

Psychological and Developmental Challenges of People in Quarantine in COVID-19 Pandemic: a qualitative study

Mousavi Maleki, Z., Farhadi, *F., Golmohammadi, B., Hashemi, M.

Abstract

Introduction: Following the outbreak of COVID-19, people started to experience the quarantine situation. With all the psychological, economic, and social implications of the quarantine at home, an interesting topic was differences in the way different individuals have encountered these implications which is investigated by a psychodynamic approach in this study.

Method: In this study, using a qualitative methodology based on the content analysis. The data was collected through a total of 10 semi-structured interviews with individuals who have exercised a 3-month quarantine. Samples were taken via purposive sampling in Tehran, with the sampling process started in 2020 and continued until data saturation was achieved. Simultaneously with data collection, data analysis was performed via qualitative content analysis.

Results: Based on the analysis results, five principal classes were extracted, which represented the experiences and feelings about and the type of encountering the then-new conditions. These included the fear and anxiety, different approaches to the outbreak of the disease, improvement of the health level, taking attitude toward the patients, and growth under pressure.

Conclusion: Considering the emergence of negative psychological feelings, the research tends to provide psychologists and other practitioners in the field of the psychology with valuable information that can be used for prevention and treatment purposes.

Keywords: quarantine, encountering, COVID-19, defense mechanism, content analysis.

چالش‌های روانشناختی و تحولی افراد در قرنطینه در پاندمی COVID-19: یک مطالعه کیفی

زینب موسوی‌الملکی^۱، فائزه فرهادی^۲، بهروز گل محمدی^۳، مرضیه هاشمی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹

چکیده

مقدمه: بیماری کووید ۱۹ در اواخر دسامبر ۲۰۱۹ بسیار سریع همه دنیا را فراگرفت که در پی آن افراد وارد قرنطینه خانگی شدند. گرچه زندگی در قرنطینه با پیامدهای روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی همراه است، اما مواجهه افراد در این شرایط، متفاوت و قابل تأمل می‌باشد که در این مطالعه با روش روانپوشی مورد تحقیق قرار گرفته است.

روش: این پژوهش به روش کیفی و تحلیل محتوا صورت گرفته است. فرآیند گردآوری داده‌ها مشتمل بر ۱۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته با افراد تحت شرایط قرنطینه ۳ ماهه از ابتدای شروع بیماری در ایران، صورت گرفته است. نمونه‌گیری به صورت هدفمند در تهران، در سال ۱۳۹۹ آغاز و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به روش آنالیز محتوای کیفی انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۵ طبقه اصلی شد که بیانگر تجربیات و احساسات و انواع مواجهه با شرایط حاضر است که شامل: ترس و اضطراب، انواع مواجهه با شیوع بیماری، ارتقاء سطح بهداشت، موضع‌گیری نسبت به مبتلایان و رشد تحت فشار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: افراد در برخورد با شرایط پیش رو رفتارهای متفاوتی از خود نشان داده‌اند که ناشی از مکانیزم‌های دفاعی آنان بوده‌است و از رهگذر این شرایط به تجربه و درک جدیدی نائل آمده‌اند. باتوجه به بروز احساسات منفی روانشناختی، این پژوهش اطلاعاتی در اختیار روانشناسان و فعالان حوزه روان در جهت پیشگیری و درمان قرار می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: قرنطینه، مواجهه، کووید-۱۹، مکانیسم‌های دفاعی، تحلیل محتوا.

مقدمه

در سی و یک دسامبر ۲۰۱۹ نوعی همه‌گیری پنومونی آتیپیک بر اثر ابتلا به ویروس سارس کووید دو^۱ در ووهان چین شایع شد و تاکنون ادامه دارد (۱ و ۲). شاید بتوان بحران حال حاضر را که بر روی تمام جوامع سایه افکنده، بزرگترین بحران در قرن ۲۱ دانست. هم اکنون عده‌ی زیادی با این بیماری دست به گریباندند. آمار مبتلایان به این بیماری تا به امروز، ۲۵ جولای ۲۰۲۰، تعداد ۱۶۰۶۲۴۳۱ نفر می‌باشد که ازین تعداد ۶۳۵۰۱۸ نفر جان خود را از دست داده‌اند (۳).

می‌توان گفت جهان دچار جنگی نابرابر با این ویروس شده است. شاید جنگ جهانی سوم را بتوان «جنگ آرام» نامید. جنگی بدون صدا و بدون خونریزی که همراه با ورودش، انسان و سایر موجودات و کل دنیا را دستخوش تحولاتی عمیق از جمله، بازسازی بافت‌های آسیب دیده طبیعت چون لایه اوزون (۴)، کاهش دمای کره زمین، زاد و ولد حیوانات در باغ‌وحش‌ها، کاهش تخریب طبیعت و آلودگی‌های محیطی نموده است. تا به امروز هیچ واکسن یا داروی موفقیت‌آمیزی برای درمان بیماری کووید ۱۹ از نظر بالینی تأیید نشده است و تنها راه پیشگیری از ابتلا به آن، رعایت اصول بهداشتی توسط عموم مردم است (۵). این بیماری منجر به ایجاد طیف رفتاری و پیامدهای روانشناختی متفاوتی در افراد شده است که معلول کنش‌های درون روانی افراد است و در دوران قرنطینه بارز گشته است. قرنطینه به معنی جدایی و محدود کردن حرکات و رفت و آمد افرادی است که به‌طور بالقوه در معرض بیماری مسری قرار دارند تا انتشار بیماری کاهش یافته و خطر ابتلاء دیگران به آن کم شود (۶).

هر بیماری در پی شیوع، ممکن است علاوه بر مشکلات جسمانی، بیمار را با مشکلات و مسائل روانشناختی و اجتماعی نیز درگیر کند. از آنجایی که این بیماری به تازگی، شهرت و شیوع گسترده‌ای یافته است، پژوهش‌های اندکی در مورد تجربه مبتلایان از این بیماری وجود دارد. شیوع جهانی، قرنطینه و تنهایی و گاه فوت ناگهانی بیماران از مسائلی است که باعث ایجاد ابعاد مختلف در پیامدهای ناشی از این بیماری شده است.

