

Analysis of Experiences and Psychological Perceptions of Recovered COVID-19 Patients

Mahsima Pourshahryari¹, Abbas Abdollahi², Sahar Ghafouri³

1. PhD, Associate professor, Counseling & Guidance Department, Faculty of Psychology & Education Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran.
2. PhD, Assistant professor, Counseling & Guidance Department, Faculty of Psychology & Education Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran.
3. (Corresponding author), PhD Student, Counseling & Guidance Department, Faculty of Psychology & Education Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran; S.ghafori@ut.ac.ir.

ABSTRACT

Received: 23/12/1399 - Accepted:
11/03/1400

Aim: The aim of this study was to analyze the experiences and psychological perceptions of recovered COVID-19 patients. **Methods:** This research was conducted using qualitative approach of phenomenology type. The population of this study included the patients recovered from Corona virus in Tehran province. Sampling was performed purposefully. The research was conducted through semi-structured interviews. Collaizi's seven-step method was applied for analyzing the data. **Findings:** After coding the interviews and categorizing the topics, the following nine main themes were obtained: initial reaction of loneliness and the need for receiving compassion, negative consequences, proximity to death and the reaction of individuals toward it, effective coping activities, mutual transmission of mental status of the patient, caregivers and medical staff, the effect of illness on meaning and style of life, preoccupation with duties and responsibilities. **Conclusion:** The present study showed that the experiences of Covid-19 patients have similarities and differences and being ware of these experiences may help the experts and policymakers to prevent the psychological crisis in the post-corona period and prepare the people psychologically in the society to face the epidemics.

Keywords: Lived experience, corona virus, recovered patients, post-corona



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۰، شماره ۷۸، تابستان ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v20i78.6791

واکوی تجارب و ادراکات روان‌شناختی بیماران بهبود یافته‌ی کوید-۱۹

مه‌سیما پورشهریاری^۱، عباس عبداللهی^۲، سحر غفوری^۳

۱. دکتری، دانشیار، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۲. دکتری، استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۳. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

S.ghafori@ut.ac.ir

(صفحات ۲۴۴-۲۷۱)

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف واکوی تجارب و ادراکات روان‌شناختی بیماران بهبود یافته‌ی کووید-۱۹ انجام شد. **روش:** این پژوهش با رویکرد کیفی پدیدارشناسی انجام گرفت. جامعه‌ی این پژوهش شامل بیماران بهبود یافته از ویروس کرونا در استان تهران بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. ابزار پژوهش مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد. یافته‌ها: پس از کدگذاری مصاحبه‌ها و دسته‌بندی مضامین، ۹ مضمون اصلی واکنش اولیه تنهایی و نیاز به دریافت شفقت، پیامدهای منفی، نزدیکی به مرگ و واکنش افراد، فعالیت‌های موثر در تاب‌آوری، سرایت متقابل احوالات روحی بیمار، مراقبان و کادر درمانی، اثر بیماری بر معنا و سبک زندگی، دل‌مشغولی در حوزه‌ی وظایف و تعهدات، پیشنهادات به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر نشان داد تجربه مبتلایان کووید-۱۹ با یکدیگر شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارد و آگاهی از این تجربیات به متخصصین و سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا از بحران روان‌شناختی در دوره‌ی پساکرونا پیشگیری و افراد جامعه را از نظر روانی برای مواجهه با اپیدمی‌ها آماده کنند.

واژه‌های کلیدی: تجربه زیسته، ویروس کرونا، بیماران بهبود یافته، پساکرونا

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۱

مقدمه

در دسامبر ۲۰۱۹، ووهان، استان هوبئی، چین، مرکز شیوع ویروسی ناشناخته شد که نه تنها در داخل چین بلکه در سطح بین‌المللی مورد توجه قرار گرفت. مقامات بهداشت چین تحقیقات فوری برای تشخیص و کنترل بیماری را آغاز کردند و به اقداماتی از جمله قرنطینه‌ی افراد مشکوک به این بیماری، محدودیت تماس از نزدیک، جمع‌آوری اطلاعات بالینی از بیماران و ابداع روش‌های تشخیصی و درمانی پرداختند. از آن تاریخ به بعد به دلیل انتقال سریع ویروس کووید-۱۹ در تماس انسانی و از طریق مسافرت‌های هوایی این ویروس به تدریج در جهان منتشر شد (وانگ، هوبای، هایدن و همکاران^۱، ۲۰۲۰). ویروس کرونا به عنوان دشمن نامرئی، فرشته مرگ، یک مهاجم بی‌رحم و بی‌عاطفه است که فارغ از مرزها، جنسیت، نژاد، قومیت یا طبقه اجتماعی افراد حمله می‌کند و بهداشت روان جهانیان را با خطر روبه‌رو کرده است و ترس فراگیری در جهان به خصوص در افرادی که بیماری زمینه‌ای نیز دارند، ایجاد کرده است. در بسیاری از جوامع، تقریباً همه جنبه‌های زندگی روزمره از جمله ارتباطات اجتماعی، نحوه‌ی کسب درآمد تغییر کرده و دچار آشفتگی شده است و نگرانی‌های اقتصادی برای مردم ایجاد شده است. هسته اصلی شرایط ناشی از فراگیر شدن این بیماری ترس است. شیوع اپیدمیک کووید-۱۹ منجر به احساس درماندگی، ناامنی و ناامیدی، فقدان ثبات مالی و توانایی تصور آینده روشن، ترس از ابتلا به عفونت در حضور دیگران و در تماس با مبتلایان ویروس کرونا در افراد شده است و در نتیجه احساس عدم اعتماد به دیگران، منجر به اجتناب و کناره‌گیری از فعالیت‌های روزمره می‌شود، در نتیجه دنیای ما را کوچک می‌کند و فرصت برقراری ارتباط ضروری و حمایت اجتماعی که برای عملکرد سازگاران انسان ضروری است را محدود می‌کند. این عدم اعتماد در مورد دوستان و اقوام و حتی توصیه‌های مسئولان بهداشتی در حوزه پیشگیری و درمان نیز مصداق پیدا می‌کند

1. Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G.

(پولیزی، لین و پری^۱، ۲۰۲۰).

در نتیجه‌ی شیوع ویروس کرونا در شهرووهان چین بحران عظیمی در وضعیت اقتصادی اجتماعی، اکولوژیکی و روان‌شناختی سراسر جهان ایجاد شد. مشکلات روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی، ناامیدی و احساس ناامنی در دوران اپیدمی کرونا پدیدار شد (سرافینی، پارمیگانی، امریو و همکاران^۲، ۲۰۲۰). مرور پژوهش‌ها در حوزه‌ی بررسی اثرات شیوع کووید-۱۹ نشان می‌دهد که شیوع نه تنها باعث مرگ و میر شده است بلکه اثرات عاطفی، رفتاری و روانی نیز دارد. اقدامات دولت برای کنترل بیماری مانند قرنطینه یا فاصله‌گذاری اجتماعی نیز بر رفتار مردم تاثیرگذار بوده است و منجر به آسیب‌های روان‌شناختی شده است. عوامل عاطفی و روان‌شناختی مانند ترس، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی به خاطر شیوع بیماری و محدودیت‌های اجتماعی ناشی از گسترش بیماری ایجاد می‌شوند. مولفه‌های داخلی و خارجی چون جنسیت، ویژگی‌های شخصیتی، رسانه‌ها، وضعیت اقتصادی، عملکرد دولت، در دوره‌ی شیوع اپیدمی کووید-۱۹ بر چگونگی تغییر رفتار انسان و واکنش‌های روان‌شناختی و عاطفی مردم و ادراک آنها از اپیدمی اثرگذارند (پدروسا، بیتنکورت، فروز و همکاران^۳، ۲۰۲۰).

گسترش کووید-۱۹ به دلیل سرعت انتقال انسان به انسان و ایجاد بحران جهانی نه تنها سبب نگرانی در حوزه‌ی سلامت جسمانی بلکه باعث بروز تعدادی از بیماری‌های روان‌شناختی شامل اضطراب، ترس، افسردگی، برچسب زنی، رفتارهای اجتنابی، تحریک‌پذیری، اختلال خواب، و اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. و در شرایط فعلی افراد مختلف جامعه شامل بیماران مبتلا به کووید-۱۹، افراد قرنطینه شده، کادر درمانی و اعضای خانواده‌شان، کودکان، دانشجویان دانشگاه‌ها، زنان حامله و خانواده‌ها مستعد بروز نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی می‌باشند (شهید و محمدی^۴، ۲۰۲۰).

