مقدمه
6	2-1- بیان مسئله
9	3-1- اهمیت و ضرورت
11	4-1- اهداف پژوهش
11	5-1- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
	<b>فصل دوم</b>
13	ادبیات پژوهشی
13	علائم بالینی بیماری کووید-19
16	پیوندها و علائم خطر مرتبط با بیماری کووید-19
16	پیامدهای روان‌شناختی بیماری کووید-19
17	پیامدهای روان‌شناختی ناشی از قرنطینه
18	پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری کووید-19 در کادر درمانی
19	پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری کووید-19 در کودکان
20	اختلال استرس حاد
21	ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس حاد بر اساس DSM-5
21	خلق منفی
21	نشانه‌های تجزیه‌ای
22	نشانه‌های اجتناب
22	نشانه‌های برانگیختگی
22	شیوع
22	بروز و سیر
23	عوامل خطر ساز و عوامل مربوط به پیش‌آگهی
23	پیامدهای کارکردی اختلال استرس حاد
23	اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
24	شیوع
24	جنبه‌های تشخیصی مرتبط با جنسیت
25	اختلال استرس پس از سانحه در بیماران
25	اختلال استرس پس از سانحه در بیماران کرونایی
28	سرمایه روان‌شناختی
30	مهارت‌های مقابله‌ای
33	مقابله مسئله مدار
33	مقابله هیجان مدار
34	ویژگی‌های رویدادهای تنش‌زا

34	رویدادهای آسیبی
34	پیشینه پژوهشی
41	خلاصه و جمع بندی
	<b>فصل سوم</b>
42	روش تحقیق
42	جامعه آماری و حجم نمونه
43	ابزار بخش کیفی
43	طرز اجرا
44	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
	<b>فصل چهارم</b>
45	نتایج پژوهش
	<b>فصل پنجم</b>
55	بحث
59	منابع
71	نمونه مصاحبه
75	چکیده انگلیسی

## بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران بهبود یافته از بیماری کووید-19

(مطالعه کیفی)

### چکیده

همه‌گیری بیماری کووید-19 تغییرات اساسی را در دنیای انسانی در سطوح روابط، مشاغل، آموزش و مباحث بهداشتی ایجاد کرد. این پژوهش کیفی باهدف شناسایی مؤلفه‌های مقابله‌ای روان‌شناختی اساسی در افراد مبتلابه بیماری کووید-19 انجام شد. مشارکت‌کنندگان این مطالعه از میان فهرست اسامی شبکه بهداشت اردبیل به شیوه مبتنی بر هدف انتخاب شدند. روش تحقیق از نوع کیفی پدیدارشناسی تفسیری بود. لذا ۱۸ نفر از بیمارانی که در بیمارستان به علت ابتلا به بیماری کووید-19 بستری بودند و ۲۰ نفر از بیمارانی که در منزل بستری بودند به شیوه مصاحبه نیمه ساختاریافته مورد مطالعه قرار گرفتند و تحلیل داده‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع نظری ادامه یافت. در این مطالعه با استفاده از روش کدگذاری باز 130 کد برای بیمارانی که در بیمارستان بستری بودند و 123 کد برای بیمارانی که در منزل بستری بودند مرتبط با اهداف پژوهش شناسایی شد. نتایج تحلیل برای بیمارانی که در بیمارستان بستری بودند چهار موضوع اصلی و شانزده طبقه اولیه را شناسایی کرد. چهار موضوع اصلی شامل علائم و مهارت‌های مقابله‌ای، انتظار درمان و پیامدها است. موضوع اصلی علائم شامل طبقه اولیه بدنی و طبقه اولیه روان‌شناختی و طبقه اولیه اجتماعی است. موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای شامل طبقه‌های اولیه سرگرمی، تغذیه، معنوی، روانی، پزشکی، منابع اجتماعی و طبقه اولیه استیصال می‌شود. موضوع اصلی انتظار درمان شامل سه طبقه اولیه کیفیت برخورد کارکنان، میزان بهبودی و کیفیت خدمات بود. موضوع اصلی پیامدها نیز شامل طبقه‌های اولیه زندگی، طبقه اولیه دغدغه‌ها و طبقه اولیه روابط است. نتایج تحلیل برای بیمارانی که در منزل بستری بودند سه موضوع اصلی و سیزده طبقه اولیه را نشان داد. موضوع اصلی

علائم شامل طبقه اولیه بدنی، روان‌شناختی و طبقه اولیه اجتماعی است. موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای شامل طبقه‌های اولیه سرگرمی، تغذیه، معنوی، روانی، پزشکی، منابع اجتماعی و طبقه اولیه استیصال است و موضوع اصلی پیامدها نیز شامل طبقه‌های اولیه زندگی، طبقه اولیه دغدغه‌ها و طبقه اولیه روابط است. نتایج نشان داد که مردم در برخورد با بیماری کووید-19 از همه انواع روش‌های مقابله‌ای مسئله محور تا هیجان محور و سرمایه‌های خود و حتی روش‌های مقابله‌ای منفی برای زنده ماندن بهره می‌گیرند. چنین است که تن و روان همسو باهم به گونه منسجم، بقاء شخص را تضمین می‌کنند. نتایج نشان داد که بهره‌مندی از سرمایه‌های روان‌شناختی می‌تواند از جنبه‌های مهم مهارت‌های مقابله‌ای محسوب شود. ادراک بدنی خوب، اعتمادبه‌نفس، اراده بالا برای زنده ماندن و امیدواری از جمله این سرمایه‌هاست. همه این مؤلفه‌ها تاب‌آوری را بهبود می‌بخشند. مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور از جمله دعا و نیایش و انجام حرکات بدنی مفید و مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور مثل پی‌گیری برای استفاده از درمان‌های مطلوب مورد استفاده قرار گرفته است. همه بیماران پس از بهبودی قادران سلامتی خود هستند. مهم‌تر اینکه ادراک حمایت اجتماعی مثل مورد حمایت قرار گرفتن از سوی همسر و اعضاء خانواده در کنار انسجام حرکات جسمی مناسب از عوامل شفابخش در برابر بیماری کووید-19 به‌شمار می‌آید.

**کلمات کلیدی:** بیماری کووید-19، مطالعه کیفی، مؤلفه‌های روان‌شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای

# فصل اول

# مقدمه و هدف

## 1-1- مقدمه

ویروس کرونا جدید 2019 معروف به کووید-19<sup>۱</sup> اکنون توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عنوان یک بیماری همه گیر تمام عیار طبقه بندی شده است. در چین، جایی که تقریباً 83000 مورد در ماه مه سال 2020 تأیید شد، یک سری اقدامات کنترل دقیق اتخاذ شد که عملکرد عادی روزانه افراد را تغییر می دهد (هوانگ و همکاران<sup>۲</sup>، 2020).

---

1. 2019- nCoV or SARS-Cov2 or COVID-19

2. Huang et al

بیماری کووید-19 به علت مشکل همه‌گیری بسیار بالا، درصد مرگ‌ومیر قابل‌ملاحظه و ایجاد مزاحمت در کسب‌وکار عادی مردم که از ماه‌ها ممکن است به سال‌ها بی‌انجامد و با توجه به هزینه‌های کلان که بر مردم و دولت‌ها تحمیل کرده است از سطح بیماری به بحران جهانی تبدیل شده است. ترس از ابتلا و در نتیجه مرگ ناشی از آن و نیز مرگ عزیزان و رکود در بازار و کسب‌وکار و آموزش، تاوان سنگین این بحران است که در کنار کمبود دانش پزشکی در دو حوزه درمان و پیشگیری از این بیماری، حساسیت توجه بر آن را بیشتر می‌کند. رفتارهای همگام با ابتلا به این بیماری یکی از موضوعات مورد توجه در برخورد با این بیماری است که می‌تواند در صورت شناسایی ابعاد آن در حوزه‌های مدیریت بیماری و در نتیجه کاهش دوره بیماری و عبور سالم از آن مؤثر باشد. هر چند همیشه بحران، به‌ویژه از نوع اجتماعی آن فرصتی برای ارتکاب به خودکشی نیز به دست می‌دهد؛ فقط در سه استان خوزستان، فارس و اردبیل دست‌کم 500 نفر به علت نوشیدن مواد ضد عفونی‌کننده با هر اعتقادی که در پس این نوشیدن باشد جان خود را از دست دادند. فعلاً ارزیابی‌های اولیه در ابتدای سال 2021 تحمیل بیش از هزار میلیارد دلار کاهش سود کسب‌وکار ناشی از بحران کرونا در سراسر دنیا است.

به‌طور علنی، عدم وجود یک درمان مؤثر، تأخیر ویروسی گسترده، عفونت بدون علامت و صحبت در مورد عفونت مجدد "پس از بهبودی" وضعیت پیش از این پرتنش و نامشخص را تشدید کرد (گئوان<sup>۱</sup> و همکاران، 2020؛ بایی<sup>۲</sup> و همکاران، 2020). در همین حال، تلاش برای مهار گسترش، مانند بستن شهر، قرنطینه‌های خانگی و تعلیق خدمات دولتی و خصوصی، منجر به تغییر رفتارهایی شد که بهزیستی اجتماعی، روانی و اقتصادی افراد را تهدید می‌کرد (تقریر، اکبری علی‌آباد و احمدی، 2020).

شیوع COVID-19 تأثیر عمیقی بر زندگی روزمره افراد ساکن در مناطق آسیب‌دیده و کل جامعه داشته است. رویدادهای مهم ورزشی و فعالیت‌های فرهنگی لغو شده، مشاغل آسیب‌دیده و تعطیل‌شده‌اند، استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی به طرز چشمگیری کاهش یافته، کلاس‌ها به حالت تعلیق درآمده و تعداد متوفی‌ها همچنان رو به افزایش است. اجرای اقدامات قرنطینه‌ای بی‌سابقه و سختگیرانه در چین تعداد زیادی از مردم را در انزوا نگه‌داشته است (گئو<sup>۳</sup> و همکاران، 2020). تأثیر بالقوه استرس بر اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات اعصاب و روان به‌خوبی ثبت شده است (مک کلوسکی و پی<sup>۴</sup>، 2020؛ بنجونگریو و همکاران<sup>۵</sup>، 2020). اغلب، به دنبال بلایا، منجر به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلالات مصرف مواد روی می‌دهد (نورث و پفیفر بائوم<sup>۶</sup>، 2013). علاوه بر این، از آنجا که همان اقدامات پیشگیرانه به‌منظور محدود کردن شیوع عفونت می‌تواند به طرز متناقضی باعث افزایش خطرات ناشی از افزایش درگیری‌های اجتماعی، انزوا، کاهش ارزش، طرد و محرومیت شود، بنابراین این تلاش‌ها ممکن است تا حدی ناکارآمد باشد (سلاویچ<sup>۷</sup>، 2020).

بیماری همه‌گیر COVID-19 به‌عنوان یک رویداد مهم در زندگی تقریباً همه، تأثیر زیادی بر میزان استرس ادراک‌شده<sup>۸</sup> مردم داشته است. چندین مطالعه در مورد رابطه بین مقابله و پاسخ به اپیدمی‌ها در شیوع اخیر و قبلی، میزان استرس قابل‌درک بیشتری را در بین افراد نشان داد (طاها، متیسون و انیسمان<sup>۹</sup>، 2020؛ فوا، تنگ و تام<sup>۱۰</sup>، 2020؛ تیاسدال، باردلی و اسکولتز

3. Guan et al
4. Bai et al
5. Qiu et al
6. McCloskey & Pei
7. Banjongrewadee et al
8. North & Pfefferbaum
1. Slavich
2. perceived stress
3. Taha, Matheson & Anisman
4. Phua, Tang & Tham

میچی<sup>۱</sup>، 2012؛ سیم، هواک چان و چوا و ون<sup>۲</sup>، 2010). زن بودن، درآمد کم و زندگی با افراد دیگر همه با سطح استرس بالاتر همراه بودند (طاها، متیسون و انیسمان، 220).

کلاسن، کوپمن، انجل و اسپایگل<sup>۳</sup> (1996؛ به نقل از یو، وی، منگ و لای، 2020) گزارش داد که افراد با استراتژی مقابله‌ای مثبت معمولاً دارای روحیه مبارزه و عملکرد بیان احساسی بهتری هستند که به‌عنوان توانایی سازگاری روان‌شناختی خوبی در نظر گرفته می‌شود و منجر به کاهش اضطراب می‌شود. سبک‌های مقابله‌ای همچنین ممکن است از طریق تغییرات طبیعی یا آسیب‌شناختی سطح بیولوژیکی بر اضطراب تأثیر بگذارد (اوانسیا<sup>۴</sup> و همکاران، 2016).

لذا با توجه به منابع اطلاعاتی و پژوهشی محدود در زمینه چگونگی مقابله افراد مبتلا به بیماری کووید-19 و نوع تجارب آن‌ها در طول دوره بیماری، در این پژوهش کیفی سعی بر آن است تا از طریق بررسی دنیای پدیداری افراد بهبودیافته از بیماری کووید-19، سبک‌های مقابله‌ای<sup>۵</sup> و سرمایه‌ی روان‌شناختی<sup>۶</sup> بیماران بهبودیافته از کرونا در مقابل پیامدهای روان‌شناختی ناشی از این بیماری مورد مطالعه قرار گیرد.

## 1-2- بیان مسئله

بیماری کووید-19 که منجر به مشکل تنفسی شدید و حاد در بیماران مبتلا گردیده است؛ به علت پاندمیک یا همه‌گیر شدن این بیماری امکان دارد که منجر به مرگ عده‌ای از بیماران مبتلا شود و در همه‌ی کشورها در حال گسترش است (کاسلا، راجنیک، کنومو، دئولبون و ناپولی<sup>۷</sup>، 2020). به علت عدم وجود هر نوع درمان یا پیشگیری قطعی و پیش‌بینی برخی از اپیدمیولوژیست‌ها در خصوص ابتلای حداقل 60 درصد جامعه به این بیماری، منجر به استرس و نگرانی شدیدی در جوامع گردیده است (اندرسون، هیستریک، کلاین کینبرگ و هالینگس ورث<sup>۸</sup>، 2020). شمار مبتلایان به بیماری کووید-19 و نرخ مرگ‌ومیر حاصل از بیماری کووید-19 در سطح جهان روند افزایشی دارد (زانگ ریلو<sup>۹</sup> و همکاران، 2020؛ رموزی و رموزی<sup>۱۰</sup>، 2020).

بارت، برمن، بروکس و یوان<sup>۱۱</sup> (2019) ترس و اضطراب ناشی از ابتلای احتمالی به بیماری کووید-19 می‌تواند در افراد آسیب‌رسان باشد و به نابهنجاری‌های روحی روانی و استرس منجر شود. ترس و استرس با تحریک هیپوتالاموس مغز و در پی آن باعث افزایش ترشح هورمون کورتیزول از قشر غده فوق کلیه و تحریک اعصاب سمپاتیک در سراسر بدن می‌شود که در کوتاه‌مدت می‌تواند برای مقابله بدن با عوامل استرس‌زا سودمند باشد؛ اما چنانچه ترس و استرس و پاسخ بدن به افزایش سطح کورتیزول و تحریک اعصاب سمپاتیک بلندمدت باشد، می‌تواند آسیب‌زا بوده و منجر به تضعیف سیستم ایمنی بدن و کاهش استقامت بدن در مبارزه با بیماری‌ها به‌خصوص کرونا شود (یاری بیگی، پناهی، صحرایی، جانستون و صاحب‌کار<sup>۱۲</sup>، 2017). سلامت روان افراد

5. Teasdale E, Yardley L, Schlotz W, Michie

6. Sim, Huak Chan, Chong, Chua & Wen

7. Zhu, Wei, Meng, & Li

8. Oancea

9. Coping wayes

10. psychological capitals

11. Cascella, Rajnik, Cuomo, Dulebohn & Napoli

12. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth

13. Zangrillo

14. Remuzzi, A., & Remuzzi

1. Barrett KE, Barman SM, Brooks HL, Yuan

2. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar

جامعه به عوامل مختلفی از جمله بروز بیماری بستگی دارد (وانگ<sup>۱</sup> و همکاران، 2020). محمدی و همکاران (2019) در پژوهشی در ایران به این نتیجه دست یافتند که 20 درصد از افراد جامعه به مشکلات روان‌شناختی مبتلا هستند. پیدایش و رواج نابه‌هنگام این ویروس و همچنین سرعت ابتلا به این بیماری موجب اضطراب، افسردگی و دیگر واکنش‌های مرتبط با استرس گردیده است (وانگ، دی، یی و یای<sup>۲</sup>، 2019).

دئون و ژنو<sup>۳</sup> (2020) شیوع بیماری کووید-19 منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس گردیده است. در کنار مراقبت‌های بالینی، سازمان‌های بهداشتی جوامع درگیر با کرونا، اهمیت ویژه‌ای به مراقبت‌های روان‌شناختی جهت رویارویی با رخدادهای روانی ناشی از شیوع ویروس کرونا لحاظ کرده‌اند. برای مثال؛ در کشور چین، سیستم خدمات سلامت روان برای رویارویی با این نگرانی‌ها، به فراهم نمودن بسته‌های روان‌شناختی اقدام نموده است. کمیسیون ملی بهداشت چین از 20 ژانویه به انتشار دستورالعمل‌های متعددی برای مداخلات روان‌شناختی مقابله با بحران بیماری کووید-19 شروع کرده است (کمیسیون بهداشت ملی چین<sup>۴</sup>، 2020). یافته‌ها نشان داد که بحران COVID-19 به‌عنوان یک رویداد استرس‌زا درک می‌شود. استرس درک شده در بین افراد بیش از آن است که در شرایطی بدون اورژانس وجود داشته باشد. عصبی بودن، استرس و از دست دادن کنترل زندگی از عواملی هستند که بیشترین ارتباط را با میزان استرس درک شده دارند که منجر به این می‌شود که غیرقابل‌پیش‌بینی بودن و غیرقابل‌کنترل بودن در استرس درک شده در طی بحران نقش مهمی دارند (فوا، تنگ و تام، 2020؛ تیاسدال، باردلی و اسکولتز و میچی، 2012).

اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه، دارای علائم منحصربه‌فردی است که پس از وقوع رخداد استرس‌زای روان‌شناختی (مانند تصادف، قتل، جنگ و تجاوز) نمایان می‌گردد. علائم روان‌شناختی اختلال استرس حاد، در فاصله زمانی یک ماه پس از وقوع سانحه بروز می‌یابد؛ اما علائم روان‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه، بیش از یک ماه بعد از تجربه رویداد آسیب‌رسان دیده می‌شود (استورات و لارایا<sup>۵</sup>، 2005). در پژوهشی که بایو<sup>۶</sup> و همکاران (2004) کادر درمانی یک بیمارستان را بعد از بروز یک دوره قرنطینه 9 روزه به علت تماس با بیماران مبتلابه ویروس سارس مورد مطالعه قراردادند، علائمی از اختلال استرس حاد، در کادر درمانی شاغل در بیمارستان مشاهده شد.

از اصلی‌ترین اختلالات روان‌شناختی که در بیماران مبتلابه ویروس کرونا ممکن است به تهدیدی جدی برای سلامت روان آن‌ها تبدیل گردد؛ اختلال استرس پس از سانحه است (بو و لای<sup>۷</sup>، 2020). اگر چنانچه این اختلال روان‌شناختی، کنترل و درمان نشود احتمال دارد که منجر به صدمه و آسیب مادام‌العمر، مانند خاطرات مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری و کرخستگی هیجانی در بیماران شود (بو و لای، 2020؛ سان<sup>۸</sup> و همکاران، 2020). اختلال استرس پس از ضربه یک مشکل روان‌شناختی مرتبط با اختلال استرس می‌باشد و در افرادی که تجربه یک وضعیت بحرانی یا تهدیدکننده زندگی را دارند بروز می‌یابد (کسلر<sup>۹</sup>، 2000).

---

3. Wang

4. Wang, Di, Ye & Wei

5. Duan, & Zhu

6. National Health Commission of China

7. Stuart & Laraia

8. Bio

9. Bo & Li

1. sun

2. keesler



سرمایه روان‌شناختی یک حالت روان‌شناختی مثبت است که در طی روند رشد فردی مشاهده می‌شود و عمدتاً توسط ابعاد گوناگونی بیان می‌شود: امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری (لوسانس، لوسانس و لوسانس<sup>۱</sup>، 2004؛ هارمس، کراسیکووا و لوسانس<sup>۲</sup>، 2018). مطالعات موجود در زمینه سرمایه روان‌شناختی بر بحث در مورد ساختار درونی آن و ارتباط آن با سایر زمینه‌ها مانند سلامت روان‌شناختی، بهزیستی فردی و رفتارهای فردی متمرکز بوده است. در میان آن‌ها، رابطه بین سرمایه روان‌شناختی با سطح بهداشت روانی فرد ارتباط نزدیکی دارد، یعنی سرمایه روان‌شناختی برتر به بهبود کیفیت روان‌شناختی فرد و پرورش ذهنیت خوب کمک خواهد کرد. بنابراین، می‌توان سرمایه روان‌شناختی را به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده درونی برای بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفت (کیم<sup>۳</sup> و همکاران، 2019).

تاب‌آوری<sup>۴</sup> از جمله سرمایه‌های روان‌شناختی مهم است و به‌طور کلی آنچه امروزه تحت عنوان روانشناسی مثبت نامیده می‌شود حاوی مفاهیم عمده‌ای است که با سرمایه روان‌شناختی هم‌پوشی دارد. اعتمادبه‌نفس، خود ارزشمندی و تاب‌آوری از جمله این مفاهیم هستند. لوتانس، یوسف و اوایو<sup>۵</sup> (2007) سرمایه روان‌شناختی را به‌عنوان یک سازه در نظر می‌گیرند که شامل چهار توانمندی خوش‌بینی، تاب‌آوری، امید و خود اثربخشی است. تاب‌آوری را بهبودی و حتی کسب قدرت از بحران و دردسر قلمداد می‌کنند.

مهارت‌های مقابله‌ای از جمله عواملی هستند که می‌توانند در کنترل فشار روانی مؤثر واقع گردند (جیانگ<sup>۶</sup>، 2019). سبک مقابله، رفتارهای شناختی و رفتاری است که توسط افرادی که تحت فشار و عقب‌نشینی قرار دارند، برای به دست آوردن تعادل تحت فشار و عامل مهمی که برای سازگاری با محیط جدید و حفظ سلامت روانی مثبت مورد استفاده قرار می‌گیرند، اتخاذ می‌شود (ایرلی و گرادی<sup>۷</sup>، 2017). سبک کنار آمدن به دو گروه مقابله مثبت و مقابله منفی تقسیم می‌شود، مورد اول بدان معناست که افراد برای مقابله با حوادث استرس‌زا، نگرش‌های خوش‌بینانه و مثبت دارند و آن‌ها معتقدند که توانایی حل مشکلات را دارند و می‌توانند برای حل مشکلات واقعی اقدام کنند؛ درحالی‌که مورد دوم به این معنی است که افراد احساسات منفی مربوط به حوادث استرس‌زا را از طریق طفره رفتن و مقاومت از بین می‌برند (نوگالسکی، کیوسمین و توسکار<sup>۸</sup>، 2018). معطوف به هدف بودن، جستجوی حمایت، مرور افکار و اجتناب کردن از انواع مهم مهارت‌های مقابله‌ای هستند (کوهن<sup>۹</sup>، 1988).

بنابراین، با توجه به شرایط بحرانی بیماری کووید-19، احتمال داده می‌شود که برخی از علائم اختلالات روان‌شناختی در این بیماران بروز پیدا کند. بر این اساس، بررسی نتایج پژوهش‌های مختلفی که در کشور چین بر روی بیماران مبتلابه کرونا انجام گردیده است نشان داده‌اند که اختلالات روان‌شناختی (مانند اضطراب، ترس، افسردگی، هیجانی، اختلال خواب و اختلال استرس پس از سانحه) با درصد شیوع بالایی در بیماران کرونایی مشاهده شده است (یانگ و همکاران، 2020؛ لیو و همکاران، 2020). تاکنون بیشتر مطالعات انجام‌شده در مورد استرس ادراک‌شده و مهارت‌های مقابله‌ای مرتبط با بیماری کووید-19 در خصوص عموم مردم (مثل فورته<sup>۱۰</sup> و همکاران، 2020) و کارکنان بیمارستان (مثل زو، وی، منگ و لی<sup>۱۱</sup>، 2020) و یا بر روی دانشجویان

3. Luthans F, Luthans, & Luthans

4. Harms, Krasikova, & Luthans

5. kim

6. resilience

7. Luthans, Youssef and Avolio

8. Jiang

9. Early, & Grady

10. Nogalski, Kucmin, & Turska

11. Cohen

1. Forte et al

2. Zhu, Wei, Meng, and Li

(مثل گاربوزی و همکاران<sup>۱</sup>، 2021) انجام گرفته است و مطالعات محدودی فقط روی بیماران مبتلا از نظر بررسی مهارت‌های مقابله‌ای و سرمایه روان‌شناختی صورت گرفته است (مثل اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی<sup>۲</sup> 2021 و جعفری، 1399). با توجه به کمبود شدید منابع اطلاعاتی در مورد چگونگی مقابله افراد مبتلا به بیماری کووید-19 و نوع تجارب آن‌ها در طول دوره بیماری، بنابراین توسط محققان این پژوهش کیفی ترتیب داده شد تا از طریق بررسی دنیای پدیداری افراد بهبودیافته از بیماری کووید-19 به سؤالاتی از این قبیل که روش‌های مقابله‌ای مسلط بهبودیافتگان در طول دوره بیماری چیست؟ اهم سرمایه‌های روان‌شناختی بهبودیافتگان چیست؟ تجارب اصلی و مشترک بیماران در طول بیماری چه بود؟ پاسخ داده شود.

### 1-3- اهمیت و ضرورت

دانشمندان از تمام نقاط جهان به‌طور مداوم در تلاش هستند تا واکنشی را برای بهبود بیماری ناشی از ویروس کرونا کشف کنند، اما تاکنون موفقیت چشمگیری در ریشه‌کن کردن این بیماری به دست نیامده است. به دلیل افزایش نگرانی‌ها و ترس‌ها، Covid-19 باعث ایجاد مسائل روان‌شناختی مختلفی به‌صورت استرس ذهنی، اضطراب و اختلال روانی می‌شود. اگرچه Covid-19 باعث ایجاد استرس ذهنی در میان توده‌ها می‌شود، اما فشار روانی قابل‌تأملی را در بین کادر پزشکی ایجاد می‌کند (چن و همکاران، 2020). پاندمی بیماری COVID-19 که تا حدودی بر ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و نظامی بیشتر جوامع دنیا تأثیر داشته است؛ به همین دلیل توجه به پیامدهای روان‌شناختی این بیماری بر سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه، امری مهم و حیاتی می‌باشد (لی، وانگ، خئی، ژائو و ژئو<sup>۳</sup>، 2020).

بیماری کووید-19 به دلیل قدرت انتشار سریع در کوتاه‌ترین زمان ممکن تبدیل به تهدیدی جدی در حوزه سلامت جسمی و روانی افراد جامعه گردیده است (وانگ، هاری، هایدن و گائو<sup>۴</sup>، 2020).

بیماری COVID-19 به دلیل ویژگی‌هایی همچون خصیصه بیماری‌زایی، سرعت انتقال و میزان بالای مرگ‌ومیر مبتلایان، امکان به مخاطره افتادن بهداشت روانی بیماران مبتلا، کادر درمانی، خانواده‌ها، کودکان، دانشجویان، بیماران مبتلا به مشکلات روان‌شناختی و کارکنان سایر مشاغل وجود دارد (بائو، سان، منگ، شی و لئو<sup>۵</sup>، 2020؛ چن<sup>۶</sup> و همکاران، 2020). بنابراین توجه به پیامدهای روان‌شناختی ناشی از ویروس کرونا که می‌تواند سلامت روان و بهداشت روانی افراد جامعه را دچار تهدید نماید، امری مهم تلقی می‌گردد که در کنار مراقبت‌های پزشکی و سایر خدماتی که به بیماران مبتلا و خانواده‌هایشان ارائه می‌شود، لذا باید خدمات روان‌شناختی مناسبی به آنها ارائه شود. شیوع این بیماری به علت پیشروی سریع و پیوسته، علاوه بر اینکه موجب نگرانی‌هایی در زمینه سلامت جامعه شده است؛ این احتمال داده می‌شود که منجر به شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی (مانند اضطراب، عدم یقین و انگ زدن) شود که با مداخلات و درمان‌های پزشکی و روان‌پزشکی می‌توان از بروز این مشکلات جلوگیری نمود (خیانگ<sup>۷</sup> و همکاران، 2020). سازمان بهداشت جهانی<sup>۸</sup> (2020) بیماری کووید-19 را به علت ایجاد تغییراتی در سبک زندگی روزانه و عادی خانواده‌ها، تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روانی انسان‌ها قلمداد می‌کند (شن<sup>۹</sup> و همکاران، 2020). آگاهی از عوامل خطر برای مرگ‌ومیر ناشی از بیماری کووید-19 می‌تواند بر درک فرد از وجود این بیماری تأثیر بگذارد. احتمال مرگ ناشی از COVID-19، نه تنها در بیماران کرونایی با عوامل خطر، بلکه در بیماران کرونایی بدون عوامل خطر نیز وجود دارد. این ممکن است به یک تجربه آسیب‌زا منجر شود و می‌تواند علائم روان‌پزشکی را در بیماران مبتلا به کرونا ایجاد نماید. اختلال

3. Garboczy et al.

4. Ogueji, Okoloba & Ceccaldi

5. Li, Wang, Xue, Zhao & Zhu

6. Wang, Horby, Hayden & Gao

7. Bao, Sun, Meng, Shi, & Lu

8. chen et al

1. Xiang et al

2. World Health Organization

3. Shen et al

استرس پس از سانحه (PTSD) یک بیماری روانی مرتبط با استرس است که بلافاصله پس از سانحه، مانند یک حادثه شدید یا قرار گرفتن در معرض خشونت رخ می‌دهد (میانو، چن، ویای، تاو و لئو، 2020).  
اختلال استرس پس از سانحه، ممکن است در افرادی که یک واقعه‌ی آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند رخ دهد؛ همه‌گیری ویروس کرونا قبلی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پس از بیماری همراه بود (راجرز<sup>۲</sup> و همکاران، 2020). سان و همکاران (2020) مطابق تحقیقات انجام‌شده، اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند به پیامدهای روان‌شناختی مخربی همچون خاطرات مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری و بی‌حسی هیجانی منجر گردد.

تحقیقات متعددی مرتبط با سبک‌های مقابله با استرس و بیماری‌های مختلف صورت گرفته است (ال ششتاری<sup>۳</sup>، 2010؛ هوران<sup>۴</sup> و همکاران، 2007). مهارت‌های مقابله‌ای، مرتبط با عوامل متعددی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و سازگاری می‌باشد (دنسون، مس-موریس و چالدر<sup>۵</sup>، 2009). مطالعات مختلفی باهدف ارزیابی روابط بین عوامل استرس‌زا و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری غیر مزمن انجام پذیرفته است که نشان می‌دهد بین مهارت‌های مقابله‌ای با وضعیت سلامت، ارتباط معناداری وجود دارد که با ارتقا و کارآمدی راهبردهای مقابله‌ای، سطح تنیدگی کاسته می‌شود (برتیون، شهر، اسزیپسنیول و جاکوس<sup>۶</sup>، 2012؛ دای، مک کراس و واجتویز<sup>۷</sup>، 2013).  
در حال حاضر، مطالعه ساختاریافته‌ای در خصوص اثرات پاندمی بیماری کووید-19 بر سلامت روان انجام‌نشده است و هیچ‌گونه گزارش دقیقی از وضعیت مشکلات و مسائل روان‌شناختی کادر درمانی و بیماران مبتلا به بیماری کووید-19 ارائه نگردیده است (سانتوس<sup>۸</sup> و همکاران، 2020). بنابراین توجه به متغیرهایی که می‌تواند نقش محافظت‌کننده در برابر استرس داشته باشد و مهارت‌های مقابله‌ای که افراد بیمار در برابر استرس حاد به کار می‌گیرند، حائز اهمیت می‌باشد؛ از طرفی فقدان منابع علمی کافی در مورد متغیرهای محافظت‌کننده در برابر استرس و مشکلات روان‌شناختی در بیماران کرونایی و همچنین نبود هیچ‌گونه مطالعات و پژوهشی در این زمینه، چنین مطالعه‌ای به‌عنوان مبنای مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات مناسب جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران کرونایی خواهد بود. از این رو پژوهش حاضر باهدف بررسی مشکلات روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران کرونایی بهبودیافته انجام خواهد گرفت.