پژوهش‌هایی که حول بررسی مسائل روانشناختی مربوط به بیماری کووید ۱۹ انجام شده است در مورد افراد سالم تحت قرنطینه و فاصله‌گذاری اجتماعی، پرستاران و مراقبان بیماران و بیماران مبتلا به این ویروس می‌باشد.

برخی پژوهش‌ها در زمینه بررسی تأثیرات روانی و جسمانی شرایط قرنطینه بر کادر درمانی بیمارستان‌ها (۷) و دانشجویان در قرنطینه خانگی انجام شده است که تجربیات، پیچیدگی‌ها، باورها، نگرش‌ها و احساسات افراد در قرنطینه ناشی از بیماری کووید ۱۹ بررسی شده است (۸). همچنین در پژوهش لیو و همکاران دیگر (۲۰۱۹)، به منابع و علائم اضطراب‌زای روانشناختی در پرستاران در درمان ابولا^۳ پرداخته‌اند (۹). در مطالعه‌ای دیگر تجارب روانشناختی مثبت و منفی مراقبین و پرستاران این بیماران و سبک‌های مقابله ای آنها مورد بررسی قرار گرفته است (۱۰).

در مطالعه‌ای بر روی افراد تحت قرنطینه خانگی، اثرات روانشناختی منفی از جمله علائم استرس پس از سانحه، سردرگمی و عصبانیت گزارش شده است. استرسورها در این شرایط شامل مدت زمان طولانی‌تر قرنطینه، ترس از ابتلاء، سرخوردگی و ننگ، کسالت، اطلاعات ناکافی و زیان‌های مالی بوده است (۱۱).

شارما، در مطالعه خود حالاتی منفی چون افسردگی و اضطراب در افراد تحت قرنطینه مشاهده کرده است که در سطح کیفیت زندگی آنها بسیار تأثیرگذار بوده است (۱۲).

در مطالعه‌ای، پیامدهای روانشناختی و اجتماعی در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بررسی شده است که شامل حالات منفی روانشناختی و دغدغه‌های شغلی و اجتماعی است (۱۳).

همان‌طور که بیان شد پژوهش‌هایی پیرامون بررسی پیامدهای منفی روانشناختی کادر درمانی و افراد در قرنطینه خانگی و بیماران مبتلا به کووید ۱۹ وجود دارد که تعداد کمی از آن در ایران انجام شده است. در پژوهش حاضر طی مصاحبه با افراد تحت قرنطینه و استرس بیماری، به بررسی انواع رفتار و احساسات افراد در طی دوران قرنطینه بیماری کووید ۱۹ از دیدگاه روان‌پویشی پرداخته شده است. بدین صورت که سعی در شناسایی مکانیزم‌های دفاعی و مواجهه افراد در این شرایط جهت جلوگیری از تداوم اضطراب شده

2. COVID-19

3. Ebola

1. SARS-COV-2

از ابتدای شروع مصاحبه‌ها انجام شد. به منظور دستیابی به درک کلی، متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شده و سپس کدگذاری‌های باز انجام شد و جملاتی که پاسخ سؤالات باز در مصاحبه بودند مشخص شدند و سپس از هر کد باز معنای مرتبط استخراج شد و سپس مضمون آن معنا ثبت شد. با مقایسه مضامین با یکدیگر فهرستی از مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها به دست آمد. بعد از آن مضامین اصلی با معنای مشابه خوشه‌بندی شدند و محتوای پنهان مضامین در قالب طبقه اصلی و طبقه فرعی از آنها استخراج شد. از آنجایی که پایایی و اعتباریابی تحقیقات کیفی متفاوت از کمی است (۱۵). جهت اعتبار بخشی به نتایج، از روش همسوسازی داده‌ها با پژوهش‌های پیشین در حوزه بررسی مسائل روانشناختی افراد در قرنطینه استفاده شد و همچنین جهت افزایش پایایی و روایی از نظر کارشناسان و ارائه نتایج به مصاحبه‌شوندگان، استفاده شد؛ به این صورت که جداول استخراج طبقات و مفاهیم و کدها به همراه خلاصه مصاحبه در اختیار چهار کارشناس قرار گرفت و نظرات آنها با تحلیل انجام شده مقایسه شد. کارشناسان، از اساتید باتجربه دارای مدرک تخصصی روانشناسی بالینی در تهران بودند یکی از آنها هیأت علمی دانشگاه در گروه روانشناسی و سه نفر دیگر، از اساتید حق‌التدریسی دانشگاه بودند. همچنین با مراجعه مجدد به مصاحبه‌شوندگان و ارائه نتایج به آنها، از تحلیل انجام شده، اطمینان حاصل شد (۱۶).

در رابطه با ملاحظات اخلاقی مصاحبه، می‌توان گفت، قبل از انجام هر مصاحبه، شرکت‌کننده به‌طور کامل رضایت و تمایل خود جهت همکاری در روند جمع‌آوری اطلاعات را اعلام داشت. همچنین در مورد اهداف، محرمانه ماندن و مدت زمان مصاحبه با بیماران صحبت شد و رضایت آنها جهت ضبط صحبت‌هایشان گرفته شد. همچنین به‌جای نام مصاحبه‌شوندگان از کد مصاحبه‌شونده استفاده شد. پس از انجام کار، فایل‌های صوتی مصاحبه‌شوندگان پاک شد.

یافته‌ها

طبق جدول ۱ شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۰ نفر از ساکنین مناطق مختلف شهر تهران، بودند. دامنه سنی آنها از ۳۰ تا ۶۵ سال با میانگین سنی ۴۴/۵ بود که ۸ نفر متأهل و ۲ نفر مجرد بودند و ۶ نفر (۶۰ درصد) زن و ۴ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. ۶ نفر (۶۰ درصد) شاغل و ۴ نفر (۴۰

است. از آنجا که اپیدمی حاضر باعث ایجاد مشکلات و بروز نگرش‌های مختلف در افراد شده است، بررسی تجربیات و واکنش‌های روانشناختی افراد تحت قرنطینه می‌تواند گامی در جهت شناخت و درمان مشکلات روانشناختی ناشی از این شرایط باشد.