1. Polizzi, C., Lynn, S.J. & Perry, A.
2. Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A.
3. Pedrosa AL, Bitencourt L, Frões ACF.
4. Shahyad, S., & Mohammadi, M. T.

بنابراین بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که بهبود می‌یابند یکی از گروه‌های در معرض خطر آسیب‌های روان‌شناختی محسوب می‌شوند.

ارتباط بین اپیدمی‌های ویروسی و ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی به بیش از ۱۰۰ سال پیش و ارتباط ویروس آنفولانزای اسپانیایی و عوارض روان‌شناختی آن برمی‌گردد (موکیو، جنیری، پیپ و همکاران^۱، ۲۰۲۰). بررسی پیمایشی اثرات روان‌شناختی اپیدمی کرونا در هند نشان می‌دهد بیش از دوپنجم مردم هند به دلیل قرنطینه یا ابتلا به بیماری کرونا اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند و بنابراین ارائه خدمات روان‌شناختی برای همه‌ی جامعه در این دوران ضروری است (کندگار، گالر، اگیلمزو و همکاران^۲، ۲۰۲۰).

بررسی وضعیت روان‌شناختی و تحلیل احساسات افراد و تفاوت آن با قبل و بعد از ۲۰ ژانویه یعنی پس از اعلام کووید-۱۹ در چین نشان داد هیجانات منفی (اضطراب، افسردگی و خشم) و حساسیت به خطرات اجتماعی افزایش و احساسات مثبت مثل شادی و رضایت از زندگی کاهش یافته است (لی، وانگ، ژو و همکاران^۳، ۲۰۲۰).

تجزیه و تحلیل وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که در بخش ایزوله‌ی بیمارستان نینگبودر کشور چین بستری بودند نشان داد آنها درجات متفاوتی از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند که ممکن است مربوط به تشخیص بیماری باشد. این بیماران نه تنها در مورد بیماری خود بلکه نگران سرایت عفونت به اعضای خانواده که با آنها تماس داشته‌اند نیز هستند. از سویی دیگر با افزایش آگاهی از اثرات مخرب ویروس کووید-۱۹ و فقدان روش درمان مناسب و انتشار گزارش مرگ مبتلایان باعث شده است بیماران تحت فشار روانی بیشتری قرار بگیرند و ترس از بیماری باعث شده است تاب‌آوری بیماران کمتر شود و مستعد افسردگی و افکار منفی شوند. بنابراین این بیماران نه تنها به درمان پزشکی بلکه به مداخلات و حمایت

1. Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M.
2. Kandeger, A., Guler, H. A., Egilmez, U.,
3. Li, S., Wang, Y., Xue, J.

روان‌شناختی نیز نیاز دارند (یانگ، وو، هو و همکاران^۱، ۲۰۲۰). غیرقابل‌پیش‌بینی بودن و غیرقابل‌اطمینان بودن ویروس کووید-۱۹ نه تنها سلامت جسمی افراد بلکه سلامت روان آنها را در سطح عاطفه و شناخت تهدید می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه‌ی دیگری در چین نیز بیماران مبتلا به کووید-۱۹ از ۵ مرکز قرنطینه قبل از ترخیص مورد ارزیابی آنلاین قرار گرفتند. بیماران کووید-۱۹ از علائم استرس پس از بحران در ارتباط با ابتلای به کووید-۱۹ رنج می‌برند که با توجه به تاثیر منفی این علائم لازم است مداخلات روان‌شناختی مناسب و ارزیابی و پیگیری طولانی مدت برای بازماندگان و بهبودیافتگان کووید-۱۹ آغاز شود. در غیر این صورت این علائم ممکن است به کاهش کیفیت زندگی و اختلال در عملکرد آنها پس از ترخیص منجر شود (بو، لی، یانگ و همکاران^۲، ۲۰۲۰).

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که تا کنون مطالعه‌ای به بررسی تجارب زیسته‌ی بهبودیافتگان کرونا نپرداخته است. از آنجایی که شیوع این بیماری ناشناخته و انتشار اخبار مرگ و میر ناگهانی مبتلایان ممکن است اثرات سوئی بر امنیت روانی و عملکرد مبتلایان پس از بهبودی بگذارد و همانطور که مطالعات قبلی نشان می‌دهد بهبودیافتگان ممکن است دچار استرس پس از بحران شوند، بنابراین واکاوای تجارب زیسته‌ی بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹ می‌تواند به متخصصان در شناخت بهتر معضلات دوران کرونا و پسا کرونا کمک کند و بی‌توجهی به این موضوع ممکن است عواقب سوئی برای جامعه در برداشته باشد. چرا که هریک از آسیب‌دیدگان بحران کرونا از طریق سرایت اجتماعی ممکن است به‌زیستی روانی کل جامعه را با تهدید روبرو کنند. هدف پژوهش حاضر مطالعه‌ی کیفی و واکاوای تجارب و ادراکات روان‌شناختی بیماران بهبود یافته‌ی کووید-۱۹ در ایران می‌باشد.

این نوع مطالعاتی که به بررسی وضعیت روان‌شناختی افراد در دوره‌ی شیوع ویروس

1. Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X.
2. Bo, H. X., Li, W., Yang, Y.

کرونا می‌پردازند با شناسایی اثرات کووید ۱۹ بر سلامت روان افراد به سیاست‌گذاران برای ایجاد سیاست‌های عملی و به متخصصان بالینی (به عنوان مثال، مددکاران اجتماعی، روانپزشکان و روان‌شناسان) برای ارائه خدمات به موقع به جمعیت آسیب دیده کمک می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۰).

روش

روش این تحقیق کیفی از نوع پدیدارنگاری بوده است. پدیدارنگاری سعی بر آن دارد که به شناخت از پدیده بر پایه‌ی ذهنیت افراد (احساسات و اندیشه‌ها) با توجه به معنایی که افراد از آن در زندگی خود تجربه کرده‌اند، بپردازد. هدف پدیدارنگاری فهم تنوع معنایی در بین افراد است (محمدزاده، ۱۳۹۲). این پژوهش به منظور واکاوی تجارب روان‌شناختی بیماران مبتلا به کرونا پس از طی دوران نقاهت انجام شده است. جامعه‌ی مورد پژوهش افرادی بودند که تجربه‌ی بستری در بیمارستان بر اثر ابتلای به ویروس کووید ۱۹ را پشت سر گذاشتند و پس از طی دوران قرنطینه به روال معمول زندگی بازگشته‌اند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. داوطلبان به دلیل شرایط قرنطینه‌ی اجتماعی به صورت تلفنی مورد مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته قرار گرفتند. بررسی اطلاعات دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد که آنها شامل افراد در رده‌ی سنی ۳۰ تا ۶۰ سال و با تحصیلات کارشناسی و بالاتر بوده‌اند. مدت متوسط برای هر مصاحبه حدوداً یک ساعت بوده است. مصاحبه ابتدا با بیان اصول اخلاقی آغاز شد و سپس در مورد تجارب آنها از ایام بیماری سوال به عمل آمد و این توضیح به مصاحبه‌شوندگان داده شد که هیچ پاسخ درست یا غلطی وجود ندارد و مصاحبه‌گر به درک حقیقت تجربه‌ی پاسخ‌گر علاقه‌مند است. سوالات مصاحبه در مورد واکنش‌ها، تجربه‌ی زیسته و افکار و احساسات افراد، کیفیت تعاملات اجتماعی (دریافت شفقت)، معنای شخصی، تفاوت سبک زندگی، شفقت‌ورزی (به خود و دیگران)، سرسختی، راهبردهای تاب‌آورانه افراد و سلامت روان آنها در ایام بستری، قرنطینه و پس از

