



Describe and compare the experience of middle-aged people, of Covid-19 epidemic and quarantine conditions in the first and second peaks of the disease

Mozhgan Rezvani Shakib¹, Zahra Abdekhodaei^{2*}

1. Master's Student of Clinical Family Psychology, Department of Basic Studies, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. (Corresponding Author): Assistant Professor, Department of Basic Studies, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Citation: Rezvani Shakib M, Abdekhodaei Z. Describe and compare the experience of middle-aged people, of Covid-19 epidemic and quarantine conditions in the first and second peaks of the disease. *Journal of Research in Psychological Health*. 2021; 14 (4), 66-84. [Persian].

Key words:

Corona, middle-aged, quarantine, qualitative study

Highlights

- The remarkable point of the present study is that middle-aged people have experienced more acceptance of the crisis and the resulting situation than experiencing growth and change in the two corona peaks. In fact, middle-aged people try to adjust to their limitations and are less concerned about changing their lifestyle.

Abstract

The aim of this study was to describe and compare the lived experience of middle-aged people with the phenomenon of Covid-19 and quarantine experience in the first and second peaks of the disease. This qualitative study was done by descriptive phenomenological method. 10 middle-aged participants (41 to 65 years old) were chosen by purposive sampling method and interviewed in depth, during two peaks of corona in Iran. Data were saturated with 7 interviews and to make sure, 10 people were interviewed. Data obtained from the interviews were analyzed by the seven-step Colaizzi's method. The present study achieved 10 main themes and 28 sub-themes. Key topics included first encounter, worries, beliefs, dealing, and the role of religion, family relationships, existential concerns, post-corona growth and the experience of infecting relatives. It seems that in the first peak of Corona, middle-aged people experienced anxiety, which over time, decreased by turning to religion, the principles of hygiene and avoidance. The remarkable point of the present study is that middle-aged people have experienced more acceptance of the crisis and the resulting situation than experiencing growth and change in the two corona peaks. In fact, middle-aged people try to adjust to their limitations and are less concerned about changing their lifestyle.

توصیف و مقایسه تجربه میان سالان از همه گیری کووید-۱۹ و شرایط قرنطینه در پیک نخست و دوم بیماری: یک مطالعه کیفی

مژگان رضوانی شکیب^۱، زهرا عبدخدایی^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خانواده، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه مطالعات بنیادین، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. z_abdekhodaei@sbu.ac.ir

یافته های اصلی

- نکته قابل توجه پژوهش حاضر این است که میان سالان بیشتر از آن که در دو پیک کرونا رشد، تحول و تغییر را تجربه کنند، پذیرش نسبت به بحران و شرایط به وجود آمده را تجربه کرده اند. در واقع میان سالان تلاش می کنند خود را با محدودیت ها منطبق کنند و کمتر به فکر تغییر خود و سبک زندگی هستند.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف توصیف و مقایسه تجربه زیسته میان سالان از پدیده کووید-۱۹ و تجربه قرنطینه در پیک نخست و دوم بیماری صورت پذیرفت. این مطالعه از نوع کیفی و روش پدیدارشناسی توصیفی است. ۱۰ شرکت کننده میان سال (۶۵ تا ۴۱ سال) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و در طی دو پیک ابتلا به کرونا در کشور مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. داده ها با مصاحبه ۷ نفر به اشباع رسید و برای اطمینان بیشتر مصاحبه ها تا ۱۰ نفر ادامه یافت. داده های به دست آمده از مصاحبه ها به روش هفت مرحله ای کلازی تحلیل شدند. پژوهش حاضر به ۱۰ مضمون اصلی و ۲۸ مضمون فرعی دست یافت. مضامین اصلی شامل، مواجهه اولیه، نگرانی ها، باورها و تفکرات، روش های رویارویی، نقش مذهب در برخورد با کرونا، روابط خانوادگی، دغدغه های وجودی برانگیخته شده در خلوت، آثار قرنطینه، رشد پساکرونا و تجربه ابتلای نزدیکان می گردد. به نظر می رسد در اولین پیک کرونا میان سالان اضطراب و نگرانی را تجربه کردند که با گذشت زمان با روی آوردن به مذهب، رعایت اصول بهداشتی و اجتناب رو به کاهش گذاشت. نکته قابل توجه پژوهش حاضر این است که میان سالان بیشتر از آن که در دو پیک کرونا رشد، تحول و تغییر را تجربه کنند، پذیرش نسبت به بحران و شرایط به وجود آمده را تجربه کرده اند. در واقع میان سالان تلاش می کنند خود را با محدودیت ها منطبق کنند و کمتر به فکر تغییر خود و سبک زندگی هستند.

تاریخ دریافت

۱۳۹۹/۱۱/۰۵

تاریخ پذیرش

۱۴۰۰/۰۹/۰۲

واژگان کلیدی

کرونا، قرنطینه، مطالعه کیفی، میان سالان

مقدمه

شیوع یک بیماری ویروسی جدید به نام کووید-۱۹ (COVID-19)، در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹ (دی ماه سال ۱۳۹۸)، با نشانگان التهاب ریه و ایجاد مشکل در سیستم تنفسی افراد گزارش شد (۱-۲). با تشدید موارد مبتلا و افزایش مرگومیر، سازمان جهانی بهداشت^۱، شیوع بیماری کووید-۱۹ را به عنوان اورژانس سلامت عمومی و نگرانی فراگیر جهانی اعلام کرد (۳-۴). این بیماری دارای پیچیدگی خاصی بوده و ابعاد و پیامدهای چندگانه‌ای دارد که می‌تواند در ایجاد هزینه‌های قابل توجه در حوزه سلامت، اجتماعی و اقتصادی برای افراد، جوامع و خدمات بهداشت نقش داشته باشد (۵). بیماری همه گیر کووید ۱۹ چالش‌های بی‌سابقه‌ای را به وجود آورده و تهدیدی برای بشریت، به‌ویژه زندگی، روابط و رفاه افراد است (۶). یک اقدام اساسی جهت کاهش و کنترل شیوع بیماری، فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه است (۷). قرنطینه و اجرای قوانین مربوط به فاصله‌گذاری اجتماعی اگرچه برای مقابله با شیوع بیماری کرونا، مؤثرترین راه حل به نظر می‌رسد با این وجود پیامدهای جانبی بسیاری برای اکثر گروه‌های سنی، زندگی خانوادگی و کار و تعامل آنان خواهد داشت (۸). در این میان تجربه‌ی قرنطینه و بیماری برای میان‌سالانی که به علت افزایش خطر مرگ و میر در این گروه سنی، درگیری بیشتر با بیماری‌های مزمن نسبت به دیگر گروه‌های سنی و قرار گرفتن در گذار رشدی میان‌سال، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها به همراه خواهد داشت (۹). بحران میان‌سالانی دوره‌های دشوار و استرس‌زا زندگی است که عموماً در دهه چهارم زندگی و به طور خاص در بازه ۴۰ تا ۶۰ سالگی رخ می‌دهد (۱۰-۱۱). بحران در دوران میان‌سالانی با تغییر و تحول هویت و شخصیت فرد نمایان می‌شود. معمولاً در این دوره فرد در ارزش‌ها، ویژگی‌های فردی، نقش‌ها، گروه‌های مرجع، روابط متقابل و به طور کلی در دیدگاهش به زندگی دچار تردید می‌گردد. ویژگی‌های اصلی این

بحران، هیجانات منفی قدرتمند، تغییرات اساسی و ملموس در ساختار زندگی، چالش‌ها و تغییرات هویتی است (۱۲). این بحران شامل تجارب مثبت و منفی است که می‌تواند فرد را به سمت سلامت و بهزیستی یا احساس خلا و ناسازگاری بکشانند (۱۳). بحران میان‌سالانی ناشی از رشد آگاهی فرد در خصوص مرگومیر است. آگاهی فزاینده فرد در خصوص مرگ و چالش‌های پیری که با آن روبه‌رو است، می‌تواند منجر به فعال شدن این بحران گردد. به بیان دیگر، بحران میان‌سالانی می‌تواند به واسطه رویدادها و اتفاقات منفی زندگی فعال شود (۱۴).