## 1-4- اهداف پژوهش

### هدف کلی

بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19

### اهداف جزئی

- 
- Miao, Chen, Wei, Tao, & Lu
  - Rogers
  - El Sheshtawy
  - Horan
  - Dennison, Moss-Morris, & Chalder
  - Britton, W. B. Shahr, B., Szepeswol, O., & Jacobs
  - Day, McGrath, & Wojtowicz
  - Santos

- 1- تعیین مهارت‌های مقابله‌ای افراد مبتلابه کرونا در طول بستری.
- 2- تعیین سرمایه‌های روان‌شناختی افراد بهبودیافته از بیماری.
- 3- تعیین استرس ادراک‌شده افراد مبتلابه کرونا در طول بستری.
- 4- تعیین تجارب اصلی و مشترک بیماران در طول بیماری.

## فرضیات و سؤالات تحقیق

فرضیه‌ها:

سؤالات پژوهش:

- 1- استرس ادراک‌شده افراد مبتلابه کرونا که در بیمارستان بستری شدند چگونه بوده است؟
- 2- استرس ادراک‌شده افراد مبتلابه کرونا که در خانه بستری شدند چگونه بوده است؟
- 3- مهارت‌های اصلی مقابله با استرس در این افراد چه بود؟
- 4- تجارب اصلی و مشترک بیماران در طول بیماری چه بود؟
- 5- سرمایه‌های روان‌شناختی این افراد چیست؟

## 1-5- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

### تعریف مفهومی

استرس ادراک‌شده:

استرس ادراک‌شده، احساسات یا افکاری است که یک شخص در مورد مقدار استرس تجربه‌شده خود در یک‌زمان مشخص و یا در یک دوره زمانی دارد. کنترل ناپذیری و پیش‌بینی ناپذیری زندگی، میزان مقابله شخص با فشارها و تغییرات به وجود آمده در زندگی شخص و اعتماد به توانایی مقابله با استرس مربوط است (فولکمن و لازاروس<sup>1</sup>، 1987).

مهارت‌های مقابله‌ای:

از نظر فولکمن و لازاروس (1987) مردم برای کنار آمدن با استرس از مهارت‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند. این مهارت‌ها بر دو نوع است؛ هیجان محور و راه‌حل محور. در نوع هیجان محور از فاصله گرفتن، پذیرش مسئولیت و ارزیابی مثبت زمانی استفاده می‌شود که منبع استرس تحت کنترل نیست و این روش‌ها واکنش‌های هیجانی به ترس و تهدید را مدیریت می‌کنند و جهت آن کاهش پریشانی است. اما روش راه‌حل محور مثل رویارویی، جستجوی حمایت اجتماعی و برنامه‌ریزی کمک می‌کنند تا فرد

---

1. Lazarus & Folkman

در عمل قادر شود تهدید را تحمل کند یا آن را کم کند و به دنبال علل تهدید است. لذا در شرایط پذیرش تهدید از روش‌های هیجان مدار و در شرایطی که استرس قابل تغییر تلقی می‌شوند از روش راه‌حل محور استفاده می‌شود.

### سرمایه روان‌شناختی

سرمایه روان‌شناختی عبارت است از حالت رشد یافته فرد که به‌وسیله خود اثربخشی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی شناخته می‌شود (لاتانس، آوولیو، اوی و نورمن<sup>۱</sup>، 2007).

### تاب‌آوری

تاب‌آوری فرایند و پی‌آمد سازش موفقیت‌آمیز است علی‌رغم شرایط چالش‌زا و تهدیدکننده (ماستن، بست و گامزی<sup>۲</sup> 1990). فرایند پویای سرشار از سازگاری مثبت در ساحت ناشناخته (لوتار و سچتی<sup>۳</sup>، 2000).

### حمایت اجتماعی

کوب<sup>۴</sup> (1976) معتقد است که حمایت اجتماعی نوعی از اطلاعات است که سه نوع از اطلاعات را بر اساس کاربردهایش دسته‌بندی می‌کند. اطلاعاتی که شخص را متقاعد می‌کند کسی مراقب او است و دوستش دارد (حمایت عاطفی)، اطلاعاتی که به او اعتبار بخشیده و ارزشمند می‌کند (حمایت ارزشی) و او را به یک شبکه تبادلی پیوند می‌دهد. از طرف دیگر حمایت اجتماعی می‌تواند در انواع عاطفی (دوست داشتن و همدلی کردن)، مادی (پول و اجناس)، اطلاعاتی (اطلاعات در مورد محیط) و ارزیابی (اطلاعات در مورد خودارزیابی) باشد (هاوس<sup>۵</sup>، 1981). حمایت اجتماعی می‌تواند به انواع ادراک‌شده و عینی هم تقسیم شود (کاپلان<sup>۶</sup>، 1979).

# فصل دوم

1. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman
2. Masten, Best, & Garnezy
3. Luthar, & Cicchetti
4. Cobb
5. House
6. Caplan

# ادبیات پژوهشی

## مقدمه

در دسامبر 2019، بیماری کووید-19 ویروس 2019 (COVID-19) در ووهان چین ظهور کرد، شروع به گسترش در سراسر کشور کرد و متعاقباً توجه جهانیان را به خود جلب کرد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) اخیراً شیوع COVID-19 را به عنوان یک فوریت بهداشت عمومی در مورد نگرانی‌های بین‌المللی (PHEIC) اعلام کرده است (سازمان بهداشت جهانی). شیوع COVID-19 را می‌توان به عنوان یک فاجعه سلامت روان قلمداد کرد. برخلاف عوامل استرس‌زای زندگی مشترک، اپیدمی

COVID-19 نمایانگر یک عامل استرس‌زای حاد، در مقیاس بزرگ و غیرقابل کنترل است. به‌طور کلی، پاسخ‌های روانی - اجتماعی به چنین عوامل استرس‌زا متنوعی است و شامل احساس اضطراب، شرم، شکست شخصی و اجتماعی یا ضعف است (ویرگس<sup>۱</sup>، 2004).

COVID-19 یک بیماری عفونی جدید ناشناخته، شدید، کشنده و به‌راحتی قابل انتقال است. شیوع عظیم بیماری‌های عفونی معمولاً تأثیر بسزایی در بقای انسان دارد (چی هونگ<sup>۲</sup>، 2006). و این اپیدمی COVID-19 از این قاعده مستثنی نبوده است. نتایج یک نظرسنجی ملی نشان داد که 98/54 درصد از پاسخ‌دهندگان احساس ترس، نگرانی و عصبی بودن بیش‌ازحد دارند و معتقدند که این اپیدمی تهدید جدی است. مطالعه دیگری اشاره کرد که تقریباً 35٪ از کل مردم گزارش شده‌اند که به دلیل اپیدمی COVID-19 دچار پریشانی روانی شده‌اند (چن و همکاران، 2020). افرادی که به‌طور مستقیم یا ناخوشایند در معرض موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی قرار دارند، شیوع بالایی از بیماری روانی دارند (کو<sup>۳</sup> و همکاران، 2005).

وقتی پریشانی روانی رخ می‌دهد، درخواست کمک روان‌شناختی راهی برای کنار آمدن است. کمیسیون ملی بهداشت چین چندین سند راهنما برای رسیدگی بهتر به مشکلات روان‌شناختی در جمعیت چین در دوره اپیدمی COVID-19 منتشر کرده است. انتقال سریع ویروس بین افراد مانع از مداخلات روانی رودررو می‌شود. بنابراین، به دلیل ایمنی، راحتی، به‌موقع بودن و کارایی، خدمات مشاوره روانشناسی آنلاین به‌طور گسترده تأسیس شده است تا در تمام‌روزهای هفته خدمات 24 ساعته رایگان برای نیازمندان فراهم کند (لیو<sup>۴</sup> و همکاران، 2020؛ ژئو<sup>۵</sup> و فان، 2020).

## علائم بالینی بیماری کووید-19

تب، سرفه، لرز، درد عضلانی و خستگی، از جمله علائم اولیه بیماری کووید-19 ویروس می‌باشد؛ و ممکن است با نشانگان تنفسی همراه باشد. از علائم شایع این بیماری می‌توان به خلط، سردرد، تهوع، اسهال و تنگی نفس اشاره کرد (هوانگ<sup>۶</sup> و همکاران، 2020).

اکثر بیماران مبتلا، حالت خفیف و متداول علائم بیماری را دارند. 20-15 درصد مبتلایان به ویروس کرونا، علائم جدی‌تری را تجربه می‌کنند و در گروه بیماران شدید قرار می‌گیرند. اکسیژن‌رسانی به این گروه از بیماران جزو بخشی از درمان محسوب و ضروری می‌باشد (وانگ<sup>۷</sup> و همکاران، 2020).

در مبتلایانی که علائم شدیدتری دارند، نرخ مرگ‌ومیر در سطح بالایی قرار دارد؛ و این بیماران اغلب در گروه سنی بالاتر و با بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت و یا بیماران داوطلب جراحی می‌باشند (تیان<sup>۸</sup> و همکاران، 2020).

بیش‌ترین نرخ مبتلایان را مردان به خود اختصاص می‌دهند و بیماری‌هایی که علائم شدیدی دارند اغلب دارای فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی-عروقی هستند. طیف گسترده‌ای از مشکلات ریوی نیز در عموم بیماران مبتلا وجود دارد که از طریق سی‌تی‌اسکن امکان تشخیص وجود دارد (هوانگ و همکاران، 2020).

- 
1. Vergheze
  2. Chih-Hung
  3. Koh
  4. Liu
  5. Zhao
  6. Huang et al
  7. Wang et al
  1. Tian et al

گسترده‌گی بروز علائم این بیماری از بدون علامت یا ملایم تا شدید در نوسان است. بیمارانی که دارای علائم عفونت بالینی هستند، بیماری‌شان حالت جدی‌تری به خود می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی، 2020).

میزان کل مرگ‌ومیر ناشی از ویروس کرونا در بین افراد تشخیص داده شده به این بیماری 2٪ گزارش شده است. در حال حاضر، دانش و شناخت کاملی نسبت به این بیماری وجود ندارد و در حال رشد و توسعه می‌باشد. ویروس کرونا اغلب به صورت جهش یافته عمل می‌نماید و چالش سختی را در مقابل ما و کادر درمان قرار می‌دهد. بتا کرونا ویروس، عامل اصلی بیماری‌زا است (ژئو<sup>۱</sup> و همکاران، 2020) که مشابه عوامل سارس (علائم تنفسی حاد) و مرس (علائم تنفسی خاورمیانه) عمل می‌کند. درد عضلانی و خستگی از علائم متداول بیماری کووید-19 می‌باشند. در خصوص بیمارانی که دارای علائم می‌باشند، این بیماری می‌تواند در مدت یک هفته یا بیش‌تر رشد کند و علائم آغازین خفیفی دارد که در مواردی با تنگی نفس و تشنج سخت همراه است (هوانگ و همکاران، 2020).

تب (تا حدودی فراگیر) و سرفه از اصلی‌ترین عوارض بیماری کووید-19 هستند که می‌توانند در طول مدت بیماری رشد کنند یا نکنند (هوانگ و همکاران، 2020؛ چن<sup>۲</sup> و همکاران، 2020).

همچنین، درد عضلانی و خستگی از علائم متداول بیماری کووید-19 می‌باشند (هوانگ و همکاران، 2020). بیمارانی که طیف متوسط تا شدید علائم بیماری کووید-19 را تجربه می‌کنند، دچار مشکلات تنفسی می‌شوند (هوانگ و همکاران، 2020). بر اساس گزارش‌ها بالینی، در برخی از بیماران خلط خونی نیز ثبت گردیده است (هوانگ و همکاران، 2020). چن<sup>۳</sup> و همکاران (2020) درد سینه را از علائم بیماری کووید-19 برشمرده‌اند. نشانگان تنفسی فوقانی (مانند آبریزش بینی، عطسه و گلودرد) از علائم رایج و متداول نمی‌باشند (هوانگ و همکاران، 2020؛ چن و همکاران، 2020). همچنین، سردرد و نشانگان گوارشی (برای مثال، تهوع، استفراغ و اسهال) جزو علائم مرسوم نیستند؛ اما امکان دارد که فرد مبتلا این علائم را نیز به همراه داشته باشد (هوانگ و همکاران، 2020).

گزارش‌ها پزشکی، انتقال شخص به شخص را تأیید نموده‌اند (چن و همکاران، 2020)؛ و گمان می‌شود که با ارتباط نزدیک (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، 2020) و به‌وسیله ریز قطرات تنفسی، بیماری منتقل شود (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها<sup>۴</sup>، 2020).

اینکه یک فرد در زمان آلودگی به ویروس کرونا تا چه مدت ناقل بیماری به دیگران است، به‌طور کامل مشخص نیست. صاحب-نظران چینی، این احتمال را می‌دهند که پیش از گسترش و بروز علائم در یک فرد، ویروس کرونا توانایی انتقال دارد. همچنین یک گزارش موردی در آلمان انتشار یافته است که مورد بحث می‌باشد؛ که در صورت وجود چنین انتقالی، فراوانی آن هنوز مشخص نگردیده است (سازمان جهانی بهداشت، 2020؛ روث<sup>۵</sup>، 2020).

## پیوندها و علائم خطر مرتبط با بیماری کووید-19

### سن

هوانگ و همکاران (2020) بزرگسالان میانسال و بزرگ‌تر، بیش‌ترین موارد گزارش شده را دارند؛ اما در کودکان نیز چندین گزارش از علائم عفونت مرتبط با بیماری کووید-19، ارائه و ثبت شده است (چن و همکاران، 2020).

- 
2. Zhou et al
  3. Chen et al
  4. Chon et al
  5. Center for Disease Control and Prevention
  6. Rothe



## جنسیت

بر اساس گزارش‌ها منتشرشده، مردان اغلب بیش‌تر از زنان نسبت به این ویروس مبتلا شده‌اند (ژئو و همکاران، 2020؛ هوانگ و همکاران، 2020؛ چن و همکاران، 2020؛ چان و همکاران، 2020). بیش‌ترین نرخ مبتلایان را مردان به خود اختصاص می‌دهند و بیمارانی که علائم شدیدی دارند اغلب دارای فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی-عروقی هستند. طیف گسترده‌ای از مشکلات ریوی نیز در عموم بیماران مبتلا وجود دارد که از طریق سی‌تی‌اسکن امکان تشخیص وجود دارد (هوانگ و همکاران، 2020). همچنین در پژوهشی گزارش شد که شیوع اضطراب، افسردگی و استرس در طی اپیدمی ویروس کرونا، در زنان بیش‌تر از مردان است (ژئو و همکاران، 2020).

جنسیت یکی از این عوامل نگرانی است. نشان داده‌شده است که تفاوت‌های جنسیتی واضح در مواجهه با حوادث بالقوه آسیب‌زا و پس‌از آن PTSD وجود دارد (ستریت و دادریس<sup>۱</sup>، 2018). و مطالعات دیگر نشان داده است که زنان در برابر مشکلات روحی یا جسمی در پاسخ به عوامل استرس‌زای زندگی یا حوادث بالقوه آسیب‌زا بیشتر در معرض خطر هستند (ویگنا<sup>۲</sup> و همکاران، 2019؛ یامادا، سکین و تاتسویس<sup>۳</sup>، 2019؛ آیشی گئورو<sup>۴</sup> و همکاران، 2019). درحالی‌که تحقیقات اولیه حاکی از آن است که زنان کادر پزشکی ممکن است رویدادهای مرتبط با COVID-19 را تجربه یا پاسخ منفی دهند (ژئو<sup>۵</sup> و همکاران، 2020).

## پیامدهای روان‌شناختی بیماری کووید-19

سلامت روان افراد جامعه به عوامل مختلفی از جمله بروز بیماری بستگی دارد (وانگ و همکاران، 2020). محمدی و همکاران (2019) در پژوهشی در ایران به این نتیجه دست یافتند که 20 درصد از افراد جامعه به مشکلات روان‌شناختی مبتلا هستند. پیدایش و رواج نابه‌هنگام این ویروس و همچنین سرعت ابتلا به این بیماری موجب اضطراب، افسردگی و دیگر واکنش‌های مرتبط با استرس گردیده است (وانگ، دای، یی و یای<sup>۶</sup>، 2019). دئون و ژئو<sup>۷</sup> (2020) شیوع بیماری کووید-19 منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس گردیده است. تجربه سطحی از اضطراب تا حدودی نرمال است. اما مشاهدات پیشین مرتبط با شیوع بیماری‌های خطرناک نشان می‌دهد که ترس و نگرانی ناشی از ابتلا به این بیماری، از خود بیماری خطرناک‌تر می‌باشد (لیونگ<sup>۸</sup> و همکاران، 2003). در کنار مراقبت‌های بالینی، سازمان‌های بهداشتی جوامع درگیر با کرونا، اهمیت ویژه‌ای به مراقبت‌های روان‌شناختی جهت رویارویی با رخداد‌های روانی ناشی از شیوع ویروس کرونا لحاظ کرده‌اند. برای مثال در کشور چین، سیستم خدمات سلامت روان برای رویارویی با این نگرانی‌ها، به فراهم نمودن بسته‌های روان‌شناختی اقدام نموده است. کمیسیون ملی بهداشت چین از 20 ژانویه به انتشار دستورالعمل‌های متعددی برای مداخلات روان‌شناختی مقابله با بحران بیماری کووید-19 شروع کرده است (کمیسیون بهداشت ملی چین، 2020).

1. Street AE, Dardis
2. Vigna et al
3. Yamada, Sekine & Tatsue
4. Ishiguro et al
5. Zhu et al
6. Wang, Di, Ye, & Wei
7. Duan, & Zhu
8. Leung

با شیوع پاندمی بیماری کووید-19، مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس، رشد چشمگیری داشته است. با وجود مشکلات و اختلالات روانی که بیماران مبتلابه بیماری کووید-19 تجربه می‌کنند، عموماً خدمات روان‌شناختی شایسته‌ای را دریافت نمی‌کنند (گیان<sup>۱</sup> و همکاران، 2020).

از جمله عواملی که امکان دارد استرس زیادی را در خانواده‌های مبتلابه ویروس کرونا و جمعیت عمومی ایجاد کند؛ اخبار و اطلاعات متناقض ارائه‌شده از رسانه‌ها می‌باشد. از یک سو فشارهای روانی ناشی از مبتلا شدن یک عضو بر خانواده و از سویی دیگر، مراقبت‌های شبانه‌روزی از اعضای آسیب‌پذیر در خانواده، سطح اضطراب و نگرانی‌های خانواده را می‌تواند افزایش دهد و در صورت عدم دریافت حمایت کافی از دیگران، عوارض ناخوشایندی به دنبال خواهد داشت (وانگ و همکاران، 2020).

پاندمی بیماری کووید-19 که تا حدودی بر ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و نظامی بیشتر جوامع دنیا تأثیر داشته است؛ به همین دلیل توجه به پیامدهای روان‌شناختی این بیماری بر سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه، امری مهم و حیاتی می‌باشد (لی، وانگ، خنوی، ژائو و ژئو<sup>۲</sup>، 2020).

ویروس کرونا به دلیل ویژگی‌هایی همچون خصیصه بیماری‌زایی، سرعت انتقال و میزان بالای مرگ‌ومیر مبتلایان، امکان به مخاطره افتادن بهداشت روانی بیماران مبتلا، کادر درمانی، خانواده‌ها، کودکان، دانشجویان، بیماران مبتلابه مشکلات روان‌شناختی و کارکنان سایر مشاغل وجود دارد (بائو، سان، منگف، شی و لئو<sup>۳</sup>، 2020؛ رائو و چئون<sup>۴</sup>، 2020؛ چن و همکاران، 2020). بنابراین توجه به پیامدهای روان‌شناختی ناشی از ویروس کرونا که می‌تواند سلامت روان و بهداشت روانی افراد جامعه را دچار تهدید نماید، امری مهم تلقی می‌گردد که در کنار مراقبت‌های پزشکی و سایر خدماتی که به بیماران مبتلا و خانواده‌هایشان ارائه می‌شود، لذا باید خدمات روان‌شناختی مناسبی به آنها ارائه شود.

### پیامدهای روان‌شناختی ناشی از قرنطینه

انتشار ویروس کرونا منجر گردیده است که در اغلب کشورها، افراد در منزل یا مراکز قرنطینه اقامت کنند. عدم یقین از گسترش بیماری و پیش‌بینی ناپذیری آن منجر به بروز فشار روانی در افراد می‌گردد. احتمال داده می‌شود که مشکلات روانی افراد به علت ترس از مبتلا شدن و کنترل بیماری باشد (هوانگ و ژائو<sup>۵</sup>، 2020).

قرنطینه یک عمل پیشگیرانه و محافظه‌کارانه سودمندی در زمان شیوع بیماری‌های عفونی است. اما مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهد که قرنطینه با مشکلات روانی رابطه همسویی دارد و ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها پس از بیماری اثرات روانی حاصل از قرنطینه نمایان شود. در طول مدت قرنطینه افرادی که توانایی کار ندارند و کار خودشان را بدون هرگونه برنامه‌ریزی باید قطع کنند، ضرر مالی می‌تواند منجر به مشکلات روان‌شناختی و خشم و اضطراب در این افراد شود (بروکس<sup>۵</sup> و همکاران، 2020).

بنا به ایجاب وضعیت محیطی و بیماری عفونی انتشاریافته، در طول مدت قرنطینه احتمال داده می‌شود که صدماتی در سلامت روان افراد ایجاد گردد و اختلالات روان‌شناختی متعددی در افراد بروز پیدا کند (وانگ و همکاران، 2011).

سیستم حمایتی غیرمتمرکز و انزوای اجتماعی در زمان قرنطینه، مردم را در قبال عکس‌العمل‌های استرس‌ناپذیر می‌نماید. پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهد حتی در افرادی که پیش از همه‌گیری ویروس کرونا از سلامت روان برخوردار بودند، همه‌گیری این بیماری می‌تواند منجر به افکار آشفته و رفتارهای وسواسی شود و احساسات منفی مانند اضطراب،

1. Qian
2. Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu
3. Bao, Sun, Meng, Shi, & Lu
4. Ryu, & Chun
5. Brooks

افسردگی و خشم و حساس بودن به مخاطرات اجتماعی در آن‌ها شکل بگیرد. از سوی دیگر شاهد افت چشمگیر نمرات احساسات مثبت همچون شادی و رضایت از زندگی هستیم. افراد غالباً نگران سلامتی و خانواده خود هستند و نگرانی زیادی نسبت به اوقات فراغت و دوستان‌شان ندارند (اسپاچ- اسپانا<sup>۱</sup>، 2020).

پژوهش‌های متعددی که در زمینه اختلالات روان‌شناختی افراد قرنطینه شده انجام شده است؛ گزارش‌هایی از صدمات روانی مانند؛ اختلال تنظیم هیجان، افسردگی، استرس، خلق منفی، تحریک‌پذیری، اختلالات خواب، کاستی توجه، اختلال استرس پس از ضربه، خشم و بی‌حسی عاطفی ثبت شده است (بروکس و همکاران، 2020؛ وانگ و همکاران، 2011؛ روبین و وسلی<sup>۲</sup>، 2020). در طی مدت پاندمی ویروس کرونا، میزان بروز اختلالات روان‌شناختی ناشی از قرنطینه به احتمال خیلی زیادی افزایش می‌یابد. قرنطینه منجر به کم‌رنگ شدن روابط بین افراد می‌شود؛ همچنین افسردگی و اضطراب، به دلیل عدم برقراری روابط میان فردی افزایش یافته و به مرور زمان شدیدتر می‌شود. دسترسی به مداخلات روان‌شناختی به دلیل قرنطینه محدود شده و به دلیل شرایط

کرونا، ارائه خدمات مشاوره‌ای مرسوم امکان‌پذیر نمی‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، 2005). احتمال داده می‌شود که به دلیل برچسب خوردن و محرومیت اجتماعی بیماران و بازماندگان، واکنش‌های روان‌شناختی مخربی همچون اختلال سازگاری و افسردگی در آنها ایجاد گردد (سازمان بهداشت جهانی، 2005).

لئو و همکاران (2005) پس از شیوع ویروس سارس در هنگ‌کنگ که تهدیدی جدی برای بهداشت عمومی محسوب می‌شد؛ افراد زیان‌دیده از این بیماری، علائم متوسط تا شدید اختلال استرس پس از سانحه را تجربه کردند. مشکلاتی از قبیل احساس عجز و ناتوانی یا ترس از مبتلا شدن خود یا اعضای خانواده در شمار زیادی از مردم مشاهده شد. همچنین اختلالات خواب و سوء‌مصرف دخانیات و الکل که عوارض و تأثیر مخربی بر سلامت روان دارند گزارش شده است.

از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا در طی مدت همه‌گیری بیماری‌ها می‌توان به طولانی بودن زمان قرنطینه، نگرانی از ابتلا به ویروس، ناامیدی، بیماری، عدم اطلاعات کافی درباره بیماری، ضرر و زیان مالی و ترس از برچسب خوردن ناشی از ابتلا به بیماری اشاره کرد (سازمان بهداشت جهانی، 2003).

در دوران اپیدمی ویروس کرونا و یا ماندن در قرنطینه، در افراد مبتلا به نقایص شناختی یا دمانس احتمال داده می‌شود اضطراب، خشم، استرس، بی‌قراری و دوری‌گزینی از دیگران، بیشتر بروز پیدا کند. افراد مبتلا به نقایص شناختی، احتمال دارد که اطلاعات را فراموش کنند و به‌طور پیوسته، سطحی از اضطراب را تجربه کنند (سازمان جهانی بهداشت، 2020).

### پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری کووید-19 در کادر درمانی

همچنین در کادر درمانی و بهداشتی، نگرانی از مبتلا شدن خود یا اعضای خانواده، نگرانی نسبت به همکاران و دوستان، تنهایی و انتظارات بیش‌ازحد از آن‌ها منجر به خشم، اضطراب، اختلال در خوابیدن و استرس ناشی از عدم قطعیت در کادر درمانی می‌شود. اضطراب یک شاخصه مشترک در میان کادر درمانی می‌باشد که منجر به افت کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (علی پور، قدمی، علی پور و عبدالله زاده، 2020).

خطر مبتلا شدن به ویروس کرونا، نگرانی از ابتلای خانواده و نزدیکان، حجم کاری زیاد، نظاره‌گر بودن رنج و درد بیماران و خانواده‌ها، تنهایی و دوری از جمع خانواده، تصمیم‌گیری سخت در شرایط مرگ و زندگی و نبود منابع و امکانات کافی، از مهم‌ترین مشکلات کادر درمان در دوران بحران است (وانگ و همکاران، 2020).

با توجه به مشکلات روان‌شناختی که سلامت روان کارکنان درمانی شاغل در بخش مراقبت از بیماران کرونایی را تهدید می‌کند. لیو و همکاران (2020) در مطالعه‌ای که بر روی 1257 نفر از کادر درمانی بیمارستان ووهان و سایر کارکنان شاغل در بخش

1. Schoch-Spana  
2. Rubin & Wessely

تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلابه ویروس کرونا انجام پذیرفت؛ حدود 50 درصد از کارکنان افسردگی، 45 درصد اضطراب، 34 درصد اختلالات خواب و 71 درصد استرس را گزارش نمودند.

همچنین در پژوهش دیگری که در زمان بررسی اپیدمی ویروس کرونا در چین بر روی 1563 نفر انجام شد، علائم بی‌خوابی در حدود 36 درصد از کارکنان بخش درمانی مشاهده شد. مطالعات و بررسی‌های بیشتر، رابطه علائم بی‌خوابی را با سطوح پایین تحصیلات، حرفه پزشکی، فعالیت در بخش ایزوله، نگرانی از مبتلا شدن به بیماری، دریافت اخبار مرتبط با بیماری کووید-19، عدم دریافت حمایت روان‌شناختی کافی و عدم یقین در کنترل بیماری را تأیید نمودند (ژانگ و همکاران، 2020).

### پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری کووید-19 در کودکان

سازمان بهداشت جهانی (2020) بیماری کووید-19 را به علت ایجاد تغییراتی در سبک زندگی روزانه و عادی خانواده‌ها، تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روانی انسان‌ها قلمداد می‌کند (شن و همکاران، 2020).

در پژوهشی نشان داده شد که در مواقع بحرانی، به‌خصوص شیوع بیماری‌های همه‌گیر احتمال بالایی داده می‌شود که کودکان در معرض ابتلا به مشکلات روان‌شناختی قرار بگیرند. تعطیلی مدارس، محدود شدن روابط اجتماعی و کاهش یافتن تفریحات و سرگرمی‌های گروهی در دوران بیماری کووید-19 منجر به سرگستگی و بی‌صبری در کودکان گردیده است (گاش، دابی، چاترجی و دابی، 2020).

تجربه ترس و اضطراب، کم شدن اشتها، انزوای جسمی و اجتماعی و همچنین مشکلات هیجانی و رفتاری (حواس‌پرتی و تحریک‌پذیری) از جمله عواملی هستند که در زمان شیوع بیماری کووید-19 در کودکان بیشتر دیده می‌شود. در طی اپیدمی ویروس کرونا، به علت قرنطینه خانگی و تعطیلی مدارس، مشکلات هیجانی و رفتاری زیادی به دلیل محدود شدن ارتباط با همکلاسی‌ها و کاهش یافتن فعالیت‌های فیزیکی در کودکان دیده می‌شود (ژائو<sup>۱</sup> و همکاران، 2020).

همچنین عوامل مؤثر دیگری از جمله سابقه بیماری‌های روان‌شناختی و سوء‌مصرف والدین، وضعیت نابسامان اجتماعی و اقتصادی خانواده، خشونت‌ها و تندخویی‌های خانوادگی و عدم سرگرمی و تفریح در زمان شیوع کرونا، می‌تواند سلامت روان کودکان را دچار مشکل کند (فکرت، ویتیلیو، پلنر و کلیمنز<sup>۲</sup>، 2020).

همچنین احتمال دارد مشکلات روان‌شناختی مانند اختلال استرس پس از سانحه و بی‌خوابی در کودکانی که شاهد بیماری در افراد دیگر هستند، مشاهده شود (روسلا<sup>۳</sup>، 2020).

با توجه به اینکه احتمال داده می‌شود کودکان نسبت به افراد بزرگ‌تر، علائم این بیماری را به حالت شدیدتری تجربه نمی‌کنند؛ اما عواملی همچون عدم دریافت حمایت‌های خانوادگی و نگرانی از دست دادن اعضای خانواده، مشکلات زیادی را می‌تواند برای آن‌ها به وجود آورد. به‌خصوص در صورت فقدان یکی از اعضای خانواده، اگر چنانچه روند سوگواری‌شان با اختلال همراه باشد، در زمینه سازگاری منجر به مشکلات فراوانی در کودکان می‌گردد. و آن‌ها را مستعد ابتلا به اختلالاتی مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، افسردگی و بروز افکار خودکشی می‌کند (پارک<sup>۴</sup> و همکاران، 2020؛ به نقل از ژائو و همکاران، 2020).

احساس عدم امنیت، اضطراب، ترس، افسردگی، اختلال در خواب، مشکلات رفتاری و هیجانی، تحریک‌پذیری، اختلال استرس پس از سانحه و وسواس فکری عملی، از جمله مشکلات روان‌شناختی مهمی هستند که در دوران شیوع بیماری کووید-19 می‌تواند سلامت روان کودکان را به مخاطره بی‌اندازد (گاش، دابی، چاترجی و دابی، 2020).

1. Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Dubey
2. Zhao et al
3. Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens
4. Rossela
5. Park

اختلال در سلامت روان کودکان، علاوه بر ایجاد مشکلات و مخارج فردی، خانواده و جامعه را نیز دچار مشکلاتی می‌کند (هولینگ و همکاران، 2020).

به دنبال همه‌گیری ویروس کرونا، کودکان اطلاعات زیادی را از طریق رسانه‌ها و تبادلات اجتماعی در زمینه بیماری کووید-19 به دست می‌آورند که می‌تواند منجر به اضطراب و ترس آن‌ها شود. ترسی که کودکان تجربه می‌کنند همانندی بالایی با ترس‌های افراد بزرگ‌تر دارد، مانند ترس از مردن، ترس از فقدان عزیزان و ترس از بیماری و بستری شدنشان. ترس در کودکان منجر می‌شود که کودکان درخواست‌های بیش از حدی از والدین بکنند؛ لذا والدین احساس فشار زیادی می‌کنند (کلاک و هانس هنری<sup>1</sup>، 2020).