آن بود. پرسش‌هایی نظیر: واکنش شما بعد از اینکه فهمیدید آزمایش کووید ۱۹ مثبت است چی بود؟ چه افکاری در ایام بستری و بیماری به سراغ شما آمده بود؟ کیفیت تعامل شما به چه صورتی بود؟ بعد از این تجربه، چه توصیفی از معنای زندگی‌تون دارید؟ استراتژی شما برای پایداری در مقابل مشکلات دوران بیماری چیه؟ از چه روش‌هایی برای کاهش استرس خودتان و دیگران استفاده کردید؟ آیا در آن دوران در مورد عدم انجام وظایف و کارهای روزانه نگران بودید و چگونه با این نگرانی برخورد داشتید؟ و... و مصاحبه‌ها تا اشباع تئوریک داده‌ها ادامه یافت یعنی تا جایی که دیگر داده‌ای که به تعریف خصوصیات یک طبقه کمک کند به پژوهش وارد نشد. در نهایت ۷ مصاحبه به صورت متنی کدگذاری و تحلیل شد. ۹۴ کد اولیه، ۴۸ مضمون فرعی و ۹ مضمون اصلی به دست آمد. برای تحلیل اطلاعات از روش هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شده است. در مرحله نخست ثبت مصاحبه‌های انجام شده به صورت متنی و مطالعه چندباره آنها و سپس در مرحله دوم با تعیین جملات و عبارات مرتبط با پدیده موردنظر، اقدام به استخراج مفاهیم مذکور از متن مصاحبه در طی مرحله سوم گردید. در مرحله چهارم دسته‌بندی مفاهیم مستخرج از مصاحبه‌ها براساس تشابه موضوعی صورت پذیرفت. در طی پنجمین مرحله دسته‌بندی‌های انجام شده نیز طبقات کلی‌تر را به وجود آوردند. در مرحله ششم یک توصیف جامع از طبقات به صورت یک بیان واضح و بدون ابهام ارائه گردید و در نهایت فرایند اعتباربخشی یافته‌ها با استفاده از مثلث‌سازی محقق صورت گرفت. یعنی تفسیر داده‌ها و کدگذاری‌ها توسط دو پژوهشگر دیگر نیز بررسی شد و مصاحبه‌های کدگذاری شده با اساتید به عنوان صاحب نظران به اشتراک گذاشته شد و صحت کدگذاری و تفسیرها مورد تایید قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

این مطالعه با هدف واکاوی تجارب و ادراکات روان‌شناختی بیماران بهبود یافته‌ی کووید ۱۹ انجام شده است. نتایج حاصل از مصاحبه‌های انجام شده، گزارش و جدول

مربوط به مضامین مستخرج از مصاحبه‌ها در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. تجارب و ادراکات روان‌شناختی بیماران بهبود یافته

مضمون اصلی	مضمون فرعی
واکنش اولیه	تاثیر تجارب قبلی، نگرانی برای اعضای خانواده و غلبه بر آن با امید و توکل بر خدا، نگرانی برای فرزند و احساس ناامیدی و تسلیم، فکر کردن به وابستگی‌ها و خانواده و اوضاع آنها بعد از مرگ من، ترس از روند روبه وخامت بیماری، ناراحتی از عدم دریافت اطلاعات صحیح از سوی مسئولین
تنهایی و نیاز به دریافت شفقت	غربت و دل‌تنگی، عدم تسکین رنج بیماری، نیاز به ارتباط، نیاز به توجه و مراقبت، نگاه مثبت بیمار به خلاقیت‌های
پیامدهای منفی	تاثیر بیماری بر سلامت روان، افسردگی، بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری، یاس و دل‌مردگی، افکار خودکشی
نزدیکی به مرگ و واکنش افراد	عدم نگرانی، غلبه بر افکار مرگ، احساس نزدیکی به مرگ، اولویت بقا، ترس ناشی از توصیفات رسانه‌ها در مورد اجساد بیماران
فعالیت‌های موثر در تاب‌آوری	پرداختن به اعمال مذهبی، مرور خاطرات، ذکر و یاد خداوند و مشغول کردن فکر مانع از خودباختگی، تاثیر پایه‌های عقلی و معرفتی در تزلزل در برابر بیماری، پرهیز از نشخوار فکری، غلبه بر ترس، پذیرش تغییرات، برنامه‌ریزی برای دوران بهبودی
سراپت متقابل	تاثیر برخورد آرامش بخش پزشک، اثر آرامش مراقبان بر احوالات بیمار، حفظ قوای روحی در برابر سختی بیماری و اشاعه‌ی روحیه و انرژی مثبت، سراپت وضعیت بد روحی به خانواده، سعی در آرام کردن نزدیکان، مشاهده‌ی فشار و درک افسردگی تیم درمانی
مراقبان و کادر درمانی	تغییر سبک زندگی، هدفمندی به عنوان یک ویژگی جاری مانع تغییر سبک زندگی، استفاده‌ی کمتر از فضای مجازی، توجه بیشتر به اهمیت روابط خانوادگی، گزیده نگری در ارتباطات، قدرشناسی، تغییر جهان بینی و رفتارهای روزمره، توجه به ضعف وجودی انسان و بی‌ارزشی زندگی
دل‌مشغولی در حوزه‌ی وظایف و تعهدات	مسئولیت در مقابل وظایف و چاره‌اندیشی برای جبران، عدم دغدغه‌ی خاطر شغلی، مشغولیت فکری درباره‌ی تعهدات، حق الناس، روابط و آرزوهای شخصی و کارهای عقب افتاده
پیشنهادات	احساس کمبود یک مشاور به جهت آگاهی و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی، عدم آمادگی مشاوران برای وضعیت جدید و لزوم تهیه‌ی پروتکل مناسب، همراه شدن یک بیمار بهبود یافته‌ی کرونا با بیماران تازه، چاره‌اندیشی برای تعامل ایمن بیماران با نزدیکان

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به تولید ۹ مضمون اصلی و ۴۸ مضمون فرعی شده است. در بخش بعدی مضامین اصلی و فرعی و چکیده‌ای از گفته‌های مشارکت‌کنندگان گزارش شده است:

۱. واکنش اولیه. این مضمون شامل مضامین فرعی زیر است:

✓ تاثیر تجارب قبلی

کد ۲: روحیه‌ی مقاوم‌تری نسبت به دیگران دارم، صبورتر هستم و در مقابل مشکلات و سختی‌های گذشته‌ام کرونا چیز خاصی نبود.

✓ نگرانی برای اعضای خانواده و غلبه بر آن با امید و توکل بر خدا

کد ۳: توکلم به خدا بود ولی خب چون خودم پدرم را از دست داده بودم نگران پسر و همینطور خانواده‌ام بودم و میگفتم خدای آنها هم بزرگه.

✓ نگرانی برای فرزند و احساس ناامیدی و تسلیم

کد ۵: نگران پسر بودم و می‌دانستم بیمه‌ام و کار دیگه‌ای از دست من برنمی‌آمد. مثل آدمی است که سوار قطار شده و باید یک ایستگاهی پیاده شه.

✓ فکر کردن به وابستگی‌ها و خانواده و اوضاع آنها بعد از مرگ من

کد ۴: در اون موقعیت وابستگی‌ها، خانواده به ذهن آدم میاد. که بعد از مرگ من مادرم چه ناراحتی‌هایی دارد.

✓ ترس از روند رو به وخامت بیماری

کد ۵: خود اسم کرونا یک وحشتی را در مریض به وجود می‌آورد که درد را چند برابر می‌کند. مهم‌تر از درمان جسمی درمان روحی هست، که همچین خدماتی هم نیست.

✓ ناراحتی از عدم دریافت اطلاعات صحیح از سوی مسئولین

کد ۴: حکومت، دولت میان به ما دروغ میگن

۲. تنهایی و نیاز به دریافت شفقت

✓ غربت و دلتنگی

کد ۱: چون تعامل حضوری نداشتم حوصله ام سر می رفت. دلم برای همسر و خانواده ام تنگ شده بود.

✓ عدم تسکین رنج بیماری

کد ۲: شاید اگر ملاقات کننده ای وجود داشت این مشکل به وجود نمی آمد. خیلی سخت می گذشت این تنهایی.

✓ نیاز به ارتباط

کد ۷: بلی خوب بود اگر سرکشی ای وجود داشت. من میتوانستم دوباره دیگران را ببینم.

✓ نیاز به توجه و مراقبت

کد ۱: خدماتی که اطرافیانم در این زمان به من ارائه می دادند برای من مطلوب بود.