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی پدیدار شناسانه به روش تحلیل محتوا است که به بررسی عمیق رفتارهای افراد در دوران قرنطینه می‌پردازد. تحلیل محتوای کیفی روشی است برای تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی از راه فرآیندهای طبقه بندی نظام‌مند، کدبندی و مفهوم سازی (۱۴). نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند و از مناطق مختلف شهر تهران با معرفی نویسندگان، انتخاب شد که مشتمل بر ۱۰ نفر و تا زمان اشباع داده‌ها و عدم دستیابی به داده‌های جدید ادامه یافت. اشباع داده‌ها از نمونه هشتم به بعد صورت گرفت. افراد نمونه دارای شرایط زیر بودند: ۱. همگی تحت شرایط قرنطینه خانگی ۳ ماهه از ابتدای شروع بیماری در ایران و جز برای خرید و مسائل ضروری از خانه خارج نمی‌شدند. ۲. افراد همگی بزرگسال و در بازه سنی ۳۱ سال تا ۶۴ سال بودند. ۳. افراد همگی ساکن شهر تهران بودند و رضایت کامل در ارائه اطلاعات خود در مصاحبه داشتند. مصاحبه به روش نیمه ساختاریافته و عمیق انجام شد و به دلیل شرایط قرنطینه جهت جلوگیری از انتشار ویروس و رعایت حال مصاحبه‌شوندگان، مصاحبه‌ها بصورت تلفنی انجام شد و هر کدام به مدت ۴۰ الی ۶۰ دقیقه به طول انجامید. سؤالات شامل ۱۰ پرسش نیمه ساختاریافته بود که به بررسی تجارب و رفتارها و مواجهه افراد در این شرایط می‌پرداخت. نمونه‌ای از سؤالات به شرح زیر است: برداشت و حس شما از قرنطینه چیست؟ از بدترین و سخت‌ترین لحظاتی که در شرایط قرنطینه خانگی تجربه کردید برایمان بگویید. بهترین لحظات و احساسات تجربه شما در این دوران چه بود؟ در دوران قرنطینه چه چیزهایی باعث تشدید اضطراب در شما می‌شود؟ دیدگاه و همچنین احساس شما نسبت به زندگی چه تغییراتی کرده است؟ صحبت‌های افراد با رضایت آن‌ها روی فایل صوتی ضبط و روی کاغذ پیاده‌سازی شد. جهت تجزیه و تحلیل این مطالعه از روش تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل به شکل همزمان

باتوجه به جدول ۲. یافته‌های حاصل از پژوهش در قالب ۴ طبقه اصلی شامل «ترس و اضطراب»، «انواع مواجهه با شیوع بیماری»، «ارتقاء سطح بهداشت»، «موضع‌گیری نسبت به مبتلایان» و «رشد تحت فشار» و ۲۰ طبقه فرعی مشخص گردید که به شرح زیر می‌باشد.

درصد) شغلی نداشتند و بازنشسته و خانه‌دار بودند. مصاحبه شونده‌گان دارای مدارک تحصیلی متفاوت و سطح اقتصادی اجتماعی متوسط رو به بالا بودند. افراد شاغل، در مدت قرنطینه یا مشغول دورکاری و ارتباط مجازی با محل کار خود بودند و یا در مرخصی به سر می‌بردند. افراد انتخاب شده، پایبند به قرنطینه و طبق گزارش اطرافیان، دچار احساسات عارض شده جدید، ناشی از شرایط بوجودآمده بودند.

جدول (۱) دموگرافی مصاحبه‌شونده‌گان

کد شرکت‌کننده	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل	تعداد فرزندان	محل سکونت
۱	زن	۳۴	کارشناسی ارشد	خانه دار	متاهل	۰	تهران
۲	زن	۳۱	کارشناسی ارشد	دانشجو	متاهل	۱	تهران
۳	زن	۵۲	لیسانس	بازنشسته	متاهل	۳	تهران
۴	زن	۵۳	لیسانس	خانه دار	متاهل	۳	تهران
۵	مرد	۳۴	کارشناسی ارشد	مهندس	مجرد	۰	تهران
۶	مرد	۳۵	کارشناس ارشد	مهندس	متاهل	۰	تهران
۷	مرد	۶۴	دیپلم	پیمانکار	متاهل	۳	تهران
۸	مرد	۶۳	کارشناسی ارشد	بازنشسته	متاهل	۱	تهران
۹	مرد	۳۱	دکتری	وکالت	متاهل	۱	تهران
۱۰	زن	۴۸	دکتری	روانشناس	مجرد	۲	تهران

جدول (۲) طبقات اصلی و فرعی

طبقات اصلی	طبقات فرعی
ترس و اضطراب	طبقات فرعی
	جسمانی‌سازی
	سردرگمی و ابهام
	شبیه‌سازی شرایط حاضر با حوادث تروماتیک پیشین
انواع مواجهه با شیوع بیماری	انکار
	ترس و نگرانی
	خشم و تنفر
	ایثار و نوع دوستی
	عقلانی‌سازی
	انزوا
	پذیرش
	نادیده انگاری
ارتقاء سطح بهداشت	افزایش رعایت بهداشت فردی
	شیوع وسواس فکری عملی
	کناره‌گیری از مبتلایان
موضع‌گیری نسبت به مبتلایان	انگ اجتماعی
	مزیت اجتماعی افراد بهبود یافته
رشد تحت فشار	تجدید پیمان‌های عاطفی
	زندگی در اکنون و اینجا
	لذت از زندگی به بهانه‌های کوچک
	افزایش معنویت در زندگی

چون بستن کمربند ایمنی که بیشتر بخاطر اجتناب از جریمه بیرونی انجام می‌شه».

افرادی که از لحاظ خانوادگی و فردی مستعد اختلال وسواس فکری عملی بودند در این شرایط، دچار مشکلات و اضطراب‌های بیشتری شدند. در این باره فردی گفت: «در طول روز در منزل از بس دستانم را ضدعفونی می‌کنم و می‌شورم، پوست دستانم کنده شده. همه فکر و نگرانی این است که نکنه از لای پنجره از طریق هوا ویروس وارد خانه شود. این افکار زندگی‌م را دچار اشکال کرده.»