با توجه به آسیب‌پذیری افراد میان‌سال نسبت به کووید-۱۹، افزایش خطر مرگومیر در میان‌سالانی که بیماری مزمن دارند و همچنین به منظور کاهش بار خدمات درمانی به افراد میان‌سال توصیه شده است در خانه بمانند. اثرات سوء قرنطینه خانگی و مشاهده افزایش مرگومیر در افراد میان‌سال می‌تواند منجر به درگیری آنان با بحران میان‌سالانی گردد (۷). بنابر پژوهش‌های انجام شده در همه‌گیری‌های قبلی، به طور کلی قرنطینه خانگی برای میان‌سالان با پیامدهایی همراه است. ماندن در خانه موجب تغییرات ناگهانی در زندگی اجتماعی فرد می‌شود، کاهش تماس با دیگران و محدود شدن ارتباطات اجتماعی فرد موجب احساس تنهایی و انزوای اجتماعی می‌گردد (۱۵). میان‌سالان در شرایط همه‌گیری به علت اینکه خود را آسیب‌پذیرتر می‌دانند، ترس، افسردگی، اضطراب و نگرانی بیشتری را نسبت به دیگر گروه‌های سنی تجربه می‌کنند (۱۶). در پژوهش کاوا^۲ و همکاران که بر روی بیماران میان‌سال درگیر سارس^۳ انجام گردید، به این نتیجه دست یافتند که، علی‌رغم تفاوت‌های فردی افراد با یکدیگر، مضامین مهم استخراج شده از مصاحبه‌ها شامل؛ احساس عدم اطمینان و قطعیت از زندگی، حس انزوا و مشکلات مقابله و رویارویی با فشارها و استرس‌های روانی بودند (۱۷). بروک^۴ و همکاران نیز

² Cava³ SARS⁴ Brooks¹ American Psychological Association

در فراتحلیلی با بررسی ۲۴ مقاله به واکاوی اثرات قرنطینه در حین بروز بیماری‌های واگیردار در جوامع گوناگون، پرداختند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که، پژوهش‌های بررسی شده به اثرات روان شناختی منفی قرنطینه شدن از جمله؛ علائم استرس پس از سانحه، سردرگمی و عصبانیت اشاره کرده‌اند. همچنین، استرس‌ورهای روان‌شناختی همچون، نگرانی از طولانی‌تر شدن قرنطینه، بلا تکلیفی در آینده، ترس از ابتلا به بیماری، کسالت و بی‌حوصلگی، امکانات ناکافی، اطلاعات غلط و ضررهای مالی و اقتصادی در نتیجه ماندن در قرنطینه‌های طولانی‌مدت ایجاد می‌شود (۱۸). مطالعاتی که تاکنون انجام شده کمتر به بررسی تأثیرات کرونا و قرنطینه بر افراد میان‌سال پرداخته‌اند، درحالی‌که این گروه از افراد به جهت آسیب‌پذیری بیشتر در برابر کرونا، سابقه بیماری‌های زمینه‌ای و درگیری با گذار میان‌سالی در معرض خطر بیشتری هستند. تمام این موارد موجب شکل‌گیری این سوال شد که با توجه به تکالیف رشدی و بحران دوران میان‌سالی و مسائل و محدودیت‌های پیش آمده به واسطه قرنطینه، این گروه از افراد چه تجربه زیسته‌ای از این دوران دارند. برای درک این پدیده و آگاهی از چگونگی تجربه و دیدگاه افراد میان‌سال رویکرد کیفی و پدیدارشناسانه می‌تواند کمک‌کننده باشد. این رویکرد در جستجوی عمیق معنا و تجارب زنده افرادی است که این پدیده را از نزدیک درک و لمس کرده‌اند. بررسی چگونگی تجربه افراد از یک پدیده، جنبه‌های مفیدی را فراهم می‌کند که از طریق یک پژوهش علمی-تجربی به راحتی قابل دسترس نیستند. بدون درک درست از تجربه زندگی شخص، هر گونه تفسیر و مداخله‌ای بی‌ارزش خواهد بود. بنابراین بسیار مهم است که تجربیات توصیف‌شده توسط افرادی که با پدیده مورد بررسی روبه‌رو هستند، به صورت ذهنی بررسی شود (۱۹) بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ در حال ایجاد نگرانی و ترس در میان‌سالان است و درک به موقع از احساسات و پاسخ‌های میان‌سالان برای رفع صحیح نیازهای آنان در طی این بیماری همه‌گیر ضروری بوده و الزم است جهت کنترل و پیشگیری از عوارض

احتمالی این شرایط بر روی میان‌سالان که قشر مهم و تأثیرگذار جامعه هستند و همچنین به جهت اینکه این گروه سنی به دلیل احتمال ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای در معرض خطر بیشتری قرار دارند و از سوی دیگر مطالعات گویای تأثیرگذاری سطح بالای استرس و نگرانی بر روی سایر ساختارهای جسمانی فرد است که می‌تواند منجر به تشدید یا ایجاد بیماری‌های جسمانی متعدد گردد (۲۰-۳). توجه به نگرانی‌ها، دغدغه‌ها و تنش‌هایی که این افراد در این دوره تجربه کرده‌اند جهت پیشگیری از مشکلات روانشناختی ناشی از این تجارب، ضروری است. این مطالعه با هدف بررسی تجربه زیسته میان‌سالان از کرونا و شرایط قرنطینه، بررسی مسائل و مشکلات روانشناختی و همچنین واکنش‌ها و سبک‌های مقابله‌ای آنان در مواجهه با این پدیده صورت پذیرفت.

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی^۱ است. که از طریق روش پدیدارشناسانه توصیفی^۲ به بررسی تجربه زیسته شرکت‌کنندگان در موج نخست و دوم کرونا پرداخته شد. از میان میان‌سالان ۴۱ تا ۶۵ سال ساکن شهر مشهد، ۱۰ شرکت‌کننده (۷ خانم و ۳ آقا) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردید. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۵۰٫۲ و ۳٫۱۲ است. این بازه سنی براساس نظریه رشد روانی اجتماعی اریکسون، میان‌سالی تعریف می‌گردد (۲۱). ملاک ورود به پژوهش رضایت آگاهانه، سن ۴۱ تا ۶۵ سال و عدم سابقه ابتلا به اختلالات روانپزشکی بود. ملاک خروج از طرح ابتلای شرکت‌کننده به بیماری کرونا و یا ابتلا و فوت یکی از نزدیکان به دلیل بیماری کرونا در پیک اول بیماری بود. از آنجا که ملاک حجم نمونه به اشباع رسیدن اطلاعات بود، بعد از مصاحبه با ۷ نفر اطلاعات به اشباع رسید، جهت کسب اطمینان جمع‌آوری داده‌ها تا ۱۰ نفر ادامه یافت.

¹ Qualitative

² Descriptive Phenomenology

در پژوهش حاضر از روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته برای بررسی تجربه زیسته شرکت کنندگان استفاده شد. بدین صورت که مصاحبه با پرسشی بازپاسخ در مورد نحوه آشنای شدن شرکت کنندگان با بیماری کرونا آغاز شد و از مشارکت کنندگان خواسته شد در مورد تجربه خود هنگام مواجهه با بیماری و دوران قرنطینه توضیح دهند، سپس مصاحبه بر اساس صحبت‌های شرکت کنندگان هدفمند شده و پرسش‌های پیگیری پرسیده شدند. اما محورهای عمده‌ای که در طول مصاحبه مورد توجه قرار گرفتند، افکار و احساسات نسبت به کرونا و شرایط قرنطینه، روش‌های مقابله با کرونا، روابط خانوادگی، آثار قرنطینه و بیماری بر زندگی میان‌سالان، تجربه مواجهه با بیماری بود و پرسش‌ها بر مبنای این محورهای اصلی مطرح می‌گردید. از مشارکت کنندگان خواسته شد در مورد تجربه خود هنگام مواجهه با بیماری، دوران قرنطینه، پیک نخست و دوم بیماری توضیح داده و به پرسش‌هایی از قبیل موارد زیر پاسخ دهند؛ «نگرانی‌ها و دغدغه‌های شما در هنگام مواجهه با ویروس کرونا چه بود؟»، «هنگامی که احساس نگرانی و اضطراب داشتید چه می‌کردید؟» و در طی مصاحبه پرسش‌های اکتشافی جهت پیگیری پرسش‌ها و دسترسی به اطلاعات جزئی‌تر پرسیده می‌شد. جهت بررسی و مقایسه تغییرات در پیک نخست و دوم این مصاحبه در طی دو مرحله انجام گرفت، مرحله اول مصاحبه در پیک نخست بیماری و مرحله بعد با فاصله پنج ماه در پیک دوم بیماری روی همان نمونه قبل انجام گرفت. مدت زمان هر مصاحبه نیز بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بود.