✓ نگاه مثبت بیمار به خلا از تباطی

کد ۳: خب اگر اطرافیان و نزدیکان می آمدند و می دیدند که عزیزشون درای سی یو است و ناراحت می شدند. پس از این جهت خوب بود که ملاقات نبود. اگر کسی مثبت فکر کند دیگر کسی انرژی منفی به فرد نمی دهد.

۳. پیامدهای منفی

✓ تاثیر بیماری بر سلامت روان

کد ۴: یک بعد هم استرس بود که یک بخشش مربوط به مرگه، یک بخشش مربوط به کارهای نکرده و تعهدات انجام نداده. اوایل همراه کلافگی پر خاشگری هم بود. حالت وسواس موقت که مثلاً هر چندم که بیمارستان تمیزی باشه بازم موقعی که از بیمارستان مرخص میشه باز هم احساس کثیفی می کند.

✓ افسردگی

کد ۵: هم از لحاظ روحی داغون بودم و هم یک حالت افسردگی شدید داشتم.

✓ بی حوصلگی و گوشه گیری

کد ۲: مثلاً من در استفاده از فضای مجازی مثلاً ارتباط تصویری داشته باشم اما این بی‌حوصلگی، یاس و ناامیدی من مانع این می‌شد

✓ یاس و دلمردگی

کد ۲: ۸ روز آن بستری بودم و یک مقدار مایوس و دچار دلمردگی و ناامیدی بودم.

✓ افکار خودکشی

کد: یعنی من که با این چیزها مخالفم آگه شهامت داشتم خودم خودم را خلاص می‌کردم.

۴. احساس نزدیکی به مرگ و واکنش افراد

✓ عدم نگرانی درباره‌ی مرگ به دلیل تجارب قبلی

کد ۲: به نظرم می‌رسد دیگر مبتلایان خیلی باید راجع به مرگ فکر کنند در مورد اینکه نزدیکانشان چه شرایطی براشون تحمیل میشه. ولی من به دلیل تجارب قبلی خیلی نسبت به این موضوع مسئله‌ای نداشتم.

✓ غلبه بر افکار مرگ

کد ۳: افکار مرگ صد در صد به سراغم میاد ولی خب فکر غالبم این بود که من برمی‌گردم بدنم جواب میده

✓ احساس نزدیکی به مرگ، اولویت بقا

کد ۴: موقعی هم که می‌خوابیدم از ترس از خواب می‌پریدم. در اتاق که باز می‌شد در ICU را می‌دیدم که روزی سه چهار مرتبه آدم‌ها را مرده و کاور کشیده بیرون می‌آوردند.

✓ ترس ناشی از توصیفات رسانه‌ها در مورد اجساد بیماران

کد ۵: مثلاً در فضای مجازی می‌گفتند هر کسی که بمیرد رویش آهک می‌ریزند. این بیشتر آدم را می‌ترساند.

۵. فعالیت‌های موثر در تاب‌آوری

✓ مرور خاطرات

- کد ۳: من تمام زندگی ام را مثل یک فیلم مرور می کردم و تجدید خاطره می کردم.
 ✓ ذکر و یاد خداوند و مشغول کردن فکر مانع از خودباختگی، تاثیر باورها، پایه های عقلی و معرفتی در تزلزل در برابر بیماری
- کد ۲: من اونجا نماز می خوندم ذکر می گفتم در مورد آینده و گذشته فکر می کردم. شاید دیگران دچار از خودباختگی شوند. من سعی می کردم خودم را مشغول کنم یعنی در شب حتی اگر چند بار هم بیدار می شدم نمی داشتم افکار پریشون به سراغم بیاید.
 ✓ پرهیز از نشخوار فکری
- کد ۳: من سعی می کردم فکرم را درگیر نکنم، به بیماری فکر نمی کردم. چون نزدیک عید هم بود می گفتم خدایا خوب شم که سال تحویل در کنار خانواده ام باشم.
 ✓ غلبه بر ترس
- کد ۳: و فکر می کنم مهم ترین چیزی که نجاتم داد این بود که ترس نداشتم و دکترم می گفتند خیلی خوب بود که تونرسیده بودی.
 ✓ پذیرش تغییرات
- کد ۶: هرکسی که خوب میشه ۱۰ ۲۰ درصد مشکل باقی می ماند و به تنظیمات کارخانه بر نمی گردند و این را باید بپذیریم
 ✓ برنامه ریزی برای دوران بهبودی
- کد ۴: یک نوع تفکر مثبت که بعد از اینکه از اینجا بروم این کار را می کنم و در واقع برنامه ی بعدش را می چیدم
 ۶. سرایت متقابل احوالات روحی بیمار، مراقبان و کادر درمانی
 ✓ تاثیر برخورد آرامش بخش پزشک
- کد ۳: دکتر معالج خیلی موثر هست. دکتر من خیلی خونسرد و آرام بود و در حالت من خیلی کمک می کرد. یعنی مسئله را در حد یک بیماری می دید نه بیشتر نه کمتر.

✓ اثر آرامش مراقبان بر احوالات بیمار

کد ۳: مادر و همسر من به رو نمی‌آوردند که حالا وای چه مصیبتی شد و... با آرامش بهم غذا می‌دادند. و به من یادآوری نمی‌کردند که چه اتفاقی افتاده.

✓ حفظ قوای روحی در برابر سختی بیماری، مثبت اندیشی و اشاعه‌ی روحیه و انرژی مثبت

کد ۳: در این ۴۰ سال عمر من به نظرم سخت‌ترین تجربه‌ام بوده. خودم هم سعی می‌کنم به دیگران روحیه بدهم. و اعتقاد دارم که وقتی خوب فکر کنی خوب برای آدم پیش می‌آید. قبلاً شاید این انرژی را نداشتم ولی الان می‌گویم که بین من این راه را رفتم می‌دونم چجوری. سعی کردم انرژی مثبت را در خودم افزایش بدم و بتوانم به دیگران هم منتقل کنم.

✓ سرایت وضعیت بد روحی به خانواده

کد ۵: من در زمان بیماری استرس را در خانواده‌ام هم می‌دیدم. یعنی لطمه‌ای که به من خورد به خانواده‌ام هم خورد. به پزشک‌ها خورد. به پرستارها خورد. افسردگی هم درست مثل ویروس شاید هم بدتر منتقل میشه. روحی خیلی بدتر انتقال پیدا می‌کنه به اطرافیان.

✓ سعی در آرام کردن نزدیکان

کد ۱: اضطراب نداشتم و نگران نبودم. فقط حال جسمیم اذیت می‌کرد. وقتی می‌دیدم دیگران مضطرب‌اند من ناراحت می‌شدم و اونها رو دل‌داری می‌دادم.

✓ مشاهده‌ی فشار و درک افسردگی تیم درمانی

کد ۵: یعنی خود دکترها هم داغون شدند. انقدر فشار در تیم پزشکی و پرستاری بود که وضعیتشان از ما بدتر بود. من فکر می‌کنم این افسردگی که من گرفتم خیلی بدترش در کادر پزشکی و پرستاران هست.

۷. اثر بیماری بر معنا و سبک زندگی

✓ تغییر سبک زندگی

کد ۴: ولی خودم را به آن عذابی که قبلا به خودم می‌دادم نمی‌اندازم و الان به خودم اهمیت بیشتری می‌دهم. آنجا من متوجه شدم که دلیل مریض شدنم خودم بودم به خاطر تغذیه‌ام، خواب ناکافی‌ام. و متوجه شدم که باید بیشتر به خودم برسیم. اهمیت مسائل بالا و پایین میشه. مثلا اهمیت به خودم بیشتر شد. و اهمیت مسائل بیرونی برایم کمتر شد هم مسائل اقتصادی و در کل زندگی روشل گرفتم. برنامه دارم هدف دارم استراتژی دارم برای کارهایم ولی خیلی به خودم سخت نمی‌گیرم مثل قبل.

✓ هدفمندی به عنوان یک ویژگی جاری مانع تغییر سبک زندگی بعد از تجربه

بیماری

کد ۶: سبک زندگی من تغییری نکرد. من همیشه هدفدار زندگی کردم هم هدف‌های آرمانی و هم هدف‌های اجتماعی و سیاسی و کاری. به همین خاطر تجربیاتم خیلی متفاوت نشد.