طبقه اصلی سوم: انواع مواجهه با شیوع بیماری طبقه فرعی: انکار، ترس و نگرانی، خشم و تفر، ایثار و نوع دوستی، عقلانی‌سازی، انزوا، پذیرش، نادیده انگاری در ابتدا افراد دچار ناباوری و انکار درمورد شیوع بیماری در ایران شدند. فردی می‌گفت: «تا دو هفته اول شیوع بیماری در ایران از نظر من جدی نبود و به اخبار در این زمینه توجه نداشتم». با شیوع بیشتر بیماری و با تعطیلی مدارس، دانشگاه‌ها و جدی شدن قرنطینه اجتماعی، احساس ترس و نگرانی در افراد شیوع پیدا کرد. ترس از ابتلاء خود و عزیزانشان به بیماری و همچنین ترس از مرگ قریب الوقوع شدت گرفت. فردی در این باره گفت: «از اینکه ممکنه تا چند روزه دیگه من هم مبتلا بشم و بمیرم وحشت دارم. همش به خانواده‌ام زنگ می‌زنم و بهشون سفارش می‌کنم که مراقب خودتون باشید. از ترس بیماری گاهی شب‌ها خوابم نمی‌بره».

خشم همچنان دیگری بود که در مواجهه با این شرایط به افراد دست داد. برای مثال فردی گفت: «هر اهمال یا کوتاهی خودم یا دیگران در عدم رعایت قرنطینه و بهداشت، خشم زیادی به من می‌داد». فرد دیگری گفت: «مسافرت و بی‌توجهی اطرافیان خیلی مرا عصبانی می‌کرد و اون‌ها رو مسبب بروز چنین شرایطی می‌دیدم».

نوع دیگری از مواجهه، نوع دوستی است. افراد با توصیه‌های بهداشتی و فاصله گذاری اجتماعی سعی در حمایت و مراقبت از اطرافیان خود داشتند. برای مثال فردی می‌گفت: «به اطرافیانم یادآوری می‌کنم بهداشت رو کامل رعایت کنند و برای دیدن پدر و مادرم داخل منزلشان نمی‌رویم و از دور آنها را ملاقات می‌کنیم». نوع دیگر مواجهه، عقلانی‌سازی است. گروهی از افراد با استدلال و رعایت بهداشت بر ترس

طبقه اصلی اول: ترس و اضطراب

طبقه فرعی: جسمانی سازی، سردرگمی و ابهام، شبیه‌سازی شرایط حاضر با حوادث تروماتیک پیشین مصاحبه‌شوندگان با شیوع کووید ۱۹ با احساسات منفی و شدیدی همچون؛ جسمانی‌سازی، سردرگمی و ابهام، ناامنی و بی‌اعتمادی، جسمانی‌سازی بیماری و شبیه‌سازی شرایط حاضر با حوادث تروماتیک پیشین روبه‌رو شدند. به‌عنوان مثال یکی از شرکت‌کنندگان تجربه جسمانی‌سازی^۱ را هنگام خبردار شدن از همه‌گیری ویروس این گونه اظهار داشت: «آن شب که از ابتلاء یکی از نزدیکانم به بیماری کووید ۱۹ مطلع شدم در طی ۲ ساعت از شدت ترس دچار تب ۳۸/۷ شدم درحالی‌که علائم دیگری نداشتم». فرد دیگری گفت: «من و دوستانم پی در پی احساس می‌کردیم مبتلا شدیم و چندین بار از ترس به اورژانس مراجعه کردیم».

همچنین برخی درمورد تجربه سردرگمی و ابهام بیان کردند: «به علت اخبار ضد و نقیض از ویروس و اینکه هر روز یک حرف تازه از ویروس و شیوع ویروس مطرح می‌شد، احساس سردرگمی داشتم». فرد دیگری گفت: «اینکه معلوم نیست تا کی جهان با این ویروس درگیره خیلی اذیت می‌کنه». همچنین بعضی اشاره کردند که حس نگرانی و ترس ناشی از ابتلاء به بیماری برایمان همچون تجربه وحشت ناشی از حوادث تروماتیک پیشین بود؛ برای مثال جانبازی گفت: «ترس از ابتلاء به این بیماری در من همانند تجربه ترسی بود که در میدان جنگ و جبهه داشتم؛ مثل نزدیک شدن به مرگ».

طبقه اصلی دوم: ارتقاء سطح بهداشت طبقه فرعی: افزایش رعایت بهداشت فردی، شیوع وسواس فکری عملی

در پی شرایط قرنطینه، سطح بهداشت فردی و اجتماعی افراد ارتقاء پیدا کرد و افراد به جد از وسایل ضدعفونی‌کننده و محافظت‌کننده در برابر ویروس استفاده می‌کنند. فردی گفت: «بهداشت رو خیلی رعایت می‌کنم چون مهمترین راه برای کاهش شیوع، رعایت بهداشته». می‌توان گفت نکات بهداشتی به روزمرگی و فرهنگ اجتماعی تبدیل شده است که فردی در این باره گفت: «حفظ نکات بهداشتی بدون فشارهای بیرونی تبدیل به فرهنگ شده برخلاف نکاتی

1. Somatization

می دانستند. فردی می گفت: «بهبود یافته ها دیگه آزادند و من هم بدم نیما یه بار بگیرم و بعدش ازین شرایط قرنطینه خلاص شم». فردی دیگر گفت: «افراد مبتلا بهبود یافتند و بدون مشکل و اضطراب به زندگی ادامه می دهند و بدون دغدغه به سفر می روند، خوش به حالشون از بحران رد شدن».