در این مطالعه، با استفاده از پیشینه پژوهشی و مضامین مهم موجود در پژوهش‌های گذشته و با کمک منابع موجود در طراحی سوالات مصاحبه در روش تحقیق کیفی، به تبیین و طراحی سوالات مصاحبه پرداخته شد. پس از آن برای دستیابی به نمونه مورد نظر به اطلاع‌رسانی در شبکه‌های مجازی و مکان‌های عمومی اقدام شد. پس از دستیابی به نمونه مورد نظر ابتدا هدف پژوهش برای

شرکت کنندگان توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت آنان برای شرکت در پژوهش و کسب اجازه برای ضبط، مصاحبه آغاز شد. پس از اتمام مصاحبه‌ها، فایل ضبط شده به صورت دقیق و کلمه به کلمه تایپ شده و یادداشت‌برداری‌ها و علائم بدنی و واکنش‌های هیجانی و عاطفی نیز ثبت شدند. پس از تحلیل داده‌ها، مضامین به دست آمده توسط شرکت کنندگان رویت شده و صحت آن‌ها بررسی شد (اعتباریابی). تحلیل داده‌ها با روش کلایزی^۱ (۲۲) انجام شد. ابتدا مصاحبه‌ها پیاده شد، چندین بار برای دستیابی به اظهارات عمده شرکت کنندگان مورد مطالعه قرار گرفت. در مرحله بعد اظهارات عمده شرکت کنندگان در جدولی جداگانه قرار گرفت و مفاهیم فرموله شده در روبه‌روی آن آورده شد. سپس در مقابل هر اظهار عمده‌ای کدبندی صورت گرفت.

جدول ۱. نمونه اظهارات عمده، معانی فرموله شده و کدبندی

اظهارات عمده	معنای فرموله شده	کدبندی
سابقه‌ی عمل قلب	باعث نگرانی بیشتر	نگرانی به دلیل سابقه عمل قلب
چون ده سال پیش عمل قلب انجام دادم	می‌شود.	
و تلویزیون هم اعلام کرد کسانی که عمل قلب داشتند مواظب باشند، کم کم قضیه برای من جدی شد.	کرونا برای افرادی با مشکلات قلبی خطر بیشتری دارد.	خطرناک بودن کرونا برای بیماران قلبی
باشند، کم کم قضیه برای من جدی شد.	مراقبت‌ها با اعلام گروه‌های پرخطر	تشدید نگرانی به دلیل داشتن سابقه‌ی بیماری قلبی
	افزایش می‌یابد.	

به دنبال این مرحله، جدولی سه ستونه کشیده شد و تمام کدبندی‌ها به طور جداگانه وارد ستون نخست شدند. در ستون دوم کدبندی‌ها به صورت موضوعات دسته بندی شده و در آخر، ستون سوم خوشه‌های اصلی و فرعی را دربرگرفت. جهت بررسی اعتبار اطلاعات به دست آمده علاوه بر نویسندگان مقاله برای سه متخصص دیگر که در زمینه پژوهش کیفی تبحر داشتند، ارسال شد. جهت بررسی روایی نیز نتایج برای شرکت کنندگان فرستاده شد و مورد تایید قرار گرفت.

¹ Colaizzi's method

محرمانه ماندن اطلاعات از آوردن نام آزمودنی‌ها در قسمت نتایج خودداری شد. علاوه بر این، ابتدای مصاحبه در خصوص ضبط صدا، محرمانه ماندن اطلاعات و رعایت رازداری به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد و رضایت آنان جلب گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه شرکت‌کنندگان ۱۰ فرد میان‌سال (هفت خانم و سه آقا) در بازه سنی ۴۱ تا ۶۵ سال بودند. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان از سطح بی‌سواد تا فوق لیسانس بود. میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۵۰٫۲ و ۳٫۱۲ است. نتایج پژوهش حاضر به طور کلی در ۱۰ خوشه اصلی و ۲۸ خوشه فرعی دسته‌بندی شد. که از این تعداد تنها ۲ خوشه اصلی و ۴ خوشه فرعی مربوط به پیک دوم بیماری بودند و سایر خوشه‌های اصلی و فرعی بین دو پیک بیماری مشترک بودند.

جدول ۲. نمونه کدبندی، موضوع و خوشه‌های اصلی و فرعی

کدبندی	موضوع	خوشه اصلی و فرعی
احساس نزدیکی میان اعضای خانواده زمان بیشتر زوجین برای با هم بودن وجود اختلاف نظر و بحث بر سر رعایت اصول بهداشتی انجام فعالیت‌های مشترک میان اعضای خانواده	وضعیت روابط مشترک خانوادگی در دوران قرنطینه	*روابط خانوادگی ۱. ایجاد ثبات و آرامش احساس نزدیکی افزایش فعالیت‌های مشترک ۲. ایجاد تنش و چالش اختلاف نظر بر سر رعایت اصول بهداشتی

ملاحظات اخلاقی شامل جلب تمایل و رضایت کامل برای شرکت در این پژوهش بود. ضمن رعایت اصل رازداری و

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه

شرکت‌کنندگان	سن	جنسیت	شغل	تحصیلات	تاهل	سابقه ابتلا به بیماری - شدت بیماری	فوت نزدیکان ناشی از کرونا	باورهای مذهبی (زیاد - متوسط - کم)
یک	۵۳	آقا	بازنشسته	کارشناسی ارشد	متاهل	بیماری قلبی - متوسط	خیر	متوسط
دو	۵۳	خانم	معلم	کارشناسی	متاهل	ندارد	خیر	متوسط
سه	۵۰	خانم	شغل آزاد	سیکل	مجرد	ندارد	خیر	متوسط
چهار	۴۵	خانم	خانه‌دار	بی‌سواد	متاهل	ندارد	خیر	زیاد
پنج	۴۴	خانم	خانه‌دار	سیکل	متاهل	ندارد	خیر	کم
شش	۵۱	آقا	شغل آزاد	دیپلم	متاهل	عارضه شیمیایی - خفیف	خیر	متوسط
هفت	۵۲	خانم	خیاط	دیپلم	مجرد	ندارد	خیر	زیاد
هشت	۴۹	خانم	شغل آزاد	دیپلم	مجرد	ندارد	خیر	متوسط
نه	۵۲	آقا	شغل آزاد	سیکل	متاهل	ندارد	خیر	زیاد
ده	۵۳	خانم	خانه‌دار	سیکل	متاهل	ندارد	خیر	زیاد

۱. مواجهه با کرونا

این خوشه اصلی که نحوه مواجهه شرکت کنندگان را با کرونا نشان می دهد، شامل سه خوشه فرعی می شود.

۱-۱. واکنش به بیماری: در این خوشه دو مولفه رفتار و احساس وجود دارد. دسته ای از شرکت کنندگان (۵ نفر) که ابتدا احساس ترس ناشی از مواجهه با یک پدیده ناشناخته را تجربه کردند، رفتار جدی گرفتن بیماری و رعایت موارد بهداشتی را نشان دادند. شرکت کننده ۱۰ گزارش کرد: "اولین بار که شنیدم ترسیدم، فکر می کردم اگر کرونا بگیرم می میرم و اصلاً از خونه بیرون نمی رفتم." دسته دیگر (۵ نفر) که احساس ترس کمتری را تجربه کردند، منجر به رفتار جدی نگرفتن بیماری و عدم رعایت موارد بهداشتی در آنان گردید. برای مثال شرکت کننده ۳ اینطور بیان می کند: "اولش خیلی جدی نگرفته بودم و معمولی برخورد می کردم"

در پیک دوم بیماری، خوشه ای اصلی مواجهه با کرونا، رفتار و احساس شرکت کنندگان را در خصوص بیماری پس از گذشت ۵ ماه نشان می دهد. به دو خوشه ای فرعی زیستن با کرونا و ترک قرنطینه تقسیم می گردد.

۲-۱. زیستن با کرونا: گذر زمان و طولانی شدن مدت شیوع کرونا منجر به تبدیل شدن آن به امری عادی در میان شرکت کنندگان شده است. این دسته از شرکت کنندگان در طی زمان توانستند اضطراب خود را مدیریت کنند و به درک زندگی کردن با کرونا برسند و با وجود کاهش رعایت قرنطینه خانگی، نکات بهداشتی مانند استفاده از ماسک و شست و شو یا ضد عفونی کردن دست ها را گزارش می کنند. به طور مثال شرکت کننده ۹ گزارش کرد: "با گذر زمان نگرانی هایم کمتر شد. الان شاید سی درصد / اوایل نگران باشم، چون نکات بهداشتی را رعایت می کنم."

۳-۱. ترک قرنطینه: طولانی شدن کرونا و باز شدن مشاغل، مدارس، مکان های تفریحی، غلبه احساس دلتنگی از ندیدن دوستان و نزدیکان و تا حد زیادی کاهش ترس افراد از بیماری موجب شد، دسته دیگری از شرکت کنندگان قرنطینه را ترک کنند و موارد بهداشتی را نیز رعایت نکنند. شرکت کننده ۶ گفت: "من اصلاً رعایت

نمی کنم. مگر همان دست شستن، ولی اینکه بخوام ماسک بزنم یا هر روز ضد عفونی کنم، نه نمی کنم."

۲. نگرانی ها

همه گیری کرونا در ایران موجب شکل گیری نگرانی هایی برای میان سالان گردید. این نگرانی ها در دو خوشه فرعی نگرانی های مربوط به خود (۶ نفر) و نگرانی های مربوط به خانواده (۴ نفر) قرار می گیرد.