### اختلال استرس حاد

زمانی که افراد تهدید به مرگ یا آسیب جدی یا تهدید به آن، یا تجاوز جنسی روبرو می‌شوند، در خطر ابتلا به اختلال استرس حاد قرار می‌گیرند. مواجه شدن با مرگ دیگران، خواه واقعی یا تهدید به آن نیز می‌تواند به شکل‌گیری اختلال منجر گردد. پاسخ‌دهندگان اولیه به صحنه یک تصادف یا افسران پلیس که پیوسته با جزئیات موارد بدرفتاری با کودک مواجه می‌شوند نیز این اختلال را تجربه می‌کنند. نشانه‌های اختلال استرس حاد در چهار طبقه قرار می‌گیرند: مزاحمت یادآوری‌های ناراحت‌کننده واقعه، نشانه‌های تجزیه‌ای مانند احساس کرخستگی، بهت یا جدایی از دیگران، اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است یادآور واقعه ناراحت‌کننده باشد و بیش‌انگیزگی از جمله اختلالات خواب یا تحریک‌پذیری هستند. نشانه‌ها احتمال دارد از چند روز تا چند ماه بعد از رخداد آسیب‌زا ادامه داشته باشد (هالچین و کراس بورن، 2014).

پولسن، استیگس‌داتر و رفشاگ<sup>2</sup> (2015) عوامل روان‌شناختی استرس‌زا منجر به اختلال استرس پس از ضربه منجر می‌شود. برانر<sup>3</sup> و همکاران (2004؛ به نقل از خدادای و همکاران، 1388) اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه، دارای علائم منحصربه‌فردی است که پس از وقوع رخداد استرس‌زای روان‌شناختی (مانند تصادف، قتل، جنگ و تجاوز) نمایان می‌گردد. علائم روان‌شناختی اختلال استرس حاد، در فاصله زمانی یک ماه پس از وقوع سانحه بروز می‌یابد؛ اما علائم روان‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه، بیش از یک ماه بعد از تجربه رویداد آسیب‌رسان دیده می‌شود (استورات و لاریا<sup>4</sup>، 2005). در پژوهشی که بایو<sup>5</sup> و همکاران (2004) کادر درمانی یک بیمارستان را بعد از بروز یک دوره قرنطینه 9 روزه به علت تماس با بیماران مبتلابه ویروس سارس مورد مطالعه قرار دادند، علائمی از اختلال استرس حاد، در کادر درمانی شاغل در بیمارستان مشاهده شد.

### ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس حاد بر اساس DSM-5

- A. مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، صدمه جدی، یا خشونت جنسی به صورت یک (تعداد بیشتری) از موارد زیر:
1. تجربه مستقیم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا
  2. شاهد بودن رویداد (رویدادهایی) که برای دیگران رخ داده است.
  3. آگاهی از اینکه رویداد (رویدادهایی) برای اعضا خانواده نزدیک یا دوست نزدیک روی داده است.

---

1. Kluge & Hans Henri  
2. Poulsen, Stigsdotter, & Refshage  
3. Brunner  
4. Stuart & Laraia  
5. Bio

4. توجه: در موارد مرگ واقعی یا تهدید به مرگ عضوی از خانواده یا یک دوست، این رویداد (رویدادها) باید خوشونت‌آمیز یا تصادفی بوده باشد.
5. تجربه کردن مواجهه مکرر یا شدید با جزئیات ناگوار رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (مثلاً پاسخ‌دهندگان اول به جمع کردن جنازه‌های انسان؛ افسران پلیس که بارها با جزئیات کودک‌آزاری مواجهه می‌شوند).
6. توجه: این در مورد مواجهه از طریق رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، فیلم‌ها، یا تصاویر صدق نمی‌کند، مگر اینکه این مواجهه مرتبط با کار باشد.
- B. وجود نه (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر از هر پنج طبقه مزاحمت، خلق منفی، تجزیه، اجتناب و برانگیختگی که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع یا بدتر شده باشند:
  1. نشانه‌های مزاحمت
    1. خاطرات ناراحت‌کننده عودکننده، غیرارادی و مزاحم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا. توجه: در کودکان امکان دارد بازی مکرری روی دهد که در آن، موضوعات یا جنبه‌هایی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا ابراز شوند.
    2. رویاهای ناراحت‌کننده مکرر که در آن‌ها محتوا و یا عاطفه رویا با این رویداد (رویدادها) ارتباط دارد. توجه: در کودکان ممکن است رویاهای ترسناک بدون محتوای قابل تشخیص وجود داشته باشند.
    3. واکنش‌های تجزیه‌ای (مثل بازگشت به گذشته) که در آنها فرد به گونه‌ای احساس یا عمل می‌کند که گویی رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا دوباره روی می‌دهند. (چنین واکنش‌هایی ممکن است به صورت یک پیوستار روی دهند، به طوری که جلوه بسیار شدید، فقدان کامل آگاهی از محیط‌ها اطراف موجود باشد).
    - توجه: در کودکان، بازآفرینی مجدد ویژه آسیب ممکن است در بازی روی دهد.
    4. ناراحتی روان‌شناختی شدید یا طولانی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.

### خلق منفی

ناتوانی مداوم در تجربه کردن هیجان‌ات مثبت (مثل ناتوانی در تجربه کردن احساسات شادی، خشنودی یا عشقی).

### نشانه‌های تجزیه‌ای

1. احساس تغییر یافته واقعیت محیط اطراف فرد یا خودش (مثل در نظر گرفتن خود از دیدگاه دیگران، در حالت گیجی بودن، احساس کندی زمان).
2. ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (معمولاً به علت یاد زدودگی تجزیه‌ای و نه عوامل دیگری همچون جراحت سر، الکل یا داروها).

### نشانه‌های اجتناب

3. تلاش‌هایی برای اجتناب کردن از خاطرات، افکار، یا احساسات مربوط به رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا یا خاطرات، افکار، یا احساساتی که ارتباط نزدیکی با این رویداد دارند.
4. اقداماتی برای اجتناب کردن از یادآوری‌های بیرونی (افراد، مکان‌ها، گفتگوها، فعالیت‌ها، اشیاء، موقعیت‌ها) که خاطرات افکار، احساسات ناراحت‌کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا را برانگیخته می‌کنند.

## نشانه‌های برانگیختگی

5. اختلال خواب (مثل مشکل به خواب رفتن و خفه ماندن، خواب بی‌قرار).
  6. رفتار تحریک‌پذیر و طغیان‌های خشم (با اندکی تحریک یا بدون آن) که معمولاً به صورت پرخاشگری کلامی یا جسمانی نسبت به افراد یا اشیاء ابراز می‌شوند.
  7. گوش‌به‌زنگی مفرط.
  8. مشکلاتی در رابطه با تمرکز.
  9. پاسخ یکه خوردن اغراق‌آمیز.
- C. مدت این اختلال (نشانه در ملاک B) 3 روز تا 1 ماه پس از مواجهه با آسیب است. توجه: نشانه‌ها معمولاً بلافاصله بعد از آسیب شروع می‌شوند. اما تداوم حداقل 3 روز تا 1 ماه برای برآورده شدن ملاک‌های اختلال ضرورت دارد.
- D. این اختلال ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.
- E. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل دارو یا الکل) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل صدمه مغزی آسیب‌زای خفیف) نیست و با اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت بهتر توجیه نمی‌شود.

## شیوع

شیوع اختلال استرس‌حاد در افرادی که اخیراً در معرض سانحه بوده‌اند (یک ماه پس از مواجهه با سانحه) برحسب ماهیت حادثه و زمینه تشخیصی، متفاوت است. در ساکنین ایالات‌متحده و خارج از آن در مواردی که حوادث آسیب‌زا شامل تهاجم بین فردی نیست، کمتر از 20 درصد؛ در موارد تصادف وسیله نقلیه 13 تا 21 درصد؛ در صدمات خفیف مغزی 14 درصد، در تهاجمات 19 درصد، در آتش‌سوزی شدید 10 درصد و در حوادث صنعتی 6 تا 12 درصد تشخیص داده می‌شود. به دنبال حوادث آسیب‌زای بین فردی شامل حملات، تجاوز و شاهد تیرباران دسته‌جمعی بودن، آمار بالاتر قابل‌توجهی (20-50 درصد) گزارش شده است (پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، 2013).

## بروز و سیر

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (2013) تشخیص اختلال استرس‌حاد، قبل از گذشت سه روز پس از سانحه آسیب‌زا قابل تشخیص نمی‌باشد. اگرچه اختلال استرس‌حاد ممکن است پس از یک ماه به سمت اختلال استرس‌حاد پس از سانحه پیشرفت کند ولی می‌تواند یک واکنش گذرا به استرس باشد و در عرض یک ماه بعد از رویارویی با سانحه استرس‌زا، تسکین یافته و منجر به اختلال استرس‌حاد پس‌ازضربه نشود. تقریباً نیمی از افرادی که نهایتاً دچار اختلال استرس‌حاد پس از سانحه می‌شوند، در ابتدا تظاهرات اختلال استرس‌حاد را داشته‌اند. بدتر شدن علائم در طول ماه اول می‌تواند رخ دهد که اغلب حاصل تداوم عوامل استرس‌زایی یا وقوع حوادث آسیب‌زای بعدی است. شکل‌های تجربه مجدد می‌تواند بسته به سطح رشد بیمار متفاوت باشد. کودکان خردسال برخلاف بزرگسالان یا نوجوانان، ممکن است رویاهای ترسناکی را گزارش کنند که فاقد محتوایی باشد که به‌وضوح بازتاب جنبه‌هایی از سانحه است (مثلاً فرد به دنبال سانحه شب‌ها با حالت وحشت‌زده از خواب می‌پرد ولی نمی‌تواند محتوای رویا را به سانحه ربط دهد). بچه‌های 6 ساله به پایین بیشتر از کودکان بزرگ‌تر احتمال دارد که علائم مجدد را در بازی‌هایی که مستقیماً یا به شکل نمادین به حادثه اشاره می‌کنند، نمایش دهند. برای مثال، یک بچه خیلی کوچک که از آتش‌سوزی جانم سالم به در

برده، ممکن است تصاویری از شعله آتش بکشد. کودکان خردسال همچنین لزوماً واکنش‌های ترسناکی در زمان مواجهه یا حتی حین تجربه مجدد از خود نشان نمی‌دهند. والدین به‌طور معمول یک‌رشته از تظاهرات هیجانی مثل خشم، شرم یا انزوا و حتی عاطفه به‌وضوح مثبت را در کودکان خردسال قربانی حادثه گزارش می‌کنند، اگرچه بچه‌ها ممکن است از یادآوری سانحه اجتناب کنند، گاهی با خاطرات آن مشغولیت ذهنی پیدا می‌کنند (مثل کودک خردسالی که توسط یک سگ گاز گرفته شده است، ممکن است به‌طور مستمر درباره سگ‌ها صحبت کند ولی به دلیل ترس از مواجه شدن با سگ از بیرون رفتن خودداری نماید).

### عوامل خطر ساز و عوامل مربوط به پیش آگهی

**مزاجی:** عوامل خطر ساز عبارت‌اند از: اختلال روانی قبلی، سطوح بالای هیجان پذیری منفی (روان رنجوری)، شدت ادراک شده بالاتر سانحه و سبک مقابله اجتنابی، ارزیابی فاجعه پندار از تجارب آسیب‌زا اغلب با ارزیابی مبالغه‌آمیز صدمه، احساس گناه یا نومییدی در آینده مشخص می‌شود که پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای اختلال استرس حاد است.

**محیطی:** مهم‌ترین نکته این است که فرد باید با یک حادثه آسیب‌زا مواجه شود تا در معرض خطر اختلال استرس حاد قرار گیرد. عوامل خطر برای این اختلال شامل سابقه‌ای از سانحه قبلی است.

**ژنتیک و فیزیولوژیک:** زن‌ها بیشترین خطر ابتلا به اختلال استرس حاد را دارند. واکنش‌پذیری بالا به‌صورت پاسخ واکنش از جا پریدن به محرک شنوایی در دوره قبل از سانحه خطر ابتلا به اختلال استرس حاد را افزایش می‌دهد. تفاوت‌های نوروبیولوژیک مرتبط با جنس در واکنش به استرس ممکن است در افزایش خطر برای اختلال استرس حاد در زن‌ها نسبت به مردها نقش داشته باشد. افزایش خطر ابتلا به این اختلال در جنس مؤنث می‌تواند تا حدودی احتمال مواجهه با انواع حوادث آسیب‌زا مثل تجاوز و خشونت‌های بین فردی مرتبط باشد که با خطر بالایی برای ابتلا به اختلال استرس حاد همراه است.

### پیامدهای کارکردی اختلال استرس حاد

اختلال عملکرد در حوزه‌های اجتماعی، بین فردی یا شغلی در بین بازماندگان حوادث، تهاجم و تجاوز که دچار اختلال استرس حاد شده‌اند، دیده می‌شود. سطوح بالای اضطراب که با اختلال استرس حاد همراه است ممکن است در خواب، سطوح انرژی و توانایی انجام وظایف تداخل ایجاد کند. اجتناب در اختلال استرس حاد می‌تواند منجر به کناره‌گیری عمومی از موقعیت‌های زیادی شود که بالقوه تهدیدکننده تلقی می‌شوند که این امر سبب عدم استفاده از امکانات پزشکی، خودداری از رفتن به ملاقات مهم و غیبت از کار می‌گردد (راهنمای تخصصی و آماری اختلالات روانی، 2013).

### اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

رخدادهایی که منجر به بروز اختلال استرس حاد می‌شوند احتمال دارد به اختلال با دوام‌تری به نام اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) تبدیل شوند. در صورتی که فرد نشانه‌های اختلال استرس حاد را به مدت بیشتر از یک ماه تجربه کند، متخصص بالینی تشخیص PTSD را مقرر می‌کند. مزاحمت‌ها، تجزیه و اجتناب به‌عنوان طبقات مهم نشانه‌ها برای PTSD باقی می‌مانند. علاوه بر این، PTSD تغییرات منفی در شناخت از جمله از دست دادن خاطره رویداد، سرزنش کردن شدید خود، فاصله‌گیری از دیگران و ناتوانی در تجربه کردن هیجانات مثبت را نیز شامل می‌شود (هالجین و کراس ویتبورن، 2014). اختلال استرس پس از ضربه یک مشکل روان‌شناختی مرتبط با اختلال استرس می‌باشد و در افرادی که تجربه یک وضعیت بحرانی یا تهدیدکننده زندگی را دارند بروز می‌یابد (کسلر، 2000).



بر اساس معیارهای پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) اختلال استرس پس از سانحه، بیماری روان‌پزشکی می‌باشد که عموماً پس از مواجهه با رویدادی آسیب‌رسان (مانند جنگ، تجاوز جنسی، تصادف) یا دیگر رویدادهایی که جان انسان را تهدید می‌نماید، نمایان می‌شود. نشانگان PTSD، افکار یا خاطرات مزاحم در مورد رویدادها، اضطراب، بی‌قراری، اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زننده، تغییر در تفکر و احساسات و افزایش واکنش‌های جنگ یا گریز را شامل می‌شود. علائم این اختلال بعد از وقوع رویداد آسیب‌رسان، به مدت بیش از یک ماه ادامه دارد (سادوک و روئیز، 2017).

سان و همکاران (2020) مطابق تحقیقات انجام‌شده، اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند به پیامدهای روان‌شناختی مخربی همچون خاطرات مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری و بی‌حسی هیجانی منجر گردد. کریستین (2012) در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که میزان بروز اختلال استرس پس از سانحه در زنان دو برابر بیش‌تر از مردان می‌باشد.

## شیوع

شیوع پیش‌بینی‌شده خطر اختلال استرس پس از سانحه در طول عمر با استفاده از ملاک‌های DSM-IV در ایالات‌متحده، در سن 75 سالگی 8/7 درصد است. شیوع 12 ماهه در بزرگسالان این کشور 3/5 درصد است. میزان پایین‌تری در اروپا و اکثر کشورهای آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین برآورد می‌شود (تقریباً 0/5-1 درصد) با توجه به اینکه گروه‌های مختلف، سطوح متفاوتی از رویارویی با حوادث آسیب‌زا را تجربه می‌کنند، احتمال مشروط بروز اختلال استرس پس از سانحه در پی سطوح مشابه رویارویی احتمال دارد در گروه‌های فرهنگی با هم متفاوت باشند. نرخ اختلال PTSD در بین کهنه‌سربازان و افرادی که به دلیل موقعیت شغلی در معرض حوادث آسیب‌زا قرار دارند (مانند پلیس، آتش‌نشانان، کادر پزشکی اورژانس) بیشتر است. بالاترین میزان PTSD (یک‌سوم تا بیش از دو سوم افراد) در میان قربانیان تجاوز، جنگ نظامی و اسارت و بازداشت‌های با انگیزه‌های سیاسی یا نژادی و نسل‌کشی می‌باشد. شیوع PTSD در طی مراحل مختلف رشد می‌تواند متفاوت باشد، کودکان و نوجوانان به‌خصوص در دوره پیش از مدرسه غالباً شیوع پایینی از بروز علائم پس از حوادث آسیب‌زای شدید دارند؛ شاید به دلیل این باشد که ملاک‌های مرتبط با رشد دقت کافی نداشته‌اند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، 2013).

## جنبه‌های تشخیصی مرتبط با جنسیت

بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (2013) اختلال استرس پس از سانحه در تمام طول زندگی در بین زن‌ها شایع‌تر از مردها می‌باشد. همچنین دوره PTSD در بین زن‌ها بیش‌تر از مردان است. به نظر می‌رسد که حداقل بعضی از علل خطر بالای PTSD در زن‌ها مربوط به احتمال بیشتر مواجهه با حوادث آسیب‌زا مثل تجاوز یا سایر انواع خشونت فردی است. در بین جمعیت‌هایی که به‌صورت عمومی در معرض چنین عوامل استرسی قرار می‌گیرند، تفاوت‌های جنسیتی در خطر برای اختلال استرس پس از سانحه، اهمیت چندانی ندارد.

## اختلال استرس پس از سانحه در بیماران

اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان بیماری روان‌شناختی محسوب می‌شود که پس از وقوع یک تجربه آسیب‌زا شکل می‌گیرد و عکس‌العمل افراد نسبت به آن، با ترس همراه است (براون، وب، مانقوبی و دای<sup>۱</sup>، 2015). پرکینس-پوراس، جویکز، بهالا، سوئرلند و پولارد<sup>۲</sup> (2015) اختلال PTST به دنبال یک رویداد تهدیدکننده زندگی یا یک تجربه ناخوشایند در بیمار بروز می‌یابد. اختلال استرس پس از سانحه، اختلالی در سلامت روان افراد می‌باشد و عموماً در بیمارانی که حوادث آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند، شکل می‌گیرد (کونن و گالیا<sup>۳</sup>، 2015). در بین بیماران مبتلا به سکت قلبی، از هر هشت نفر بیمار، یک نفر از آنها اختلال PTST را تجربه می‌کند و این اختلال می‌تواند به‌عنوان عاملی برای ایجاد سکتی بعدی باشد (واکارینو<sup>۴</sup>، 2015). پولسن، استیگس‌داتر و رفشاک<sup>۵</sup> (2015) عوامل روان‌شناختی استرس‌زا منجر به اختلال استرس پس از ضربه منجر می‌شود. برانرو همکاران (2004) به نقل از خدادای و همکاران، (1388) اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه، دارای علائم منحصربه‌فردی است که پس از وقوع رخداد استرس‌زای روان‌شناختی (مانند تصادف، قتل، جنگ و تجاوز) نمایان می‌گردد. علائم روان‌شناختی اختلال استرس حاد، در فاصله زمانی یک ماه پس از وقوع سانحه بروز می‌یابد؛ اما علائم روان‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه، بیش از یک ماه بعد از تجربه رویداد آسیب‌رسان دیده می‌شود (استورات و لاریا، 2005). در پژوهشی که بایو و همکاران (2004) کادر درمانی یک بیمارستان را بعد از بروز یک دوره قرنطینه 9 روزه به علت تماس با بیماران مبتلا به ویروس سارس مورد مطالعه قرار دادند، علائمی از اختلال استرس حاد، در کادر درمانی شاغل در بیمارستان مشاهده شد.

تحقیقاتی که در خصوص وضعیت روان‌شناختی کادر درمانی شاغل در بخش درمانی بیماران مبتلا به سارس (SARS) در سال 2003 انجام شد، شرایط مشابهی با اوضاع کنونی بیماری کووید-19 داشت؛ تحقیقات انجام‌شده نشان داد که در حدود 10 درصد از آن‌ها، نشانگان اختلال استرس پس از سانحه مشاهده شد (وئو و همکاران، 2009). در زمینه بیماری‌های روان‌شناختی در بهبودیافتگان از بیماری سارس، پژوهش‌های گسترده و وسیعی انجام شد که اختلال استرس پس از سانحه، شایع‌ترین اختلال طولانی‌مدت روان‌شناختی در بین آن‌ها بود. همچنین نرخ بروز اختلال استرس پس از سانحه در دو سال پس از شیوع بیماری سارس، 47/8٪ گزارش شد (ماک، چئو، پان، ژئو و چان<sup>۶</sup>، 2009).

## اختلال استرس پس از سانحه در بیماران کرونایی

بیماری کووید-19 (کرونا) به دلیل قدرت انتشار سریع در کوتاه‌ترین زمان ممکن تبدیل به تهدیدی جدی در حوزه سلامت جسمی و روانی افراد جامعه گردیده است (وانگ، هاربی، هایدن و گائو<sup>۷</sup>، 2020). شیوع این بیماری به علت پیشروی سریع و پیوسته، علاوه بر اینکه موجب نگرانی‌هایی در زمینه سلامت جامعه شده است؛ این احتمال داده می‌شود که منجر به شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی (مانند اضطراب، عدم یقین و انگ زدن) بشود که با مداخلات و درمان‌های پزشکی و روان‌پزشکی می‌توان از بروز این مشکلات جلوگیری نمود (خیانگ<sup>۸</sup> و همکاران، 2020). تحقیقات دیگری

1. Brown, Webb, Mangoubi, & Dy
2. Perkins-Porras, Joekes, Bhalla, Sutherland, & Pollard
3. Koenen, & Galea
4. Vaccarino
5. Poulsen, Stigsdotter, & Refshage
6. Mak, Chu, Pan, Yiu, & Chan
7. Wang, Horby, Hayden, & Gao
8. Xiang

که در زمینه PTSD انجام شده است؛ نشان داده‌اند که زنان در زمان شیوع بیماری کووید-19 و بیماری H1N1، مستعد ابتلا و بروز سطوح بالاتری از اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند (خثو و همکاران، 2011؛ سان و همکاران، 2020). با توجه به پژوهش‌های انجام شده، ابتلا به بیماری‌های جسمی تهدیدکننده زندگی، مانند بیماری کووید-19 می‌تواند به‌عنوان عاملی برای بروز علائم اختلال استرس پس از سانحه باشد (سان و همکاران، 2020).

از اصلی‌ترین اختلالات روان‌شناختی که در بیماران مبتلا به ویروس کرونا ممکن است به تهدیدی جدی برای سلامت روان آن‌ها تبدیل گردد؛ اختلال استرس پس از سانحه است (بو و لای، 2020).

اگر چنانچه این اختلال روان‌شناختی، کنترل و درمان نشود احتمال دارد که منجر به صدمه و آسیب مادام‌العمر، مانند خاطرات مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری و کرختگی هیجانی در بیماران بشود (بو و لای، 2020؛ سان و همکاران، 2020). بنابراین، با توجه به شرایط بحرانی بیماری کووید-19، احتمال داده می‌شود که برخی از علائم اختلالات روان‌شناختی در این بیماران بروز پیدا کند. بر این اساس، بررسی نتایج پژوهش‌های مختلفی که در کشور چین بر روی بیماران مبتلا به کرونا انجام گردیده است نشان داده‌اند که اختلالات روان‌شناختی (مانند اضطراب، ترس، افسردگی، هیجانی، اختلال خواب و اختلال استرس پس از سانحه) با درصد شیوع بالایی در بیماران کرونایی مشاهده شده است (یانگ و همکاران، 2020؛ لیو و همکاران، 2020). نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در بین کودکان قرنطینه شده تقریباً 4 برابر بیشتر از کودکان قرنطینه نشده گزارش شده است که نشان می‌دهد بروز نشانگان روان‌شناختی در کودکان نسبت به افراد بزرگ‌تر بیشتر می‌باشد (رابرتسون، هرشن فایلد، گراس و استوارت، 2004).

پژوهشی که پس از شیوع ویروس کرونا، در ابتدای سال 2020 در میان افراد عادی کشور چین انجام پذیرفت؛ نتایج نشان می‌دهد که حدود 2019 نفری که به‌صورت آنلاین در این پژوهش مشارکت داشتند حدود 4/6 درصد افراد، سطوح بالایی از علائم اختلال استرس پس از سانحه را از خود بروز داده‌اند (سان و همکاران، 2020).

بر اساس نتایج حاصل از یک پژوهش، نرخ ابتلای کودکان قرنطینه شده چهار برابر بیشتر از کودکان قرنطینه نشده است. بر این اساس، کودکانی که به علت شرایط کرونایی در قرنطینه می‌باشند؛ به احتمال زیادی علائم روان‌شناختی مانند اختلال استرس حاد، اختلال سازگاری و سوگ را از خود بروز می‌دهند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در حدود 30 درصد از این کودکان، نشانگان اختلال استرس پس از سانحه بروز می‌یابد (اسپرانگ و سلمان، 2013).

تحقیقات نشان داد افرادی که در مرکز شیوع و گسترش بیماری کووید-19 (استان اوبی کشور چین) سکونت داشتند؛ بیش‌ترین نرخ نشانگان استرس پس از سانحه را بروز دادند. میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه، یک ماه بعد از شیوع بیماری کووید-19 در افرادی که قرنطینه بودند، 4/6 درصد گزارش شد؛ و در کارکنان درمانی شاغل در بخش بیماران کرونایی، شیوع اختلال استرس پس از سانحه 4/4 درصد بود که تحقیقات نشان می‌دهد شیوه اختلال PTSD در کارکنان درمانی کشور چین، کمتر از سایر افراد جامعه می‌باشد (سان و همکاران، 2020). همچنین نتایج مطالعات دیگری که در زمینه اختلال PTSD در بیماران ربوی انجام شده است؛ نشان می‌دهند بیمارانی که احساس ناامیدی و عدم اطمینان نسبت به آینده بیماری دارند؛ بروز علائم PTSD در آنها بیش‌تر است (صفا و همکاران، 1383).

آگاهی از عوامل خطر برای مرگ‌ومیر ناشی از بیماری کووید-19 می‌تواند بر درک فرد از وجود این بیماری تأثیر بگذارد. احتمال مرگ ناشی از COVID-19، نه‌تنها در بیماران کرونایی با عوامل خطر، بلکه در بیماران کرونایی بدون عوامل خطر نیز وجود دارد. این ممکن است به یک تجربه آسیب‌زا منجر شود و می‌تواند علائم روان‌پزشکی را در بیماران مبتلا به کرونا ایجاد نماید. اختلال

استرس پس از سانحه (PTSD) یک بیماری روانی مرتبط با استرس است که بلافاصله پس از سانحه، مانند یک حادثه شدید یا قرار گرفتن در معرض خشونت رخ می‌دهد (میائو، چن، ویای، تاو و ولتو،<sup>۱</sup> 2018).

احساسات، خاطرات و افکار تجربه‌شده در هنگام سانحه در بیمار عود کند و منجر به ناراحتی و محدودیت در زندگی روزمره آنها می‌شود (میائو، چن، ویای، تاو و ولتو، 2018؛ لوسک، سادح، والف و میلر،<sup>۲</sup> 2017). چون تقریباً در 5-2 درصد موارد بیماری کووید-19، به علت آسیب ریوی منجر به مرگ و نارسایی منفی پیش‌رونده می‌شود (کوچارسکی و همکاران، 2020).

اگرچه بحث‌هایی درباره همبستگی بین بیماری COVID-19 و PTSD وجود دارد. PTSD هنوز هم ممکن است در بیماران آلوده به سارس رخ دهد. در بروز بیماری قلبی، شیوع PTSD پس از ایجاد یک بیماری عفونی جدی از 4 تا 41 درصد در بین جمعیت عمومی می‌شود (تورالس، اوهایگنس، گاستالدی و نترگلیو،<sup>۳</sup> 2020).

برای شیوع COVID-19، سیندی و همکاران گزارش کردند که شیوع اختلال استرس پس از سانحه در بزرگسالان آمریکایی جوان 18-30 ساله در ایالات متحده (US) 31/8 درصد بود (لتو، ژانگ، وانگ، هایثون و هامن، 2020). علاوه بر این، لورنا و همکاران گزارش کردند که شیوع علائم مربوط به PTSD در ووهان (اولین منطقه در چین که بیماری همه‌گیر کرونا در آن توسعه یافت) تقریباً 5 درصد بود (سان و همکاران، 2020). در خصوص این مسئله مهم و حیاتی، فقط مطالعات اندکی صورت گرفته است؛ اگرچه شیوع بالایی از PTSD در بیماران آلوده به سارس انتظار می‌رود (لتو، ژانگ، وانگ، هایثون و هامن، 2020؛ فکیه-رومدهان، گریزی، عباسی، چریف و چئور،<sup>۴</sup> 2020؛ فورته، فاوایری، تامبلی و کاسگراند،<sup>۵</sup> 2020). برخی از عوامل، مانند درگیری بین فردی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، جنسیت زن، استفاده مکرر از رسانه‌های اجتماعی و انعطاف‌پذیری پایین و حمایت اجتماعی خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهد (موبرای،<sup>۶</sup> 2020).

پارک و همکاران (2020) در مطالعه‌ای که بر روی 63 نفر از 148 بیمار در کره که مبتلا به بیماری MERS بودند، گزارش کردند که نرخ PTSD در 42/9 درصد از بیماران، یک سال پس از بهبودی کامل رخ داده است. صرف‌نظر از شدت عفونت، خطر ابتلا به PTSD در مواردی که بازماندگان، درک سطح بالایی از انگ اجتماعی در قبال بیماران مبتلا به عفونت یا اینکه بازماندگان آنها داشته باشند، سطح اضطراب افزایش یافته بود (پارک و همکاران، 2020).

گزارش دیگری نشان داد که 42 درصد از بیماران چینی آلوده به سارس، حتی پس از گذشت 4 سال مبتلا به اختلال PTSD شدند (هانگ و همکاران، 2009).

شیوع PTSD پس از پیشرفت بیماری کووید-19، در مقایسه با پس از پیشرفت بیماری مرس و سارس، 20 درصد کمتر بود (هانگ و همکاران، 2009).

اگرچه این می‌تواند با تفاوت در مدت‌زمان بین شیوع و تحقیقات در زمینه PTSD توضیح داده شود؛ همچنین ممکن است که میزان مرگ‌ومیر پایین (5-2 درصد) در بیماران مبتلا به COVID-19 باشد. بیماری کووید-19 می‌تواند بر بروز PTSD تأثیر بگذارد (پور محمد و همکاران، 2020). سالاری و همکاران برای ارزیابی شیوع اختلالات روان‌شناختی مختلف در طی همه‌گیری بیماری کووید-19، یک متاآنالیز انجام دادند و گزارش کردند که شیوع استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب 6/29 درصد، 9/31 درصد و 7/32 درصد بود (کریشنامورثی،<sup>۷</sup> 2020). در حال حاضر، چندین مطالعه در مورد اختلال PTSD در طی همه‌گیری بیماری کووید-19 انجام گردیده است (چانگ، هور و پارک،<sup>۸</sup> 2020؛ هوانگ، کیم، پارک، چانگ و پارک، 2020؛ وانگ، وانگ، یه و لیو، 2020؛ چانگ و همکاران، 2020). در آوریل سال 2020، فکیه-رومدهان<sup>۹</sup> و همکاران (2020) بررسی

1. Miao, Chen, Wei, Tao, & Lu
2. Lusk, J.D.; Sadeh, N.; Wolf, E.J.; Miller
3. Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio,
4. Fekih-Romdhane, Ghrissi, Abbassi, Cherif, & Cheour
5. Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande
6. Mowbray
7. Krishnamoorthy, Nagarajan, Saya, & Menon
8. Chang, Hur, & Park
9. Fekih-Romdhane

شیوع اختلال استرس پس از سانحه در 603 نفر از مردم تونس، گزارش کردند که 333 درصد از شرکت‌کنندگان در این پژوهش مبتلابه اختلال PTSD بودند. لئو و همکاران (2020) به نتایج مشابهی (31/8 درصد) در زمان ارزیابی PTSD در 898 بزرگسال آمریکایی جوان بین 13 آوریل 2020 تا 19 مه 2020 دست یافتند.