طبقه اصلی پنجم: رشد تحت فشار طبقه فرعی: تجدید پیمان های عاطفی، زندگی در اکنون و اینجا، لذت از زندگی به بهانه های کوچک، افزایش معنویت در زندگی

در پی فشارهای ناشی از شرایط قرنطینه و ترس از بیماری، افراد به رشدی جدید در زندگی دست پیدا کردند. برای مثال در مورد ارتقاء پیمان های عاطفی گفته شد: «در این دوره احساس محبت بیشتری به خانواده ام پیدا کردم و دوری از عزیزانم باعث شد بفهمم چقدر دوستشان دارم» و فرد دیگری گفت: «تازه انگار قدر حضور و سلامتی خانواده ام را بیشتر می دانم». در مورد زندگی در اکنون و اینجا گفتند: «یادگرفتم از زمان حال بیشتر لذت ببرم و قدر جوونیم رو بیشتر بدونم و درگیر مسائل ریز و خاطرات تلخ گذشته نشوم و فهمیدم زندگی کوتاه تر از اونه که بخاطر مشکلات کوچیک خودم رو ناراحت کنم». همچنین افراد معتقد بودند در این دوران از بهانه های کوچک بیشترین لذت را می بریم برای مثال: «قدر یک چای عصرانه کنار عزیزانم را می دانم». در مورد افزایش معنویت در زندگی، فردی گفت: «احساس می کنم به خدا نزدیک تر شده ام و امید و توکلم به خدا بیشتر شده و خدا را با تمام وجود احساس می کنم».

همه گیری بیماری کووید ۱۹، محرکی است که باعث برانگیختن احساسات مختلفی از جمله ترس، خشم، غم و تنفر می شود. این احساسات تولید اضطراب می کند که باعث شکل گیری واکنش های متفاوت از سوی افراد می شود. اضطراب، شیوع زیادی در تمام جوامع دارد و پاسخی به ترس های مبهم است. در واقع اضطراب، ما را برمی انگیزاند تا در برابر تهدیدها از خود دفاع کنیم (۱۷). اضطراب هشدار بدن در مواجهه با خطر است. به طور کلی، هر چیزی که امنیت روابط ما را تهدید کند، اضطراب تولید می کند. اضطراب، نه فکر است و نه محرک؛ بلکه اضطراب، یک

خود غلبه می کنند. برای مثال فردی می گفت: «ترس دارم ولی چون رعایت می کنم باهش راحت تر کنار میام». فرد دیگری گفت: «این بیماری بیشتر گریبان گیر افراد سالمند و آنها که بیماری زمینه ای دارند می شود و با ما کاری ندارد». افراد پس از مدتی دچار احساس افسردگی و انزوا شدند. فردی گفت: «اصلاً دیگه دلم نمی خواد بیرون برم و احساس می کنم از هیچ چیز لذت نمی برم». «همیشه زندان های انفرادی، یکی از مجازات های بزرگ و سخت برای انسان است و من احساس می کنم در زندان هستم و حوصله هیچ کاری ندارم». افراد حدود سه الی چهار هفته پس از شیوع به حالت پذیرش و سازگاری با این شرایط دست یافتند. مصاحبه شونده ای گفت: «این شرایط، اجتناب ناپذیره و نمی توانیم از آن فرار کنیم، فقط می توانیم خیلی درگیر آن نشویم».

پس از گذشت سه ماه از قرنطینه، تاحد زیادی، زندگی افراد به حالت عادی برگشت و افراد در برابر فشار اسارت ناشی از قرنطینه، با رعایت بهداشت، به اعمالی چون مسافرت و دیدن و بازدید با حفظ فاصله از یکدیگر پرداختند. همچنین شاهد هجوم افراد به رستوران ها بودیم. فردی می گفت: «سبزه به در رفتیم روی پشت بام خانه مان». مادری می گفت: «ترجیح می دهم یک بار بمیرم تا اینکه هر بار بمیرم. ترجیح می دهم فرزندانم را ببینم و در آغوش آنها بمیرم، تا اینکه آنها را از دور ببینم و به کام مرگ بروم و دیگر دوست ندارم فاصله ها را تا این حد رعایت کنم».

طبقه اصلی چهارم: موضع گیری نسبت به مبتلایان طبقه فرعی: کناره گیری از مبتلایان، انگ اجتماعی، مزیت اجتماعی افراد بهبود یافته

نگاه افراد به مبتلایان به کووید ۱۹ از ابتدا با گذر زمان با تغییراتی روبرو شد. در ابتدا افراد اذعان داشتند: «وقتی از ابتلای همسایه مون مطلع شدم حتی می ترسیدم از در خونه شون رد بشم». در نگاه افراد نوعی انگ اجتماعی به افراد مبتلا زده شد و افراد دیدی همراه با ترحم و یا خشم نسبت به مبتلایان پیدا کردند. در این مورد فردی گفت: «بیماری افراد نتیجه بی احتیاطی و عدم رعایت نکات بهداشتی است».

به مرور زمان افراد تحت فشار قرنطینه دیدی حسرت بار به بهبودیافتگان از بیماری پیدا کردند چراکه آنها را ایمن و آزاد

قرنطینه و ماندن در خانه بود که می‌توانست افراد را از خطر دور کند و کارکرد کاهش ترس را برای افراد به ارمغان آورد، اما این راهکار خود عوارضی را در پی داشت که از جمله می‌توان به تنها شدن، کاهش نوازش‌ها^(۱۹) و انزوا اشاره کرد. گرچه برای سازگاری و کاهش عوارض قرنطینه، ارتباطات الکترونیکی جایگزین ارتباطات حضوری شد، اما تحمل شرایط قرنطینه و مشکلات درون خانوادگی که بعضا افراد با آن درگیر بودند از یک سو و ناامنی و حجم اطلاعات منفی و ناامیدکننده و پاسخ‌های کم به نیازهای درون روانی از سوی دیگر افراد را تحت فشار روانی شدیدی قرار داد که باعث شد رفتار مقابله‌ای جدیدی را از خود در جهت سازگاری نشان دهند. تمام این شرایط که با پاندمی ویروس همراه است افراد را به سمت تصمیم جدید همراه می‌کند. افراد سعی در آن دارند تا آزادی‌هایی هرچند محدود را برای خود به‌دست بیاورند تا شرایط موجود را راحت‌تر بپذیرند. برای مثال افراد با رفتن به پشت بام‌ها سعی در حرکت به سمت آزادی داشتند. هم‌گامی این شرایط با تعطیلات عید باستانی نوروز و کاهش چشمگیر سفرهای نوروزی و محدود شدن دید و بازدیدها افراد را دچار افسردگی همراه با درماندگی قرار داد. تغییر رفتاری افراد هم‌گام با تصمیم دولت برای فاصله‌گذاری اجتماعی، گام جدیدی برای پذیرش واقعیت موجود و شرایط قرنطینه بود. تصمیمی که با استقلال بیشتر افراد همراه است و در جدال با آزادی‌های محدود شده، یک گام رو به جلو محسوب می‌شود.