۱-۲. نگرانی های مربوط به خود: این خوشه فرعی مجموعه نگرانی هایی را نشان می دهد که میان سالان در ارتباط با ابتلای خود تجربه می کنند. این نگرانی ها در سه دسته زیر قرار می گیرند: نگرانی به علت سن بالا؛ به طور مثال شرکت کننده ۹ گفت: "ابتدای بیماری خیلی ترسیدم و نگران بودم که این بیماری را بگیرم چون من سنم بالاست." نگرانی به علت وجود بیماری مزمن زمینه ای؛ شرکت کننده ۱ گزارش کرد: "چون ده سال پیش عمل قلب انجام دادم و تلویزیون هم اعلام کرد کسانی که عمل قلب داشتند مواظب باشند، کم کم قضیه برای من جدی شد." نگرانی در خصوص رفتن به بیمارستان؛ میان سالان باورهایی در خصوص رسیدگی نامناسب در بیمارستان داشتند، علاوه بر این رفتن به بیمارستان برای آنان به معنای جدی بودن بیماری شان بود. به طور مثال شرکت کننده ۵ این گونه بیان کرد: "اگر بخوایم به بیمارستان بروم برایم ترسناک است، چون فکر می کنم چقدر حالم بد است که می خواهند بستری ام کنند."

۲-۲. نگرانی های مربوط به خانواده: نگرانی در خصوص ابتلای عزیزان، نگرانی بابت ناقل بودن خود و اعضای خانواده و نگرانی بابت عضو مشکل دار خانواده از جمله نگرانی های خانوادگی است که میان سالان تجربه می کنند. به طور مثال شرکت کننده ۴ بیان کرد: "من اگر بیمار بشوم نگران نیستم، بیشتر نگران بچه ها هستم که اتفاقی برایشان رخ ندهد"

در پیک دوم بیماری محتوای نگرانی ها تفاوتی نکرد بلکه شاهد تفاوت در فراوانی و کمیت نگرانی ها بودیم. که در دو خوشه فرعی زیر قرار می گیرد:

۲-۳. کاهش نگرانی‌ها: اکثر شرکت‌کنندگان (۸ نفر) کمتر شدن نگرانی را در پیک دوم بیماری ابراز کردند. علت این امر را هم گذر زمان، افزایش اطلاعات در خصوص کرونا و ابتلای خود یا نزدیکان و کسب بهبودی بعد از ابتلا بیان کردند. شرکت‌کننده ۵ گزارش کرد: "در میان اقوام، هیچکسی را ندیده‌ام که به علت کرونا فوت کرده باشد. همین مسئله باعث کمتر شدن نگرانی‌ها شد."

۲-۴. افزایش نگرانی‌ها: بعضی از شرکت‌کنندگان بیشتر شدن ترس و نگرانی را در پیک دوم بیماری ابراز کردند. علت این امر را هم ابتلای شدید و یا فوت آشنایان، دنبال کردن اخبار و کمتر رعایت شدن موارد بهداشتی توسط اعضای خانواده بیان کردند. شرکت‌کننده ۲ گفت: "اولی همسرم خیلی رعایت می‌کرد چون می‌ترسید ولی الان از ماندن در خانه خسته شده و این نگرانی ما را بیشتر می‌کند."

۳. باورها و افکار در مورد کرونا

این خوسه به بررسی باورها و ادراکات میان‌سالان از کرونا با توجه به تجربه‌ای که از شرایط کرونا و قرنطینه داشتند، می‌پردازد. به طور کلی باورها در مورد کرونا در دسته‌بندی‌های زیر قرار می‌گیرد:

۳-۱. باور به سخت‌تر بودن ابتلا برای افراد دارای بیماری زمینه‌ای: به طور مثال شرکت‌کننده ۱ گفت: "افرادی که ناراحتی قلبی دارند، یا عمل قلب انجام داده‌اند، یا مشکلات تنفسی دارند، کرونا برای آنان سخت است."

۳-۲. باور به کم‌خطر بودن کرونا در برابر آنفولانزا: مثلا شرکت‌کننده ۶ ذکر کرد: "کرونا ۴٪ و آنفولانزا ۱۲٪ تلفات داده است. پس کرونا تلفات و خطرات کمتری دارد. من دچار آنفولانزا شده‌ام و بهبود یافته‌ام."

۳-۳. افکار خرافی در خصوص کرونا: مثلا شرکت‌کننده ۳ گزارش کرد: "این حس را دارم که هر چقدر بیشتر به کرونا فکر کنم بدتر می‌شود یا ممکن است برایت اتفاق بیوفتد"

در پیک دوم بیماری دو باور جدید توسط شرکت‌کنندگان مطرح شد.

۳-۴. باور به توطئه بودن بیماری: برخی از افراد کرونا را یک نوع توطئه سیاسی می‌دانستند. این گروه اعتقاد داشتند کرونا جنگ روانی‌ست. به طور مثال شرکت‌کننده ۷ گفت: "قبل کرونا مرگ و میر بر اثر آنفولانزا وجود داشت، چرا آن را بزرگ نمی‌کردند و چرا کرونا را تا این حد بزرگ کرده‌اند؟ به نظر من کرونا یک جنگ روانی است." شرکت‌کننده ۸ کرونا را یک جنگ بیولوژیک می‌داند و آن را با جنگ تحمیلی مقایسه می‌کند. "یک جنگ بیولوژیک و سیاسی است، ما دوران جنگ تحمیلی را دیده‌ایم می‌دانیم نباید منجر به انفعال و کناره‌گیری گردد."

۳-۵. دائمی بودن کرونا: شرکت‌کننده ۱ گفت: "فهمیده‌ایم که کرونا ممکن است یک یا دو سال دیگر باشد، باید در کنار این ویروس زندگی کرد. علاوه بر مراقبت و مواظبت باید زندگی خودمان را هم داشته باشیم."

۴. روش‌های رویارویی با کرونا

میان‌سالان روش‌های مختلفی برای رویارویی با کرونا و کنترل کردن ترس‌ها و نگرانی‌های خود داشتند. که این روش‌ها به دو خوسه فرعی راهبردهای مقابله‌ای و مکانیسم‌های دفاعی تقسیم می‌گردد.

۴-۱. راهبرد های مقابله‌ای: این راهبردها در سه دسته راهبردهای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و معنوی مطرح می‌گردد.

راهبردهای مسئله‌مدار: رعایت نکات بهداشتی، رعایت قرنطینه و افزایش اطلاعات در خصوص بیماری از جمله راهبردهای مسئله‌مدار است. شرکت‌کننده ۴ گفت: "بیرون می‌رفتیم دستکش و ماسک داشتیم، دست‌هایمان را الکل می‌زدیم."

راهبردهای هیجان‌مدار: این دسته از راهبردها بیشتر متمرکز بر برون‌ریزی هیجانی و خودگویی‌های مثبت است. مثلا شرکت‌کننده ۳ گفت: "وقتی حالم بد می‌شد از ناراحتی و نگرانی گریه می‌کردم."

راهبردهای معنوی: به دلیل اهمیت و فراوانی مسئله معنویت و مذهب در میان‌سالان، یک خوسه اصلی برای

آن تعریف شده که در آن قسمت راهبردهای معنوی به صورت کامل توضیح داده خواهد شد.

۴-۲. مکانیسم‌های دفاعی: مکانیسم‌های دفاعی میان‌سالان شامل انکار، اجتناب و سرکوب است. به این معنا که برای کاهش نگرانی یا خطر را انکار می‌کنند و یا با مشغول شدن به کارهای دیگر، از فکر کرونا خلاص شوند. شرکت‌کننده ۳ اینگونه بیان کرد: "سعی می‌کنم به کرونا فکر نکنم که دچار استرس بشوم، خودم را سرگرم کارهای خانه می‌کنم." و شرکت‌کننده شماره ۷ گفت: "این ویروس اصلاً چیز مهمی نیست که منجر به مرگ و میر شود"

این خوشه و محتوای آن در پیک دوم بیماری همانند پیک اول گزارش شد و تفاوتی در زمینه‌ی راهبردهای مقابله‌ای و مکانیسم‌های دفاعی شرکت‌کنندگان مشاهده نشد.

۵. نقش مذهب در برخورد با کرونا

در این گروه سنی تجربیات معنوی مبتنی بر مذهب به طور خاص دیده شد. این باورهای مذهبی در دو خوشه فرعی باورهای مربوط به کرونا و روش‌های رویارویی با کرونا خود را نشان دادند.