فورته و همکاران (2020) شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در طی شیوع گسترده COVID-19 در ایتالیا که بر روی نمونه‌ای به حجم 2286 نفر بررسی کردند، دریافتند که اختلال PTSD در 29/5 درصد موارد از شرکت‌کنندگان شیوع دارد. اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) معمولاً بیماران را در زندگی محدود می‌کند. و اختلالات روانی مانند افسردگی، اسکیزوفرنی و اعتیاد به الکل را تسریع می‌کند. بنابراین، پزشکان باید از احتمال PTSD در بیماران کرونایی آگاه باشند و باید برای افرادی که علائم مربوطه را دارند، درمان مناسبی ارائه دهند. به‌طور خاص، بیماران کرونایی در معرض خطر متوسط اختلال استرس پس از سانحه قرار دارند، به‌ویژه کسانی که پس از بهبودی کامل ترخیص شده‌اند. بنابراین تشخیص PTSD از طریق تحقیق فعال و ارائه درمان مناسب پس از آن لازم است (چانگ و پارک، 2020).

### سرمایه روان‌شناختی

سرمایه روان‌شناختی نیز سازه‌ای جدا از سرمایه اجتماعی و انسانی است و از آن به‌عنوان ادراک شخص از خود و داشتن هدف جهت رسیدن به موفقیت و پایداری در مقابل مشکلات یاد می‌شود. سرمایه روان‌شناختی ریشه در مکتب روانشناسی مثبت‌گرا دارد و از چهار گویه امید که پشتکار در پیگیری اهداف و در صورت نیاز، بازنگری در مسیر هدف‌ها جهت رسیدن به موفقیت می‌باشد، خوش‌بینی که اسناد مثبت به پیروزی در حال و آینده است، تاب‌آوری که سازگاری مثبت در پاسخ به شرایط ناگوار را شامل می‌شود و خودکارآمدی که اطمینان به توانایی‌های خود جهت انجام تکالیف مشکل و چالش‌برانگیز است، تشکیل شده است. سرمایه روان‌شناختی را باید جزو ویژگی‌ها و مهارت‌های مهم و اساسی در نظر گرفت که در صورت بهره‌مندی افراد جامعه، میزان آسیب‌پذیری پایین‌تری در مقابل رویدادهای استرس‌آور از خود نشان می‌دهند و نشاط، رضایت و بهزیستی بالاتری را تجربه می‌کنند و درنهایت به احتمال کمتری دچار فرسودگی می‌شوند (سانتسی، لودی، ماگانو، زاربو و زامیتی، 2020). سرمایه روان‌شناختی یک حالت روان‌شناختی مثبت است که در طی روند رشد فردی مشاهده می‌شود و عمدتاً توسط ابعاد گوناگونی بیان می‌شود: امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری (لوسانس، لوسانس و لوسانس، 2004؛ هارمس، کراسیکووا و لوسانس، 2018).

مطالعات موجود در زمینه سرمایه روان‌شناختی بر بحث در مورد ساختار درونی آن و ارتباط آن با سایر زمینه‌ها مانند سلامت روان‌شناختی، بهزیستی فردی و رفتارهای فردی متمرکز بوده است. در میان آن‌ها، رابطه بین سرمایه روان‌شناختی با سطح بهداشت روانی فرد ارتباط نزدیکی دارد، یعنی سرمایه روان‌شناختی برتر به بهبود کیفیت روان‌شناختی فرد و پرورش ذهنیت خوب کمک خواهد کرد. بنابراین، می‌توان سرمایه روان‌شناختی را به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده درونی برای بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفت (کیم و همکاران، 2019).

با توجه به یافته‌های تحقیقات مرتبط در مورد مفهوم ثانویه سرمایه روان‌شناختی، عامل سرسختی در سرمایه روان‌شناختی فردی تأثیر پیش‌بینی مثبتی بر حساسیت به روابط بین فردی و افسردگی دارد، درحالی‌که عامل خوش‌بینی اثر پیش‌بینی منفی دارد. همه ابعاد سرمایه روان‌شناختی با احساسات مثبت و منفی، افسردگی، حساسیت و لجاجت ارتباط معنی‌داری دارند و با اضطراب

همبستگی منفی دارد. علاوه بر این، خودکارآمدی، خوش‌بینی و امید می‌تواند رشد اضطراب اجتماعی را به‌طور منفی پیش‌بینی کند. می‌توان استنباط کرد که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند مقدمه اضطراب اجتماعی باشد (دونگمی، 2020).

پاتنام<sup>۱</sup> (2000) سرمایه اجتماعی را شامل مؤلفه‌هایی از جمله شبکه‌ها، ارزش‌های مشارکت مدنی و اعتماد به سایر افراد جامعه می‌داند که این سرمایه برخلاف سرمایه‌های متعارف دیگر، یک کالای همگانی است و در انحصار بهره‌برداران نیست. سرمایه اجتماعی شبکه‌ای از ارتباطات مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی و پیوندهای افراد بین گروه‌های اجتماعی، نهادها و سازمان‌ها است که به انسجام و همبستگی اجتماعی و بهره‌مندی افراد و گروه‌ها از حمایت اجتماعی و انرژی کافی برای آسان شدن کنش‌ها برای تحقق اهداف فردی و گروهی منجر می‌شود. به زبان دیگر آدمی در ساختارهای ترسیم‌شده فرهنگی و اجتماعی به سر می‌برد و به شکل مستمر از منابع فرهنگی و اجتماعی، بازخوردهای اطلاعاتی و اصلاحی دریافت می‌کند. این بازخوردها قادر هستند در ساخت اهداف، معنی زندگی، مقاومت در مقابل فشار و خودسنجی‌های مثبت و منفی نقش ماندگار بازی کنند. از این‌رو، نبود شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده و افول روابط بین فردی و گسست اعتماد بین فردی قادر هستند از نمایان شدن توانمندی‌های فردی در موقعیت‌های اجتماعی، بازدارندگی کنند. در حقیقت فضاهای بی‌اعتمادی و فاصله‌گیری اجتماعی، فرصت جرأت‌مندی و خود ابرازی را از فرد گرفته و او را از منابع بزرگ بازخوردی محروم می‌سازند. نبود این منابع، چشم‌انداز فرایندهای آتی زندگی را برای آدمی در ابهام فرومی‌برد و بدبینی، یأس و ناامیدی را در چارچوب ادراکی و روان‌شناختی فرد جایگزین می‌کند (گیاوریمیس و نیکولسون<sup>۲</sup>، 2020). سرمایه اجتماعی را در مجموع به‌عنوان درجه‌ای از انسجام اجتماعی، ارتباطات متقابل دوطرفه، اعتماد، تعاملات، احساس و ادراک و تعهد متقابل در بین اعضای یک گروه می‌دانند (ژیانو، ژنگ، کونگ، لی و یانگ<sup>۳</sup>، 2020).

گیاوریمیس و نیکولسون (2020) در پژوهشی تحت عنوان سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه گریک در طول همه‌گیری کووید-19 نشان دادند در بستری که جامعه تحت تأثیر همه‌گیری این ویروس قرار گرفته است، سرمایه اجتماعی بالا می‌تواند شرایط مناسبی را برای روابط اجتماعی مثبت و تعاملات دانشجویی ایجاد کند و رشد شناختی به نظر نمی‌رسد متفاوت از سرمایه اجتماعی باشد. ژیانو، ژنگ، کونگ، لی و یانگ (2020) در پژوهشی به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت خواب کارکنان پزشکی که بیماران مبتلابه کرونا را در ژانویه و فوریه 2020 در چین تحت درمان قرار داده بودند، پرداختند. نتایج نشان داد که سطح حمایت اجتماعی کارکنان پزشکی با خودکارآمدی و کیفیت خواب، رابطه مثبت و با میزان اضطراب و استرس، ارتباط منفی دارد. سطح اضطراب مرتبط با استرس به‌طور معنی‌داری تأثیر منفی بر خودکارآمدی و کیفیت خواب داشت و اضطراب، استرس و خودکارآمدی، واسطه متغیرهای مرتبط با حمایت اجتماعی و کیفیت خواب بودند. ژیانو، ژنگ، کونگ، لی و یانگ (2020) در پژوهش دیگری نیز به بررسی سرمایه اجتماعی و کیفیت خواب در افرادی که در پی شیوع ویروس کووید-19 در ژانویه سال 2020 در چین خود را 14 روز قرنطینه کرده بودند پرداختند. نتایج نشان داد که سطح پایین سرمایه اجتماعی با افزایش سطح اضطراب و استرس و با کاهش کیفیت خواب ارتباط دارد. اضطراب با استرس و کیفیت کاهش‌یافته خواب، رابطه دارد و ترکیب اضطراب و استرس، اثرات مثبت سرمایه اجتماعی را بر کیفیت خواب، کاهش می‌دهد. هم‌چنین ژو، ژئو، آسانته-آنتوی، بوافو-آرتور و مصطفی<sup>۴</sup> (2020) به بررسی نقش مداخله‌ای سرمایه روان‌شناختی بر بازسازی بهزیستی روان‌شناختی پزشکان خانواده و انگیزه آن‌ها برای عملکرد مؤثر در کشور چین پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان داد بهزیستی روان‌شناختی و درگیری شغلی بر عملکرد پزشکان خانواده تأثیر می‌گذارد. هم‌چنین سرمایه روان‌شناختی رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی، درگیری شغلی و عملکرد را میانجی‌گری می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که این فشارها به‌طور قابل توجهی بر بهزیستی آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

1. Putnam
2. Giavrimis & Nikolaou
3. Xiao, Zhang, Kong, Li & Yang
4. Xu, Zhou, Asante-Antwi, Bofo-Arthur & Mustafa

به همین دلیل، یک فرد حرفه‌ای در مراقبت‌های بهداشتی که احساسات مثبت را تجربه می‌کند بر کل رفتارهای وی که به عملکرد، منتهی می‌شود، تأثیر می‌گذارد.

## مهارت‌های مقابله‌ای

مهارت‌های مقابله‌ای از جمله عواملی هستند که می‌توانند در کنترل فشار روانی مؤثر واقع گردند (جیانگ، 2019). افرادی که در برابر فشار روانی از مهارت‌های مقابله‌ای مثبت (مانند مقابل مسئله‌دار و ارزیابی مثبت) استفاده می‌نمایند، عوارض منفی ناشی از فشار روانی را کاسته و پیامدهای مثبتی را ایجاد می‌کنند. در صورتی که به کارگیری پیامدهای منفی (مانند مقابله متمرکز بر هیجان و مقابله اجتنابی) منجر بر زیاد شدن پیامدهای منفی در فرد می‌شود (یانیو<sup>1</sup> و همکاران، 2020). هوانک و رانک (2020) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که راهبردهای مقابله‌ای با فشار روانی در افراد مبتلا به بیماری کووید-19 و پرستاران، نقش بسزایی در روند درمان‌شان دارد.

سبک مقابله، رفتارهای شناختی و رفتاری است که توسط افرادی که تحت فشار و عقب‌نشینی قرار دارند، برای به دست آوردن تعادل تحت فشار و عامل مهمی که برای سازگاری با محیط جدید و حفظ سلامت روانی مثبت مورد استفاده قرار می‌گیرند، اتخاذ می‌شود (ایرلی و گرادی<sup>2</sup>، 2017). سبک کنار آمدن به دو گروه مقابله مثبت و مقابله منفی تقسیم می‌شود. مورد اول بدان معناست که افراد برای مقابله با حوادث استرس‌زا، نگرش‌های خوش‌بینانه و مثبت دارند و آن‌ها معتقدند که توانایی حل مشکلات را دارند و می‌توانند برای حل مشکلات واقعی اقدام کنند؛ در حالی که مورد دوم به این معنی است که افراد احساسات منفی مربوط به حوادث استرس‌زا را از طریق طفره رفتن و مقاومت از بین می‌برند (نوگالسکی، کیوسمین و توسکار<sup>3</sup>، 2018). مهارت‌های مقابله‌ای، مرتبط با عوامل متعددی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و سازگاری می‌باشد (دنیسون، مس - موریس و چالدر<sup>4</sup>، 2009).

بیماری همه‌گیر COVID-19 به‌عنوان یک رویداد مهم در زندگی تقریباً همه، تأثیر زیادی بر میزان استرس درک شده مردم داشته است. چندین مطالعه در مورد رابطه بین مقابله و پاسخ به اپیدمی‌ها در شیوع اخیر و قبلی، میزان استرس قابل‌درک بیشتری را در بین افراد نشان داد (طاها، متیسون و انیسمان، 2020؛ فوا، تنگ و تام، 2020؛ تیاسدال، باردلی و اسکولتزو میچی، 2012؛ سیم، هواک چان و چوا و ون، 2010). زن بودن، درآمد کم و زندگی با افراد دیگر همه با سطح استرس بالاتر همراه بودند (طاها، متیسون و انیسمان، 2020).

عوامل محافظتی مانند داشتن ثبات از نظر عاطفی، داشتن خودکنترلی، استراتژی‌های مقابله‌ای سازگار و منبع کنترل داخلی نیز مورد توجه قرار گرفتند (فوا، تنگ و تام، 2020؛ تیاسدال، باردلی و اسکولتزو میچی، 2012).

یافته‌ها نشان داد که بحران COVID-19 به‌عنوان یک رویداد استرس‌زا درک می‌شود. استرس درک شده در بین افراد بیش از آن است که در شرایطی بدون اورژانس وجود داشته باشد. عصبی بودن، استرس و از دست دادن کنترل زندگی از عواملی هستند که بیشترین ارتباط را با میزان استرس درک شده دارند که منجر به این می‌شود که غیرقابل‌پیش‌بینی بودن و

1. Yanyu
2. Early, & Grady
3. Nogalski, Kucmin, & Turska
4. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder

غیرقابل کنترل بودن در استرس درک شده در طی بحران نقش مهمی دارند (فوا، تنگ و تام، 2020؛ تیاسدال، باردلی و اسکولتز و میچی، 2012).

علاوه بر این، برخی از سبک‌های مقابله‌ای (به‌عنوان مثال، داشتن یک نگرش مثبت) با تجربه پریشانی روان‌شناختی کمتری همراه بودند اما استراتژی‌های اجتناب احتمالاً باعث ایجاد فشارهای بالاتر می‌شوند (سیم، هواک چان و چوا و ون، 2010).

طبق نظر لازاروس (1999)، اگر پاسخ استرس به‌عنوان تعامل بین محیط و انسان تلقی شود، افراد از نظر استرس متفاوت هستند. یک فرد می‌تواند دو نوع فرآیند ارزیابی را تجربه کند، یکی برای ارزیابی عوامل استرس‌زای خارجی و سهام شخصی و دیگری برای ارزیابی منابع شخصی که می‌تواند برای مقابله با عوامل استرس‌زا استفاده شود (لازاروس و فولکمن، 1984). اگر عدم تعادل بین این دو فرآیند ارزیابی وجود داشته باشد، پس‌از آن استرس رخ می‌دهد، زیرا منابع شخصی برای مقابله با خواسته‌های استرس‌زا کافی نیست (لازاروس و فولکمن، 1984).

در طول حوادث استرس‌زای زندگی، توجه به افزایش سطح اضطراب سلامتی و نوع سازوکارهای مقابله‌ای که عوامل بالقوه‌ای برای کاهش اثرات اضطراب زیاد هستند، مهم است. مدل معاملات استرس توسط لازاروس و فولکمن (1987) بینشی از این نوع عوامل را فراهم می‌کند.

فولکمن و لازاروس دو نوع پاسخ مقابله‌ای را نظریه‌پردازی کردند: مقابله با احساسات و مقابله با مسئله. استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز بر احساسات (به‌عنوان مثال؛ فاصله گرفتن، پذیرش مسئولیت، ارزیابی مجدد مثبت) ممکن است هنگامی استفاده شود که منبع استرس در کنترل فرد نباشد و این استراتژی‌ها برای مدیریت پاسخ عاطفی فرد در برابر تهدید باشد. همچنین، استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز بر احساسات، در مدیریت پریشانی عاطفی هدایت می‌شوند (لازاروس و فولکمن، 1987).

از طرف دیگر، استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله (به‌عنوان مثال؛ مقابله مقابله‌ای، جستجوی حمایت اجتماعی، حل برنامه‌ریزی مسئله) به فرد کمک می‌کند تا بتواند تهدید را تحمل کند و یا به حداقل برساند و علل استرس را از راه‌های عملی هدف قرار دهد. همچنین گفته شد که سازوکارهای مقابله‌ای متمرکز بر احساسات بیشتر در موقعیت‌هایی که به‌عنوان نیاز به پذیرش ارزیابی می‌شوند، مورد استفاده قرار می‌گرفتند، درحالی‌که از راهبردهای مسئله محور در مواجهه بیشتر قابل تغییر استفاده می‌شد (لازاروس و فولکمن، 1987).

یک مطالعه اخیر در استان هونان در چین نشان داد که مؤثرترین عامل برای مقابله با استرس در بین کارکنان پزشکی، دانش در مورد رفاه خانواده آنها است (چای و همکاران، 2020).

بر اساس نظر گرهودل<sup>۱</sup> (2020) تنها چند مطالعه از تحقیقات اخیر، استراتژی‌های مقابله با جمعیت عمومی را ارزیابی کرده است. افراد مسن خطر کمتری از COVID-19 را نسبت به افراد جوان درک می‌کنند. همچنین، زنان بیشتر از مردان نگرانی در مورد این بیماری ابراز داشته‌اند. استراتژی‌های مقابله بسیار مسئله محور بودند و بیشتر شرکت‌کنندگان گزارش دادند که به توصیه‌های متخصصان گوش می‌دهند و سعی می‌کنند آرامش خود را حفظ کنند.

مهارت‌های مقابله‌ای عبارت است از کوشش‌های شناختی رفتاری که فرد باهدف مدیریت و کنترل خواسته‌های درونی و بیرونی به کار می‌گیرد و مشتمل بر دو نوع مقابله هیجان مدار و مسئله مدار می‌باشد (فولکمن و لازاروس<sup>۲</sup>، 1986). در راهبردهای

---

1. Gerhold  
2. Folkman, & Lazarus



مقابله‌ای مسئله مدار، تمرکز فرد به وضعیت یا مشکل موجود می‌باشد و با به‌کارگیری روش‌های حل مسئله، سعی در حل مشکل موجود یا تغییر وضعیت دارد؛ در راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار، فرد روش‌هایی را به کار می‌گیرد که در جهت کنترل و التیام احساسات ناخواسته به‌عمل آمده از موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد (لازاروس و فولکمن، 1984).

به نظر می‌رسد که در هنگام همه‌گیری ویروس کرونا، تمرکز بر احساسات، باعث افزایش علائم اضطراب‌آور و افسردگی می‌شود. احتمالاً به دلیل ماهیت غیرقابل کنترل بودن رویداد استرس‌زا و پاسخ عاطفی آن، حمایت خانواده که احساس تنهایی را به حداقل می‌رساند، نقش انحصاری در کاهش علائم افسردگی داشت. این نتایج، اهمیت ارتقاء راهبردهای روان‌شناختی برای بهبود مهارت‌های تنظیم عاطفی و کاهش انزوا از خانواده را برای جلوگیری از علامت‌گذاری خلقی در شهروندان سالم در هنگام بحران‌های بهداشتی گسترده، نشان می‌دهد (ماریانی<sup>1</sup> و همکاران، 2020). با توجه به ماهیت همه‌گیری بیماری کووید-19، راهبردهای مقابله‌ای تحت تأثیر اعلام قوانین واضحی جهت پیروی کردن شهروندان از آن، معین گردیده است (گرهولد<sup>2</sup>، 2020).

مقابله بخشی از تعامل شخص و محیط است و زمانی رخ می‌دهد که فرد یک موقعیت را استرس‌زا ارزیابی کند. روانشناسی سلامت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای راهبردهای مقابله‌ای در بهبودی وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قائل شده است. به این ترتیب یکی از اهداف مداخلات پیشگیرانه افراد از طریق تغییر در پاسخ مقابله‌ای و تنظیم شناختی و هیجان‌ها است (بوتلر و کاروچی، 2007؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399). یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان، نحوه‌ی مواجهه با استرس و چالش‌های زندگی است. توانایی سازگاری افراد در رویارویی با استرس، مسائل زندگی شخصی و مشکلات اجتماعی یکسان نیست (گروس، 2003؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399). در یک محیط مشابه اجتماعی، بعضی اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌انگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و دچار استرس، اضطراب، رفتارهای ضداجتماعی و خودکشی می‌شوند، درحالی‌که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف نموده و یا آن را سپری نمایند. به هر اندازه‌ای که این توانایی در شخص بالاتر یا بیشتر باشد، به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه‌ی مثبت، سازگارانه و کارآمدتر به حل و فصل مشکلات خویش بپردازد. بنابراین انتخاب یک راهبرد مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، بر ارتقای سلامت روانی و جسمانی فرد اثرگذار می‌باشد.

هیجان‌ها و برانگیختگی ناشی از موقعیت‌های تنش‌زا بسیار ناخوشایند است و همین رنج موجب برانگیختن شخص به سوی تسکین آن می‌شود. فرایند کوشش شخص برای حل و فصل شرایط تنش‌زا را مقابله نامیده‌اند. مقابله به دو صورت اساسی صورت می‌گیرد: می‌توان توجه خود را معطوف موقعیت یا مشکل خاصی که پیش‌آمده نمود و در پی تغییر یا اجتناب از آن برآمد؛ این روش به مقابله‌ی مسئله مدار شهرت دارد. یا اینکه می‌توان درصدد تسکین هیجان‌های ناشی از موقعیت تنش‌زا برآمد، حتی زمانی که نتوان تغییری در خود موقعیت ایجاد کرد. این فرایند دوم، مقابله‌ی هیجان مدار نام دارد (لازاروس و فولکمن، 1984؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399).

راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌گردد. دو راهبرد اصلی مقابله عبارت‌اند از: مقابله‌ی هیجان مدار که شامل کوشش‌هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش‌زاست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجان‌ات حاصله از موقعیت تنش‌زا حفظ می‌کند و راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار که شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زاست و سعی دارد تا منبع تنبیدی را حذف کرده یا تغییر دهد (کارور، پازو، هریس، نورگو، سیر، رابینسون، کتچم، 1993؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399). البته غالب مردم در مقابله با تنش‌ها، هر دو شیوه‌ی مسئله مدار و هیجان مدار را به کار می‌گیرند.

---

1. Mariani  
2. Gerhold

کارولین، الدوین و لورینا (2004؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399) در مورد شیوه‌های مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند، کسانی که از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله مدار استفاده می‌کنند، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای مشکل را به اجزاء کوچک‌تر و قابل‌کنترل تجزیه می‌کنند و در جستجوی اطلاعات و بررسی جنبه‌های مختلف مشکل و هدایت اعمال و رفتار می‌باشند. درحالی‌که در راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار اظهارات هیجانی به‌صورت سرکوب، اجتناب، انزوا و کنار گذاشتن بروز پیدا می‌کنند.

### مقابله مسئله مدار

تدابیر حل مسئله، شامل تعریف مسئله، یافتن راه‌حل‌های گوناگون، سبک سنگین کردن راه‌حل‌ها به لحاظ سود و زیان آن‌ها، انتخاب و به کار بستن راه‌حل انتخابی است. تدابیر حل مسئله ممکن است متوجه خود شخص هم بشود، به این معنا که به عوض تغییر محیط، شخص در خودش تغییری ایجاد کند: سطح آرزومندی را تغییر دهد، هدف و محمل خشنودی دیگری در پیش گیرد یا مهارت‌های تازه‌ای بیاموزد. موفقیت این تدابیر به دامنه‌ی تجربیات و خویشتن‌داری شخص بستگی دارد. کسانی که در موقعیت‌های تنش‌زا به تدابیر و شیوه‌های مقابله‌ای مسئله مدار دست می‌زنند، هم در جریان موقعیت تنش‌زا و هم پس از سپری شدن آن، افسردگی کمتری دارند (بیلینگر و موس، 1984؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399).

### مقابله‌ی هیجان مدار

آدمی برای جلوگیری از فرسودگی ناشی از هیجان‌های منفی که منجر به درگیر نشدن با جریان‌های علمی مسئله است، به مقابله‌ی هیجان مدار رو می‌آورد. علاوه بر این در مواجهه با مساله‌های حل نشدنی و مشکل نیز مردم به این شیوه‌ی مقابله‌ای پناه می‌برند.

شیوه‌های بسیار متعددی برای مقابله با هیجان‌های منفی وجود دارد. بعضی از محققین، این شیوه‌ها را به دو دسته‌ی رفتاری و شناختی تقسیم کرده‌اند (موس، 1988؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399). تدابیر رفتاری عبارت است از دست زدن به تدابیر فیزیکی از قبیل ورزش یا مصرف الکل یا سایر داروها، خالی کردن خشم خود بر سر دیگران؛ و درخواست حمایت عاطفی دوستان برای دور نگهداشتن ذهن خود از مسئله. تدابیر شناختی عبارت است از نیاندیشیدن موقتی به مسئله (به نظر خودم، ارزش نگران شدن ندارد) و کم کردن از تهدید موجود، از راه تغییر معنای موقعیت (به نظر خودم خیلی هم مشتاق رفاقت با او نبودم). تدابیر روان‌شناختی غالباً شامل ارزیابی دوباره موقعیت‌هاست. طبعاً انتظار داریم بعضی تدابیر رفتاری و شناختی، انطباقی باشند و بعضی دیگر (از قبیل مشروب‌خواری زیاد)، فقط شخص را گرفتار تنش و فشار بیشتر سازد.

درخواست حمایت هیجانی از جانب دیگران از جمله تدابیر کنار آمدن با هیجان‌های منفی است که در کار سازگاری هیجانی و جسمانی با تنش کارایی دارد. پین بیکر (1990) طی مجموعه بررسی‌های گسترده‌ای مشاهده نمود کسانی که رویدادهای آسیبی زندگی خویش از قبیل تجاوز جنسی یا خودکشی همسر را برای مردمان حمایتگر بیان می‌کنند، هم پس از رویداد آسیبی و هم در درازمدت سلامت جسمی بهتری دارند. میزان حمایت اجتماعی که آدمی پس از رویداد آسیبی از مردم می‌بیند نقش حمایت اجتماعی بر سلامت را چندین برابر می‌سازد (روک، 1984، به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399).

شیوه‌ها یا راهبردهایی که فرد در مقابله با موارد استرس‌زا به کار می‌برد، نقش اساسی در سلامت جسمانی و روانی او ایفا می‌نماید. فرایندهای ارزیابی، تلاش‌های شناختی و رفتاری افراد در تفسیر و غلبه بر مشکلات زندگی مؤثر می‌باشند. در بحث ارزیابی اولیه، فرد ممکن است موقعیت را تهدیدکننده یا بی‌خطر ارزیابی کند. در مرحله دوم یا ارزیابی ثانویه، نوع اقدامی که فرد باید نسبت به آن موقعیت به عمل آورد و نیز نیروها و امکاناتی که برای حل و مقابله با آن خود احساس می‌کند در اختیار دارد و این موضوع در رابطه با اطلاعاتی است که محیط، تجارب زندگی و ویژگی‌های شخصی برایش به وجود آمده است. اطلاعات تازه ممکن است در ارزیابی فرد از موقعیت مؤثر واقع شود و آن را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد.

## ویژگی‌های رویدادهای تنش‌زا

رویدادهای بی‌شماری موجب ایجاد تنش در افراد می‌گردند. بعضی از آنها تغییرات عمده‌ای هستند که بسیاری از مردم را به‌صورت هم‌زمان گرفتار می‌نمایند، از قبیل جنگ، بلایای طبیعی، سانحه‌های هسته‌ای و بیماری‌های همه‌گیر و... . نوع دیگر تغییرات، تغییرات بزرگ و عمده زندگی هستند نظیر ازدواج، تغییر شغل، فقدان و سوگ عزیزی و بیماری‌های وخیم. عموماً گرفتاری‌های روزمره را نیز مردم به‌صورت تنش و ناراحتی تجربه می‌کنند، مانند گیر افتادن در راه‌بندان، گم کردن کیف‌دستی، بحث و جدال و نظایر آن. به‌جز این‌ها این امکان هست که خاستگاه فشار روانی در خود شخص و به‌صورت انگیزه‌ها یا خواست‌های متعارض باشد. رویدادهایی که تنش‌زا تلقی می‌گردند معمولاً در یک یا چند مقوله‌ی زیر قرار می‌گیرند: رویدادهای آسیبی فراتر از چهارچوب تجربه‌های عادی زندگی، رویدادهای مهارنشده‌ی، رویدادهای پیش‌بینی نشده‌ی که پیشینه‌ی توان و خود‌پنداره شخص و یا تعارض‌های درونی را فرا می‌خوانند (اتکینسون و همکاران، 1399).

## رویدادهای آسیبی

بارزترین و اصلی‌ترین منابع فشار روانی رویدادهای آسیبی هستند. منظور از رویدادهای آسیبی، موقعیتی بسیار مخاطره‌آمیز و فراتر از حیطه‌ی تجارب معمولی آدمیان است. فاجعه‌های طبیعی همچون سیل و زمین‌لرزه و طوفان و فجایعی که آدمی خودش مسبب آن است مانند جنگ و سوانح هسته‌ای و سوانح رانندگی و سوانح هوایی و دریایی و تعرض‌های جسمانی نظیر تجاوز جنسی و یا اقدام به قتل و خودکشی از این زمره‌اند.

در برابر رویدادهای آسیب‌زا بسیاری از مردم واکنش‌های روان‌شناختی معینی را بروز می‌دهند (هورویتز، 1986؛ به نقل از اتکینسون و همکاران، 1399). به این معنا که قربانیان این‌گونه فجایع ابتدا دچار بهت و سردرگمی می‌شوند و متوجه آسیب یا خطری که متوجه آنان گردیده نمی‌شوند. ممکن است که شخص به علت پریشانی و سردرگمی خود را در معرض خطرات جدی‌تر دیگری قرار دهد، مثلاً هنگام وقوع زلزله شخص ممکن است در مجاورت یا داخل ساختمان‌های در معرض فرو ریزی سرگردان بماند، بدون اینکه خطر ناشی از این کار را حس کند. در مرحله بعدی نیز بازماندگان حادثه همچنان فعل پذیر هستند و از عهده انجام کارهای کوچک و شخصی خویش نیز برنمیایند اما ممکن است به سهولت از دستورات پیروی کنند. مثلاً مادری که فرزندش را در یک سانحه رانندگی در مقابل چشمانش از دست داده ممکن است تا مدت‌ها (از چند روز تا هفته‌ها) به فکر تهیه غذا برای خودش نیافتد یا از شرکت در مراسم‌ها و مهمانی‌ها پرهیز کند اما اگر دوست نزدیکش یا یکی از اعضای خانواده اصرار کند که با هم غذا بخورند، اطاعت کند. در مرحله سوم، افراد فاجعه دیده دچار اضطراب و دلهره می‌شوند و در تمرکز حواس مشکل اساسی پیدا می‌کنند چه بسا جزییات فاجعه را بارها و بارها برای دیگران بازگو نمایند. کسی که از سانحه‌ی رانندگی جان سالم به در برده است زمانی که کنار اتومبیل قرار می‌گیرد دچار اضطراب می‌شود و به خاطر عدم تمرکز نتواند به کار و حرفه‌اش بپردازد و بارها و بارها جزییات سانحه را برای دوستان و اطرافیانش شرح دهد. خوشبختانه بیشتر مردم هرگز خودشان دچار رویدادهای آسیبی نمی‌شوند بلکه رویدادهای معمولی‌تر است که در آنان ایجاد تنش می‌کند. سه ویژگی می‌تواند تنش‌زا به شمار آمدن رویدادها باشد: مهارشده بودن، پیش‌بینی پذیری و میزان فراخوانی نهایت توانایی‌ها و خودپنداره‌ی شخص. همچنین میزان تنش‌زایی هر رویداد برای افراد گوناگون یکسان نیست، بدین‌صورت که افراد از لحاظ ارزیابی ویژگی‌های سه‌گانه یادشده در رویدادها، با یکدیگر تفاوت دارند و عمدتاً همین ارزیابی‌هاست که رویدادها را تنش‌زا می‌سازد (لازاروس و فالکمن، 1984).