نگاه افراد به مبتلایان به کووید ۱۹ نیز در این دوران متنوع بود. در گام اول مردم سعی در دوری از افراد مبتلا داشتند سپس آن را با سختی قبول کردند. در واقع خشم حاصل از شرایط موجود را به افرادی که خود در جدال با کووید ۱۹ آسیب دیده بودند و اکنون در سلامت بودند، فراقکنی می‌کردند. انگ اجتماعی به افراد مبتلا به، باعث آن می‌شد که افراد سعی در پنهان کاری داشته باشند که این پنهان کاری باعث تکثیر بیشتر ویروس در جامعه شد. این نوع نگاه بدون شفقت از سوی سایرین، آسیب‌های زیادی را به افراد بهبود یافته وارد می‌کرد. رفته رفته و پس از گذشت مدتی و

الگوی بیوفیزیولوژیک ناخودآگاه در بدن است. هرچه میزان اضطراب افزایش یابد، مکانیسم‌های دفاعی، پس‌رفتگی‌تر و رشدنایافته‌تر می‌شوند که در شرایط بحرانی طبیعی و قابل درک است^(۱۸).

اضطراب و اثرات آن آسیب‌های دیگری ازجمله تضعیف سیستم ایمنی، افزایش علائم و نشانگان سایکوسوماتیک^۱ در پی دارد. چنانچه افراد به اشتباه علائم خود را مشابه علائم موجود در اپیدمی می‌دانند که خود باعث افزایش مراجعه به مراکز درمانی در نتیجه افزایش احتمال ابتلا به بیماری می‌شود. مراجعه با علائم سایکوسوماتیک نشان از افزایش اضطراب دارد.

طیف رفتاری گزارش شده از ابتدای شروع قرنطینه تاکنون عبارت است از رفتارهای مبتنی بر انکار، خشم و تنفر، ترس از ابتلاء، نادیده گرفتن (نادیده گرفتن محرک تا نادیده گرفتن نتیجه حاصله و کم ارزش کردن مخاطرات محیطی)، منزوی شدن و پذیرش شرایط موجود. افراد، ابتدا در شوک فرو رفته، انکار کردند، سپس دچار خشم و انزوا شدند و در انتها سعی در پذیرش و سازش با شرایط موجود داشتند. سپس به زندگی معمولی بازگشت پیدا کردند. درگذر از استرس‌های موجود، تاب آوری و نوعی افزایش توان رویارویی با مسائل پیش‌آمده شکل گرفته است که رشد پس از تحمل فشار و بار روانی شرایط حاصل از قرنطینه را نشان می‌دهد. در واقع تحمل شرایط که منجر به قرنطینه و انزوا شده است، زمان محدودی را به خود اختصاص داد و افراد سعی در پذیرش خطر محیطی در قبال بازپس‌گیری آزادی خود داشتند.

شیوع بیماری کووید ۱۹، افراد را دچار ناامنی ناشی از ابهام و ترس از مرگ و به مخاطره افتادن روال زندگی نمود. از آنجا که نیاز به امنیت یکی از نیازهای بنیادین افراد در طول دوره‌های زیستی است، روان، راهکاری برای حذف و مقابله با آن در پی می‌گیرد، حال تعارضی بنیادین از این منظر شکل می‌گیرد؛ امنیت در مقابل آزادی. افراد برای فرار از خطر، سعی در مقابله یا فرار از محیط ناامن را برمی‌گزینند. با توجه به تعارض بنیادین پیش‌آمده رفتارهای افراد را می‌توان تبیین کرد. پذیرش محدودیت و سپس سعی در رفع محدودیت‌های پیش‌آمده. در ابتدا تصمیم اکثر کشورها

2. Strokes

نوازش اصطلاحی ست که در تحلیل روابط متقابل توسط اریک برن بکار رفته است

1. Psychosomatic

درک شرایط موجود در اکنون و اینجا. برای مثال می‌توان به نوع دوستی به‌عنوان پاسخی همراه با شفقت نگریست که در جریان مکانیسم ایثار و والایش^۱ بر این شرایط فائق آمدند. نمونه این رفتار در جامعه پزشکان و پرستاران دیده شد (۱۰). این رفتارهای انسان دوستانه، باعث ایجاد رشد و معنا در زندگی افراد شد. معنایی که در مقابل خودخواهی و فردیت بشر دوباره باز آفرینی شد. تجربیات افراد در برخورد با شرایط قرنطینه متفاوت بود و این تجربیات جزئی از رفتارهای سازگارانه محسوب می‌شود که از رهگذر این شرایط به تجربه و درک جدیدی نائل آمده‌اند. باتوجه به بروز پیامدهای روانشناختی و حالات مقابله‌ای افراد در قرنطینه، این پژوهش اطلاعاتی در اختیار روانشناسان و فعالان حوزه روان در جهت پیشگیری و درمان قرار می‌دهد.

در تأیید نتایج به‌دست‌آمده و همسوسازی با پژوهش‌های پیشین در رابطه با واکنش‌های روانشناختی در قرنطینه چون ترس و اضطراب، انواع هیجانات و موضع‌گیرها و مواجهه و سواس فکری عملی می‌توان گفت در شرایط پاندمی یک بیماری، اگر چه بسیاری از افراد تجربه هیجانی ناخوشایندی را دارند، اما شکل این تجارب دارای الگوهای متفاوتی است. شاید ترس از بیمار شدن (واندن بلاک و کاسترز، ۲۰۰۹؛ مک دونالد و همکاران، ۲۰۱۲) از اولین اثرات مشهود آن باشد. در واقع نتایج پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که ترس و اضطراب شایع‌ترین نشانه روانشناختی در زمان پاندمیک یک بیماری است (رابین و همکاران، ۲۰۰۹؛ کانادیا و سالار، ۲۰۱۱؛ چنگ و همکاران، ۲۰۰۴؛ تایلر، ۲۰۱۹). این اضطراب می‌تواند در درجات و الگوهای متفاوت، افراد را درگیر اختلالاتی مانند وحشت زدگی (باتیا، ۲۰۲۰)، سواس (تایپر و تایپر، ۲۰۱۸؛ استین و همکاران، ۲۰۱۶)، اختلال استرس پس از سانحه (تایلر و همکاران، ۲۰۱۷) و اختلال اضطراب فراگیر کند (تایلر و اسموندسن، ۲۰۰۴).