✓ استفاده‌ی کمتر از فضای مجازی

کد ۴: در سبک زندگی بعد از بهبودی از کرونا، استفاده از فضای مجازی‌ام کمتر شده مثلا روزی ۲۰ دقیقه مجموعا استفاده کنم.

✓ توجه بیشتر به اهمیت روابط خانوادگی

کد ۳: هیچ وقت سابقه‌ی بستری نداشتم. مادرم را پشت درای سی یو دیدم تنها کاری که توانستم انجام بدهم این بود که گریه کردم و این صحنه را هیچ وقت یادم نمیره. روابط خانوادگی برایم مهم تر شد.

کد ۴: بعد از بیماری آدم گزیده‌نگرتر میشه ارتباطاتم را کمتر اما با عمق و کیفیت بیشتر کردم. مثلا دوستان صمیمی که من قبلا ماهی یک بار با آنها صحبت می‌کردم الان هفته‌ای یک بار ۱۰ روز یکبار با آنها صحبت می‌کنیم.

✓ قدرشناسی

کد ۱: شاید این حس که آدم فکر کنه نباشه بیشتر به چشم بیاد و اینکه آدم باید بیشتر محبت کنه و بیشتر از زندگی اش لذت بیره. و سعی می‌کنم این موارد را انجام بدم

✓ تغییر جهان بینی و رفتارهای روزمره و نوع برخورد با دیگران

کد ۳: تجربه این بیماری در تغییر سبک زندگی حتما تاثیر داشته. مسائل را دیگر سخت‌تر نمی‌گیرم حتی در مسئله‌ی کاری. می‌گم ارزش نداره در زندگی که حالا انقدر آدم به خودش سخت بگیره. سعی می‌کنم به هیچ عنوان عصبانی نشوم. آرام‌تر شدم و در روزهایی که تنهام با خودم تکرار می‌کنم که یادم نره چه بر من گذشته. به نظرم مهمه که آدم یادش نره. مثلا در موقعیت‌های مختلف می‌گویم وقتی من آن مریضی به آن سختی را گذراندم پس حتما این مسئله را هم می‌توانم پشت سر بذارم.

✓ توجه به ضعف وجودی انسان و بی‌ارزشی زندگی

✓ کد ۳: انسان یک موجود ضعیفه، امروز راه میره، می‌خنده، می‌خواد دنیا را فتح کند، کمتر از ۲۴ ساعت بخواد مریض شه بیوفتی رو تخت و حتی هیچ کاری نتوانی انجام دهی. پس این زندگی چه ارزشی داره که بخوام یک کارایی انجام بدهم که بعدا موجب پشیمانی بشه یا بخواد دیگران رو اذیت کنه.

۱. دلمشغولی در حوزه‌ی وظایف و تعهدات

✓ احساس مسئولیت در مقابل وظایف و چاره‌اندیشی برای جبران

کد ۲: بعد از بهبودی احساس عقب ماندگی داشتم و این عدم حضور من موجب میشه که کارها به تعویق بیوفتند پس باید بیشتر تلاش کنم.

✓ عدم دغدغه‌ی شغلی

کد ۱: هفته‌ی اول کار رو کلا تعطیل کردم به طوری که موبایلم خاموش بود. و کار را به همکاران واگذار کردم. نگرانی کاری ممکن است باشه ولی چون کار خاصی نداشتم و نفر جایگزین داشتم خیلی نگران این موضوع نبودم.

✓ مشغولیت فکری درباره‌ی تعهدات، حق الناس، روابط و آرزوهای شخصی و

کارهای عقب افتاده

کد ۴: از این طرف در ایام بیماری به دانشجوهای فکرمی کردن که کارهای تحقیقاتی‌شان را من برداشتن و یک سری هزینه پرداختند و کارهای عقب مانده‌ای که متعهد بودم آنها را بفرستم و بیماری موجب بدقولی شده بود. بیشتر روابط و حق الناس‌ها و بخشی هم آرزوهای دست نیافته‌ی خودم به ذهنم می‌ومد.

۹. پیشنهادات

✓ احساس کمبود یک مشاور به جهت آگاهی و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی روحی

کد ۲: به چیزی در ایام بستری در بخش کرونایی‌های بیمارستان کم بود یعنی این بیماری‌هایی که می‌تواند اثر روحی بدی داشته باشد به مشاوره هم باید وجود داشته باشد یعنی فرد در حین بستری مشاوره نمی‌گیرد، وقتی دچار آسیب میشه و وقتی دوران قرنطینه تموم میشه وارد این فضا میشه. یعنی روح آسیب دیده و باید بروند اصلاحش کنند. در حالیکه در آنجا من به خاطر دردی مشاوره درد داشتم، به نظر میرسه حتی یک رزیدنت روان‌شناسی حتی یک کاردان روان‌شناسی بیاد بگه که آقا شما در جریان باش که در مقابل این شرایط قرار می‌گیری. یعنی در این مسیر این اتفاقات قرار می‌گیری، نه اینکه فرد در یک برهه قرار بگیرد و بعد دچار سختی بشه یعنی این نوع از بیماری‌ها نیازمند مشاوره ابتدا به ساکن در مقطع بستری است.

✓ عدم آمادگی مشاوران برای وضعیت جدید و لزوم تهیه‌ی پروتکل مناسب

کد ۵: من هم پیش روان‌شناس رفتم هم مشاور و برای دارو هم پیش روانپزشک رفتم. من فکرمی کنم اینها برنامه‌ای مناسب درمان برای این افرادی که مبتلا شدند ندارند. چون یک بیماری ناشناخته‌ای هست.

✓ پیشنهاد همراه شدن یک بیمار بهبود یافته‌ی کرونا با بیماران تازه

کد ۶: کنار افرادی که تازه مبتلا می‌شود یک فردی که قبلاً مبتلا شده قرار بگیرد. یعنی

در معرض یک فردی که این بیماری را شدید گرفته بوده قبلا قرار بگیرد. این حتی از مشاور هم مهم‌تر است و بیشتر میتونه کمکشون کنه.

کد ۳: آن اوایل تقریبا تا فروردین ماه نمی‌تونستم با کسی صحبت کنم. نفسم اجازه نمی‌داد. خیلی به من زنگ می‌زدند و از من می‌پرسیدم که چطور بود و چیکار کنم و من به آنها پیشنهاد می‌دادم که فقط نترسند و چیزی نیست که دیگه بدتر از من که نمیشی و....

✓ چاره‌اندیشی برای تعامل ایمن بیماران با نزدیکان

کد ۵: این جور مریض‌ها را نباید تنها گذاشت. مثلا در تاکسی‌ها هست یک حالت پلاستیک می‌کشند من فکر می‌کنم که به جای قرنطینه برای بیماران هم این کار هم انجام شود و خانواده وجود داشته باشه اینجوری فشار رو کمتر می‌کند، آن تنهایی هست که به فرد ضربه می‌زند.

بحث و نتیجه‌گیری

ویروس کرونا یک بحران بهداشت جهانی است که می‌تواند برترس، اضطراب و مشکلات روانی افراد تأثیر بگذارد. مرور پژوهش‌های صورت گرفته بر بیش از یک هزار نفر بیمار مبتلا به کرونا با هدف شناسایی عواملی که در تأثیرپذیری افراد نقش دارد و موجب برچسب خوردن از سوی اجتماع می‌شوند، نشان می‌دهد عوامل موثر در تأثیرپذیری روان‌شناختی عبارتند از: سن، جنس، تحصیلات، پایگاه اقتصادی، سیستم پشتیبانی، وضعیت سلامت و منابع اطلاعاتی و عوامل موثر در برچسب اجتماعی عبارتند از: محیط زیست، سابقه بیماری‌های مزمن زمینه‌ای، تبعیض، قرنطینه کردن خود و برداشت مردم از منابع اثر. نگرش سوگیرانه‌ی اجتماع نسبت به افراد بیمار می‌تواند ناشی از تاثیر اخبار و تصاویر رسانه‌ها باشد. برای کاهش تأثیر جهانی روان‌شناختی و برچسب اجتماعی منفی در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹، تحقیقات بیشتری برای درک این پدیده باید انجام شود

(نورسالام، ساکارتینی، پریانتینی و همکاران^۱، ۲۰۲۰).