نکته مهم و جالب توجه این است که پژوهش چاپ شده بر روی بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19 در مورد استرس ادراک شده، مهارت‌های مقابله‌ای، سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی چه در کشورمان و چه در جهان بسیار کم است و نویسندگان این گزارش فقط به چند مورد از این پژوهش‌ها برخورد کردند که در سطور ذیل ذکر شده است.

حسن و همکاران (2020) در مرور مطالعات انجام شده بر روی ویژگی‌های بالینی و تشخیص و درمان بیماران مبتلا به کووید-19 به این نتیجه رسید که علائم مشترک شامل تب (6/98٪) و خستگی (6/69٪) و سرفه خشک و در بیماران خفیف‌تر با علائم درگیری دستگاه تنفسی همراه است و موارد شامل سرفه خشک، تب خفیف، گرفتگی بینی، گلودرد، سردرد، درد عضلانی و بی‌حالی همراه است و با تنگی نفس همراه نیست. اکثر بیماران دارای شدت خفیف هستند (81٪). ویژگی‌های رادیوگرافی نیز ندارند البته ممکن است به سرعت به نوع متوسط و شدید تبدیل شوند. در سطح متوسط این بیماران با علائم تنفسی سرفه، تنگی نفس و تاکی پنه<sup>۱</sup> مشخص می‌شوند. با این حال، هیچ علامت و نشانه‌ای از بیماری شدید وجود ندارد. در شرایط شدید بیماران مبتلا به بیماری شدید با ذات‌الریه شدید مواجه می‌شوند. سندرم دیسترس حاد تنفسی<sup>۲</sup> وجود دارد. تظاهرات بالینی شامل وجود سپسیس یا شوک سپتیک به همراه عوارض آن وجود دارد. نابسامانی تنفسی و تنگی نفس شدید وجود دارد. در 5٪ موارد ممکن است بیماری شدت یافته و قطع تنفس دیده بشود. همه این علائم در پژوهش لواتو، کوسیمو و فیلیپس (2020) نیز نشان داده شده است.

کالبوزی<sup>۳</sup> و همکاران (2020) اضطراب سلامتی، استرس درک شده و سبک مقابله با آن در دوران COVID-19، در مجموع 1320 دانشجوی در مطالعه شرکت کرده‌اند و 31 پاسخ غیر واجد شرایط حذف شدند. از میان 1289 شرکت کننده باقیمانده، 948 نفر (73/5 درصد) و 341 نفر (26/5 درصد) به ترتیب دانشجویان مجارستانی و بین‌المللی بودند. دانشجویان دختر با 920 شرکت کننده (71/4٪) نمونه کلی را غالب می‌کردند. به طور کلی، بین استرس درک شده و اضطراب سلامتی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. میزان اضطراب سلامتی و میزان استرس درک شده در بین دانشجویان بین‌المللی در مقایسه با دانشجویان داخلی به طور قابل توجهی بالاتر بود. در مورد مقابله، آرزو و اندیشه با سطوح بالاتر استرس و اضطراب در بین دانشجویان بین‌المللی همراه بود. در میان دانشجویان داخلی، بازسازی شناختی به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای با سطح پایین تر استرس و اضطراب همراه بود. در مورد اضطراب سلامتی، دانش آموزان دختر (داخلی و بین‌المللی) اضطراب بهداشتی به طور قابل توجهی بالاتر از مردان بودند. علاوه بر این، دانش آموزان دختر در مقایسه با مردان در گروه بین‌المللی، به طور قابل توجهی بالاتر از استرس ادراک شده بودند، با این حال، تفاوت معنی داری در استرس درک شده بین مردان و زنان در گروه داخلی وجود ندارد.

وانگ و همکاران (2020) در پژوهشی تحت عنوان پاسخ‌های روان‌شناختی فوری و عوامل مرتبط با آن در طول مرحله اولیه بیماری ویروس کرونا در بین جمعیت عمومی چین که در 194 شهر چین و با نمونه‌ای به حجم 1210 نفر به صورت یک نظرسنجی آنلاین انجام شد؛ نتایج پژوهش نشان داد که در 16/5 درصد افراد علائم افسردگی متوسط تا شدید، 28/8 درصد افراد علائم اضطراب متوسط تا شدید و 8/1 درصد استرس متوسط تا شدید مشاهده شد.

1. tachypnea  
2. acute respiratory distress syndrome (ARDS)  
3. Garbóczy

لایی<sup>۱</sup> و همکاران (2020) در یک مطالعه مقطعی با عنوان عوامل مرتبط با پیامدهای سلامت روان در بین کادر درمانی در معرض ویروس کرونا که بر روی 1830 نفر از کادر درمانی بیمارستان‌های چین انجام دادند؛ نتایج پژوهش، سطح بالایی از علائم افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و پریشانی را در کادر درمانی در معرض ویروس کرونا گزارش کرد.

چانگ و پارک<sup>۲</sup> (2020) در پژوهشی با عنوان بروز اختلال استرس پس از سانحه پس از بیماری covid-19، 64 نفر بیمار مبتلابه ویروس کرونا را پس از تشخیص بیماری، در بیمارستان آموزشی درمانی، بستری، مداوا و مرخص شده‌اند را مورد بررسی قرار دادند. با شرکت‌کنندگان مصاحبه تلفنی انجام شد و بر اساس چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (PCL-5) اختلال PTSD مورد تشخیص قرار گرفت. ارتباط بین اختلال PTSD و مشخصات دموگرافیک و بالینی با استفاده از آزمون یومان ویتنی و مجذور کای مورد استفاده قرار گرفت. در کل 13 بیمار دارای نمره 33 (نقطه برش در چک‌لیست رویدادهای زندگی) بودند که نشان می‌دهد 20/3 درصد از نمونه 64 نفری دارای اختلال استرس پس از سانحه بودند. همچنین، هیچ تفاوت قابل توجهی در مشخصات دموگرافیک از جمله سن، جنسیت، زمان و مدت بستری در بیمارستان پس از ترخیص بین بیماران مبتلابه PTSD و فاقد این اختلال مشاهده نشد.

فورت<sup>۳</sup> و همکاران (2020) شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در طی شیوع گسترده covid-19 در ایتالیا که بر روی نمونه‌ای به حجم 2286 نفر بررسی کردند، دریافتند که اختلال PTSD در 29/5 درصد موارد از شرکت‌کنندگان شیوع دارد. اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) معمولاً بیماران را در زندگی محدود می‌کند. و اختلالات روانی مانند افسردگی، اسکیزوفرنی و اعتیاد به الکل را تسریع می‌کند.

لیو و همکاران (2020) در مطالعه‌ای که بر روی 1257 نفر از کادر درمانی بیمارستان ووهان و سایر کارکنان شاغل در بخش تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلابه ویروس کرونا انجام پذیرفت؛ حدود 50 درصد از کارکنان افسردگی، 45 درصد اضطراب، 34 درصد اختلالات خواب و 71 درصد استرس را گزارش نمودند.

همچنین در پژوهش دیگری که در زمان بررسی اپیدمی ویروس کرونا در چین بر روی 1563 نفر انجام شد، علائم بی‌خوابی در حدود 36 درصد از کارکنان بخش درمانی مشاهده شد. مطالعات و بررسی‌های بیشتر، رابطه علائم بی‌خوابی را با سطوح پایین تحصیلات، حرفه پزشکی، فعالیت در بخش ایزوله، نگرانی از مبتلا شدن به بیماری، دریافت اخبار مرتبط با بیماری کووید-19، عدم دریافت حمایت روان‌شناختی کافی و عدم یقین در کنترل بیماری را تأیید نمودند (ژانگ و همکاران، 2020).

پودل-تاندوکار، چندلر، جکلدون، گاتم، برتون-جانسون و هولون<sup>۴</sup> (2019) به بررسی تاب‌آوری و اضطراب یا افسردگی در جوانان اسکان‌یافته بوتانی در ایالات متحده پرداختند. این پژوهش یک بررسی مقطعی در میان 225 بوتانی (مردان: 113، زنان: 112) انجام شد. نتایج نشان داد که تاب‌آوری به‌طور معکوس با اضطراب و افسردگی رابطه داشت.

ماریانی<sup>۵</sup> و همکاران (2020) در مطالعه‌ای، تأثیر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت خانواده ادراک‌شده در علائم افسردگی و اضطراب در طی شیوع ویروس کرونا را مورد بررسی قرار دادند؛ نتایج نشان داد که نمره افسردگی ارتباط مثبت معناداری با مقابله هیجانی ( $r=0/85$ ) و اجتنابی ( $r=0/34$ ) و ارتباط منفی معناداری با حمایت خانواده ادراک‌شده دارد ( $r=-0/43$ ). ارتباط مثبت معناداری بین مقابله هیجانی ( $r=0/72$ ) و اجتنابی ( $r=0/35$ ) مشاهده شد. اما هیچ ارتباط معناداری بین دو مقیاس مقابله

1. Lai

2. Chang, M. C., & Park

3. Forte

4. Poudel-Tandukar, Chandler, Jacelon, Gautam, Bertone-Johnson & Hollon

5. Mariani

هیجانی و اجتنابی با حمایت خانوادگی ادراک شده مشاهده نشد. با استفاده از تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، به ترتیب مقیاس افسردگی و اضطراب به عنوان متغیرهای وابسته و مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای و حمایت خانوادگی ادراک شده به عنوان متغیر پیش‌بین انجام شد. اولین مدل رگرسیون نشان داد که مقابله هیجانی و حمایت خانوادگی ادراک شده، توانایی پیش‌بینی نمرات افسردگی را دارد. مدل رگرسیون دوم نشان داد که فقط مقابله هیجانی، نمرات اضطراب را پیش‌بینی کرده است.

دونغمی<sup>۱</sup> (2020) در پژوهشی با عنوان تأثیر سرمایه روان‌شناختی جوانان بر اضطراب اجتماعی در طی شیوع همه‌گیری COVID-19 نقش واسطه‌ای سبک مقابله‌ای، نمونه‌ای به حجم 60 جوان با محدوده سنی 18-22 سال در شمال شرقی چین به صورت تصادفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد که سرمایه روان‌شناختی همبستگی منفی متوسطی با اضطراب اجتماعی و همبستگی مثبت پائینی با مقابله مثبت و همبستگی منفی کمی با مقابله منفی دارد. اضطراب اجتماعی، رابطه منفی با مقابله مثبت و رابطه مثبتی با مقابله منفی در حد متوسط دارد.

مطالعه جرال (2020) نشان داد که بیشتر مردم از روش مسئله محور مقابله استفاده می‌کنند و به توصیه‌های بهداشتی عمل می‌کنند و آرام‌تر هستند.

در مطالعه زو، وی، منگ و لی<sup>۲</sup> (2020) در کشور چین معلوم شد کارکنان درمان در ایام کووید-19 اضطراب بالینی دارند و حمایت اجتماعی سبب کاهش اضطراب می‌شود و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش اضطراب سودمند است.

الشهری، آلاتاوی، القمدی، الهیفانی و الهربی<sup>۳</sup> (2020) شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در طی همه‌گیری COVID-19 در عربستان سعودی، با حجم نمونه 1374 نفر (49/05 درصد مرد و 50/95 درصد زن) مورد بررسی قرار دادند. شرکت‌کنندگان زن شیوع بالاتری نسبت به مردان داشتند. همچنین، شرکت‌کنندگانی که در آزمایش مثبت یا مشکوک به ابتلا به ویروس کرونا بودند، شیوع PTSD بیشتری نشان دادند. انعطاف‌پذیری بالاتر با شیوع PTSD پایین‌تر همراه بود.

در پژوهش دهکردی، عیسی زاده و آقاجانباغلو (2020) پی‌آمدهای روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کووید-19 با استفاده از روش کیفی بررسی شد و پی‌آمدهای هیجانی منفی شامل ترس از مرگ، افسردگی، اضطراب، کاهش فعالیت‌های اجتماعی، احساس طرد از اجتماع، کاهش تبادل مؤثر با خانواده و اجتماع و تجربه برچسب به‌وسیله بیمار و خانواده شناسایی شد.

در مطالعه‌ای توسط اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی<sup>۴</sup> (2021) در کشور انگلیس که بر روی 50 نفر از بیماران مبتلا به کووید-19 صورت گرفت با استفاده از روش پژوهشی کیفی و با استفاده از پرسش چهار سؤال باز پاسخ انجام شد و هدف تعیین مهارت‌های مقابله‌ای بیماران در جریان ابتلا به بیماری بود نتایج نشان داد که یازده موضوع شناسایی شد که عبارت‌اند از ارتباط عاشقانه با یک نفر، سرگرمی با یک چیز، مشغولیت با یک کار، مشغولیت با مطالعه، اجتناب از اخبار بد مربوط به کووید-19، نوشیدن الکل، تغذیه مناسب، انجام فعالیت‌های مکاشفه (یوگا) و ورزش، امیدواری، مراقبت از خود و تشویق خود<sup>۵</sup>.

---

1. Dongmei

2. Zhu, W., Wei, Y., Meng, X. and Li, J.

3. Alshehri, Alatawi, Alghamdi, Alhifany, & Alharbi

4. Ifeanyichukwu Anthony Ogueji1 & Maia Makeda Okoloba2 & Benie McDenisa Demoko Ceccaldi2

5. "socializing with loved ones (e.g., through video calls)", "engaging in exercise", "being occupied with jobs", "being occupied with studies", "avoiding negative news on COVID-19", "consumption of alcohol", "healthy eating", "engaging in meditation activities", "gaming activities", "hope", and "self-care and self-appreciation"

کورچو و همکاران<sup>۱</sup> (2021) در مطالعه خود بر روی بیماران مبتلابه کووید-19 متوجه شدند که اضطراب بیماری کووید-19 و خلق منفی به طور مثبت به وسیله اضطراب مرگ قابل پیش بینی است و بازتاب مرگ<sup>۲</sup> (تمایل ثابت فرد به پردازش شناختی ارادی در مورد مرگ که بر جنبه مثبت مرگ متمرکز می شود و شامل مقاصد رفتاری عینی برای درک این جنبه های عینی است). خلق منفی را در رابطه با کوید-19 کم می کند و ارتباط مثبت میان اضطراب مرگ و خلق منفی و اضطراب در بیماری کووید-19 را کم می کند.

مطالعه اهوچا<sup>۳</sup> (2021) هرچند در مورد بررسی ابعاد استرس و مقابله با همه گیری کووید-19 بر روی 1009 نفر از افراد بهنجار صورت گرفت اما نتایج نشان می دهند که پر فراوان ترین مهارت مقابله ای شامل جستجوی حمایت اجتماعی بود و همبستگی معنی داری میان انواع مهارت های مقابله ای و انواع استرس دیده نشد.

فانز، ناخال و ایسانی<sup>۴</sup> (2020) در یک پژوهش کیفی بر روی دانشجویان در کشور لبنان در مورد استرس ناشی از قرنطینه و مدیریت بر آن به این نتیجه رسیدند که در طول دوره قرنطینه پنج موضوع اصلی شامل نگرانی در مورد یادگیری و روش های ارزیابی، فشار آسیب زای، درگیری با مشکلات فنی، زندانی شدن و مقابله با مشکلات از مهم ترین موضوعات است و بعد از قرنطینه نیز سه موضوع رهایی از فشار تحصیل، ترس از ابتلا و خطر مبتلا کردن اعضای خانواده و انگ بیمار بودن بسیار مهم است.

در پژوهشی توسط ما، یانگ، زو، چن، یانگ ونگ<sup>۵</sup> (2020) با عنوان اثر حرکات بودانجین<sup>۶</sup> در کیفیت زندگی در بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19 نشان دادند که نه تنها این حرکات کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه بیماری کووید-19 بهبود می دهد بلکه به طور ثانوی بر درد عضلانی، سرفه و خلط، آبریزش از بینی، گلودرد، تنگی نفس و تنگی قفسه سینه، مشکل تنفس، سردرد، حالت تهوع و استفراغ، بی اشتهایی و اسهال و کاهش میزان اسید نوکلئیک بهبود تصاویر سی تی اسکن و کاهش میزان مدت زمان بستری شدن و کاهش مرگ و میر مؤثر است. جمعیت نمونه در این مطالعه افراد بهبودیافته بودند که از عوارض بیماری رنج می بردند.

گروور، دعا، ساهو، مهرا، نهرا و چکرابارتی<sup>۷</sup> (2020) در مقاله خود با عنوان چرا همه بیمارستان های کووید-19 لازم است کارشناسان بهداشت روان داشته باشند؟ اهمیت بهداشت روان در بحران جهانی، معتقدند به علت اینکه پی آمدهای منفی و ترسناک بهداشت جسمی مردم را با پی آمدهای منفی بهداشت روانی مواجه کرده است و چون در بیمارستان ها توجه کمی به عرصه بهداشت روان می شود لذا لازم است در همه مراحل بیماری کوید 19 با فعال سازی کارشناسان عرصه بهداشت روان به آن پرداخته شود.

لیو، بامیستر، ویلوکس، چن، لیو، یو و زانگ<sup>۸</sup> (2020) در یک مطالعه پیمایشی از 11 تا 22 آوریل 2020 در شهر ووهان<sup>۹</sup> چین 675 نفر شامل 90 نفر از کارکنان درمان که بیمار شده بودند (13/3%) و بیماران مرخص شده از بیمارستان در مطالعه شرکت کردند. هدف این بود که عوامل خطر همراه با اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از ضربه را در بیماران ترخیص شده به

1. Petru Lucian Curşeu1,2 & Andra Diana Coman1 & Anton Panchenko1 & Oana Cătălina Fodor1 & Lucia Raţiu1

2. Death reflection

3. Ahuja

4. Mirna Fawaz1 & Mohamad Al Nakhal1 & Mohammad Itani1

5. Qian Ma, MDa,b, Zhihua Yang, MDa,b, Feng Zhu, MDb,c, Haojia Chen, MDa,b, Haolin Yang, Shuping Wang

6. Baduanjin exercise

7. Grover, Dua, Sahoo, Mehra, Nehra, Chakrabarti

8. Liu, Baumeister, Veilleux, Chen, Liu, Yuea and Zhangf

9. Wuhan

دلیل بیماری کووید-19 را تعیین کنند. اضطراب از متوسط تا شدید توسط 10/3٪ و افسردگی متوسط تا شدید در 19٪ و اختلال استرس بعد از ضربه در 12/4٪ موارد تشخیص داده شد. معلوم شد آشفتگی خواب مهم‌ترین علامت است. تفکیک ادراک شده<sup>1</sup> مهم‌ترین پیش‌بین بیماری روانی، پیشگیری‌کنندگی و تعقیب‌کنندگی برچسب اجتماعی همراه با بیماری کوید-19 برای بهبود سلامت روانی بیماران بهبودیافته بود. تفکیک ادراک شده ناشی از این است که مردم از بیماران بهبودیافته از کرونا به علت ترس از ابتلا به عفونت فاصله می‌گیرند و همین به احساس انزوا از دیگران می‌انجامد و در علائم بیماری روانی سهیم است. تفکیک ادراک شده قبلاً در بیماران بهبودیافته از سارس<sup>2</sup> هم شناخته شده بود (پرسون و همکاران<sup>3</sup>، 2004).

پارک، یونگ، پارک، لی، کیم، کیم، هو و سونگ<sup>4</sup> (2020) نیز در بیماران پنومونیا کووید-19 افسردگی و اختلال استرس بعد از ضربه و برچسب ادراک شده را نشان دادند.

گالگوز و همکاران<sup>5</sup> (2020) مقاله‌ای به زبان اسپانیایی منتشر کردند و توصیه‌های برای مقابله با عوارض بهداشت روانی بیماری کووید-19 ارائه کرده‌اند.

ژانگ، یانگ، وانگ، لی، دانگ و همکاران<sup>6</sup> (2020)، ارتباط بین تاب‌آوری، اضطراب و افسردگی بیماران با نشانه‌های کووید-19 در چین را بررسی نمودند. تعداد 296 بیمار در بیمارستان ووهان چین با نشانه‌های کووید-19 به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج نشان داد که سطوح بالای تاب‌آوری با مقدار کم اضطراب و افسردگی بیماران کووید-19 مرتبط است.

در مطالعه‌ای توسط اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی<sup>7</sup> (2021) در کشور انگلیس که بر روی 50 نفر از بیماران مبتلا به کووید-19 صورت گرفت با استفاده از روش پژوهشی کیفی و با استفاده از پرسیدن چهار سؤال باز پاسخ انجام شد و هدف تعیین مهارت‌های مقابله‌ای بیماران در جریان ابتلا به بیماری بود نتایج نشان داد که یازده موضوع شناسایی شد که عبارت‌اند از ارتباط عاشقانه با یک نفر، سرگرمی با یک چیز، مشغولیت با یک کار، مشغولیت با مطالعه، اجتناب از اخبار بد مربوط به کووید-19، نوشیدن الکل، تغذیه مناسب، انجام فعالیت‌های مکاشفه (یوگا) و ورزش، امیدواری، مراقبت از خود و تشویق خود<sup>8</sup>.

کورچو و همکاران<sup>9</sup> (2021) در مطالعه خود بر روی بیماران مبتلا به کووید-19 متوجه شدند که اضطراب بیماری کووید-19 و خلق منفی به‌طور مثبت به‌وسیله اضطراب مرگ قابل پیش‌بینی است و بازتاب مرگ<sup>10</sup> (تمایل ثابت فرد به پردازش شناختی - ارادی در مورد مرگ که بر جنبه مثبت مرگ متمرکز می‌شود و شامل مقاصد رفتاری عینی برای درک این جنبه‌های عینی است) خلق منفی را در رابطه با کوید-19 کم می‌کند و ارتباط مثبت میان اضطراب مرگ و خلق منفی و اضطراب در بیماری کووید-19 را کم می‌کند.

---

1. perceived discrimination

2. SARS

3. (Person et al., 2004).

4. Hye Yoon Park , Jongtak Jung , Hye Youn Park , So Hee Lee , Eu Suk Kim , Hong Bin Kim and Kyoung-Ho Song

5. Gallegos et al

6. Zhang, Yang, Wang, Li, Dong & et al

7. Ifeanyichukwu Anthony Ogueji1 & Maia Makeda Okoloba2 & Benie McDenisa Demoko Ceccaldi2

8. "socializing with loved ones (e.g., through video calls)", "engaging in exercise", "being occupied with jobs", "being occupied with studies", "avoiding negative news on COVID-19", "consumption of alcohol", "healthy eating", "engaging in meditation activities", "gaming activities", "hope", and "self-care and self-appreciation"

9. Petru Lucian Curşeu & Andra Diana Coman & Anton Panchenko1 & Oana Cătălina Fodor & Lucia Raţiu

10. Death reflection



## پیشینه داخلی

بیگلر، حنیفی، جعفری و رجوشانی و کمال (1396) در یک نمونه 60 نفری (30 نفر از بیماران زن عضو و 30 نفر غیر عضو در گروه همتایان) به بررسی مقایسه‌ی میزان به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلابه ام‌اس عضو و غیر عضو در گروه همتایان پرداختند؛ نتایج نشان داد که در به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود نداشت (0/73). اما در به‌کارگیری مهارت مقابله‌ای مسئله‌مدار بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت و اعضای گروه همتایان نسبت به افراد غیرعضو، از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده بیشتری داشتند (0/009).

علی اکبری دهکردی، عیسی زاده و آقاجانگلو (1399) در یک مطالعه کیفی، پیامدهای روان‌شناختی بیماران مبتلابه COVID-19 را به روش نمونه‌گیری هدفمند با حجم نمونه 8 نفر (6 مرد و 2 زن) مورد بررسی قرار دادند. با توجه به ماهیت کیفی این مطالعه، بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته و شامل سؤالات باز تا زمان اشباع اطلاعات مصاحبه ادامه یافت. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پیامدهای روان‌شناختی این بیماری شامل احساسات منفی مانند ترس از مرگ، افسردگی، اضطراب، کاهش فعالیت‌های اجتماعی، احساس طرد شدن توسط جامعه، کاهش ارتباط مؤثر با خانواده و جامعه و انگ، توسط بیمار و خانواده‌اش تجربه شده است.

علیزاده فرد و صفاری نیا (1399) در مقاله پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کووید-19 که نمونه‌ای به حجم 618 زن و مرد بزرگسال را مورد بررسی قرار دادند؛ نتایج نشان داد اضطراب بیماری کووید-19 (همبستگی منفی) و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کووید-19 (همبستگی مثبت) با سلامت روان دارد. همچنین اضطراب و همبستگی ناشی از بیماری کووید 19، به ترتیب 47 و 26 درصد پیش‌بینی کننده تغییرات سلامت روان هستند.

امیدیان و اسماعیل‌پور (1399) با پژوهشی تحت عنوان پیش‌بینی حمایت اجتماعی دانشجویان بر اساس مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در اپیدمی کرونا، در یک نمونه 402 نفری از دانشجویان دختر و پسر به این نتیجه دست‌یافت که سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی با حمایت اجتماعی دانشجویان همبستگی مثبتی دارد. همچنین نتایج نشان داد که سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی به ترتیب 24 و 48 درصد پیش‌بینی کننده تغییرات حمایت اجتماعی است. جعفری (1399) در پژوهش خود با عنوان مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با درد بین افراد مبتلابه کووید-19 پاسخ‌دهنده و عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی به این نتیجه رسید که از میان 179 نفر پاسخگو به پرسشنامه‌ها معلوم شد راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی در گروه پاسخ‌دهنده به درمان خانگی به‌طور معنی‌دار کمتر از گروه عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی بود اما در انعطاف‌پذیری شناختی، خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و راهبردهای مقابله‌ای توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خو و نادیده انگاشتن درد، دعا- امیدواری و افزایش فعالیت رفتاری در گروه پاسخ‌دهنده به درمان خانگی به‌طور معنی‌دار بالاتر از گروه عدم پاسخ‌دهنده به درمان خانگی بود.

## خلاصه و جمع بندی

با توجه به گستره همه‌گیری بیماری کووید-19 در جهان هنوز علائم و عوارض ناشی از آن در سطوح مختلف روشن نیست. عوارض جسمی از جمله؛ تب و لرز، سرفه، حالت تهوع، گرفتگی عضلات، سرگیجه و ضعف، اسهال، اختلال بویایی، تنگی نفس و حالت خفگی، فشار در سر، استرس و تپش قلب، خلط خونی سیاه، دود شدن پوست انگار سوخته، اسیدی بودن خون، ناتوانی از خوردن به خاطر ناتوانی در نفس کشیدن، بی‌میلی به آب و غذا، آمبولی ریه، درد قلب، درد قفسه سینه، ناتوانی در قورت دادن آب مورد تاکید قرار گرفته است. در مورد علائم روان‌شناختی هم نتایج به‌ویژه در مورد وجود نشانگان اضطراب و افسردگی در پژوهش‌های لیو، بامیستر، ویلوکس، چن، لیو، یو و زانگ<sup>۱</sup> (2020) و پارک، یونگ، پارک، لی، کیم، کیم، هو و سونگ<sup>۲</sup> (2020) و برنر و بوگرا<sup>۳</sup> (2020) و دئوان و ژئو<sup>۴</sup> (2020)، فورته<sup>۵</sup> و همکاران (2020) بر وجود اختلال استرس بعد از ضربه در افراد عادی در ایام همه‌گیری تأکید می‌کنند. اما مطالعه‌های کم در مورد چگونگی مقابله با این بیماری به ویژه از منظر مهارت‌های مقابله‌ای روان‌شناختی، تابآوری و سرمایه روان‌شناختی و نیز سرمایه اجتماعی انجام گرفته است. بنابراین در پژوهش فعلی با استفاده از روش مطالعه کیفی سعی شده است تا ابعاد واکنش به بیماری و مهارت‌های به‌کار رفته در افراد مبتلای بستری در بیمارستان و بستری در منزل بررسی شود.

- 
1. Liu, Baumeister, Veilleux, Chen, Liu, Yuea and Zhang
  2. Hye Yoon Park, Jongtak Jung, Hye Youn Park, So Hee Lee, Eu Suk Kim, Hong Bin Kim, and Kyoung-Ho Song
  3. M. Harvey Brenner & Dinesh Bhugra
  4. Duan, & Zhu
  5. Forte et al

# فصل سوم

## روش تحقیق

روش پژوهش از نوع کیفی پدیدارشناسی توصیفی بود. پدیدارشناسی یک فلسفه و یک روش تحقیق است که برای کشف و درک تجارب زیسته روزمره مردم طراحی شده است (شوشا، 2012). پژوهش حاضر نیز، با استفاده از روش پدیدارشناسی به دنبال شناسایی تجارب افراد مبتلابه بیماری کووید-19 و پیامدهای آن بیماری بود.

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف از روش پژوهش کیفی نوع پدیدارشناسی استفاده شد و برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری آن هدفمند استفاده شد و نمونه‌گیری تا مرحله اشباع نظری ادامه یافت. گروه نمونه از طریق مصاحبه نیمه

ساختاریافته مورد ارزیابی قرار گرفت و برای تحلیل یافته‌ها از روش هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19 در شهر اردبیل که در بیمارستان و در منزل بستری شده بودند، تشکیل می‌دهند. در این پژوهش از روش تحقیق کیفی پدیدارشناسی استفاده می‌شود. جامعه آماری شامل همه بیماران مبتلابه کرونا هستند که به علت وجود علائم حاد در بیمارستان و یا در خانه بستری بودند و در حال حاضر بهبودیافته تلقی می‌شوند. معمولاً برای انجام پژوهش‌هایی از این دست 18 تا 20 نفر کفایت می‌کند (شپریس، یانگ و دانیلز، 1395؛ ترجمه آشنا و جعفری). گروه نمونه از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و برای تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل محتوای هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد. کفایت به این معناست که تعداد افراد به‌قدری باشد که بازتاب‌کننده دامنه مشارکت‌کنندگان و سایت‌هایی باشد که جامعه را تشکیل می‌دهند، به‌طوری‌که سایر افراد خارج از نمونه‌گیری به یک اندازه شانس پیوستن به تجربه افرادی را داشته باشند که در داخل پژوهش هستند. رسیدن به اشباع اطلاعاتی نقطه‌ای است که از آن به بعد مصاحبه‌کننده اطلاعات تکراری دریافت می‌کند و دیگر چیز جدیدی به دست نمی‌آورد (سیدمن<sup>1</sup>، 1397).

### جامعه آماری و حجم نمونه

جهت انتخاب شرکت‌کنندگان از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. روشن است که نمونه‌گیری هدفمند برای رسیدن به اعتبار جامعه طراحی نمی‌شود. در این نمونه‌گیری، هدف، انتخاب نمونه‌ای که دقیقاً معرف جامعه تعریف شده باشد، نیست. بلکه قصد آن است که از طریق افراد انتخاب‌شده درک عمیقی از موضوع موردپژوهش حاصل گردد (گال، بورگ و گال<sup>2</sup>، 1396). جامعه آماری این تحقیق بالغ بر 2499 نفر از بیماران بهبودیافته از کرونا بود که توسط شبکه بهداشت اردبیل در اختیار محقق قرار گرفت و از این تعداد ضمن تماس با آنها برای گروه بیماران دچار کووید-19 بهبودیافته که در بیمارستان بستری بودند 18 نفر و گروه بیماران دچار کووید-19 بهبودیافته که در منزل بستری بودند 20 نفر بود. تعداد دقیق شرکت‌کنندگان با دو معیار مشخص شد، بدین معنی که با اجرای مصاحبه نیمه ساختاریافته و تا رسیدن به اشباع و کفایت اطلاعات، نمونه‌گیری ادامه یافت. معیارهای ورود وجود شواهد قطعی ابتلا به بیماری کووید-19 با استفاده از آزمایش و تشخیص پزشک بود در این مورد با توجه به مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و اخذ معرفی‌نامه به شبکه بهداشت، اسامی مبتلایان قطعی توسط آن شبکه به مجری طرح به‌طور مکتوب اعلام گردید. عدم تمایل به شرکت نیز ملاک خروج از پژوهش بود.