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش کنونی می‌توان گفت که به دلیل شرایط قرنطینه امکان مصاحبه و پرسش و پاسخ رودررو فراهم نبود. از طرفی علی‌رغم تلاش نویسنده، با توجه به اینکه پژوهش حاضر به روش کیفی انجام شده محدودیت‌های روش کیفی از جمله غیرممکن بودن حذف

با افزایش شمار بهبود یافتگان، اکنون افراد سالم (که تا کنون مبتلا نشده‌اند) با نگاه حسرت بار به افراد بهبودیافته نگریسته و گاه ترجیح می‌دهند با بیمار شدن، این محدودیت‌ها را تمام کنند. افراد بهبود یافته، مزیت اجتماعی جدیدی کسب کرده‌اند (پاسپورت کرونایی که بعضی از کشورها برای بهبود یافتگان صادر می‌کنند مؤید این موضوع است) (۲۰) که می‌تواند بدون محدودیت و نگرانی زندگی طبیعی خود را از سرگیرند. گویی افراد در جنگ بین محدودیت‌ها و آزادی، مدت کوتاهی در بند محدودیت می‌مانند و سپس برای آزادی محدود شده به جنگ با آن عامل محدودکننده می‌روند.

بعضی از مردم سعی در اعراض توجه از موضوع ترس‌آور دارند. گروهی دیگر با نادیده گرفتن که نوع خفیف‌تر انکار است سعی در سازگاری خود با محیط طبیعی دارند. رفتاری که مورد توجه است، کوچک شماری عواقب ابتلاء به ویروس از نگاه افراد است. افراد حاضرند با کوچک شماری محیط اطراف خود را امن بدانند همچنین اشباع اطلاعات (گاه ضد و نقیض) افراد را به سمت نادیده‌گیری آن برده است. گروهی دیگر با مواجهه با شرایط خطر سعی در اتمام شرایط برای خود دارند و در پی کسب آزادی مجدد هستند. در اینجا این سؤال بنیادین شکل می‌گیرد که مرگ مقدم است یا آزادی؟ انسان برای آزادی خود با مرگ نیز می‌جنگد و یا حتی به کام آن می‌رود.

این سبک رفتار را از نگاه روان‌تحلیل‌گری می‌توان اینگونه بیان کرد که افراد برای کنترل ترس خود همانندسازی با پرخاشگر را انتخاب می‌کنند. مثال دیگری از نادیده‌گیری را در نادیده انگاری و دنبال نکردن اخبار مربوط به بیماری کووید ۱۹ توسط افراد می‌توان دید. جامعه در تلاش برای از سرگیری زندگی با شرایط جدید است. گاهی ترجیح می‌دهند که خود را در معرض ویروس قرار دهند و با بی‌اهمیت شماری سعی در پوشش مسأله داشته باشند. هرچه سطح آگاهی و شناخت افراد از رفتار ویروس کامل‌تر می‌شود انسان‌ها بر محیط خود کنترل بیشتری دارند که سطح اضطرابشان را کاهش داده و بر مبنای شرایط جدید پاسخگویی نزدیک‌تری به واقعیت از خود نشان می‌دهند. در نگاه روان‌تحلیلی، هرچه سطح اضطراب کاهش یابد، دفاع‌ها پخته‌تر و پاسخ‌ها متناسب‌تر با شرایط موجود می‌شود. پاسخ‌هایی همراه با

1. Sublimation

واکنش در برابر تنش‌های درونی و بیرونی را بهبود بخشد (میرزایی، ۱۳۹۴).

ملاحظات اخلاقی: مسائل اخلاقی چون جلب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، عدم سرقت ادبی، انتشار دوگانه و غیره توسط نویسندگان به طور کامل رعایت شده است. همچنین، اصل محرمانگی در حفظ اطلاعات شرکت‌کنندگان در مصاحبه در نظر گرفته شده است. به افراد اطمینان داده شده است که نتایج مطالعه فقط در جهت اهداف تحقیق استفاده می‌شود. فایل صوتی مصاحبه‌ها بعد از پیاده‌سازی کتبی پاک شدند.

تشکر و قدردانی: از دکتر علیرضا زرندی و دکتر ولی‌الله کاشانی که ما را در انجام این تحقیق راهنمایی کردند و همچنین شرکت‌کنندگان در مصاحبه کمال تشکر را داریم.

منابع

1. Abachizadeh A. Review of Future Trends of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic Based on Developed Forecasting Models in the World. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2020; 7(2):221-230.
2. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet*. 2020.
3. World Health Organization, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-65. 25 March. 2020.
4. Chakraborty I, Maity M, COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention, *Science of The Total Environment*, 2020, 728, 138882
5. Farnoosh G, Alishiri G, Hosseini Zijoud SR, Dorostkar R, Jalali Farahani A. Understanding the 2019-novel Coronavirus (2019-nCoV) and Coronavirus Disease (COVID-19) Based on Available Evidence - A Narrative Review. *J Mil Med*. 2020; 22 (1):1-11.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Quarantine and isolation. 2017. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (accessed Jan 30, 2020).
7. Aghaei M H, Ebadi A, Aliakbari F, Vafadar Z. The Effectiveness of Crisis Management Education Based on Inter-Professional Approach on Military Nurses' Ability to Confront with Crisis. *J Mil Med*. 2020; 22 (1):54-63.
8. Koolae AK. Living in home quarantine: analyzing psychological experiences college student's in covid-19. *J Mil Med*. 2020; 22 (1): 1-9.
9. Liu C, Wang H, Zhou L, Xie H, Yang H, Yu Y, et al. Sources and symptoms of stress among nurses in the first Chinese anti-Ebola medical team during the

سوگیری مشاهده‌گر و عدم قابلیت تعمیم نتایج بر آن وارد است.