شیوع بیماری‌های عفونی مانند ویروس کرونا، تاثیرات روان‌شناختی بر بهزیستی و سلامت روان افراد جامعه، بهبودیافتگان و مراقبان بیمار دارد. تحلیل روایتی پژوهش‌هایی که در گذشته در حوزه‌ی شیوع بیماری‌های عفونی و سندرم‌های تنفسی حاد مانند ابولا انجام شده است نشان می‌دهد که پاسخ‌های روان‌شناختی اغلب افراد شامل اضطراب، ترس، افسردگی، عصبانیت، احساس گناه، غم و فقدان، استرس پس از بحران و برچسب زدن می‌باشد و به علاوه در چنین شرایطی افراد تاب‌آورتری شوند و نسبت به دیگران احساس شفقت بیشتری پیدا می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای که افراد در شرایط شیوع بیماری‌های اپیدمیک عفونی در گذشته به کار گرفته‌اند نیز شامل راهبردهای مسئله محور (جستجوی راه حل‌های جایگزین و چاره‌اندیشی، حفاظت از خود و دیگران)، جستجوی منابع کمکی اجتماعی، اجتناب و ارزیابی مثبت از موقعیت است (چیو، وی، واسوو و همکاران^۲، ۲۰۲۰).

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد تجارب و ادراکات روان‌شناختی بیماران بهبود یافته‌ی کووید ۱۹ دارای مشابهت‌ها و تفاوت‌هایی است. همانطور که گفته شد تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ۹ مضمون اصلی و ۴۸ مضمون فرعی شده است. مضمون اصلی نخست واکنش اولیه است که تحلیل مضامین فرعی نشان می‌دهد یکی از عوامل موثر در تعیین نوع واکنش فرد در برابر ابتلا به ویروس ناشناخته و مرگبار کووید ۱۹، تجارب قبلی افراد است. مصاحبه‌شوندگان بر اساس سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج یا تجربه‌ی جانبازی در شدت تاثیرپذیری روان‌شناختی از این بیماری گزارش‌های متفاوتی از یکدیگر دادند.

بسیاری از محققان مثبت‌گرا معتقدند که مردم خواهند توانست بحران شیوع اپیدمیک کووید ۱۹ را نیز مانند حوادث دیگری که در گذشته با آن روبه‌رو شده‌اند، پشت

1. Nursalam, N., Sukartini, T., Priyantini, D., & et.
2. Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S. & et.

سربگذارند و تاب‌آور و مقاوم‌تر شوند. در پژوهش‌هایی که در مورد تأثیرات واقعه یازده سپتامبر ۲۰۱۱ صورت گرفته بود نشان می‌دهد عواملی مثل ارزش‌های شخصی هم چون دوستی، پیوندهای اجتماعی، اعتقادات مذهبی و معنویت، مهربانی با دیگران و شفقت موجب تاب افراد در مواجهه با عوامل استرس‌زا شده است. در عین حال پذیرش بار هیجانی این اتفاقات موجب کاهش عوارض روانی و ارتقا تاب‌آوری می‌شود. بسیاری از آنها با کمک به خانواده، دوستان و جامعه خود احساس خودکنترلی و عزت نفس بیشتری تجربه می‌کردند و به جای خودسرزنشگری و نشخوار فکری باور داشتند که می‌توانند در شرایط فشار اقدامات ارزشمندی انجام دهند. اگرچه نیاز به فاصله اجتماعی در شرایط شیوع اپیدمیک کووید-۱۹ وجود دارد که آن را از سایر بلاها مانند واقعه ۱۱ سپتامبر متمایز می‌سازد اما گسست پیوندهای اجتماعی می‌تواند تا حدی با رفتارهای ارزش محور که به تعامل رو در رو وابسته نیستند، جبران شود. افراد می‌توانند با استفاده از فناوری مدرن و ابزار همدلی، گوش دادن فعال، به اشتراک گذاری منابع با رعایت "قوانین" فاصله اجتماعی با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. و از طریق فعالیت‌های رفتاری تاب‌آورانه، پذیرش، تمرین ذهن آگاهانه، تمرین شفقت و مقابله استرس خود را کنترل کنند و به جستجوی معنا و مقابله موثر با ترس و چالش‌های آزاردهنده ناشی از همه‌گیری بیماری بپردازند (پولیزی و همکاران، ۲۰۲۰).

نگرانی برای خانواده و فرزند یک واکنش رایج در بین مصاحبه‌شوندگان است. تفاوت افراد در راه حل مقابله با این نوع نگرانی است که عده‌ای با امید و توکل بر خدا از منظر معنایی که برای هستی خود فارغ از شرایط زندگی متصور هستند بر احساس نگرانی ناشی از معضلات احتمالی غلبه کردند و در مقابل عده‌ی دیگری تحت تأثیر احساس ترس قرار گرفتند و در برابر نگرانی خود احساس ناامیدی و تسلیم کردند. همسو با یافته‌های این پژوهش نتایج مطالعه‌ی روان‌شناختی مردم چین نیز نشان داده است نگرانی مردم بیشتر در حوزه‌ی سلامتی و نگرانی برای خانواده است و افراد نگرانی کمتری برای اوقات فراغت

و دوستان خود دارند (لی و همکاران، ۲۰۲۰).

مضمون اصلی دوم تنهایی و نیاز به دریافت شفقت است که از تجارب مشترک مصاحبه شونده‌گان است. براساس ادعای مصاحبه شونده‌گان نبود مصاحب منجر به عدم تسکین رنج و سختی بیماری و رنج بیماران شده است. در مقابل از زاویه دیگری این خلالتباطی و ممنوعیت ملاقات در ایام بستری مانع انتقال انرژی منفی و نگرانی اطرافیان به برخی بیماران شده است. این یافته‌ها همسوبا مطالعه‌ی ۴۵۰ نفر از کادر درمان که با شیوع بیماری کووید ۱۹ روبرو هستند، می‌باشد که تجزیه و تحلیل روایتی مصاحبه‌ها نشان داده است به تدریج با گذر زمان و فراهم شدن امکانات محافظتی و مکان‌های مناسب استراحت یا استحمام نیازهای مربوط به امنیت روانی و معناجویی اولویت یافتند. نیازها از سطح شخصی و حوزه‌ی سلامت به تدریج فراتر رفتند و اولویت افراد در حوزه‌ی نیاز به تعلق اجتماعی، نیاز به احترام و قدردانی و حتی خودشکوفایی شخصی و حرفه‌ای متمرکز شد. به علاوه مصاحبه‌ی کیفی با یک فرد ناشناس اثر درمانی نیز داشته است و به مصاحبه شونده‌گان فرصت داده است تا آسیب‌پذیری خود را ابراز کنند و رفع احساس نیاز به تعلق و مورد توجه و ارزش قرار گرفتن به دست آید (دافنا- تکواه، بریکمن، اسپیر و همکاران، ۲۰۲۰). براساس دستاورد پژوهش مذکور می‌توان متصور شد که یکی از دستاوردهای جانبی این پژوهش و پژوهش‌های مشابه دیگر می‌تواند ایجاد فرصت برای ابراز آسیب‌های احتمالی مبتلایان بهبود یافته و برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری از اشاعه‌ی آسیب‌ها و برنامه‌ریزی برای درمان روان‌شناختی مبتلایان بهبود یافته‌ی کرونا باشد.

مضمون اصلی سوم «پیامدهای منفی بیماری بر سلامت روان» است که مضامین فرعی نشان می‌دهد استرس، حالت‌های موقت پرخاشگری و وسواس، لطمه‌ی روحی و حالت افسردگی ناشی از ندیدن عزیزان و رنج جسمانی، بی‌حوصلگی، ناامیدی، گوشه‌گیری و تنهایی از جمله آثار سوء روان‌شناختی بیماری کووید ۱۹ است. تا جایی که

این یاس و ناامیدی در ایام بیماری و قرنطینه مانع برقراری ارتباطات مجازی در برخی افراد نیز شده است. یاس و دل‌مردگی ناشی از نوع بیماری در یکی از مصاحبه‌شوندگان موجب ایجاد افکار خودکشی و شکایت به خدا شده بود. این یافته‌ها همسوبا پژوهش سرافینی وهمکاران (۲۰۲۰) است که نشان می‌دهد در پی اپیدمی کرونا در چین مشکلات روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی، ناامیدی و احساس ناامنی پدیدار شده است. از آنجایی که پژوهش یاو، چن و ژیو^۱ (۲۰۲۰) نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلالات روانی از جهت احتمال ابتلا به ویروس آسیب‌پذیرترند و به علاوه شیوع اپیدمی یک بیماری موجب افزایش ترس، اضطراب و افسردگی نیز می‌شود؛ به نظر می‌رسد عدم اطلاع از وضعیت روان‌شناختی پایه‌ی مبتلایان قبل از ابتلا به بیماری مانع تحلیل دقیق ضریب اثربیماری بر اختلالات روان‌شناختی بعد از بهبودی در ایام پساکرونا است.