### 3-2-4- ابزار بخش کیفی

ابزار اصلی برای جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. این مصاحبه شامل 48 پرسش بود که در صورتی‌که مصاحبه‌شوندگان در بیان روایت خود از بیماری و تجارب همراه به پاسخ آن‌ها اشاره نمی‌کردند از آن‌ها پرسیده می‌شد. نمونه‌ای از این پرسش‌ها در پیوست شماره 1 ارائه شده است. برای تعیین روایی محتوایی پرسش‌ها هر 48 سؤال به چهار استاد مشاوره در گروه مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی تحویل داده شد و درخواست شد که در مورد کمیت و کیفیت سؤالات نظر بدهند و اگر سؤال دیگری در نظر دارند، اضافه کنند. سؤالاتی مثل چگونه متوجه بیماری خود شدید؟ مهم‌ترین علائمی که داشتید چه بود؟ می‌توانید داستان بیماری خود را برایم تعریف بکنید؟ در مورد مهم‌ترین افکاری که در طول بیماری داشتید توضیح بدهید؟ از جمله پرسش‌هایی بود که از همه بیماران پرسیده شد. نتایج بررسی شد و پس از تصحیح‌های انجام‌گرفته پرسش‌های نهایی

1. Seidman
2. Gall, Borg, & Gall

برای انجام مصاحبه تعیین شدند. در پژوهش حاضر برای تضمین قابلیت اعتبار یافته‌ها، پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه دوباره به شرکت‌کنندگان مراجعه و صحت مطالب از آن‌ها جویا گردید. به منظور تعیین انتقال‌پذیری یافته‌ها به موقعیت‌ها و گروه‌های مشابه، از شرکت‌کنندگان مختلف استفاده شد. برای دستیابی به قابلیت اتکا پژوهشگران از راهنمایی و نظارت اساتید و پزشکان صاحب‌نظر استفاده کردند. به منظور تعیین تاییدپذیری، پژوهشگران سعی کردند که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهند. به منظور رعایت موازین اخلاقی و حفظ حریم آزمودنی‌ها کد اخلاق با مشخصات ذیل از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل دریافت شد.

### **IR.ARUMS.REC.1399.357**

و همه ضوابط تعیین‌شده در حوزه اخلاق پژوهش از جمله تکمیل برگه رضایت آگاهانه از سوی آزمودنی‌ها به‌طور آنلاین رعایت گردید. به منظور کدگذاری محتوای مصاحبه‌های انجام‌شده از کدگذاری باز یا آزاد استفاده شد و کدگذاری به وسیله دو نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد مشاوره آموزش‌دیده انجام شد متوسط زمان برای هر مصاحبه چهل دقیقه بود.

### **طرز اجرا**

ضمن کسب مجوز رسمی از طرف استانداری اردبیل به اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل اقدام شد<sup>۱</sup>. سپس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل اسامی و مشخصات دقیق افراد مبتلابه کرونا را در اختیار مجری طرح قرارداد. از میان 2499 بیمار قطعی مبتلابه بیماری کوید-19 که بهبودیافته بودند و همه مشخصات آنها در فهرست موجود بود به‌طور تصادفی 20 نفر انتخاب شد و با هر یک تماس تلفنی برقرار شد و آزمودنی اگر آمادگی خود را برای مصاحبه اعلام می‌کرد در قالب تلفنی و یا حضوری با ایشان مصاحبه به عمل آمد. مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش با آگاهی و رضایت شرکت کردند و طی تماس تلفنی همه موارد از جمله حفاظت از هویت مصاحبه‌شوندگان توضیح داده شد تلاش شد بیشتر مصاحبه‌ها ضمن اجازه از مصاحبه‌شوندگان، به‌طور کامل ضبط بشود. در آغاز مصاحبه بعد از ایجاد رابطه حسنه مشاوره‌ای و پس از اخذ مشخصات اولیه هر یک از پرسش‌ها از مصاحبه‌شونده پرسیده می‌شد. سؤالاتی مانند " چگونه متوجه بیماری خود شدید؟"، " و داستان خود را در مورد این بیماری تعریف کنید " پرسیده شد. در صورتی که شخص به هر یک از پرسش‌ها در مکالمه اولیه نپرداخته بود، سؤال مربوطه با دقت بیشتری از او پرسیده می‌شد. هر مصاحبه به‌طور متوسط حدود 40 دقیقه وقت لازم داشت. بلافاصله پس از اتمام مصاحبه همه پاسخ‌ها در برگه کدگذاری شده هر مصاحبه‌شونده وارد می‌شد. پس از انجام مصاحبه‌ها چه در مورد بستری‌شدگان در بیمارستان و چه کسانی که در منزل بستری بودند به کدگذاری و تعیین موضوعات اصلی و طبقه‌ها پرداخته شد. موارد برای هر آزمودنی طی پروتکل جداگانه تعیین شد و جمع‌بندی نهایی طی جداول مختلف به‌منظور تهیه گزارش نوشته شد.

### **روش تجزیه و تحلیل داده‌ها**

جهت تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها در بخش کیفی پژوهش، روش تحلیل محتوای هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد چرا که استفاده از راهبرد کلایزی در پدیدارشناسی توصیفی آشکارا موفقیت‌آمیز است. راهبرد کلایزی دارای هفت مرحله است:

- 1- هر نسخه باید بارها و بارها خوانده شود تا یک حس کلی درباره محتوا به دست آید.
- 2- برای هر نسخه، جملاتی که تأثیر معنی‌داری بر پدیده دارند باید مشخص شوند. بهتر است این جملات در برگه‌های جداگانه‌ای با ذکر شماره صفحه اصلی نوشته شوند.

1. IR.ARUMS.REC.1399.357 (<https://ethics.research.ac.ir/IR.ARUMS.REC.1399.357>)

- 3- معنی‌ها بایستی از این جملات فرمول‌بندی شوند.
- 4- معانی فرموله شده بایستی در طبقات، خوشه‌ها و مضامین دسته‌بندی شوند.
- 5- یافته‌های پژوهش بایستی در یک توصیف جامع از پدیده مورد مطالعه یکپارچه شوند.
- 6- ساختار اساسی پدیده باید توصیف شود.
- 7- بالاخره، اعتبار یافته‌ها بایستی توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش از طریق تطبیق با اعضا بررسی گردد تا دیدگاه پژوهشگر. باتجربه آنها مقایسه شود (شوشا، 2012).

# فصل چهارم

# نتایج پژوهش

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مصاحبه که در بیمارستان به علت ابتلا به بیماری کووید-19 بستری بودند، در جدول شماره 1 ارائه شده است.

جدول شماره 1 ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان بستری شده در بیمارستان

کد	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	شغل	وزن	قد	گروه خونی	تعداد فرزندان
1	زن	29	دیپلم	متأهل	خانه‌دار	110	170	B+	2
2	زن	44	فوق دیپلم	متأهل	معلم	77	158	O+	2
3	مرد	34	لیسانس	متأهل	نظامی	85	170	AB+	2
4	مرد	42	فوق لیسانس	متأهل	کارمند	84	176	A+	1

5	مرد	21	دانشجو	مجرد	آزاد	90	180	A+	-
6	زن	34	سیکل	متأهل	خانه‌دار	87	160	B+	2
7	مرد	22	دانشجو	مجرد	آزاد	128	187	A+	-
8	زن	39	دیپلم	متأهل	خانه‌دار	78	164	A+	2
9	مرد	21	دانشجو	مجرد	-	150	185	A+	-
10	مرد	34	لیسانس	متأهل	آزاد	100	185	AB+	1
11	زن	29	دیپلم	متأهل	خانه‌دار	110	170	B+	2
12	مرد	35	لیسانس	متأهل	کارمند	80	173	A-	1
13	مرد	32	لیسانس	مجرد	آزاد	80	170	AB+	-
14	مرد	33	فوق دیپلم	متأهل	آزاد	125	190	A+	1
15	زن	26	سیکل	متأهل	خانه‌دار	63	165	A+	3
16	زن	29	لیسانس	متأهل	خانه‌دار	61	168	B+	2
17	زن	30	لیسانس	متأهل	پرستار	65	175	A+	1
18	زن	29	سیکل	متأهل	خانه‌دار	80	162	B+	2

همان‌طور که در جدول شماره 1 مشاهده می‌شود 18 نفر در مصاحبه شرکت کردند که 9 نفر زن و 9 نفر نیز مرد بودند. پایین‌ترین درجه تحصیلی سیکل و بالاترین درجه تحصیلی هم کارشناسی ارشد بود.

بر اساس مطالعه هر یک از پروتکل‌های تهیه‌شده از هر یک از افراد مصاحبه شده که بیمار بهبودیافته بعد از ابتلا به کووید-19 و در بیمارستان بستری بودند، موضوعات اصلی و طبقات اصلی شناسایی و تعیین شد. در مجموع در این مطالعه در مورد بیماران بستری در بیمارستان 130 کد مرتبط با اهداف پژوهش شناسایی شد. چهار موضوع اصلی و شانزده طبقه اولیه از مصاحبه‌ها شناسایی شد. چهار موضوع اصلی شامل علائم و مهارت‌های مقابله‌ای، انتظار درمان و پی‌آمدها است. موضوع اصلی علائم شامل طبقه اولیه بدنی و طبقه اولیه روان‌شناختی و طبقه اولیه اجتماعی است. موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای شامل طبقه‌های اولیه سرگرمی، تغذیه، معنوی، روانی، پزشکی، منابع اجتماعی و طبقه اولیه استیصال می‌شود. موضوع اصلی انتظار درمان شامل سه طبقه اولیه کیفیت برخورد کارکنان، میزان بهبودی و کیفیت خدمات بود. موضوع اصلی پیامدها نیز شامل طبقه‌های اولیه زندگی، طبقه اولیه دغدغه‌ها و طبقه اولیه روابط است. هر یک از موضوع‌های اصلی به همراه طبقات اولیه آن‌ها با ارائه نمونه از هر یک از بیماران مصاحبه شده توضیح داده می‌شود.

در این مطالعه موضوعات اصلی در قالب درون‌مایه‌ها شامل علائم، مهارت‌های مقابله، انتظار درمان و پی‌آمدها تعیین شد. طبقات اصلی و اولیه تجارب افراد بهبودیافته از بیماری کووید-19 (بستری در بیمارستان) در جدول شماره 2 توصیف شده است.

جدول شماره 2. طبقات اصلی و اولیه تجارب افراد بهبودیافته از بیماری کووید-19 (بستری در بیمارستان)

موضوعات اصلی	طبقات اولیه
علائم	بدنی
	روان‌شناختی
	اجتماعی



سرگرمی	مهارت‌های مقابله‌ای
تغذیه	
معنوی	
روانی	
پزشکی	
منابع اجتماعی	
درماندگی	
کیفیت برخورد کارکنان	انتظار درمان
میزان بهبودی	
کیفیت خدمات	
قدردانی از زندگی	پیامدها
دغدغه‌ها	
روابط	

بر اساس جدول فوق علائم خود مشتمل بر بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی بود. مهارت‌های مقابله‌ای شامل سرگرمی‌ها، تغذیه، معنویت، روانی، پزشکی، منابع اجتماعی و استیصال بود. موضوع اصلی انتظار درمان شامل سه طبقه اولیه کیفیت برخورد کارکنان، میزان بهبودی و کیفیت خدمات بود. پیامدها (بعد از بهبودی) نیز شامل قدردانی از زندگی، دغدغه‌ها و روابط بود. برای توضیح هریک از موضوعات اصلی و طبقات اولیه با استفاده از بررسی هریک از پروتکل‌ها مثال‌هایی ارائه می‌شود.

موضوع اصلی علائم، طبقه اولیه بدنی: 18 کد

شامل تنگی نفس شدید (در 13 نفر)، خستگی و ضعف، (در 14 نفر) درد قفسه سینه (در 12 نفر) استفراغ و بی‌اشتهایی، درد معده و گلو بعد از استفراغ (در 10 نفر) سرفه شدید و استفراغ (در 9 نفر). بی‌خوابی و بی‌قراری، سردرد (در 8 نفر) باقی ماندن ناراحتی ریه (در 8 نفر) سرفه، (در 15 نفر) سردرد و گوش‌درد (در 12 نفر) و کاهش وزن، (در 10 نفر).

موضوع اصلی علائم، طبقه اولیه روان‌شناختی: 25 کد

شامل نگرانی بعد از مردن در مورد خانواده، زجرکش بودن، پذیرش مرگ، ترس زیاد (در 11 نفر) ترس از شب و خفگی، بی‌خوابی و کابوس (در 8 نفر) نگرانی از اموال، خشم و عصبانیت (در 3 نفر) دوری از خانواده (در 11 نفر) گریه (در 4 نفر)، کاهش حس جسارت (در 15 نفر) پذیرش مرگ (در 5 نفر) نگرانی از خانواده (در 14 نفر) بی‌حوصلگی، قدردانی از زندگی (در 8 نفر) جستجوی منشأ بیماری خود (در 3 نفر) فراموشی و ترس، نگرانی از عذاب شوهرم با مرگم (در 6 نفر).

موضوع اصلی علائم، طبقه اولیه اجتماعی: 5 کد

شامل محدودیت ارتباط و دوری از خانواده (در 14 مورد) تنهایی (در 7 مورد) و از دست دادن نزدیکان و نگران ابتلای اعضای خانواده (در 7 مورد).

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای، طبقه اولیه سرگرمی: 9 کد

مهارت‌های مقابله‌ای شامل مطالعه کردن (در 4 مورد)، فضای مجازی مثل اینستاگرام و واتس‌آپ و گاهی بازی درگوشی موبایل و دیدن فیلم (در 15 مورد)، بازی کامپیوتر (در 3 مورد)، مشغول شدن با حیوان خانگی (در 3 مورد).

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای، طبقه اولیه تغذیه: 7 کد

شامل گیاه‌های دارویی و عسل می‌خوردم که نمیرم. (در 11 مورد)، سعی می‌کردم با مشورت پزشک تغذیه خاصی داشته باشم (در 7 مورد)، تمام داروهای گیاهی که پیشنهاد می‌کردند را امتحان می‌کردم و تغذیه خاصی داشتم (در 6 مورد) خوردن و نوشیدن (لیموترش و عسل، دمنوش، تغذیه مناسب) (در 8 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه معنوی: 13 کد

شامل امیدواری (در 11 مورد) قرائت قرآن (در 4 مورد) برای زیاد شدن تحملم در برابر کرونا هر روز قرآن می‌خواندم (در 4 مورد) بیشتر من دیگران را دلداری می‌دادم و حال روحیم خوب بود (در 5 مورد) نماز خواندن و قرآن خواندن و راز و نیاز با خدا هر لحظه دست به دامن خدا بودیم. (در 4 مورد) خیلی صلوات می‌فرستادم و نماز می‌خواندم. (در 5 مورد) آدم به یه مرحله‌ای می‌رسد که فقط خداست دیگر من سعی می‌کنم یاد مرگ را زیاد کنم (در 3 مورد) فقط امیدوارم بومد به خدا و اولیا می‌گفتم که آن‌ها نمی‌گذارند من بدبخت بشوم. (در 8 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه روانی: 7 کد

شامل؛ باید با آن بجنگی (در 10 مورد) خودگویی مثبت و جرات دهنده (در 6 مورد) خوش بینی (اعتماد به کادر درمان، تجربه کردن کرونا، شوخی کردن در 6 مورد) نوشتن حرف‌هایم برای بچه‌ها (در 3 مورد) سعی می‌کردم خوب نشان داده شم و استراحت کنم (در 4 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه پزشکی: 5 کد

شامل استفاده از طب سنتی و عسل (در 11 مورد) ویتامین زیاد مصرف کردم. (در 3 مورد) من دیدم که دکتر نمی‌تواند کاری کند و دارویی بده خودم دست به دامن داروهای گیاهی شدم و حس می‌کردم جایگزین بهتری باشد برای بیماری چون بیماری که قرص و دارو استفاده می‌کردند و خوب نمی‌شدند فکر می‌کردم خب آن‌ها دیگه به درد نمی‌خورند. (در 7 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه منابع اجتماعی: 10 کد

شامل صحبت تلفنی با دوستان، کاردستی و هنری و فروش آن (در 10 مورد) حمایت مالی از طرف همکاران (3 مورد) حمایت خانواده در خرید (در 18 مورد) دوستان و دوستی مجدد با آن‌هایی که حرف نمی‌زدیم. (در 8 مورد) نوشتن حرف‌هایم برای بچه‌ها، دوستی مجدد با آن‌هایی که حرف نمی‌زدیم، دوری از خانواده (در 7 مورد).

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه درماندگی: 4 کد

شامل هیچ کاری جز گذراندن علائم نمی‌توانستم بکنم. (در 4 مورد) می‌خواهیدم تا روزها بگذرد و وقتی تمام می‌شد می‌گفتم آخیش امروز تمام شد (در 3 مورد) کاری نمی‌شد انجام داد (در 4 مورد).

موضوع اصلی انتظارات درمانی: 7 کد

کیفیت برخورد کارکنان درمانی، میزان بهبودی کلی، استناد بهبودی به دارو، استناد بهبودی به عملیات کارکنان درمانی، کیفیت خدمات درمانی، تغذیه و دسترسی به امکانات درمانی بود. همه این موضوعات می‌توانست در سه طبقه اولیه قرار گیرد. بنابراین، موضوع اصلی انتظار درمان شامل سه طبقه اولیه کیفیت برخورد کارکنان، میزان بهبودی و کیفیت خدمات بود.

موضوع اصلی انتظار درمان، طبقه اولیه کیفیت برخورد کارکنان شامل پرستارها و دکترها بود و به خاطر کرونا با هم همبستگی داشتن و کرونا باعث شده بود که مشتاق‌تر باشند. آن قدر به ما رسیدن و بدبختی کشیدن و زحمت کشیدن (11 مورد) بیمارستان اصلاً پرستارها و دکتر به من نرسیدند و اکسیژن ماسکی گذاشته بودند که باعث شده بود اکسیژن خونم خیلی افت بکند 55 درصد بشود و یک جوری حالت کما بود پرستارها اصلاً رسیدگی نمی‌کردند و فقط نگاه می‌کردند می‌گفتند جوان است (3 مورد).

موضوع اصلی انتظار درمان، طبقه اولیه میزان بهبودی

بعد از اینکه اکسیژن دریافت می‌کردم راحت‌تر می‌شدم و با دست یا دستگاه که ماساژ می‌دادند بهتر می‌شدم (7 مورد) نمی‌دانم دارو اثر داشت یا نه (3 مورد) ورزش و حرکت در آن وضع خوب بود (4 مورد).

موضوع اصلی انتظار درمان، طبقه اولیه کیفیت خدمات

نهار و شام و صبحانه با میان وعده می‌دادند و خیلی خوب بود (تغذیه خوب 3) کم‌وکاستی‌هایی بود تو بیمارستان ولی در کل بد نبود، غذا خوب نبود (3 مورد) اعتمادی که به دکترها و پرستارها داشتم، (اعتماد به کادر درمان 3 مورد)

موضوع اصلی پیامدها (بعد از بهبودی) طبقه اولیه قدردانی از زندگی: 8 کد

شامل بیشتر فرصت را غنیمت می‌شمارم و قدر زندگی را بیشتر می‌دانم (در 13 مورد) حس جسارت از بین می‌رود پر و بالت چیده می‌شود (در 10 مورد) استفاده از فرصت برای انجام کارها (در 5 مورد) تغییری نکردم (در 5 مورد) بی‌خیال‌تر شده‌ام (در 5 مورد) به خیلی چیزها امیدوار شدم (در 7 مورد) آرام‌تر شده‌ام (در 5 مورد) کل بدنم را دوست دارم و قدرشان را می‌دانم (در 16 مورد).

موضوع اصلی پیامدها (بعد از بهبودی) طبقه اولیه دغدغه‌ها: 6 کد

شامل تنگی نفس دارم و از لحاظ قوای بدنی هم ضعیف شدم و خستگی (در 7 مورد) از عوارض هنوز شب‌ها چند بار از خواب می‌پریم با وحشت و تنگی نفس (در 5 مورد) درد سینه (در 5 مورد) کاهش وزن (در 10 مورد)

موضوع اصلی پیامدها (بعد از بهبودی) طبقه اولیه روابط: 6 کد

شامل جدا افتادگی از اجتماع و ضعیف شدن روابط از ترس گرفتاری مجدد به این بیماری و مشکلات تنفسی پایدار (در 7 مورد) یک سری اطرافیان بودن که خودشان صحبت نمی‌کردن و مسائلی به وجود آورده بودن بیماری من باعث شد که آشتی کنند و حرف بزنند و تلفنی زنگ می‌زدند و ابراز همدردی می‌کردند. (در 3 مورد) به من می‌گویند که فکرت خرابه یا توی خودتی ولی من این را احساس نمی‌کنم. (در 3 مورد) روابط اضافی و رفت‌وآمدهای خانه کم شدند (در 4 مورد).

لازم به توضیح است که در موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای که شامل سرگرمی‌ها، تغذیه، معنویت، روانی، پزشکی، منابع اجتماعی و استیصال بود، بیماران بستری از همه منابع خود برای مقابله با شرایط دشوار بیماری و کنترل علائم خود سود برده‌اند. به نظر می‌رسد آن‌هایی که دوره بیماری را به سلامت نگذراندند و با مرگ درگیر شدند، کمتر از همه این مهارت‌های مقابله‌ای استفاده کرده باشند. احساس درماندگی یا استیصال و یا اتکای صرف به منابع پزشکی ممکن است خطرآفرین باشد. آن‌ها که زنده ماندند از مجموعه‌ای از این مهارت‌ها بهره برده‌اند.

از طرف دیگر ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مصاحبه که به علت ابتلا به بیماری کووید-19 در منزل بستری بودند در جدول شماره 3 ارائه شده است.

**جدول شماره 3 ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مصاحبه (بستری ناشی از بیماری در منزل)**

همان‌طور که در جدول شماره 3 مشاهده می‌شود 20 نفر در مصاحبه شرکت کردند که 7 نفر مرد و 13 نفر نیز زن بودند. پایین‌ترین درجه تحصیلی پنجم ابتدایی و بالاترین درجه تحصیلی هم کارشناسی ارشد بود.

بر اساس مطالعه هر یک از پروتکل‌های تهیه‌شده از هر یک از افراد مصاحبه شده که بیمار بهبودیافته بعد از ابتلا به کووید-19 و در منزل بستری بودند، موضوعات اصلی و طبقات اصلی شناسایی و تعیین شد. موضوعات اصلی در قالب علائم و مهارت‌های مقابله و پیامدها تعیین شدند. هر موضوع اصلی خود به چندطبقه اولیه تقسیم می‌شود که در جدول شماره 4 توصیف شده است.

جدول شماره 4. موضوعات اصلی و طبقات اصلی و اولیه تجارب افراد بهبود یافته از بیماری کرونا (بستری در منزل)

کد	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	شغل	وزن	قد	گروه خونی	تعداد فرزندان
1	مرد	46	کارشناسی	متأهل	کارمند	60	165	O-	1
2	زن	37	کاردانی	متأهل	مربی ورزش	71	172	A+	2
3	مرد	56	کارشناسی	متأهل	فرهنگی	108	193	O+	3
4	زن	50	کارشناسی	متأهل	کارمند	80	162	A-	3
5	مرد	43	دیپلم	متأهل	آزاد	90	175	A+	3
6	زن	25	کارشناسی	مجرد	بیکار	52	165	O-	0
7	مرد	24	کارشناسی	مجرد	پرستار	78	176	A+	0
8	مرد	52	دیپلم	متأهل	کارمند بازنشسته	80	165	B+	3
9	زن	35	کارشناسی	متأهل	پرستار	57	156	A-	1
10	مرد	31	پزشکی عمومی	مجرد	پزشک	70	169	O+	0
11	زن	25	کارشناسی	متأهل	خانه‌دار	50	155	O+	0
12	زن	35	کلاس پنجم	متأهل	آزاد	89	175	O+	0
13	زن	24	کارشناسی	مجرد	دانشجو	60	160	O+	0
14	زن	39	کارشناسی	متأهل	پرستار	80	158	AB+	3
15	زن	24	کارشناسی	متأهل	پرستار	60	164	O+	0
16	مرد	47	کارشناسی ارشد	متأهل	کارمند	80	175	A+	2
17	زن	43	کارشناسی ارشد	متأهل	کارمند	89	168	A+	2
18	زن	22	کارشناسی	متأهل	دانشجو	76	182	A+	0
19	زن	36	کارشناسی ارشد	متأهل	دانشجو	95	170	O+	2
20	زن	63	دیپلم	متأهل	فرهنگی	65	153	B+	4

موضوعات اصلی	طبقات اولیه
علائم	بدنی
	روان‌شناختی
	اجتماعی

سرگرمی	مهارت‌های مقابله‌ای
تغذیه	
معنوی	
روانی	
پزشکی	
منابع اجتماعی	
درماندگی	
قدردانی از زندگی	پیامدها (بعد از بهبودی)
دغدغه‌ها	
روابط	

در مجموع در این مطالعه 123 کد مرتبط با اهداف پژوهش شناسایی شد. همان‌طور که از جدول فوق پیداست سه موضوع اصلی و سیزده طبقه اولیه از مصاحبه‌ها شناسایی شد. موضوع اصلی علائم شامل طبقه اولیه بدنی و طبقه اولیه روان‌شناختی و طبقه اولیه اجتماعی است. موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای شامل طبقه‌های اولیه سرگرمی، تغذیه، معنوی، روانی، پزشکی، منابع اجتماعی و طبقه اولیه استیصال می‌شود. موضوع اصلی پیامدها نیز شامل طبقه‌های اولیه زندگی، طبقه اولیه دغدغه‌ها و طبقه اولیه روابط است. هریک از موضوع‌های اصلی به همراه طبقات اولیه آن‌ها با ارائه نمونه از هر یک از بیماران مصاحبه شده توضیح داده می‌شود.

موضوع اصلی علائم، طبقه اولیه بدنی: 18 کد

شامل تنگی نفس شدید (در 13 نفر)، خستگی و ضعف، (در 14 نفر) درد قفسه سینه (در 12 نفر) استفراغ و بی‌اشتهایی، درد معده و گلو بعد از استفراغ (در 10 نفر) سرفه شدید و استفراغ (در 9 نفر). بی‌خوابی و بی‌قراری، سردرد (در 8 نفر) باقی ماندن ناراحتی ریه (در 8 نفر) سرفه، (در 15 نفر) سردرد و گوش‌درد (در 12 نفر) و کاهش وزن، (در 10 نفر).

موضوع اصلی علائم، طبقه اولیه روان‌شناختی: 25 کد

شامل نگرانی بعد از مردن در مورد خانواده، زجرکش بودن، پذیرش مرگ، ترس زیاد (در 11 نفر) ترس از شب و خفگی، بی‌خوابی و کابوس (در 8 نفر) نگرانی از اموال، خشم و عصبانیت (در 3 نفر) دوری از خانواده (در 11 نفر) گریه (در 4 نفر)، کاهش حس جسارت (در 15 نفر) پذیرش مرگ (در 5 نفر) نگرانی از خانواده (در 14 نفر) بی‌حوصلگی، قدردانی از زندگی (در 8 نفر) جستجوی منشأ بیماری خود (در 3 نفر) فراموشی و ترس، نگرانی از عذاب شوهرم با مرگم (در 6 نفر).

موضوع اصلی علائم، طبقه اولیه اجتماعی: 5 کد

شامل محدودیت ارتباط و دوری از خانواده (در 14 مورد) تنهایی (در 7 مورد) و از دست دادن نزدیکان و نگران ابتلای اعضای خانواده (در 7 مورد).

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای، طبقه اولیه سرگرمی: 9 کد

مهارت‌های مقابله‌ای شامل مطالعه کردن (در 4 مورد)، فضای مجازی مثل اینستاگرام و واتس‌آپ و گاهی بازی درگوشی موبایل و دیدن فیلم (در 15 مورد)، بازی کامپیوتر (در 3 مورد)، مشغول شدن با حیوان خانگی (در 3 مورد).

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای، طبقه اولیه تغذیه: 7 کد

شامل گیاه‌های دارویی و عسل می‌خوردم که نمیرم. (در 11 مورد)، سعی می‌کردم با مشورت پزشک تغذیه خاصی داشته باشم (در 7 مورد)، تمام داروهای گیاهی که پیشنهاد می‌کردند را امتحان می‌کردم و تغذیه خاصی داشتم (در 6 مورد) خوردن و نوشیدن (لیموترش و عسل، دمنوش، تغذیه مناسب) (در 8 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه معنوی: 13 کد

شامل امیدواری (در 11 مورد) قرائت قرآن (در 4 مورد) برای زیاد شدن تحملم در برابر کرونا هر روز قرآن می‌خواندم (در 4 مورد) بیشتر من دیگران را دلداری می‌دادم و حال روحیم خوب بود (در 5 مورد) نماز خواندن و قرآن خواندن و راز و نیاز با خدا هر لحظه دست به دامن خدا بودیم. (در 4 مورد) خیلی صلوات می‌فرستادم و نماز می‌خواندم. (در 5 مورد) آدم به یه مرحله‌ای می‌رسد که فقط خداست دیگر من سعی می‌کنم یاد مرگ را زیاد کنم (در 3 مورد) فقط امیدوارم بودم به خدا و اولیا می‌گفتم که آن‌ها نمی‌گذرانند من بدبخت بشوم. (در 8 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه روانی: 7 کد

شامل؛ باید با آن بجنگی (در 10 مورد) خودگویی مثبت و جرات دهنده (در 6 مورد) خوش‌بینی (اعتماد به کادر درمان، تجربه کردن کرونا، شوخی کردن در 6 مورد) نوشتن حرف‌هایم برای بچه‌ها (در 3 مورد) سعی می‌کردم خوب نشان داده شم و استراحت کنم (در 4 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه پزشکی: 5 کد

شامل استفاده از طب سنتی و عسل (در 11 مورد) ویتامین زیاد مصرف کردم. (در 3 مورد) من دیدم که دکتر نمی‌تواند کاری کند و دارویی بده خودم دست به دامن داروهای گیاهی شدم و حس می‌کردم جایگزین بهتری باشد برای بیماری چون بیماری که قرص و دارو استفاده می‌کردند و خوب نمی‌شدند فکر می‌کردم خب آن‌ها دیگر به درد نمی‌خورند. (در 7 مورد)

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه منابع اجتماعی: 10 کد

شامل صحبت تلفنی با دوستان، کاردستی و هنری و فروش آن (در 10 مورد) حمایت مالی از طرف همکاران (3 مورد) حمایت خانواده در خرید (در 18 مورد) دوستان و دوستی مجدد با آن‌هایی که حرف نمی‌زدیم. (در 8 مورد) نوشتن حرف‌هایم برای بچه‌ها، دوستی مجدد با آن‌هایی که حرف نمی‌زدیم، دوری از خانواده (در 7 مورد).

موضوع اصلی مهارت‌های مقابله‌ای طبقه اولیه درماندگی یا استیصال: 4 کد

شامل هیچ کاری جز گذراندن علائم نمی‌توانستم بکنم. (در 4 مورد) می‌خواهیدم تا روزها بگذرد و وقتی تمام می‌شد می‌گفتم آخیش امروز تمام شد (در 3 مورد) کاری نمی‌شد انجام داد (در 4 مورد).

موضوع اصلی پیامدها (بعد از بهبودی) طبقه اولیه قدردانی از زندگی: 8 کد

شامل بیشتر فرصت رو غنیمت می‌دانم و قدر زندگی را بیشتر می‌دانم (در 13 مورد) حس جسارت از بین می‌رود پر و بالت چیده می‌شود (در 10 مورد) استفاده از فرصت برای انجام کارها (در 5 مورد) تغییری نکردم (در 5 مورد) بی‌خیال‌تر شده‌ام (در 5 مورد) به خیلی چیزها امیدوار شدم (در 7 مورد) آرام‌تر شده‌ام (در 5 مورد) کل بدنم رو دوست دارم و قدرشان را می‌دانم (در 16 مورد).

موضوع اصلی پیامدها (بعد از بهبودی) طبقه اولیه دغدغه‌ها: 6 کد

شامل تنگی نفس دارم و از لحاظ قوای بدنی هم ضعیف شدم و خستگی (در 7 مورد) از عوارضش هنوز شب‌ها چند بار از خواب می‌پریم با وحشت و تنگی نفس (در 5 مورد) درد سینه (در 5 مورد) کاهش وزن (در 10 مورد)

موضوع اصلی پیامدها (بعد از بهبودی) طبقه اولیه روابط: 6 کد

شامل جدا افتادگی از اجتماع و ضعیف شدن روابط از ترس گرفتاری مجدد به این بیماری و مشکلات تنفسی پایدار (در 7 مورد) یک سری اطرافیان بودن که خودشان صحبت نمی‌کردند و مسائلی به وجود آورده بودن بیماری من باعث شد که آشتی کنند و حرف بزنند و تلفنی زنگ می‌زدند و ابراز همدردی می‌کردند. (در 3 مورد) بهم می‌گویند که فکرت خرابه یا توی خودتی ولی من این را احساس نمی‌کنم. (در 3 مورد) روابط اضافی و رفت‌وآمدهای خانه کم شدند (در 4 مورد).