۵-۱. باورهای مربوط به کرونا: در این قسمت برخی از شرکت‌کنندگان کرونا را یک عذاب الهی می‌دانستند. به طور مثال شرکت‌کننده ۵ این‌گونه تعریف کرد: "چون اعتقاد/امان کم شده است، دین را به بازی گرفته بودیم، فکر می‌کنم این یک بلای الهی است که هیچ دانشمندی، هیچ کشور قدرتمندی نمی‌تواند آن را رفع کند." و برخی دیگر کرونا را یک نشانه از سمت خدا می‌دانستند که برای بیدار کردن انسان از خواب غفلت آمده است و برطرف شدن آن را نیز در گرو خواست خدا می‌دانند. مثلاً شرکت‌کننده ۳ گفت: "بیماری بدی است اما انگار یک فرشته از سمت خداست تا ما را از خواب غفلت بیدار کند و به ما بفهماند دنیا فانی است."

۵-۲. روش‌های رویارویی با کرونا: در این گروه سنی تعداد زیادی از میان‌سالان در روش‌های رویارویی با استرس‌ها و نگرانی‌ها مربوط به کرونا سراغ خواندن دعا و نماز رفته و به گونه‌ای از طریق توکل و توسل به خدا

سعی در آرام کردن خود داشته‌اند. به طور مثال شرکت‌کننده ۲ گفت: "دعا و راز و نیاز می‌کنم. نماز دو رکعتی برای رفع این بیماری می‌خوانم."

در پیک دوم بیماری تفاوتی در این خوشه اصلی مشاهده نشد.

۶. روابط خانوادگی

۶-۱. ایجاد تنش و چالش در خانواده: در تعدادی از خانواده‌ها (۴ نفر) قرنطینه موجب ایجاد تنش و چالش شده است. بخشی از این چالش‌ها بر سر اختلاف نظر افراد در رعایت اصول بهداشتی است. به طور مثال شرکت‌کننده ۶ گفت: "من از خانه بیرون بروم می‌دانم دستانم را به چیزی نزده‌ام، اما به خانه آمدم بگویند دستانت را بشوی. همین اختلاف باعث یک درگیری لفظی بشود." برخی دیگر کنار هم بودن اعضا را علت شکل‌گیری بحث می‌دانستند، مثلاً شرکت‌کننده ۱۰ گزارش کرد: "خسته شده‌ایم، تنش بین ما ایجاد شد، چون در خانه بودیم دائماً با همسر بحث داشتیم."

۶-۲. ایجاد ثبات و آرامش در خانواده: تعداد دیگری از خانواده‌ها (۶ نفر) قرنطینه را فرصتی می‌دانند که اعضا کنار هم هستند و می‌توانند زمان بیشتری را با هم بگذرانند. شرکت‌کننده ۲ می‌گوید: "با همسرم ورزش می‌کنیم، قبلاً همسرم هر روز بیرون می‌رفت، من مدرسه بودم یا مشغول کارهای خانه، اما الان وقت بیشتری داریم یکدیگر را ببینیم، صحبت بکنیم."

در پیک دوم بیماری با توجه به کمتر شدن قرنطینه خانگی و باز شدن مشاغل و مدارس خانواده‌های خوشه ایجاد تنش و چالش، تنش کمتری را در میان اعضا گزارش کردند. شرکت‌کننده ۵ این‌طور بیان کرد: "دخترم به مدرسه و همسرم سرکار می‌رود، خیلی کنار هم نیستیم که بخواهد بحث شکل بگیرد." تفاوتی در خصوص خانواده‌هایی که ثبات و آرامش را گزارش کرده بودند مشاهده نشد.

۷. دغدغه‌های وجودی برانگیخته شده در خلوت

۷-۱. مرگ: مرگ یکی از دغدغه‌های وجودی است که در زمان خلوت افراد به آن فکر می‌کنند. در این زمینه به این

راهبرد فرد در برابر تنهایی وجودی اتصال به منبع الهی بود: "ناگهان می بینم که یک روزنه ای، راهی باز می شود که به من می گوید تنها نیستی، خدای مهربان یادم می آورد راحت را عوض کن و به خودت مسلط باش... وقتی می دیدم بلافاصله راه حل پیدا می شود فهمیدم که تنها نیستم."

۴-۷. معنا: در این قسمت برخی به معنای جدید در زندگی خود رسیدند. به طور مثال شرکت کننده ۳ گفت: "گرچه این ویروس خیلی بد است اما عبرت خوبی است. من الان خیلی دوست دارم محبت کنم تا محبت ببینم، دنیا فانی است، قبلا فکر می کردم همیشه هستیم هیچ وقت مریض نمی شویم هیچ وقت پیر نمی شویم، اما الان دلم می خواهد به همه کمک کنم."

در پیک دوم بیماری تغییری در این زمینه مشاهده نشد.

۸. آثار قرنطینه

این خوشه به بررسی این موضوع می پردازد که شرایط ایجادشده به واسطه ی قرنطینه چه آثاری در زندگی میان سالان ایجاد کرده است. این آثار را می توان در دو خوشه ی فرعی مثبت و منفی دسته بندی کرد.

۸-۱. آثار مثبت: فرصتی برای با هم بودن؛ شرکت کننده ۴ گزارش کرد: "بچه ها به خانواده نزدیک تر شده اند، بیشتر صحبت می کنیم، یکدیگر را بیشتر می بینیم، بازی های دورهمی می کنیم. با هم شیرینی و کیک درست می کنیم." فرصتی برای رسیدگی به کارهای عقب مانده؛ شرکت کننده ۲ این طور گفت: "کارهایی که قبلا نمی توانستم انجام بدهم، الان فرصت می کنم."

۸-۲. آثار منفی: محدود شدن روابط بین فردی و رفت و آمدها؛ شرکت کننده ۱۰ بیان کرد: "رفت و آمدها را کم کرد، نمی توانی به خانه فرزندانت بروی." تأثیرات اقتصادی و تعطیلی مشاغل؛ شرکت کننده ۳ گفت: "کرونا و قرنطینه باعث شد کلا کار را تعطیل کنیم." تجربه احساسات و هیجانات منفی در قرنطینه؛ مثلا شرکت کننده ۲ گزارش کرد: "خانه خواهرم نرفتم خیلی دل تنگ هستم ولی چون جزو کادر پزشکی هستند نمی توانیم یکدیگر را ببینیم."

موارد اشاره شده است: دیدگاه مثبت در خصوص مرگ؛ به طور مثال شرکت کننده ۷ گفت: "من همیشه به مرگ فکر می کنم. بعد مرگ لذت های بیشمار ابدی وجود دارد که هرگز نمی توانیم با این دنیا مقایسه کنیم. من مرگ را روشن می بینم و میدانم زندگی فوق العاده ای در انتظارمان هست." کرونا عامل بیشتر فکر کردن به مرگ؛ مثلا شرکت کننده ۸ بیان کرد: "طبیعی است که در این شرایط به مرگ فکر کنم. البته به نظرم مرگ حق است و برای هر کسی بالاخره اتفاق می افتد حالا ممکن است به شکل های مختلف، یکی بیماری، یکی تصادف، یکی سرطان، باید قبول کرد." ترس از مرگ؛ در این دسته از افراد کرونا موجب فعال کردن این ترس شده بود. شرکت کننده ۹ نیز این گونه می گوید: "فکر می کردم اگر کرونا بگیرم می میرم خیلی می ترسیدم. مرگ به واسطه کرونا را دوست ندارم چون غریبانه می میرید."

۷-۲. آزادی: میان سالان به نوعی آزادی و اراده خود را در بند می دانند و احساس محدود شدن دارند. به طور مثال شرکت کننده ۵ می گوید: "الان مثل زندانی هستیم. اجازه نداریم بیرون برویم، ولی قبلا آزاد بودیم هر کجا دوست داشتیم می رفتیم الان در خانه زندانی شدیم." و شرکت کننده ۷ از اراده و انتخاب صحبت کرد: "گاهی فراموش می کنم که من صاحب ایمان و اراده هستم و می توانم برای خودم گزینش هایی داشته باشم."

۷-۳. تنهایی: در خصوص تنهایی اکثر شرکت کنندگان تنهایی بین فردی را گزارش کردند. شرکت کننده ۸ گفت: "احساس می کردم تنها تر شده ام." و راهبرد فرد در برابر احساس تنهایی به این صورت بود: "فکر کردم اگر قرار است این حس را داشته باشم افسرده می شوم، پس باید مبارزه کنم. خودم را سرگرم می کردم و به خودم روحیه می دادم." همچنین بررسی ها نشان داد که کمتر شدن قرنطینه خانگی در پیک دوم بیماری و ارتباط برقرار کردن با اطرافیان، موجب کاهش تنهایی بین فردی شده است. شرکت کننده ۱۰ بیان کرد: "احساس تنهایی کم تر شده است، فرزندانم اینجا می آیند ما به خانه آنان می رویم." شرکت کننده ۷ از تنهایی وجودی گفت: "احساس تنهایی را با تمام هجومش حس کردم، اینکه خودم یکی هستم و قرار است این مشکلات را خودم تنهایی حل کنم" بررسی

سطح جامعه بیان کردند. به طور مثال شرکت کننده ۲ گزارش کرد: "در نظافت خیلی اثر گذاشت، هیچ وقت این مدلی نبود که چیزی می گیریم ضد عفونی کنیم."