در تبیین مضمون اصلی چهارم احساس نزدیکی به مرگ و واکنش آنچه در بین مضامین فرعی مشترک است محتوای تفکر مصاحبه‌شوندگان درباره‌ی مرگ است و به نظر می‌رسد آنچه موجب تفاوت تجربه‌ی آنها در حوزه‌ی این مفهوم می‌شود جهان‌بینی و معنای متصور مصاحبه‌شوندگان از زندگی و مرگ است. یافته‌های این پژوهش همسوبا مطالعه‌ی منزیس و منزیس (۲۰۲۰) است. بسیاری از واکنش‌های رفتاری افراد را می‌توان از دریچه‌ی نظریه‌ی مدیریت ترس تحلیل کرد. از این منظر یادآوری مرگ که در شرایط پاندمیک کرونا نیز وجود دارد، موجب می‌شود افراد برای زنده ماندن تمهیداتی مانند استفاده از تجهیزات محافظتی یا قرنطینه و ایزوله کردن خود یا تقویت جهان‌بینی می‌اندیشند. اضطراب مرگ که اخیراً به عنوان یک سازه‌ی فراشناختی تشخیص داده می‌شود، در شرایط فعلی موضوعیت دارد (منزیس و منزیس^۲، ۲۰۲۰).

مضمون اصلی پنجم فعالیت‌های موثر در تاب‌آوری در برابر بیماری است.

مصاحبه‌شوندگان راه‌های مقابله‌ای متفاوتی در برابر بحران ابتلای به کرونا برگزیده‌اند که در مضامین فرعی به آن پرداخته شده است. پولیزیوهمکاران (۲۰۲۰) نیز معتقداند از آنجایی که فاصله‌گذاری اجتماعی امکان تعامل چهره به چهره را از بین می‌برد، تعاملات جایگزین در فضای مجازی فرصت برقراری ارتباط ضروری و حمایت اجتماعی، که برای عملکرد سازگاران انسان ضروری است را فراهم می‌کند. به علاوه فعالیت‌هایی از قبیل بازی‌های کامپیوتری، حل پازل، آواز خواندن، کتاب خواندن و گوش دادن به موسیقی، یادگیری زبان جدید، دیدن تلویزیون می‌تواند در برنامه زندگی در قرنطینه وارد شود. این فعالیت‌های انطباقی، فعالیت‌های رفتاری تاب‌آورانه نامیده می‌شوند و می‌توانند هیجانات مثبت ایجاد کنند (پولیزی و همکاران، ۲۰۲۰). راهبردهای مقابله‌ای که افراد در این شرایط به کار می‌گیرند تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله نوع ارزیابی افراد از شرایط، عوامل جمعیت شناختی و شدت شیوع قرار دارد (چیوههمکاران، ۲۰۲۰). در مجموع می‌توان گفت روش‌هایی که در حوادث و وقایع سخت در تحقیقات موجب بالا رفتن تاب‌آوری می‌شود احتمالاً در افزایش تاب‌آوری در برابر ویروس کرونا موثر خواهد بود (پولیزی و همکاران، ۲۰۲۰).

مضمون اصلی ششم سرایت متقابل احوالات روحی بیمار، مراقبان و کادر درمانی است که نشان می‌دهد همه‌ی بیماران بهبودیافته به خوبی این تبادل و سرایت حالات روان‌شناختی را درک می‌کنند و تفاوت آنها در محتوای حالت و احساسی که بین آنها و نزدیکانشان مبادله می‌شود. بیماران متوجه احوالات پزشک معالج و پرستاران خود نیز هستند و فشار و افسردگی در تیم درمانی نیز از سوی بیماران درک و بیان شده است. همسوبا یافته‌های این پژوهش مطالعه‌ی کیفی خانواده‌هایی در غنا که یکی از اعضایشان مبتلا به کرونا شده است نیز نشان می‌دهد ابتلای یکی از اعضای خانواده به کرونا چالش‌های روانی-اجتماعی برای خانواده به همراه دارد و تیم متخصصان درمان در حفاظت از خانواده‌ها در این وضعیت نقش دارند (آیسی بواتنگ، اگلگبی، اسیوانتویی و همکاران^۱، ۲۰۲۰). امروزه زندگی تمام مردم جهان تحت تاثیر ویروس کرونا دچار بحران

1. Ayisi-Boateng, N. K., Eglewogbe, D., Owusu-Antwi, R.

شده است و با همه گیر شدن کرونا هم کادر درمان و هم مردم عادی مشکلات روانی را تجربه خواهند کرد (عرفان و نعیم^۱، ۲۰۲۰).

مضمون اصلی هفتم اثربیماری بر معنا و سبک زندگی تجربه‌گران کرونا بعد از طی دوران نقاهت و بهبودی است. مضمون‌های فرعی حاکی از تغییر سبک زندگی در عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان است که تجربه‌ی این بیماری بر معنای آنها اثر گذاشته و اولویت‌ها آنها را تغییر داده است. این تغییرات در حوزه‌ی خود، استفاده‌ی از فضای مجازی، اهمیت روابط خانوادگی، گزیده در ارتباطات، غنیمت دانستن فرصت‌های کوتاه زندگی برای محبت به دیگران، تغییر جهان بینی و رفتارهای روزمره و نوع برخورد با دیگران، توجه به ضعف وجودی انسان و بی‌ارزشی زندگی بوده است. اگرچه از منظر مصاحبه‌شوندگان ممکن است معنایی که در دوره‌ی بیماری حاصل می‌شود در روزمرگی‌ها اسیر فراموشی شود. در مقابل عده‌ی دیگر احساس تغییری در سبک زندگی خود بعد از این تجربه نداشته‌اند و معتقدند هدفمندی و آرمانی که همیشه در زندگی آنها جاری بوده است، مانع تغییر سبک زندگی‌شان پس از تجربه‌ی یک بحران بوده است. کارشناسان اظهار داشته‌اند که احساسات در شرایط اپیدمی کووید-۱۹ بسیار شبیه غم و اندوه است و افراد با برهم خوردن روال عادی زندگی شان پوچی و اندوه را تجربه می‌کنند که حتی می‌تواند منجر به از دست دادن معنی زندگی شود از آنجا که ثابت شده است داشتن یک هدف یا معنای مشخص در زندگی دارای فواید زیادی است و به افراد کمک می‌کند در برابر آسیب‌ها مقاوم باشند (جانگ، زیگلر و اسپچیر^۲، ۲۰۲۰).

تجربه‌ی برخی مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد کسانی که از قبل معنای اصیلی برای زندگی خود قائل بودند، تغییری در سبک زندگی و معنایشان گزارش نکرده‌اند. این یافته‌ها همسوبا پژوهش جانگ و همکاران (۲۰۲۰) نشان می‌دهد سرمایه‌گذاری روان‌شناسان در راستای معناجویی مراجعان در شرایط عادی آنها را برای مقابله با دشواری‌های زندگی آماده می‌کند.

مضمون اصلی هشتم دل مشغولی در حوزه‌ی وظایف و تعهدات است و همسوبا یافته‌های بوهجی و جهرمی (2020)^۱ مطالعه می‌باشد. شرایط قرنطینه ناشی از ابتلای بیماری مانع فعالیت‌های کاری و انجام وظایف و امور روزانه‌ی افراد می‌شود. مضامین فرعی و تحلیل مصاحبه‌ها نشان می‌دهد مشغولیت فکری درباره‌ی تعهدات، حق الناس، روابط و آرزوهای شخصی و کارهای عقب افتاده، عذاب وجدان ناشی از تعویق در انجام تعهدات و تفکر جبران آنها در آینده و احساس مسئولیت در مقابل وظایف و چاره‌اندیشی برای جبران آن و پیگیری امور شغلی بعد از اتمام پیک مریضی از دغدغه‌های جدی مصاحبه‌شوندگان بعد از تخفیف رنج شدید جسمانی است. البته یکی از مصاحبه‌شوندگان اشاره کرده است که دغدغه‌ی خاطر شغلی به دلیل نوع شغل خود و امکان انتساب همکار جایگزین جهت انجام امور تجربه نکرده است.