از نکات مهم جدول شماره 2 پیامدهای مهم مربوط به بیماری است که در سطوح بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی قابل‌بررسی است. از نظر بدنی مشکلات تنفسی و ریزش مو بیشتر از هر علامت دیگر به عنوان علامت ماندگار بعد از بهبود از بیماری کووید-19 بیان شد. تغییرات روان‌شناختی مثل زندگی بامعنا، رعایت بیش‌ازپیش بهداشت و افزایش امیدواری به زندگی و از طرف دیگر دو علامت خستگی و اندوه بعد از کرونا بازگو شدند. در سطح اجتماعی محدودیت اجتماعی به‌صورت جدا افتادگی و ضعیف شدن روابط به‌عنوان نقطه ضعف و همدردی بیشتر با بعضی از اطرافیان نمود داشت.

بنابراین انواع مهارت‌های مقابله‌ای این بیماران در قالب سرمایه روان‌شناختی و اجتماعی قابل‌بررسی است. بیماران هم از مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار (مثل استفاده از ماساژ و نیایش) و هم مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار (بهره‌گیری از طب سنتی و دم‌نوش و مطالعه کردن در مورد بیماری) استفاده کردند. سرمایه‌های روان‌شناختی در قالب امیدواری و تاب‌آوری مثل خودگویی مثبت و جرات‌دهنده مورد استفاده بوده است. طبقه اولیه منابع اجتماعی نیز بیانگر انواع حمایت‌های اجتماعی در قالب مادی و معنوی از سوی افراد فامیل و دوستان است که به تاب‌آوری بیماران در برابر بیماری یاری رسانده است.

# فصل پنجم

# بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش فعلی تعیین علائم اصلی بیماری، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19 بود. نتایج نشان داد که علائم بیماران در طول بیماری را می‌توان به سه طبقه اصلی بدنی، روانی و اجتماعی تقسیم کرد. علائم بدنی شامل؛ تب و لرز، سرفه، حالت تهوع، گرفتگی عضلات، سرگیجه و ضعف، اسهال، اختلال بویایی، تنگی نفس و حالت خفگی، فشار در سر، استرس و تپش قلب، خلط خونی سیاه، دون دون شدن پوست انگار سوخته، اسیدی بودن خونم، ناتوانی از خوردن به خاطر ناتوانی در نفس کشیدن، بی‌میلی به آب و غذا، آمبولی ریه، درد قلب، درد قفسه سینه، ناتوانی در قورت دادن آب، نمی‌توانست آدم راه برود و لاغر شدن است. در این میان درد و جنبه‌های مختلف آن دارای اهمیت اساسی است. انواع درد شامل سردرد/درد سینه/درد عمومی / بلا تکلیفی در برابر درد بود که برای بیماران به‌غیراز اندام درگیر اصلی، تحمل آن



بسیار سخت و رنج‌آور بود. این نتایج با نتیجه پژوهش‌های حسن و همکاران (2020) لواتو، کوسیمو و فیلیپس (2020) (هوانگ و همکاران، 2020؛ چن و همکاران، 2020) همسو است. تأکید بیماران بر درد سبب شده است که تا بتوان این علامت را به‌عنوان یک عامل مشترک به حساب آورد. از نظر روان‌شناختی علائم شامل ناتوانی در انجام کار، پرخاشگری و عصبانیت، تسلیم شدن در برابر علائم، گریه، آرزوی مرگ، ناتوانی از کار کردن، دل‌تنگی برای بچه‌ها، مراقبت از ابتلا دیگران، نگرانی از مرگ همسر، دست‌بند هویت عامل نگرانی و بی‌علاقگی، میزان ترس بالا، افسردگی، احساس مرگ و بیهودگی، عصبی شدن و غش کردن بود که البته در این میان ترس‌ها را می‌توان به‌عنوان عامل مشترک شناسایی کرد که شامل نگرانی عمومی، نگرانی از مرگ، نگرانی از آسیب جسمی، نگرانی از انتقال بیماری، نگرانی از مرگ دیگران، نگرانی از تزریق پلاسما و ترس از قرنطینه بود. از طرف دیگر مشکلات خواب شامل بی‌خوابی، بی‌خوابی ناشی از ترس از مرگ در اثر قطع نفس، پرخوابی و کابوس می‌شود که در کنار ترس‌ها به‌عنوان عامل مشترک قابل‌شناسایی است. این نتایج به‌ویژه در مورد وجود نشانگان اضطراب و افسردگی در پژوهش فعلی با نتایج پژوهش لیو، بامیستر، ویلوکس، چن، لیو، یو و زانگ<sup>1</sup> (2020) و پارک، یونگ، پارک، لی، کیم، کیم، هو و سونگ<sup>2</sup> (2020) و برنر و بوگرا<sup>3</sup> (2020) و دنوان و ژئو<sup>4</sup> (2020) همسو است. فورته<sup>5</sup> و همکاران (2020) بر وجود اختلال استرس بعد از ضربه در افراد عادی در ایام همه‌گیری تأکید می‌کنند اما در مطالعه فعلی شیوع این بیماری در بیماران مبتلابه کووید-19 نادر بود. دلیل این موضوع عدم انطباق علائم اختلال استرس بعد از ضربه موجود در کتابچه راهنما با علائم بیماران پس از ترخیص از بیمارستان است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت علائم بیشتر با آسیب‌های مشترک زمان بحران و نیز با اضطراب‌های معمول تجربه شرایط استرس و حداکثر با اختلال اضطراب بیمار شدن<sup>6</sup> منطبق است.

سؤال مهم مطرح‌شده در پژوهش فعلی این بود که استرس ادراک‌شده افراد مبتلابه کرونا که در بیمارستان بستری شدند چگونه بوده است؟ نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به استرس ادراک‌شده دارای دوطبقه اصلی بود. شامل 1- بروز علائم بدنی 2- ترس شدید از مرگ بود. هرچند ترس شدید از مرگ در اشکال مختلف مثل نگرانی از انتقال بیماری نگرانی از مرگ دیگران و حتی آرزوی مرگ از شدت درد قابل‌طبقه‌بندی است. این نتیجه با پژوهش‌های دنوان و ژئو<sup>7</sup> (2020) (سان و همکاران، 2020). یانگ و همکاران، 2020، لیو و همکاران، 2020) همسو است.

پرسش مهم دیگر در مورد مهارت‌های مقابله‌ای بود که مهارت‌های اصلی مقابله با استرس در بیماران بستری چه بود؟ نتایج تحلیل نشان داد که مهارت‌های اصلی مقابله می‌تواند به پنج طبقه تقسیم شود شامل تغذیه و پزشکی، سرگرمی‌ها، روانی، معنوی، منابع اجتماعی و درماندگی. در مورد تغذیه غذا خوردن و نوشیدن مایعات، غذا خوردن در بیمارستان، مقابله از راه خوردن و نیز از نظر پزشکی تسکین درد با دارو، ماساژ با دستگاه، انجام حرکات فیزیکی و دیالیز شدن باعث تسکین می‌شود. در مورد سرگرمی‌ها سرگرمی با فضای مجازی، دیدن فیلم، کتاب‌خوانی، انجام کار هنری، استفاده از گوشی به‌عنوان سرگرمی، استفاده از گوشی برای بازی، طبیعت‌گردی، تماشای تلویزیون و اینترنت گردی، استفاده از اینستاگرام، خرید و فروش در بازار بورس از مواردی است که بیماران استفاده از آنها را در روزهای ابتلا و بستری تسکین‌دهنده دانستند. با توجه به اینکه سر زدن به فضای مجازی با فراوانی بیشتری به‌وسیله بیماران بستری بهبود یافته مطرح‌شده است لذا استفاده از فضای مجازی و مشغول شدن با آن مهم است. این نتایج در خصوص انواع سرگرمی با نتایج پژوهش‌های جعفری (1399) در مورد استفاده بیماران از روش‌های توجه

- 
1. Liu, Baumeister, Veilleux, Chen, Liu, Yuea and Zhang
  2. Hye Yoon Park, Jongtak Jung, Hye Youn Park, So Hee Lee, Eu Suk Kim, Hong Bin Kim, and Kyoung-Ho Song
  3. M. Harvey Brenner & Dinesh Bhugra
  4. Duan, & Zhu
  5. Forte et al
  6. illness anxiety disorder
  7. Duan, & Zhu

برگردانی در طول بیماری و پژوهش اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی<sup>۱</sup> (2021) در مورد سرگرمی با یک چیز، مشغولیت با یک کار همسو است. پژوهش اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی (2021) به نقش تغذیه مناسب، انجام فعالیت‌های مکاشفه (یوگا) و ورزش برای مقابله با این بیماری و اثربخشی آن در بهبود بیماران تأکید دارد. در پژوهش ما، یانگ، زو، چن، یانگ ونگ<sup>۲</sup> (2020) اثربخشی استفاده از حرکات بودانجین<sup>۳</sup> در کیفیت زندگی در بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19 نشان داده شده است که با نتایج پژوهش فعلی در مورد کاربرد ماساژ و ماساژ با دستگاه و انجام حرکات فیزیکی همخوان است. در مورد مهارت‌های روان‌شناختی و معنوی نتایج پژوهش فعلی بر تسلیم نشدن، هدف داشتن، تحمل کردن، آرزوی بهبودی و بازگشت به زندگی، اعتماد به کادر درمان، گفتگوی مثبت با خود، بی‌خیالی، کار در خانه، توجه و رسیدن به خود، سرگرمی و فعالیت، ادراک بدنی خوب، اعتمادبه‌نفس، اراده بالا برای زنده ماندن، تأکید بر استقلال خود از نظر روان‌شناختی تأکید دارد. بهره‌مندی از سرمایه روان‌شناختی می‌تواند از جنبه‌های مهم مهارت‌های مقابله‌ای محسوب شود. ادراک بدنی خوب، اعتمادبه‌نفس، اراده بالا برای زنده ماندن و امیدواری از مواردی است که در مطالعات بسیاری مثل (لوسانس، لوسانس و لوسانس<sup>۴</sup>، 2004؛ هارمس، کراسیکووا و لوسانس<sup>۵</sup>، 2018) و (کیم<sup>۶</sup> و همکاران، 2019) مورد تأکید بوده و در پژوهش در مورد بیماران مبتلابه کووید-19 به‌وسیله اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی (2021) بررسی شده است. از طرف دیگر به نظر می‌رسد بیمارانی که از کووید-19 جان سالم به درمی‌برند هم مهارت‌های هیجان محور و هم مسئله محور هر دو را بکار می‌برند. در پژوهش فعلی استفاده از گوشی برای سرگرمی، استفاده از گوشی برای بازی، طبیعت‌گردی، تماشای تلویزیون و اینترنت گردی، استفاده از اینستاگرام و نیز ماساژ و از نظر معنوی نیز بر نیایش و عبادت، نماز و قرائت قرآن، امید به خدا، امید داشتن، شکرگزاری به خاطر سلامتی و پذیرش مرگ وجود دارد که می‌تواند از جمله مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور محسوب شوند. مهارت‌های مقابله‌ای از جمله عواملی هستند که می‌توانند در کنترل فشار روانی مؤثر واقع گردند (جیانگ<sup>۷</sup>، 2019). در مطالعه‌ای توسط اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی (2021) بر امیدواری، مراقبت از خود و تشویق خود و در مطالعه جعفری (1399) بر نقش دعا و نیایش و امید در مقابله بیماران مبتلابه کووید-19 تأکید دارد. کورچو و همکاران<sup>۸</sup> (2021) نیز بر تأثیر بازتاب مرگ (تمایل ثابت فرد به پردازش شناختی - ارادی در مورد مرگ که بر جنبه مثبت مرگ متمرکز می‌شود و شامل مقاصد رفتاری عینی برای درک این جنبه‌های عینی است) بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلابه کووید-19 تأکید دارند. البته بهره‌مندی از سرمایه روان‌شناختی و نیز سرمایه اجتماعی مثل منابع اجتماعی (حمایت مالی و عاطفی دوستان و اطرافیان، رسانه، امنیت در کنار خانواده، فکر آینده فرزند و تماس تلفنی آشنایان از مواردی هستند که در پژوهش اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی (2021) مورد تأکید قرار گرفتند. در پژوهش فعلی درماندگی به‌عنوان یک مهارت مقابله‌ای هرچند در شکل منفی به‌وسیله برخی از بیماران استفاده شده است و در دیگر پژوهش‌ها کمتر مورد توجه است. در یکی از پژوهش‌ها از جمله لیو، بامیستر، ویلوکس، چن، لیو، یو و زانگ (2020) بر موضوعات بعد از بهبودی از جمله به تفکیک ادراک توجه شده است اما در مطالعه فعلی، موضوع اصلی پی‌آمدها بازتاب‌دهنده این امر است که در سطوح طبقه اولیه قدردانی از زندگی، طبقه اولیه دغدغه‌ها و طبقه اولیه روابط از مهم‌ترین مسائل بعد از بهبودی از بیماری است. طبقه اولیه قدردانی از زندگی قائم بر ارزش‌گذاری بر سلامتی و افتخار بر زنده‌بودن و حفظ بدن است و طبقه اولیه دغدغه‌ها به عوارض جسمانی پس

1. Ifeanyichukwu Anthony Ogueji1 & Maia Makeda Okoloba2 & Benie McDenisa Demoko Ceccaldi2
2. Qian Ma, MDa,b, Zhihua Yang, MDa,b, Feng Zhu, MDb,c, Haojia Chen, MDa,b, Haolin Yang, Shuping Wang
3. Baduanjin exercise
4. Luthans F, Luthans, & Luthans
5. Harms, Krasikova, & Luthans
6. Kim et al
7. Jiang
8. Petru Lucian Curşeu & Andra Diana Coman & Anton Panchenko & Oana Cătălina Fodor & Lucia Raţiu

از بهبودی مثل دوام تنگی نفس و کاهش وزن تأکید می‌ورزد و طبقه اولیه روابط بر جدا افتادگی از اجتماع و ضعیف شدن روابط (ادراک تفکیک‌شده) از ترس گرفتاری مجدد به این بیماری تأکید دارد که مورد اخیر با نتیجه پژوهش لیو، بامیستر، ویلوکس، چن، لیو، یو و زانگ (2020) و همین‌طور نتیجه پژوهش پرسون و همکاران (2004) که قبلاً در بیماران بهبودیافته از بیماری سارس در مورد تفکیک ادراک‌شده هم شناخته‌شده بود، همسویی دارد.

هدف دیگر از پژوهش فعلی تعیین علائم مشترک، راهبردهای مقابله‌ای و سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی در بیماران بهبودیافته از بیماری کووید-19 در بیماران بستری در منزل بود. نتایج نشان داد که علائم بیماران در طول بیماری شامل بروز علائم بدنی مثل سرفه و تنگی نفس، ترس شدید از مرگ، بی‌خوابی و کابوس، نگرانی‌های بعد از مرگ، جستجوی برای منشأ بیماری خود است که می‌توان این علائم را به سه طبقه اصلی بدنی، روانی و اجتماعی تقسیم کرد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های لاکه، بونس، اسماستون، کوله، اولسن، روستون، استرن، سورنسن‌واوفسو (2020)، هوانگ، ونگ، لی، رن، زائو، لی و کائو (2020) وانگ، هاربی، هایدن و گائو (2020) سان، سان، وو، زانگ، شانگ و لو، (2020) و سلاویچ (2020) همسو است. اما این که علائم به شدتی باشد که به اختلال استرس پس از سانحه بی‌انجامد نمی‌توان آن را در میان علائم مشترک گنجانید. مهارت‌های اصلی مقابله با استرس در بیمارانی که در منزل بستری بودند شامل این طبقات بود که عبارت‌اند از؛ سرگرمی‌ها (فضای مجازی، تماشای فیلم، بازی با رایانه، مطالعه و بافتنی، حیوان خانگی) کار کردن (با گوشی در فضای مجازی و خریدوفروش در بورس و خریدوفروش مجازی) دعا و نیایش (دعا کردن، نماز خواندن، قرائت قرآن) برقراری ارتباط (پاسخ به تماس تلفنی، تماس با دوستان) خوردن و نوشیدن (لیموترش و عسل، دمنوش، تغذیه مناسب) خودگویی مثبت (جرات‌ورزی کلامی، باید با آن بجنگی) بود. سرمایه روان‌شناختی نیز مشتمل بر طبقات امیدواری، اعتمادبه‌نفس، تاب‌آوری (تحمل درد، تحمل فضای قرنطینه، اراده بالا برای زنده ماندن) خوش‌بینی (اعتماد به کادر درمان، تجربه کردن کرونا، شوخی کردن) ادراک بدنی خوب، پذیرش مرگ می‌شود. حمایت اجتماعی ادراک‌شده شامل (حمایت از سوی اعضاء خانواده و همسر) و از طرف همکاران، دوستان قدیمی و موضوعات خوب اینترنت بود. این نتایج با نتایج پژوهش جعفری (1399) در مورد استفاده بیماران دچار کووید-19 از روش‌های توجه برگردانی در طول بیماری و پژوهش اوجوجی، اوکولوبا و سکالدی<sup>۲</sup> (2021) در مورد سرگرمی با یک چیز، مشغولیت با یک کار توسط این بیماران همسو است. از طرف دیگر نتایج پژوهش فعلی نشان می‌دهد که تاب‌آوری به‌صورت تحمل درد، تحمل فضای قرنطینه، اراده بالا برای زنده ماندن برای مقابله با علائم و عوارض ناشی از بیماری کووید-19 مؤثر است که این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش ژانگ، یانگ، وانگ، لی، دانگ و همکاران<sup>۳</sup> (2020) که ارتباط بین تاب‌آوری، اضطراب و افسردگی بیماران نشانه‌های کووید-19 در چین را بررسی کردند و نشان دادند که سطوح بالای تاب‌آوری با مقدار کم اضطراب و افسردگی بیماران کووید-19 مرتبط است، همسویی دارد. از طرف دیگر، پودل-تاندوکار، چندلر، جکلدون، گاتم، برتون-جانسون و هولون<sup>۴</sup> (2019) به بررسی تاب‌آوری و اضطراب یا افسردگی در جوانان اسکان‌یافته بوتانی در ایالات‌متحده پرداختند و نشان دادند که تاب‌آوری به‌طور معکوس با اضطراب و افسردگی رابطه دارد. نتایج پژوهش اخیر نیز با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ است. نتیجه پژوهش حاضر در مورد تأثیر مثبت سرمایه‌های روان‌شناختی مثل امید و تاب‌آوری در مقاومت در برابر مشکلات زندگی و این که می‌توان سرمایه روان‌شناختی را به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده درونی برای بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفت با دیدگاه لوتانس، یوسف و اولیو، (2007)، ماستن، بست و گامزی (1990)، لوتار و سچتی (2000) و کیم و همکاران (2019) همسویی دارد.

1. Sun, Sun, Wu, Zhu, Zhang, Shang, & Liu
2. Anthony Ogueji I & Maia Makeda Okoloba & Benie McDenisa Demoko Ceccaldi
3. Zhang, Yang, Wang, Li, Dong & et al
4. Poudel-Tandukar, Chandler, Jacelon, Gautam, Bertone-Johnson & Hollon

به‌طور کلی نتایج نشان می‌دهد که بیماری کووید-19 چه در شکل خفیف و چه در سطح شدید پیامدهای ناگوار برای فرد، خانواده و اجتماع در پی داشته است و آثار منفی آن در سطوح بدنی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی به‌خوبی قابل بررسی است. بنابراین بیماران تلاش می‌کنند از همه منابع جسمی و روانی خود برای مقابله با آن استفاده کنند. بیماران بستری در منزل تلاش می‌کنند از طریق تغذیه خوب، تسکین درد با دارو، ماساژ با دستگاه، انجام حرکات فیزیکی و نیز استفاده از انواع سرگرمی‌ها با عوارض بیماری مبارزه کنند. بهره‌مندی از سرمایه‌های روان‌شناختی می‌تواند از جنبه‌های مهم مهارت‌های مقابله‌ای محسوب شود. ادراک بدنی خوب، اعتمادبه‌نفس، اراده بالا برای زنده ماندن و امیدواری از جمله این سرمایه‌هاست. همه این مؤلفه‌ها تاب‌آوری را بهبود می‌بخشند. مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور از جمله دعا و نیایش و انجام حرکات بدنی مفید و مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور مثل پیگیری برای استفاده از درمان‌های مطلوب مورد استفاده قرار گرفته است. همه بیماران پس از بهبودی قادران سلامتی خود هستند. استفاده بیماران از فضای مجازی از جمله اینستاگرام برای سرگرمی حائز اهمیت است. یکی از نتایج مهم پژوهش حاضر این است که مردم مبتلابه کووید-19 هم از مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و هم منفی مثل استیصال و درمانگی (شامل هیچ کاری جز گذراندن علائم نمی‌توانستم بکنم، می‌خواهیدم تا روزها بگذرد و وقتی تمام می‌شد می‌گفتم آخیش امروز تمام شد و کاری نمی‌شد انجام داد) به مقادیر متفاوت استفاده می‌کنند. آن‌هایی که از مهارت‌های مقابله‌ای مثبت استفاده می‌کنند با رنج کمتر و کسانی که با مهارت‌های مقابله‌ای منفی مثل درمانگی دوره نقاهت را می‌گذرانند با رنج بیشتر بیماری را تحمل می‌کنند. این مطالعه نشان داد ادراک حمایت مثل حمایت از سوی اعضاء خانواده و همسر برای عده‌ای از بازماندگان حکم نوش‌دارو داشته است. صد البته در مورد بیماران بستری شده در بیمارستان این موضوع اخیر به یک تناقض می‌انجامد. در شرایط بیمارستانی دارو و خدمات پزشکی وجود دارد اما حمایت ادراک شده ضعیف‌تر است از سوی دیگر در شرایط بستری شدن در منزل حمایت ادراک شده قوی‌تر و دیگر عوامل درمانی ضعیف‌تر است، بنابراین در شرایطی که برخی شاخص‌های حیاتی بیمار باثبات‌تر است بهره‌گیری بیمار در منزل از حمایت‌های اعضاء خانواده در کنار برخی تمرینات مثل حرکت‌درمانی حکم نوش‌دارو دارد.

در پژوهش فعلی که به شیوه کیفی انجام شد محدودیت‌های مربوط به روش مورد استفاده باید مورد توجه قرار گیرد ضمن اینکه در انجام مصاحبه شمار زیادی از مصاحبه‌ها در فضای واتس‌آپ و تلفنی بوده است. به علت بهره‌مندی همه بیماران از طیف وسیعی از مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور و مسئله محور پیشنهاد می‌شود محققان به‌صورت مشخص گونه‌های رفتاری مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌محور و مسئله‌محور را به‌خوبی روشن کنند، در غیر این صورت به علت همپوشی زیاد، تفکیک این دو مفهوم بحث‌انگیز است. تدارک یک بسته مشاوره‌ای- مداخله‌ای مرحله‌بندی شده از زمان ادراک بیماری کووید-19 در شخص تا اتمام دوره نقاهت با ارائه رهنمودهایی برای مقابله با درد و ایجاد امید و بهبود میزان سرمایه روان‌شناختی شخص ضروری است. به نظر می‌رسد در مرحله‌ای از سیر بیماری، بیماران دچار درمانگی می‌شوند و این‌زمانی هست که شخص منابع خود برای مقابله را ناکافی ارزیابی می‌کند و از شدت درد چه‌بسا در صورت فقدان پیوندها، دست به خودکشی بزند. از این‌روی پیشنهاد می‌شود به شیوع خودکشی در بیماران مبتلابه کووید-19 توجه ویژه بشود. مطالعه فعلی نشان می‌دهد که ابتلا به بیماری کووید-19 دارای سیر خاص بوده و علاوه بر آثار جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی خاص دارای پی‌آمدهای ویژه‌ای در سطوح جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی و اقتصادی و آموزشی است که طی شانزده طبقه اولیه برای بستری‌شدگان در منزل و شانزده طبقه اولیه برای بستری‌شدگان در بیمارستان شناسایی شدند و البته موضوعات اقتصادی و آموزشی از اهداف مطالعه فعلی نبود. بنابراین پی‌گیری موضوعات و تبعات اقتصادی و آموزشی ناشی از همه‌گیری بیماری کووید-19 پیشنهاد می‌شود. همه‌گیری کووید-19 تبعات شدید اجتماعی دارد که طیفی گسترده از انزوای اجباری تا تفکیک ادراک شده را در برمی‌گیرد، بنابراین مطالعه

پیامدهای اجتماعی این بیماری در افرادی که از بیماری بهبودیافته‌اند، پیشنهاد می‌شود. تعیین پیامدهای اقتصادی بیماری کووید-19 برای شخص و خانواده هدف این پژوهش نبود اما مطالعه آن ضرورت دارد.

## سیاسگزاری

از همه مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی اردبیل برای صدور مجوز و ایجاد امکان در مصاحبه با بیماران بهبودیافته را فراهم کردند و نیز از مدیریت و کارکنان محترم امور پژوهشی استانداری اردبیل که در حمایت مالی از این طرح کوشش کردند، تقدیر می‌گردد.

## منابع

امیدیان، مهدی، اسماعیل‌پور اشکفتکی، محمود. (2020). پیش‌بینی حمایت اجتماعی دانشجویان بر اساس مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در بحران همه‌گیری کرونا. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*, 10(39), 163-179.

بیگلر، حنیفی، جعفری ورجوشانی، کمالی، کوروش. (2018). بررسی مقایسه‌ای میزان به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران (زنان) مبتلابه ام‌اس عضو و غیر عضو در گروه همتایان. *مجله پژوهش پرستاری ایران*, 13(1), 32-26.

پاتنام. رابرت. (2000). *جامعه برخوردار، سرمایه اجتماعی و زندگی عمومی*. ترجمه افشین خاک‌باز و حسن پویان (1384)، تهران: نشر شیرازه.

جعفری اصغر (1399). مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی، سرمایه روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای با درد در بین افراد مبتلابه کوید-19 پاسخ‌دهنده و بدون پاسخ‌دهنده به درمان خانگی. *پژوهش‌های مشاوره*، جلد 19، شماره 73. 4-35

خدادادی نعیم، قنبری عاطفه، یوسف زاده شاهرخ، مسکینی فاطمه، عسگری فریبا و کوچکی نژاد، لیلا. بررسی استرس حاد، اختلال استرس پس از سانحه و کیفیت زندگی بعد از سوانح رانندگی در مصدومین بستری شده در بیمارستان پورسینا رشت طی سال 1388. *مجله علمی پژوهشی فیض*. دانشگاه علوم پزشکی کاشان، 14(5), 525-520.

علیزاده فرد، صفاری نیا. (2020). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کووید-19. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*, 9(36), 141-129.

Alipour, A. Ghadami, A. Alipour, Z. & Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(32), 163-175.

Alshehri, F. S., Alatawi, Y., Alghamdi, B. S., Alhifany, A. A., & Alharbi, A. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 28(12), 1666-1673.

Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931-934.

Arnold, R., Ranchor, A. V., Koeter, G. H., de Jongste, M. J., Wempe, J. B., ten Hacken, N. H., ... & Sanderman, R. (2006). Changes in personal control as a predictor of quality of life after pulmonary rehabilitation. *Patient education and counseling*, 61(1), 99-108.

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), 1055-1057.

Bai, Y., Yao, L., Wei, T., Tian, F., Jin, D. Y., Chen, L., & Wang, M. (2020). Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *Jama*, 323(14), 1406-1407.

- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy. The Exercise of Control*, New York: W H. Freeman & Co. Student Success, 333, 48461.
- Banjongrewadee, M., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pipanmekaporn, T., Punjasawadwong, Y., & Mueankwan, S. (2020). The role of perceived stress and cognitive function on the relationship between neuroticism and depression among the elderly: a structural equation model approach. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-8.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- Barrett, K. E., Barman, S. M., Brooks, H. L., & Yuan, J. X. J. (2019). Immunity, Infection, & Inflammation. *Ganong's Review of Medical Physiology*, 26e.
- Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B., & Wahl, A. K. (2010). Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation—an exploratory study. *Patient education and counseling*, 81(1), 5-13.
- Xiang, Y. T., & Wu, X. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China.
- Bourbeau, J., Nault, D., & Dang-Tan, T. (2004). Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient education and counseling*, 52(3), 271-277.
- Brenner, M.H., and Bhugra, D., (2020). Acceleration of Anxiety, Depression, and Suicide: Secondary Effects of Economic Disruption Related to COVID-19. *frontiers in psychiatry*. *Front. Psychiatry* 11:592467. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.592467
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Brown, S., Webb, A., Mangoubi, R., & Dy, J. (2015, February). A sparse combined regression-classification formulation for learning a physiological alternative to clinical post-traumatic stress disorder scores. In *Proceedings of the AAAI Conference on Artificial Intelligence* (Vol. 29, No. 1).
- Brunner LS Suddarth DS, Smeltzer SC, Bare BG. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p. 222-7.
- CAI, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171-1.
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R. (2020). Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). In *Statpearls* [internet]. StatPearls Publishing.
- Cansel, N., Ucuz, İ., Arslan, A. K., Kayhan Tetik, B., Colak, C., Melez, Ş. N. İ., ... & Semra Demir Akca, A. (2021). Prevalence and predictors of psychological response during immediate COVID- 19 pandemic. *International Journal of Clinical Practice*, 75(5), e13996.
- Chan, J. F. W., Yuan, S., Kok, K. H., To, K. K. W., Chu, H., Yang, J., ... & Yuen, K. Y. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 395(10223), 514-523.

- Caplan, Robert D. (1979) 'Social Support, Person-Environment Fit, and Coping', in L. A. Ferman and J. P. Gordus (Eds), *Mental Health and the Economy*. Michigan: W. E. Upjohn Institute for Employment Research. pp. 89-138.
- Chang, M. C., & Park, D. (2020, December). Incidence of post-traumatic stress disorder after coronavirus disease. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 4, p. 373). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Chang, M. C., Hur, J., & Park, D. (2020, September). Strategies for the Prevention of the Intra-Hospital Transmission of COVID-19: A Retrospective Cohort Study. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 3, p. 195). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Chang, M. C., Hwang, J. M., Jeon, J. H., Kwak, S. G., Park, D., & Moon, J. S. (2020). Fasting Plasma Glucose Level Independently Predicts the Mortality of Patients with Coronavirus Disease 2019 Infection: A Multicenter, Retrospective Cohort Study. *Endocrinology and Metabolism*, 35(3), 595.
- Chen, J. X., Shi, J. Y., and Zhao, X. D. (2020). Consideration of effective psychological aid in epidemic of COVID-19. *J. Tongji Univ.* 41, 5–8. Doi: 10.16118/j.1008-0392.2020.01.002
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), 507-513.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., et al. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15–e16.
- Chih-Hung, K. O., Yen, C. F., Yen, J. Y., and Yang, M. J. (2006). Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 60, 397–403. Doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01522.x
- Christiansen, D., Elklit, A., & Ovuga, E. (2012). Post traumatic stress disorders in a global context.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434.
- Cobb, S. (1976) 'Social Support as a Moderator of Life Stress', *Psychosomatic Medicine*, 38:300-14.
- Cohen, S. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States.
- Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: a randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 51(7), 344-351.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical psychology review*, 29(2), 141-153.
- Dongmei, L. I. (2020). Influence of the Youth's Psychological Capital on Social Anxiety during the COVID-19 Pandemic Outbreak: The Mediating Role of Coping Style. *Iranian Journal of Public Health*.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Early BP, Grady MD (2017). Embracing the contribution of both behavioral and cognitive theories to cognitive behavioral therapy: Maximizing the richness. *Clin Soc Work J*, 45(1): 39-48.
- Eisazadeh, F., Aliakbari Dehkordi, M., & Aghajanbigloo, S. (2020). Psychological consequences of patients with coronavirus (COVID-19): A Qualitative Study. *Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology*, 2 (2), 9-20.