۱۰. تجربه ابتلای نزدیکان به کرونا.

این خوشه به بررسی تجربه‌ی شرکت کنندگان از ابتلای یکی از نزدیکان به کرونا می‌پردازد و احساسات آنان در این زمینه را بیان می‌کند. که در دو دسته زیر قرار می‌گیرد.

۱-۱۰. افزایش ترس و نگرانی: برخی از شرکت کنندگان

به واسطه ابتلای نزدیکان خود به کرونا و تجربه سختی که آنان در مقابله با بیماری داشتند، به تناسب ترس و نگرانی بیشتری را تجربه کردند. شرکت کننده ۴ بیان کرد: "دوست و آشناهایی که مبتلا شدن بعضی فوت کردند، استرس آنها باعث شد ما در این مدت خیلی رعایت کنیم."

۲-۱۰. کاهش ترس و نگرانی: برخی دیگر از

شرکت کنندگان به واسطه ابتلای نزدیکان خود به کرونا و تجربه راحت تر در پشت سر گذاشتن بیماری و کسب بهبودی، به تناسب ترس و نگرانی کمتری را تجربه کردند. مثلاً شرکت کننده ۵ گفت: "دو نفری را که شنیدیم مبتلا شده‌اند، یک هفته استراحت کردند و بعدش خوب شدند."

به دلیل کاهش رعایت قرنطینی در پیک دوم و افزایش رفت و آمدها و شروع مجدد تفریحات، آثار منفی قرنطینه کمتر در میان شرکت کنندگان گزارش شد. به طور مثال شرکت کننده ۳ گفت: "هیچانات منفی کمتر شده است از پیک دوم به بعد حداقل روز در میان بیرون می‌روم."

تا اینجا خوشه‌های اصلی مطرح شده در هر دو پیک مشترک بود، اگرچه که بعضاً محتوای خوشه‌ها و یا خوشه‌های فرعی آنان با یکدیگر متفاوت بود. در ادامه به بیان دو خوشه‌ی اصلی دیگر می‌پردازیم که تنها در پیک دوم بیماری مشاهده شدند:

۹. رشد پسا کرونا

این خوشه به تغییرات مثبتی در زندگی اجتماعی و شخصی شرکت کنندگان اشاره می‌کند که پس از پاندمی کرونا، توسط آنان گزارش شد و به نوعی باعث ایجاد رشد در زندگی آنان شد. عمده‌ترین این تغییرات عبارتند از:

۱-۹. قدردانستن حضور دیگران: شرکت کننده ۹ بیان

کرد: "بیشتر به یکدیگر وابسته شده‌ایم به همسر، مادر و فرزندانم. چون حس می‌کنم دنیا چقدر زودگذر است و باید تا زنده‌ای قدر عزیزانت رو بدانی."

۲-۹. رشد بهداشت در جامعه: عده ای از

شرکت کنندگان کرونا را فرصتی برای ارتقا بهداشت در

جدول ۴. خلاصه یافته‌ها

خوشه‌های مشترک در پیک اول و دوم	
خوشه اصلی	خوشه فرعی
۱) مواجهه با کرونا	پیک اول:
	۱. واکنش به بیماری
	پیک دوم:
	۱. زیستن با کرونا
۲) نگرانی‌ها	۲. ترک قرنطینه
	پیک اول:
	۱. نگرانی‌های مربوط به خود
	۲. نگرانی‌های مربوط به خانواده

پیک دوم: ۱. کاهش نگرانی ها ۲. افزایش نگرانی ها	
پیک اول: ۱. باور به سخت تر بودن ابتلا برای افراد دارای بیماری زمینه ای ۲. باور به کم خطر بودن کرونا در برابر آنفولانزا ۳. افکار خرافی در خصوص کرونا	۳) باورها و افکار در مورد کرونا
پیک دوم: ۱. باور به توطئه بودن بیماری ۲. دائمی بودن کرونا	
پیک اول: ۱. راهبرد های مقابله ای (راهبردهای مسئله مدار، هیجان مدار و معنوی) ۲. مکانیسم های دفاعی	۴) روش های رویارویی با کرونا
پیک دوم: تفاوتی مشاهده نشد.	
پیک اول: ۱. باور های مربوط به کرونا ۲. روش های رویارویی با کرونا	۵) نقش مذهب در برخورد با کرونا
پیک دوم: تفاوتی مشاهده نشد.	
پیک اول: ۱. ایجاد تنش و چالش در خانواده ۲. ایجاد ثبات و آرامش در خانواده	۶) روابط خانوادگی
پیک دوم: کمتر گزارش شدن تنش و چالش در خانواده	
پیک اول: ۱. مرگ ۲. آزادی ۳. تنهایی ۴. معنا	۷) دغدغه های وجودی برانگیخته شده در خلوت
پیک دوم: تفاوتی مشاهده نشد.	

(۸) آثار قرنطینه	پیک اول:
	۱. آثار مثبت
	۲. آثار منفی
	پیک دوم:
	کمتر گزارش شدن آثار منفی قرنطینه
خوشه‌های پیک دوم	
خوشه اصلی	خوشه فرعی
(۱) رشد پسا کرونا	۱. قدر دانستن حضور دیگران
	۲. رشد بهداشت در جامعه
(۲) تجربه ابتلای نزدیکان به کرونا	۱. افزایش ترس و نگرانی
	۲. کاهش ترس و نگرانی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی تجربه زیسته میانسالان در خصوص همه‌گیری کووید-۱۹ و دوران قرنطینه در پیک نخست و دوم بیماری بود. نتایج حاصل از تحلیل کیفی و بررسی مصاحبه‌ها در ۱۰ مضمون اصلی و ۲۸ مضمون فرعی قرار می‌گیرند.

بنابر پژوهش‌ها اضطراب و ترس از واکنش‌های روانشناختی معمول به شیوع کووید-۱۹ است (۱۶-۳). با گذر زمان و طولانی شدن شیوع بیماری معمولاً ترس در افراد کاهش می‌یابد (۲۳). همچنین پژوهش‌ها گویا این مسئله است که طولانی شدن شیوع بیماری، افزایش مدت قرنطینه و کاهش ترس از بیماری از جمله عواملی است که موجب ترک قرنطینه می‌گردد (۹). مطالعه محتوای نگرانی‌های میانسالان در این پژوهش نشان داد که این افراد بیشتر از آنکه نگرانی در خصوص اعضای خانواده و عزیزان داشته باشند، نگران خود هستند. در همین راستا ریگوتی^۱ و همکاران (۷) دریافتند که افزایش خطر مرگ و میر در افراد با سن بالاتر و همراهی بیماری مزمن موجب نگرانی بیشتر در آنان شد. افراد دارای بیماری زمینه‌ای به علت اینکه سیستم ایمنی بدن خود را ضعیف‌تر از دیگران می‌دانند و حس می‌کنند بیشتر در معرض ابتلا به بیماری

هستند، نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۴). مطالعات نیز بر این باورند نگرانی در خصوص ابتلای عزیزان، نگرانی بابت ناقل‌بودن خود و اعضای خانواده، نگرانی بابت عضو مشکل‌دار خانواده و وجود ترس و نگرانی در فرزندان از جمله نگرانی‌های خانوادگی است که میانسالان تجربه می‌کنند (۲۳-۳). نگرانی در خصوص "بستری شدن در بیمارستان" محتوی جدیدی بود که در این پژوهش به دست آمد. معنایی که انتقال به بیمارستان برای میانسالان دارد که منجر به نگرانی ایشان می‌شود عبارتند است؛ "جدی بودن بیماری" و "عدم رسیدگی مناسب پرسنل بیمارستان". این دو باور منجر به ایجاد تصورات و باورهای منفی بیشتری نسبت به بستری شدن و بیمارستان می‌شود، که به نگرانی‌های ایشان دامن می‌زند. بنابر نظر لازاروس و فولکمن^۲ نحوه تفکر و ارزیابی شناختی فرد بر میزان استرس ادراک شده اثر می‌گذارد. ارزیابی شناختی منفی از رسیدگی پرسنل بیمارستان و جدی بودن بیماری موجب افزایش استرس فرد می‌شود (۲۵-۲۶).