در پژوهش حاضر ابعاد روانشناختی و تحولی افراد در پاندمی کووید-۱۹ بررسی شده است لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تکنیک‌های حمایتی روانی اجتماعی این افراد بعنوان عوامل کمک‌کننده در بهبود سریع‌تر بیماری بررسی شود. همچنین مقایسه پیامدهای منفی و مثبت قرنطینه بر روی افراد با استفاده از روش آمیخته جهت افزایش گستردگی و اعتبار داده‌ها صورت گیرد.

در مجموع می‌توان گفت که نتایج پژوهش کنونی حاکی از آن است که افراد در کنار ابعاد منفی روانشناختی که پیامد دوره بحرانی و تجربه تنهایی‌ها در حبس خانگی جهت جلوگیری از انتشار و مبتلا شدن به ویروس بود با ابعاد مثبت رشدی که حاصل تجربیات عمیق و منحصربه‌فرد آنها بود روبه‌رو شدند. پیامد تجربه این حالات ناب و مثبت و معنوی در زندگی پس از بهبودی بیماران تأثیر شگرفی داشت. تجدید پیمان‌های عاطفی و نوع دوستی و ارتقاء عشق و محبت و پیوندهای عاطفی در شرایط بحرانی قرنطینه قابل مشاهده است. همچنین زندگی در اکنون و اینجا، لذت از زندگی به بهانه‌های کوچک و تجربیات ناب درک و مواجه شدن با هیجانات و احساسات درونی توسط افراد در ایجاد رشد درونی و ارتقاء دید فرد نسبت به زندگی بسیار تأثیر گذار است.

همسو با نتایج پژوهش کنونی گومز و فیشر (۲۰۱۰)؛ به نقل از حیدری، (۱۳۹۸) معنویت را به عنوان حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و برخورداری از یک نیروی ماورایی فطری تعریف می‌کنند که برای فرد، احساس هویت، کمال، رضایت‌مندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، هدف‌مندی و جهت دادن به زندگی، آرامش و توازن درونی را به ارمغان می‌آورد. از سوی دیگر، به سبب آن که تجارب معنوی می‌توانند موجب افزایش انسجام خانواده و پذیرش مسئولیت‌پذیری بیشتر در افراد شود (فاطمی و حیاتی، ۱۳۹۶)، محیطی سرشار از همدلی و درک همدردی چند جانبه در خانواده ایجاد می‌گردد که به خوبی می‌تواند اثرات عوامل منفی همچون اضطراب و پریشانی روانی را تعدیل نماید و

26. Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne. Cambridge Scholars Publishing. 2019.
27. Bhatia MS, Goyal S, Singh A, et al. COVID-19 pandemic-induced panic disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020. 22(3): 20102626.
28. Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: detection and treatment. *B J Psych Advances*. Cambridge University Press. 2018. 24(1):66-72.
29. Stein D J, Kogan C S, Atmaca M, et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord*. 2016. 190: 663-74.
30. Taylor S, & Asmundson G J G. Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. New York. Guilford, 2004.
31. Heydari H. Investigating the effect of emotional competency training on educational burnout, academic conflict, spiritual health and high-risk behaviors of students with a tendency to go to work in Khorramabad. [M. A. Dissertation]. Lorestan University; 2020.
32. Fatemi M, Vahyani M.A Study of Women's Spiritual Experiences and Women's Responsibility in Family Cohesion. *JWPS* 15(2). 185-203.
33. Mirzayi N. Investigating the role of spirituality in the quality of family communication. The First International Conference on Humanities with Indigenous-Islamic Approach and Emphasis on New Research. 2015, 12-20.
- Sierra Leone aid mission: A qualitative study. *International journal of nursing sciences*. 2019; 6 (2): 187-91
10. Sun N, Wei A. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *AJIC*. 2020; 48: 592-598.
11. Brooks S, Webster R, Smith L, Wessely S, Greenberg N, Rubin G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020.
12. Sharma, K., Saji, J., Kumar, R., & Raju, A. (2020). Psychological and Anxiety/Depression Level Assessment among Quarantine People during Covid19 Outbreak. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*, 10(3), 198-201.
13. Dehkordi A.M, Eisazadeh F, Aghjanbaglu S. Psychological Consequences of Patients with Coronavirus (COVID- 19): A Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2020; 4(2): 9-20.
14. Hsiu-Fang, H. Sieh & Shannon, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. *qualitative health research*. November 2005
15. Abedi, HA. Qualitative research in nursing. *kankash pub, esfahan*, 1385; 15, [Persian].
16. Cope DG. Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. In *Oncology nursing forum* 2014; 41(1):89-91.
17. Ghorbani N. From line to triangle of conflict, *Binesh no*, 2018, 84, [Persian].
18. Frederickson J. Co-Creating Change effective dynamic therapy techniques. *Seven leaves press*, 2013, 28.
19. Berne, E., *Transactional analysis in psychotherapy*, Souvenir Press, p. 2001. 83.
20. Phelan AL, COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable and legal challenges. *The Lancet*, 395(10237), 2020, 1595-1598.
21. Van den Bulck J, Custers K. Television exposure is related to fear of avian flu, an Ecological Study across 23 member states of the European Union. *Eur J Public Health*. 2009.19(4): 370- 374. Published online 2009 May 18. doi: 10.1093/eurpub/ckp061.
22. McDonnell W M, Nelson D S, & Schunk J E. Should we fear "flu fear" itself? Effects of H1N1 influenza fear on ED use. *Am J Emerg Med*. 2012. 30: 275- 282.
23. Rubin, G. J., Wessely, S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2020. 368, m313.
24. Kanadiya M K, & Sallar A M. Preventive behaviors, beliefs, and anxieties in relation to the swine flu outbreak among college students aged 18-24 years. *J Public Health*. 2011. 19(2): 139- 145.
25. Cheng S, Wong C, Tsang J, & Wong K. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psycho Med*. 2004. 34(7): 1187-1195.