مضمون اصلی نهم پیشنهادات کاربردی بیماران بهبود یافته است که شامل مضامین فرعی احساس کمبود یک مشاور در ایام بستری به جهت آگاهی از آسیب‌های احتمالی روحی و پیگیری از آنها و لزوم برنامه‌ریزی در این جهت و به کارگیری نیروهای انسانی متخصص، تجربه‌ی جلسات ناکارآمد مشاوره بعد از اتمام بیماری و مشاهده‌ی عدم آمادگی مشاوران برای وضعیت جدید و لزوم تهیه‌ی پروتکل مناسب، پیشنهاد همراه شدن یک بیمار بهبود یافته‌ی کرونا با بیماران تازه و چاره‌اندیشی برای مصاحبت و تعامل بیماران با نزدیکان در شرایطی ایمن و ایزوله است. این پیشنهادات از این جهت که می‌تواند مسئولان سلامت را در ارتباط با تخصیص منابع و ایجاد روش‌های درمانی مناسب یاری کند، مهم است. در جهت تایید این نتایج می‌توان به یک مطالعه‌ی پیمایشی سلامت روان در چین اشاره کرد که برنامه‌های آموزش آنلاینی که در دوران شیوع بیماری طراحی شد به پیگیری و درمان آسیب‌های روان شناختی ناشی از کرونا کمک شایانی کرده است. انتشار سریع کتاب و نسخه‌های آنلاین رایگان عمومی در زمینه پیگیری، کنترل و آموزش بهداشت روان، خدمات مشاوره و روان‌شناسی آنلاین رایگان و سیستم‌های مداخله‌ی روان‌شناختی و مددکاری آنلاین از جمله درمان شناختی

رفتاری آنلاین برای افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی و برنامه‌های هوشمند جهت شناسایی افراد در معرض خودکشی نیز ایجاد شده است که می‌تواند کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی و اثربخشی مداخلات اضطراری را بهبود بخشد (لیو، یانگ، ژانگ و همکاران^۱، ۲۰۲۰). به نظر ضروری می‌رسد کادر پزشکی بیماران را در مورد ضرورت درمان روان‌شناختی مطلع سازند تا بیماران آسیب‌پذیر در برابر آسیب روانی از مداخلات روان‌شناختی هدفمند در جهت بهبود سلامت روان استفاده کنند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که تجربه مبتلایان کووید-۱۹ با یک دیگر شباهت‌ها و تفاوت‌هایی دارد که در ۹ مضمون اصلی و در ۴۸ مضمون فرعی تشریح و تبیین شده است. در ارتباط با تبیین کلی واکنش‌ها می‌توان گفت که شیوع بیماری کرونا آثار روان‌شناختی بر افراد را نیز به دنبال دارد. یافته‌های این پژوهش به متخصصین و محققین کمک می‌کند تا با استفاده از بررسی تجارب بیماران بهبودیافته‌ی تاب‌آور و مقاوم در مقابل بیماری‌هایی که ظرفیت روان‌شناختی‌شان کاهش یافته و در معرض آثار سوء وضعیت حاد جسمانی و شرایط ایزوله و قرنطینه و احتمال خودکشی قرار گرفتند، به تدوین برنامه‌های هدفمند جهت حفظ سلامت روان افراد مبتلا در سطوح مختلف جامعه بپردازند. انجام پژوهش‌هایی نظیر پژوهش حاضر در شرایط فعلی شیوع کووید-۱۹ با در نظر گرفتن افراد در بافت فرهنگی و اجتماعی به آنها در مورد پاسخ‌های روان‌شناختی آگاهی می‌دهد. علاوه بر آگاهی افراد از تظاهرات بالینی و آگاهی از پاسخ‌های روان‌شناختی احتمالی چنین پژوهش‌هایی می‌تواند به شناسایی نیاز جامعه به مداخله و حمایت روان‌شناختی، کمک کند. و هم‌چنین دولت‌ها می‌توانند بر اساس نتایج چنین پژوهش‌هایی برنامه‌های حمایتی جهت کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و پیامدهای آسیب‌رسان عاطفی ناشی از اپیدمی کووید-۱۹ برای همه‌ی افراد به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر تدارک ببینند تا بتوانیم افراد جامعه را از نظر روانی برای مواجهه با اپیدمی‌ها بهتر آماده کنیم و از بحران روان‌شناختی در دوره‌ی پساکرونا پیشگیری کنیم.

منابع

امامی سیگارودی، ع.، دهقان نییری، ن.، رهنورد، ز.، ونوری، س. (۱۳۹۱). روش شناسی تحقیق کیفی: پدیدارشناسی. پرستاری و مامائی جامع‌نگر. ۲۲ (۲): ۵۶-۶۳.
 محمد پور.ا. (۱۳۹۲). روش تحقیق کیفی ضد روش ۱، جلد دوم، تهران: انتشارات جامعه شناسان.

- Ayisi-Boateng, N. K., Egblewogbe, D., Owusu-Antwi, R., Essuman, A., & Spangenberg, K. (2020). Exploring the illness experiences amongst families living with 2019 coronavirus disease in Ghana: Three case reports. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 12 (1) , 1–3.
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T.,... & Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological medicine*, 1-2.
- Buheji, M., & Jahrami, H. (2020). Analysing Hardiness Resilience in COVID-19 Pandemic-Using Factor Analysis. *International Journal of Management*, 11 (10).
- Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: Practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*, 61 (7) , 350–356.
- Daphna-Tekoah, S., Brikman, T. M., Scheier, E., & Balla, U. (2020). Listening to hospital personnel’s narratives during the COVID-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (17) , 1–15.
- De Jong, E. M., Ziegler, N., & Schippers, M. C. (2020). From shattered goals to meaning in life: Life crafting in times of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*, 11.
- Irfan, M., & Naem, F. (2020). Coping With Covid-19: Urgent Need for Building Resilience Through Cognitive Behaviour Therapy. *Khyber Medical University Journal*, March, 10–13. 4
- Kandeger, A., Guler, H. A., Egilmez, U., & Guler, O. (2021). Major depressive disorder comorbid severe hydrocephalus caused by Arnold – Chiari malformation Does exposure to a seclusion and restraint event during clerkship influence medical student ’ s attitudes toward psychiatry ? *Indian Journal of Psychiatry*, 59 (4) , 354–362.
- 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.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Correspondence Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7 (4) , e17–e18.
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, 1–11.

- Nursalam, N., Sukartini, T., Priyantini, D., Mafula, D., & Efendi, F. (2020). Risk factors for psychological impact and social stigma among people facing COVID 19: A systematic review. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11 (6) , 1022–1028. <https://doi.org/10.31838/srp.2020.6.146>
- Pedrosa AL, Bitencourt L, Fróes ACF, Cazumbá MLB, Campos RGB, de Brito SBCS and Simões e Silva AC (2020) Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. *Front. Psychol.* 11:566212.
- Polizzi, C., Lynn, S.J., Perry, A. (2020). Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2) , 59 – 62
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *Qjm*, 113 (8) , 229–235.
- Shahyad, S., & Mohammadi, M. T. (2020). Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: A narrative review. *Journal of Military Medicine*, 22 (2) , 184–192. <https://doi.org/10.30491/JMM.22.2.184>
- Tomaszek, K., & Muchacka-Cymerman, A. (2020). Thinking about my existence during COVID-19, I feel anxiety and awe—The mediating role of existential anxiety and life satisfaction on the relationship between PTSD symptoms and post-traumatic growth. *International journal of environmental research and public health*, 17 (19) , 7062.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395, 470–473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)
- Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G.,... & Ruan, L. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. *medRxiv*.
- Yao, H., Chen, J., & Xu, Y. (2019). Correspondence Patients with mental health disorders in the. *The Lancet Psychiatry*, 7 (4) , e21.