باورها و افکار دیگری نیز در ارتباط با کرونا فعال شد که سومین مضمون به دست آمده در پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. در ابتدای شیوع بیماری افزایش مرگ و میر در افراد با سن بالا و دارای بیماری مزمن زمینه‌ای

² Lazarus & Folkman

¹ Rigotti

موجب درگیری ذهنی میان سالان گردید (۷). و باور سخت تر بودن ابتلا برای افراد دارای بیماری زمینه ای را در ذهن میان سالان شکل داد. شرکت کنندگان در مصاحبه ی پیک دوم، باور به توطئه را مطرح کردند. بدین معنا که فرد اعتقاد دارد افراد قدرتمند برای منافع شخصی خود درگیر فعالیت های سری گسترده (غالباً غیرقانونی و مبهم) هستند. این باور می تواند تأثیرات منفی بر سلامتی داشته باشد (۲۷). همچنین افرادی که نظریه های توطئه را در مورد کووید-۱۹ تأیید می کنند، کمتر هشدارهای متخصصان بهداشت عمومی در مورد شدت بحران را می پذیرند. سطوح بالاتر تفکر توطئه در زمینه ویروس کرونا با پایبندی کمتر به دستورالعمل های دولت و تمایل کمتر به آزمایشات تشخیصی خود را نشان می دهد (۲۸).

مجموعه احساسات و افکار در خصوص کرونا، منجر به رفتار و راهبردهای متفاوت در میان سالان می گردد. راهبردهای مقابله ای به تلاش های رفتاری و روانشناختی اشاره دارد که افراد برای تسلط، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن حوادث استرس زا به کار می گیرند. سبک های مقابله ای می توانند مسئله مدار و هیجان مدار باشند (۲۹-۳). راهبردهای مسئله مدار مانند رعایت نکات بهداشتی، ضد عفونی کردن خانه و وسایل شخصی و افزایش اطلاعات مربوط به شیوع بیماری است (۲۳). بنابر پژوهش یو^۱ و همکاران (۲۹) خیال پردازی و خودگویی از جمله راهبردهای مقابله ای هیجان مدار هستند. استفاده از روش های رویارویی متنوع در کاهش استرس در مطالعات مختلف متفاوت بود. در مطالعه یونگ و فونگ^۲ (۴۰) حل مسئله باعث کاهش نگرانی شد، در مطالعه طاه و همکاران هیچ ارتباطی یافت نشد و در سایر مطالعات به افزایش سطح اضطراب کمک کرد (۳۰). نتایج متناقض را می توان در رابطه با ارزیابی فرد از وضعیت توجیه کرد. لازاروس و فولکمن اظهار داشتند که برای به حداکثر رساندن اثربخشی باید بین ارزیابی وضعیت و راهبرد مقابله ای انتخاب شده تناسب برقرار شود. استفاده از راهبردهای مسئله مدار مانند حل مسئله، سازگاری بهتر را در موقعیت های قابل کنترل پیش بینی می کند. درحالی که راهبردهای هیجان مدار در موقعیت های غیرقابل کنترل

ترجیح داده می شوند (۲۵). اما راهبرد جدیدی که در گروه سنی میان سالان به وفور دیده شد، راهبردهای معنوی مبتنی بر معنویت و مذهب است. دیندار بودن از طریق سه سطح زیر در فرایند مقابله دینی اثر می گذارد، در اولین سطح دین به عنوان عنصر مقابله ای افراد را قادر می سازد از باورها و فعالیت های دینی برای رویارویی با شرایط تنیدگی را استفاده کنند. در دومین سطح دین فرایندهای مقابله ای افراد را شکل می دهد و در سومین سطح، دین به عنوان رهاورد و دستاورد مشکلات به کار می رود (۳۱). همسو با پژوهش چيو^۳ و همکاران (۲۳) خواندن دعا و دریافت حمایت های مذهبی از سوی جامعه در تعدیل و مدیریت استرس افراد مفید است. حتی و همکاران (۴۱) در پژوهش خود بیان می کنند معنویت می تواند به عنوان یک روش مقابله ای با استرس و بحران های زندگی باشد که در بروز ناملایمات و سختی های زندگی به خصوص در زمان بیماری های مزمن بیشتر اهمیت پیدا می کند. به عبارت دیگر افراد به دلیل مواجهه با بحران های همه گیر به صورت ناخودآگاه و در غالب نوعی مکانیسم دفاعی به معناگرایی و مسائل معنوی تمایل بیشتری پیدا می کنند. احتمال ابراز این امر در فرهنگ هایی که بنیان های معنوی قوی و قدیمی دارند، همچون ایران، بیشتر است. در چنین فرهنگ هایی به علت پیشینه تاریخی بستر روانی بیشتری برای ارجاع به مسائل معنوی فراهم است.

مکانیسم های دفاعی خرده مضمون دیگری بود که از مضمون اصلی روش های رویارویی با کرونا دریافت شد. همسو با تحقیقات، برخی از پاسخ دهندگان با انجام اقدامات بیرونی و سرگرم کردن خود به انجام امور سعی در پرت کردن حواس خود از کرونا داشتند. عده ای نیز از اجتناب استفاده کردند. همسو با پژوهش چيو و همکاران (۲۳) برخی از افراد هم پس از تحت فشار قرار گرفتن به واسطه اخبار بیماری و یا فکر کردن زیاد به آن، اهمیت همه گیری را انکار کردند. استفاده از چنین مکانیسم هایی در میان سالان در زمان شیوع کرونا، بیش از همه به دلیل احساس عدم کنترل میان سالان در مواجهه با این بیماری می باشد. میان سالان متوجه خطرات ناشی از کرونا هستند

¹ Yu² Yeung & Fung³ Chew

انجام می‌دهند. که هم‌راستا با این موضوع نیارا^۱ و همکاران (۴۴) معتقد هستند عامل امید به خدا در تحمل درد و رنج‌ها بسیار کمک کننده است.

مضمون دیگری که در هر دو پیک بیماری مورد توجه قرار گرفت، دغدغه‌های وجودی برانگیخته شده در خلوت است. در این میان دغدغه مرگ و تنهایی پرتکرارتر از دو دغدغه دیگر توسط میان‌سالان مطرح گردید که به نظر می‌رسد بحران میان‌سالانی یکی از علل افزایش این دغدغه باشد. زیرا یکی از ویژگی‌های بحران میان‌سالانی احساس فقدان است که در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود. بحران میان‌سالانی ناشی از رشد آگاهی فرد در خصوص مرگ و میر می‌باشد. ممکن است احساس فقدان ناشی از رشد آگاهی فرد از مرگ و چالش‌های پیری که با آن روبه‌رو است باشد (۱۴). میان‌سالان گروهی بودند که در مراحل اولیه اقدامات فاصله‌گذاری اجتماعی، فقدان تماس‌های اجتماعی را درک کردند. علاوه بر افراد میان‌سال، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و کسانی که به تنهایی زندگی می‌کنند در معرض خطر تجربه احساس تنهایی هستند (۳۳). کاهش تماس فرد با دیگران و محدود شدن ارتباطات اجتماعی فرد موجب احساس تنهایی و انزوای اجتماعی می‌گردد (۱۵). پس از کاهش فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه‌خانی، در پیک دوم، احساس تنهایی نیز به یکباره کاهش یافت (۳۴). بررسی راهبردهای افراد در برابر احساس تنهایی بین فردی نشان داد که معمولاً افراد احساس تنهایی را به شکلی آزاردهنده تجربه می‌کنند، بنابراین تلاش می‌کنند با آن مبارزه کنند، برخی هم با سرگرم کردن خود به کارهای مختلف تلاش در پوشاندن این احساس دارند. راهکار افراد در برابر تنهایی وجودی اتصال به منبع الهی بود. به اعتقاد هایدگر فرد بخشی از تنهایی را در درون خود نگه می‌دارد و سرسختانه در برابر آن تاب می‌آورد. برای باقی‌مانده آن می‌کوشد تنهایی را ترک و وارد ارتباط با دیگران، خواه موجودی چون خودش خواه موجودی الهی، شود. زیرا ارتباط برقرار کردن از عوامل کاهنده احساس تنهایی اگزیستانسیال^۲ است (۳۵). در خصوص آزادی پژوهش‌ها نشان می‌دهند، از دست دادن آزادی و عدم اطمینان در

اما تلاش می‌کنند با تغییر ادراک خود در خصوص شرایط و بی‌اهمیت جلوه دادن آن از بار هیجانی این مسئله بکاهند. استفاده از چنین مکانیسم‌هایی در شرایط شیوع بیماری کرونا چندان پخته به نظر نمی‌رسد و می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری برای میان‌سالان و خانواده‌های آنان به دنبال داشته باشد. همچنین می‌توان اجتناب افراد را با استفاده از مفهوم کنترل نیز تبیین کرد، کنترل پذیری بیماری، یک سازه شناختی است، که اضطراب وابسته به یک بیماری را تعیین می‌کند. موقعیت‌های مبهم و غیر قطعی، توانایی پیش‌بینی و کنترل فرد را به شدت محدود می‌سازند. در واقع، احساس امنیت (در مقابل ترس) ناشی از شناخت موقعیت، پیش‌بینی پیامدها و کنترل آن‌ها است (۳۲). در نتیجه اگر موقعیتی مبهم باشد، پیش‌بینی قطعی پیامدها ناممکن باشد و فرد کنترل کاملی بر امور نداشته باشد، نتیجه آن اضطراب فراوان و اجتناب از آن موقعیت است.