- El Sheshtawy EA. (2010). Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. *Asian J Psychiatry*, 4(1): 51–4.
- Farnoosh, G., Alishiri, G., Hosseini Zijoud, S. R., Dorostkar, R., & Jalali Farahani, A. (2020). Understanding the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease (COVID-19) Based on Available Evidence-A Narrative Review. *J Mil Med*, 22(1), 1-11.
- Fawaz, M., Al Nakhal, M. and Itani, M. (2020). COVID-19 quarantine stressors and management among Lebanese students: a qualitative study. *Current Psychology* .<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01307-w>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 1-11.
- Fekih-Romdhane, F., Ghrissi, F., Abbassi, B., Cherif, W., & Cheour, M. (2020). Prevalence and predictors of PTSD during the COVID-19 pandemic: Findings from a Tunisian community sample. *Psychiatry Research*, 290, 113131.
- Fletcher, D. and Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*. <https://www.researchgate.net/publication/263651506> DOI: 10.1027/1016-9040/a000124
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020). COVID-19 pandemic in the Italian population: validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4151.
- Gallegosa, M., Zalaquett, C., Sánchez, S.E.L., Mazo-Zeaf, R., Ortiz-Torres, B., Penagos-Corzoh, J.C., Portillo, C., Fernández, I.T., Urzúak, A., Consolil, M.M., Polanco, M., Ana María Florezn, A.M., and Miranda, R.L., (2020). Coping with coronavirus (COVID-19) pandemic in the Americas: recommendations and guidelines for mental health. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol., 54, No. 1, e1304
- Garbóczy, S., Szemán-Nagy, A., Ahmad, M. S., Harsányi, S., Ocsenás, D., Rekenyi, V. ... & Kolozsvári, L. R. (2021). Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19. *BMC psychology*, 9(1), 1-13.
- Gerhold, L. (2020). COVID-19: risk perception and coping strategies. Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). Impact of COVID-19 on children: Special focus on psychosocial aspect. *Education*, 31, 34.
- Giavrimis, P., & Nikolaou, S-M. (2020). THE GREEK UNIVERSITY STUDENT'S SOCIAL CAPITAL DURING THE COVID-19 PANDEMIC. *European Journal of Education Studies*. 7(8).
- Grover, S., Dua, D., Sahoo, S., Mehra, A., Nehra, R., Chakrabarti, S. (2020). Why all COVID-19 hospitals should have mental health professionals: The importance of mental health in a worldwide crisis! .*Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102147>
- Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., ... & Zhong, N. S. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*, 382(18), 1708-1720.
- Harms, P. D., Krasikova, D. V., & Luthans, F. (2018). Not me, but reflects me: Validating a simple implicit measure of psychological capital. *Journal of personality assessment*, 100(5), 551-562.
- Hassan, S. A., Sheikh, F. N., Jamal, S., Ezeh, J. K., & Akhtar, A. (2020). Coronavirus (COVID-19): a review of clinical features, diagnosis, and treatment. *Cureus*, 12(3).
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., & KiGGS Study Group. (2014). Psychopathological problems and psychosocial impairment in children and adolescents aged 3-17 years in the German population: prevalence and time trends at two measurement points (2003-2006 and 2009-2012): results



- of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57(7), 807-819.
- Hong, X., Currier, G. W., Zhao, X., Jiang, Y., Zhou, W., & Wei, J. (2009). Posttraumatic stress disorder in convalescent severe acute respiratory syndrome patients: a 4-year follow-up study. *General hospital psychiatry*, 31(6), 546-554.
- Horan, W. P., Ventura, J., Mintz, J., Kopelowicz, A., Wirshing, D., Christian-Herman, J., & Liberman, R. P. (2007). Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 77-86.
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331.
- House, James S. (1981) *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley. (1987) 'Social Support and Social Structure', *Sociological Forum*, 2:135-46
- Huang C, Wang Y, Li X, et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 395:497–506.
- Huang, L., & rong Liu, H. (2020). Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *MedRxiv*.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 112954.
- Hwang, J. M., Kim, J. H., Park, J. S., Chang, M. C., & Park, D. (2020). Neurological diseases as mortality predictive factors for patients with COVID-19: a retrospective cohort study. *Neurological Sciences*, 41(9), 2317-2324.
- Ishiguro A, Inoue M, Fisher J, Inoue M, Matsumoto S, Yamaoka K. (2019) Gender-based risk and protective factors for psychological distress in the midterm recovery period following the great East Japan earthquake. *Disaster Med Public*, 13:487–96.
- Jiang, Y. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan between January and March 2020 during the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit*, 26, e924171.
- Kara, M., & Türkinaz, A. Ş. T. I. (2004). Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient education and counseling*, 55(1), 114-120.
- Kessler RC. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Kim, M., Kim, A. C. H., Newman, J. I., Ferris, G. R., & Perrewé, P. L. (2019). The antecedents and consequences of positive organizational behavior: The role of psychological capital for promoting employee well-being in sport organizations. *Sport Management Review*, 22(1), 108-125.
- Kluge, H., Malik, A., & Nitzan, D. (2020). Mental health and psychological resilience during the COVID-19 pandemic. World Health Organization.
- Kluge, & Hans Henri P. (2020). Statement – Physical and mental health key to resilience during COVID-19 pandemic. WHO Regional Director for Europe. World Health Organization. March, 26, 2020. <http://www.euro.who.int/en/home>.
- Koenen, K. C., & Galea, S. (2015). Post-traumatic stress disorder and chronic disease: open questions and future directions.
- Koh, D., Lim, M. K., Chia, S. E., KO, S. M., Qian, F., Tan, B. H., et al. (2005). Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med. Care* 43, 676–682. Doi: 10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc

- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 293, 113382.
- Kucharski, A. J., Russell, T. W., Diamond, C., Liu, Y., Edmunds, J., Funk, S., ... & Flasche, S. (2020). Early dynamics of transmission and control of COVID-19: a mathematical modelling study. *The lancet infectious diseases*, 20(5), 553-558.
- Kwiatosz-Muc M, Fijałkowska-Nestorowicz A, Fijałkowska M, et al (2019). Stress coping styles among anaesthesiology and intensive care unit personnel—links to the work environment and personal characteristics: a multicentre survey study. *Scand J Caring Sci*, 33(3): 661-8.
- Kwok KO, Li KK, and Chan HH, et al. (2020). Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: risk perception, information exposure and preventive measures. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7):1575–79.
- Labrague, L. J., De los Santos, J. A. A. and Falguera, c.c. (2012). Social and emotional loneliness among college students during the COVID- 19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience .*Perspect Psychiatr Care*, 1–7
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., CAI, Z., Hu, J., Wei, N., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- Lau, J. T., Yang, X., Pang, E., Tsui, H. Y., Wong, E., & Wing, Y. K. (2005). SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerging infectious diseases*, 11(3), 417.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus RS, Folkman S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers*, 1:141–69.
- Lazarus RS. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus RS, Folkman S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers.*; 1:141–69.
- Leung, G. M., Lam, T. H., Ho, L. M., Ho, S. Y., Chan, B. H. Y., Wong, I. O. L., & Hedley, A. J. (2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(11), 857-863.
- 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), 2032.
- Liua, D., Baumeister, R.F., Veilleuxd, J.C., Chene, C., Liua, W., Yuea, Y., Zhangf, Z. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China, *Psychiatry Research*, 292, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113297>
- Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet Psychiatry*, 7(4):e17-e8.
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., & Hyun, S. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health. *Psychiatry research*, 290, 113172.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 112921.
- Liu, S., Yang, L. L., Zhang, C. X., Xiang, Y. T., Liu, Z. C., Hu, S. H., et al. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 7, e17–e18. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8

- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
- Lusk, J.D.; Sadeh, N.; Wolf, E.J.; Miller, M.W. Reckless Self-Destructive Behavior and PTSD in Veterans: Luthans F, Luthans KW, Luthans BC (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Bus Horizons*, 47(1): 45–50. 5.
- Luthans, F., Luthans, K. W., & Luthans, B. C. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). Psychological capital: Investing and developing positive organizational behavior. *Positive organizational behavior*, 1(2), 9-24.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857–885. Doi: 10.1017/S0954579400004156
- Lovato, A. and de Filippis, C. (2020). Clinical Presentation of COVID-19: A Systematic Review Focusing on Upper Airway Symptoms. *Ear, Nose & Throat Journal* 1–8. DOI: 10.1177/0145561320920762
- Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., & Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic—study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1780832.
- Ma, Q., Yang, Z., Zhu, F., Chen, H., Yang, H., Wang, S. (2020). The effect of Baduanjin exercise on the quality of life in patients recovering from COVID-19 a protocol for systematic review and meta-analysis *Medicine* 99:37. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000002229>
- Mariani, R., Renzi, A., Di Trani, M., Trabucchi, G., Danskin, K., & Tambelli, R. (2020). The Impact of Coping Strategies and Perceived Family Support on Depressive and Anxious Symptomatology during the Coronavirus Pandemic (COVID-19) Lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1195.
- McCabe, M. P., & McKern, S. (2002). Quality of life and multiple sclerosis: Comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 287-295.
- McCloskey RJ, Pei F. The role of parenting stress in mediating the relationship between neighborhood social cohesion and depression and anxiety among mothers of young children in fragile families. *J Community Psychol*. 2019; 47:869–81.
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318-326.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, M. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444. Doi: 10.1017/S0954579400005812
- Miao, X. R., Chen, Q. B., Wei, K., Tao, K. M., & Lu, Z. J. (2018). Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Military Medical Research*, 5(1), 1-7.
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Khaleghi, A., Mostafavi, S. A., Kamali, K., Rahgozar, M., & Fombonne, E. (2019). Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a national survey of Iranian children and adolescents. *Iranian journal of psychiatry*, 14(1), 1.
- Moty El Sheshtawy, E. A. (2011). Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. *Asian journal of psychiatry*, 4(1), 51-54.
- Mowbray, H. (2020). In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *Bmj*, 368.

- National Health Commission of China. Guidelines for psychological assistance hotlines during 2019-nCoV Pneumonia epidemic [2020]. Available from: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/f389f20cc1174b21b981ea2919beb8b0.shtml>. [In Chinese].
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., & Troosters, T. (2006). American thoracic society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 173(12), 1390-1413.
- Nogalski, A., Kucmin, T., & Turska, D. (2018). Coping styles and dispositional optimism as predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms intensity in paramedics. *Psychiatr Pol*, 52(3), 557-71.
- North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. *Jama*, 310(5), 507-518.
- Oancea C, Papava I, Enatescu V, Brediceanu AC, Dehelean L, Romosan R, et al. The impact of coping on the somatic and mental status of patients with COPD: a cross-sectional study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016; 11:1343–51.
- Organization WH. (2003). Cumulative number of reported probable cases of SARS.
- Park, H. Y., Park, W. B., Lee, S. H., Kim, J. L., Lee, J. J., Lee, H., & Shin, H. S. (2020). Posttraumatic stress disorder and depression of survivors 12 months after the outbreak of Middle East respiratory syndrome in South Korea. *BMC public health*, 20, 1-9.
- Park, H.Y., Jung, J., Park, H.Y., Lee, S.H., Kim, E.S., Kim, H.B. and Song, K.H. (2020). Psychological Consequences of Survivors of COVID-19 Pneumonia 1 Month after Discharge. *J Korean Med Sci*. 2020 Dec 7; 35(47):e409. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e409>
- Park, I., Oh, S. M., Lee, K. H., Kim, S., Jeon, J. E., Lee, H. Y., & Lee, Y. J. (2020). The moderating effect of sleep disturbance on the association of stress with impulsivity and depressed mood. *Psychiatry Investigation*, 17(3), 243.
- Paules, C. I., Marston, H. D., & Fauci, A. S. (2020). Coronavirus infections—more than just the common cold. *Jama*, 323(8), 707-708.
- Peleg, O., & Mass-Friedman, M. (2013). Worry about terror among young adults living in ongoing security uncertainty. *International Journal of Psychology*, 48(3), 407-421.
- Perkins-Porras, L., Joekes, K., Bhalla, N., Sutherland, C., & Pollard, M. (2015). Reporting of posttraumatic stress disorder and cardiac misconceptions following cardiac rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 35(4), 238-245.
- Phua, D. H., Tang, H. K., & Tham, K. Y. (2005). Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Academic emergency medicine*, 12(4), 322-328.
- Pormohammad, A., Ghorbani, S., Khatami, A., Farzi, R., Baradaran, B., Turner, D. L., & Idrovo, J. P. (2020). Comparison of confirmed COVID- 19 with SARS and MERS cases- Clinical characteristics, laboratory findings, radiographic signs and outcomes: A systematic review and meta- analysis. *Reviews in medical virology*, 30(4), e2112.
- Poudel-Tandukar, K., Chandler, G.E., Jacelon, C.S., Gautam, B., Bertone-Johnson, E.R., & Hollon, S.D (2019). Resilience and anxiety or depression among resettled Bhutanese adults in the United States. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(6), 496-506.
- Poulsen, D. V., Stigsdotter, U. K., & Refshage, A. D. (2015). Whatever happened to the soldiers? Nature-assisted therapies for veterans diagnosed with post-traumatic stress disorder: A literature review. *Urban Forestry & Urban Greening*, 14(2), 438-445.
- Qian, M., Wu, Q., Wu, P., Hou, Z., Liang, Y., Cowling, B. J., & Yu, H. (2020). Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. medRxiv.

- Qian, M., Wu, Q., Wu, P., Hou, Z., Liang, Y., Cowling, B. J., & Yu, H. (2020). Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. medRxiv.
- Qiu, J. Y., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., and Xu, Y. F. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry* 33:e100213. Doi: 10.1136/gpsych-2020-100213
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*.
- Roccella, M. (2020). Children and Coronavirus Infection (Covid-19): What to Tell Children to Avoid Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). *The Open Pediatric Medicine Journal*, 10(1).
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627.
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., & Hoelscher, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *New England Journal of Medicine*, 382(10), 970-971.
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*, 368.
- Ryu, S., Chun, B. C., & of Epidemiology, K. S. (2020). An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiology and health*, 42.
- Sabih F, Haque AU, Younas S, et al (2020). Parenting practices and behavioral problems among adolescents' of parents with psychopathology: role of adolescents' coping as moderator. *Tech Soc Sci J*, 5: 104-21
- Sadock BS, VA; Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*: Wolters Kluwer.
- Safa, M., Khosravi, A., Amin Nasab, A., Reza Soveizi, R., Ghassem Boroujerdi, F., & Mousavi, M. R. (2014). Determining the Relationship between Symptoms of Post Traumatic Growth and Post Traumatic Stress Disorder in Three Groups of Pulmonary Patients with Cancer, Their Families and Pulmonary Patients without Cancer. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 4(7), 10-9.
- Santisi, G., Lodi, E., Magnano, P., Zarbo, R., & Zammiti, A. (2020). Relationship between Psychological Capital and Quality of Life: The Role of Courage. *Journal of Sustainability*. 12(13), 5238.
- Santos, C. F. (2020). Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Brazilian journal of psychiatry*, 42(3), 329-329.
- Schoch-Spana, M. (2020). COVID-19's Psychosocial Impacts the pandemic is putting enormous stress on all of us but especially on health care workers and other specific groups. *Scientific American* March, 20.
- Shen, K., Yang, Y., Wang, T., Zhao, D., Jiang, Y., Jin, R., & GAO, L. (2020). Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World journal of pediatrics*, 1-9.
- Shosha, GA. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, ESJ; 8(27).
- Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of psychosomatic research*, 68(2), 195-202.
- Siyu, C., Xia, M., Wen, W., Cui, L., Yang, W., Liu, S., & Lei, W. (2020). Mental health status and coping strategy of medical workers in China during The COVID-19 outbreak. *MedRxiv*.
- Slavich GM. Social safety theory: a biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annu Rev Clin Psycho*. 2020; 16:265–95.
- Street, A. E., & Dardis, C. M. (2018). Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 66, 97-105.

- Stuart G, Laraia M. (2005). *Psychiatric nursing*. 8 Th ed. St Louis: Mosby, P. 430-1.
- Sprang G, Silman M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1):105-10.
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., & Liu, W. (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *MedRxiv*.
- Taghrir MH, Akbarialiabad H, Ahmadi MM. (2020). Efficacy of Mass quarantine as leverage of health system governance during COVID-19 outbreak: a mini policy review. *Arch Iran Med*, 23:265–7.
- Taha SA, Matheson K, Anisman H. (2013). The 2009 H1N1 influenza pandemic: the role of threat, coping, and media trust on vaccination intentions in Canada. *J Health Commun*, 18:278–90.
- Teasdale E, Yardley L, Schlotz W, Michie S. (2012). The importance of coping appraisal in behavioural responses to pandemic flu. *Br J Health Psychol*, 17:44–59.
- The Mediating Role of New Adverse Events. *J. Trauma. Stress* 2017, 30, 270–278.
- Tian, S., Hu, W., Niu, L., Liu, H., Xu, H., & Xiao, S. Y. (2020). Pulmonary pathology of early phase 2019 novel coronavirus (COVID-19) pneumonia in two patients with lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*.
- Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320.
- Vaccarino, V. (2015). Psychosocial risk factors in women: Special reference to depression and posttraumatic stress disorder. In *Psychosocial stress and cardiovascular disease in women* (pp. 63-86). Springer, Cham.
- Verghese, A. (2004). What is in a word? *Clin. Infect. Dis.* 38, 932–933. Doi: 10.1086/382365
- Vigna L, Brunani A, and Brugnera A, et al. Determinants of metabolic syndrome in obese workers: gender differences in perceived job-related stress and in psychological characteristics identified using artificial neural networks. *Eat Weight Disord.* 2019; 24:73–81.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & GAO, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The lancet*, 395(10223), 470-473.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S. ... & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*.
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J.... & Peng, Z. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11), 1061-1069.
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 13-22.
- Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., ... & Chen, R. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational psychiatry*, 10(1), 1-10.
- World Health Organization (2020). COVID-19 situation.2020. Accessed: 7 Jun 2020.
- World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation [Internet]. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation, 2020. Available: [https://covid19.who.int/?Gclid=CjwKCAjw8pH3BRAXEiwA1pvMsXD0ze2QLDa\\_4WTtExJMku1J3er\\_GLk-MjRPeOb4\\_6\\_ECKdivray6hoCh-oQAvD\\_BwE](https://covid19.who.int/?Gclid=CjwKCAjw8pH3BRAXEiwA1pvMsXD0ze2QLDa_4WTtExJMku1J3er_GLk-MjRPeOb4_6_ECKdivray6hoCh-oQAvD_BwE) [Accessed 13 Jun 2020].



- World Health Organization [WHO] (2020). Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning (No. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4). World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). World Health Organization.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., ... & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *CLINICAL RESEARCH*. 26.
- Xu, J., Zheng, Y., Wang, M., Zhao, J., Zhan, Q., Fu, M., ... & Cheng, Y. (2011). Predictors of symptoms of posttraumatic stress in Chinese university students during the 2009 H1N1 influenza pandemic. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 17(7), PH60.
- Xu, X., Zhou, L., Asante-Antwi, H., Bofo-Arthur, A., & Mustafa, T. (2020). Reconstructing family doctors' psychological well-being and motivation for effective performance in China: the intervening role of psychological capital. *BMC Family Practice*. 21:137.
- Yamada M, Sekine M, Tatsuse T. (2019). Psychological stress, family environment, and constipation in Japanese children: the Toyama birth cohort study. *J Epidemiol*, 29:220–6.
- Yan, S., Xu, R., Stratton, T. D., Kavcic, V., Luo, D., Hou, F., ... & Jiang, Y. (2021). Sex differences and psychological stress: responses to the COVID-19 pandemic in China. *BMC public health*, 21(1), 1-8.
- Yang L, Wu D, Hou Y, Wang X, Dai N, Wang G, et al. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. *MedRxiv*.
- Yanyu J, Xi Y, Huiqi T, Bangjiang F, Bin L, Yabin G, et al. (2020). Meditation-based interventions might be helpful for coping with the Coronavirus disease 2019 (COVID-19), 1:36-42.
- Yanyu J, Xi Y, Huiqi T, Bangjiang F, Bin L, Yabin G, et al. (2020). Meditation-based interventions might be helpful for coping with the Coronavirus disease 2019 (COVID-19), 1:36-42.
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, 16, 1057.
- Zangrillo, A., Beretta, L., Silvani, P., Colombo, S., Scandroglio, A. M., Dell'Acqua, A., ... & Tresoldi, M. (2020). Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: facing the COVID-19 pandemic emergency. *Critical Care and Resuscitation*, 22(2), 91.
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., ... & Zhang, B. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 306.
- Zhang, J., Yang, Zh. Wang, X., Li, J., Dong, L., Wang, F., Li, Y., Wei, R., & Zhang, J. (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID- 19 in China: A cross- sectional study. *JCN Journal of clinical nursing*, doi.org/10.1111/jocn.15425.

- Zhao, J. B., and Fan, F. (2020). Psychological assistance of COVID-19 epidemic situation and analysis of typical cases. *J. South China Norm. Univ.* 3, 61–69+191.
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., ... & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10.
- Zhu Z, Xu S, Wang H, et al. (2020). COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. *MedRxiv*, 24:100443.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*.
- Zhu, W., Wei, Y., Meng, X. and Li, J. (2020). The mediation effects of coping style on the relationship between social support and anxiety in Chinese medical staff during COVID-19. *BMC Health Services Research* (2020) 20:1007. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05871-6>



## (نمونه‌ای از مصاحبه نیمه ساخت یافته تکمیل شده)

### پرسشنامه مصاحبه با افراد بهبود یافته کرونا

نام و نام خانوادگی: آ.ع	سن: 29
جنسیت: زن	وضعیت تأهل: متأهل
سطح تحصیلات: دیپلم	در صورت متأهل بودن تعداد فرزندان: 2
شغل: خانه‌دار	فرزند چندم خانواده؟ اول
میزان درآمد:	گروه خونی: B+
قد: 170	وزن: 110
	در خانواده خود چند فرزند هستید؟ پنج

- 1- در چه تاریخی متوجه شدید دچار کرونا هستید؟ چون پدر مادرم گرفته بودن عید دیدنی رفته بودم پیششون فکر می‌کنم از آنجا گرفتم
- 2- چگونه متوجه بیماری خود شدید؟ اول سرفه و سردرد داشتم (علائم بدنی)
- 3- مهم‌ترین علائمی که داشتید چه بود؟ سرفه و سردرد بعد رفته رفته حالت تهوع اضافه شد به آن (علائم بدنی)
- 4- چه حالات بدنی را در جریان بیماری داشتید؟ بدنم درد می‌کرد دیگر عضلاتم گرفته بود و کتفم درد می‌کرد و من چون آندومتر دارم یه روز آندومترم درد می‌کرد هرروز یه جام رو درگیر کرده بود و آخر سرام که بستری شدم به خاطر حالت تهوعم بود که خوب نمی‌شد (علائم بدنی)
- 5- تجربه شما در مورد درد چه بود؟
- 6- در مورد مهم‌ترین افکاری که در طول بیماری داشتید توضیح بدهید؟ دیگر افسرده شده بودم قرنطینه بودیم و خبر مرگ و میرم می‌شنیدم و به خاطر بچه‌ها بعد از بیمارستان تو اتاق قرنطینه بودم و هرکس حالم رو می‌پرسید دیوانه می‌شدم و می‌گفتم من خوبم این قدر حال منو نپرسید (افسردگی) (ترس و نگرانی)
- 7- احساس‌ها و هیجان‌های اصلی که داشتید کدام بود؟ اوایل که حالم خوب بود می‌گفتم مثل سرماخوردگی و می‌گذرد ولی رفته رفته که بدتر شد. فامیل‌ها زنگ می‌زدند اعصابم خورد می‌شد فکر می‌کردم دارم می‌میرم که زنگ می‌زدند مثلاً آن‌هایی که تا حالا باهاشون حرفم نزده بودم زنگ می‌زدند حالم را می‌پرسیدند. (نگرانی از مرگ)
- 8- در ایام قرنطینه چه کارهایی انجام می‌دادید؟ نه دیگر هیچ کاری حالم بد بود اصلاً نمی‌توانستم پاشم کاری کنم فقط تو اتاقم بودم و هیچکی نبود پا می‌شدم نمازم را می‌خواندم (سستی و ضعف)
- 9- کدامیک از این کارها برای شما ذوق و علاقه بیشتری داشت؟
- 10- در جریان قرنطینه اگر از فضای مجازی استفاده می‌کردید از کدام فضاها بیشتر بهره می‌بردید؟ فضای مجازی سرگرمیم بود اینستاگرام و ... ولی ازش بدمم می‌آمد چون همش در مورد کرونا بود. (فضای مجازی)
- 11- کدامیک از علائم خود را کشنده دیدید؟ حالت تهوع چون هیچی نمی‌خوردم فشارم می‌افتاد (علائم بدنی)

- در این زمان چه کارهایی برای شما تسکین‌دهنده بود؟ یه موقع شوهرم می‌آمد تو اتاق می‌دید حالم بد شده به‌زور یه ذره آبمیوه می‌ریخت تو گلویم که یه کم بهتر بشوم پا می‌شدم از جام حس می‌کردم الانه که بیافتم.(حمایت شوهر)
- 12- وضعیت شما از نظر امید به زندگی در آن ایام چگونه بود؟
- 13- کدام‌یک از افکارتان در ایجاد امید مؤثرتر بود؟
- 14- آیا شده بود از مرگ بترسید؟ خیلی می‌ترسیدم من نماز نمی‌خواندم پا شده بودم نمازم می‌خواندم.(نیایش)
- 15- تجارب خود در مورد ترس از مرگ را توضیح دهید؟ همان کرونا
- 16- وقتی متوجه شدید کرونا گرفته‌اید چه حالتی پیدا کردید؟
- 17- ابتلا به کرونا چه تغییراتی در زندگی شما به وجود آورد؟ هنوزم که هنوزه اسهالم مانده و خوب نشدم و بویاییم مشکل دارد و از خیلی از بوها بدم می‌آید.(علائم بدنی)
- 18- آیا سابقه بیماری خاصی داشتید؟ نه اصلاً
- 19- به ترس ناشی از کرونا از 100 چه نمره‌ای می‌دهید؟ الان دیگر 50 ولی آن موقع 100(میزان ترس 100)
- 20- کدام ویژگی کرونا برای شما ترس بیشتری داشت؟ بدن دردش زیاده (درد)
- 21- در زندگی به دنبال چه هستید؟ سلامتی دیگر خیلی مهم شده برام (سلامتی)
- 22- به چه چیزهایی علاقه دارید و آن‌ها را در عمل انجام می‌دهید؟ کارهای هنری و دوست دارم.(کار هنری)
- 23- به چه اموری علاقه دارید اما تاکنون نتوانسته‌اید انجام دهید؟ درس خواندن را دوست دارم ولی به خاطر بچه داشتن نمی‌توانم.
- 24- برای اینکه تحمل شما در برابر کرونا بیشتر شود چه می‌کردید؟ رفته بودم تو فاز الهیات و نماز می‌خواندم و تسبیح و قرآن (نیایش)
- 25- آیا در طول این مدت بیماری از طرف کسی حمایت شدید؟ مادر شوهرم خیلی کمک می‌کرد و غذا می‌پختند برای بچه‌ها ولی خیلی طرد شدم دیگر چون اوایلش بود و همه می‌ترسیدن و از من دوری می‌کردند و یه ماهی تو خونه بودم و بعد از آن هم هر جا می‌رفتم فکر می‌کردم همه دارند از من دور می‌شوند (حمایت مادر شوهر) (اجتناب مردم).
- 26- کمی در مورد چگونگی حمایت‌هایی که دریافت می‌کردید توضیح دهید.
- 27- در مورد تنهایی و احساس‌های مرتبط با آن در این ایام توضیح دهید. خیلی بد بود بعضی‌ها که اصلاً بهم زنگ نمی‌زدند زنگ می‌زدن و حالم را می‌پرسیدند حالم بد می‌شد و یه حس جزای‌ها که قبلاً قرنطینه می‌شدند داشتم و خیلی افسرده بودم.(تماس دیگران برای احوالپرسی)
- 28- آیا کس دیگر از اطرافیان شما هم‌زمان دچار بیماری بود؟
- 29- در صورتی که با اعضاء خانواده در قرنطینه بودید چه احساسی داشتید؟
- 30- بیماری در کنار دیگر اعضاء خانواده چه احساس‌هایی در برداشت؟
- 31- بیماری در کنار دیگر اعضاء خانواده چه افکاری در برداشت؟
- 32- بیماری در کنار دیگر اعضاء خانواده چه رفتارهایی در برداشت؟ خانوادم که زیاد نمی‌ترسیدند ولی بعداً همه زنگ می‌زدند که نزدیکش نشوید و در را ببندید و بعد از آن دیگر دخترهایم را ندیدم و اذیت شدم.(انزوا)
- 33- در صورتی که دچار تنش بودید در مورد چگونگی آن توضیح دهید.
- 34- چه روش‌هایی برای کنترل آن تنش‌ها داشتید؟ نه زیاد نه ولی تو بیمارستان با همه دعوا می‌کردم حتی با بابام که من را برده بود بیمارستان دعوا می‌کردم که چرا منو گذاشتید اینجا و خودتان ماندید در خانه.(عصبی)
- 35- آیا در کنترل آن تنش‌ها موفق بودید؟

- 36- کدام یک از آن روش‌ها در کنترل آن تنش‌ها مناسب بود؟
- 37- در مورد درد ناشی از بیماری توضیح دهید؟
- 38- کدام درد قابل تحمل نبود؟ سردردش زیاده بعضی وقت‌ها آدم را دیوانه می‌کند. (سردرد)
- 39- چه کارهایی از شدت درد کم می‌کرد؟ نه دیگه کار خاصی نمی‌شد بکنم. (تسلیم و پذیرش)
- 40- آیا افکاری داشتید که به تحمل درد کمک می‌کرد؟
- 41- آیا افکاری داشتید که درد را بدتر می‌کرد؟ نه فقط چون مامانم دیابت داشت نگرانش بودم که یه وقت خوب نشود.
- 42- آیا در بیمارستان بستری شدید؟
- 43- کدام شرایط در بیمارستان برای شما کمک‌کننده بود؟ نهار و شام و صبحانه با میان وعده می‌دادند و خیلی خوب بود (تغذیه خوب)
- 44- کدام شرایط اگر در بیمارستان موجود بود وضعیت بهتر می‌شد؟
- 45- در بیمارستان کدام یک از ویژگی‌های خودتان برای شما اثربخشی بیشتری داشت؟ تو بیمارستان من از همه حالم بهتر بود و همه سنشان بالا بود و من احساس می‌کردم زودتر از همشون خوب میشم. (سن پایین من)
- 46- مرگ دیگر بیماران از کرونا چه تأثیری بر شما داشت؟ یه نفر که کنار من خوابیده بود یه شب حالش بد شد و رفت کما و منو بیدار کردن که مشخصات بدم بهشون خیلی ترسیدم آن لحظه. (ترس از مرگ)
- 47- مرگ دیگر بیماران از کرونا چه فکری در شما تولید می‌کرد؟
- 48- آیا موضوعی هست که می‌خواهید به آن اشاره کنید؟

## **Investigation of the psychological components and coping skills in patients with improved Covid19 disease, a qualitative study**

### **Abstract**

The Covid-19 pandemic has made fundamental changes in the human world at the levels of relationships, jobs, education, and health issues. This qualitative study was conducted to identify the components of basic psychological coping in people with Covid 19 disease. The participants of this study were selected from the list of names of Ardabil Health Network in a purposeful manner. The research method was qualitative interpretive phenomenology. Therefore, 18 patients who were hospitalized due to Covid 19 disease and 20 patients who were hospitalized at home were studied through semi-structured interviews and data analysis was continued until the theoretical saturation point. In this study, using open coding method, 130 codes for patients who were hospitalized and 123 codes for patients who were hospitalized at home were identified related to the objectives of the study. The results of the analysis identified four main topics and sixteen primary categories for hospitalized patients. The four main issues include symptoms and coping skills, treatment expectation, and outcomes. The main topics of the symptoms includes the physical, the psychological and the social primary categories. The main topic of coping skills includes the primary category of entertainment, nutrition, spiritual, psychological, medical, social resources and the primary category of despair. The main topics of the treatment expectation included the three primary categories of staff, s quality of communication, recovery rate and service quality. The main topic of consequences also includes the primary categories of life, concerns and relationships. The results of the analysis for the patients who were hospitalized at home showed three main topics and thirteen primary categories. The main subject of symptoms includes physical, psychological and social primary categories. The main subject of coping skills includes entertainment, nutrition, spiritual, psychological, medical, social resources and despair primary categories and the main topic of consequences includes the primary categories of life, concerns and primary categories of relationships. In dealing with Covid 19 disease, patints use all kinds of problem-focused to emotion-focused coping strategies and their resourses and even negative coping methods to survive. This is how the body and mind are cohesive, survival. The results showed that benefiting from psychological capital can be considered as an important aspect of coping skills. Good physical perception, self-confidence, high will to survive and hope are among these resources. All of these components improve the resilience. Emotion-focused coping skills such as prayer and beneficial body movements and problem-focused coping skills such as following up on the use of desirable therapies have been used. All patients are grateful for their health after recovery. More importantly, the perception of social support such as being supported by a spouse and family member along with proper physical activity, are healing factors against Covid 19 disease.

**Key words:** Covid 19 disease, coping skills, qualitative study, psychological components