مشاهده تجربیات معنوی مبتنی بر مذهب به طور خاص در میان‌سالان موجب کشف مضمون پنجم یعنی نقش مذهب در برخورد با کرونا گردید. تعدادی از شرکت‌کنندگان کرونا را یک عذاب الهی می‌دانستند. این افراد خدا را انتقام گیرنده‌ای سخت و کرونا را تقاص گناهان خود و مردم می‌دانند. همان‌طور که گل‌پرور و همکاران (۴۲) معتقدند باور به ناعدالانه بودن دنیا فرد را از نظر شناختی، عاطفی و هیجانی در وضعیت نامناسبی قرار می‌دهد و نظام شناختی و تفسیری فرد را منفی می‌کند. بنابراین فرد را به حالاتی مانند ناامیدی و جبران سوق می‌دهد. دسته‌ای دیگر کرونا را نشانه‌ای از سمت خدا می‌دانند که به قصد بیداری انسان‌ها از خواب غفلت آمده است. این افراد تصورشان از خدا حکیم، مهربان و قادر مطلق است. آن‌ها برای بیماری دلایلی مبتنی بر حکمت و مشیت الهی می‌آورند، سعی در معنایابی در زندگی دارند و به خدا توکل می‌کنند. بنابراین کشاورز و یوسفی (۴۳) افرادی که از رفتارهای معنوی و مذهبی مثبت در رویارویی با مشکلات استفاده می‌کنند، سازگاری روانی بهتر و تاب‌آوری بالاتری دارند. در خصوص روش‌های رویارویی با کرونا میان‌سالان اغلب توکل و توسل به خدا، طلب بهبود اوضاع از او و خواندن دعا، نماز و قرآن را

¹ Naiara

² Existentialism

خصوص وضعیت بیماری از جمله اثرات نامطلوب همه‌گیری کووید-۱۹ است (۱۸). و در نهایت در خصوص معنا، برخی از میان‌سالان به معنای جدید در زندگی خود رسیدند. همانطور که فرانکل^۱ معتقد است انسان وقتی با وضعیت تغییر ناپذیری مانند یک بیماری درمان‌ناپذیر روبه‌روست، این فرصت را یافته است که به عالی‌ترین و ژرف‌ترین معنای زندگی دست یابد (۳۶). میانسالان در طی تجربه گذار رشدی خود، با دغدغه‌های فکری در خصوص تنهایی و مرگ روبه‌رو خواهند شد و تلاقی این مسئله رشدی با بحران کرونا، می‌تواند برانگیزاننده جدی دغدغه‌های وجودی باشد (۳۷).

مضمون آثار قرنطینه آخرین مضمونی است که در هر دو پیک بیماری مطرح می‌گردد. قرنطینه برای مدت نامحدود وضعیت استرس‌زایی را برای مردم ایجاد می‌کند. بنابراین موجب برانگیختن احساسات منفی چون تنهایی، کسالت، خستگی، عصبانیت و اضطراب می‌شود (۱-۱۸). پژوهش چپو و همکاران (۲۳) نشان می‌دهد تجربه غم و اندوه و برهم‌زدن روال عادی زندگی از جمله مواردی است که افراد در طی قرنطینه تجربه کرده‌اند. همچنین همه‌گیری کووید-۱۹ به شدت زندگی و معیشت افراد را تحت تأثیر قرار داد. دولت‌های سراسر جهان محدودیت‌هایی را در حوزه مشاغل اعمال کردند که منجر به تمایز بین مشاغل ضروری و غیر ضروری گردید و در نهایت عده زیادی از مردم را بیکار کرد (۳۸). با تعطیلی خدمات اجتماعی، سقوط صنایع و تأثیر منفی بر اقتصاد، بسیاری از مردم در معرض ضرر و زیان مالی قرار می‌گیرند. همچنین بیکاری، احساسات منفی را بیشتر تشدید می‌کند (۱۶). احساسات منفی اغلب نتیجه دوران قرنطینه خانگی بود. از نظر تغییرات طولی، شناخت‌های منفی و پاسخ‌های عاطفی با گذشت زمان کاهش می‌یابد (۲۳).

رشد پساکرونا، مضمون اصلی است که در پیک دوم بیماری دریافت شد. رشد پس از سانحه، تغییرات مثبتی را که افراد در نتیجه تلاش برای مقابله با شرایط چالش‌برانگیز تجربه کرده‌اند، توصیف می‌کند. رشد زمانی اتفاق می‌افتد که افراد پس از آسیب روحی، با تغییر روایت زندگی خود برای درک بهتر از خود، دیگران و جهان،

درگیر بازسازی شناختی عمده واقعیت شوند. نتیجه این بازسازی شناختی، احساس بیشتر قدرت شخصی (رشد شخصی)، روابط عمیق‌تر با دیگران (رشد اجتماعی) و قدردانی بیشتر از زندگی (رشد معنوی) است (۳۹). بنابر مطالعه چپو و همکاران در مطالعات قبلی در خصوص همه‌گیری‌هایی مانند سارس و ابولا، رشد پس از سانحه در نتیجه شیوع بیماری در افراد دیده شد. برخی از بازماندگان تغییرات مثبتی همچون خود توانمندسازی، افزایش احساس دلسوزی، نشان دادن همدلی را نشان دادند. بازماندگان همچنین از تغییراتی در زندگی و نقش‌های شغلی خود روایت کردند و برخی شروع به بازتعریف اولویت‌های زندگی خود کردند (۲۳). میانسالان "رشد اجتماعی" را تجربه کردند، زیرا گزارش کردند که بیشتر از احساسات اعضای خانواده خود مراقبت می‌کنند، به احتمال زیاد اوقات خود را با هم می‌گذرانند و دوستان خود را بیشتر حمایت می‌کنند. آنها همچنین به "رشد شخصی" دست یافتند، زیرا وقت بیشتری را برای استراحت صرف می‌کردند و سبک زندگی سالم‌تری را اتخاذ می‌کردند. همچنین، آنها یاد گرفتند که قدردان باشند و از سلامتی، خانواده، دوستان و زندگی روزمره خود قدردانی کنند، همه این‌ها جنبه‌های "رشد معنوی" است (۳). در تبیین و بررسی بیشتر این یافته می‌توان گفت افراد در مواقع بحران و سختی نه تنها می‌توانند ارتباط با فرایندهای درون روانی خویش را حفظ کنند، بلکه این شرایط موجب می‌شود افراد ابعاد وجودی خود را بهتر از قبل بشناسند و سازمان شخصیت خود را در زمینه سازگاری با شرایط موجود به چالش بکشند و در جنبه‌های مختلف فردی رشد یابند.

در نهایت در بررسی کلی می‌توان این نکته را اشاره کرد که در اولین پیک کرونا میانسالان اضطراب و نگرانی را تجربه کردند که با گذشت زمان با روی آوردن به مذهب، رعایت اصول بهداشتی و اجتناب رو به کاهش گذاشت. راهبردهای مقابله دینی تبیین شده در این پژوهش از راهبردهای اثرگذار برای مواجهه با پاندمی کرونا و بازنگری در فرایند زندگی در دوران میانسالی است. دین نیاز انسان‌ها را به کنترل در رویارویی با اتفاقات تنیدگی‌زا برطرف می‌کند. کرونا یک پدیده غیرمنتظره و غیرقابل کنترل بود و میانسالان به جهت تمایل و نیاز به

¹ Frankl

پیش‌بینی و کنترل اوضاع و پیشینه تاریخی و فرهنگی خود به سراغ راهبردهای معنوی رفتند. از طرفی افراد میان‌سال، مراقبت‌کننده از دو گروه قبل و بعد خود یعنی نوجوانان و افراد سالخورده بودند، فشار مسئولیت‌ها منجر به تغییر ادراک در خصوص شرایط و بی‌اهمیت جلوه دادن آن گردید و منجر به استفاده گسترده از مکانیسم اجتناب در میان‌سالان شد.

نکته قابل‌توجه پژوهش حاضر این است که میان‌سالان بیشتر از آن که در دو پیک کرونا رشد، تحول و تغییر را تجربه کنند، پذیرش نسبت به بحران و شرایط به وجود آمده را تجربه کرده‌اند. در واقع میان‌سالان تلاش می‌کنند خود را با محدودیت‌ها منطبق کنند و کمتر به فکر تغییر خود و سبک زندگی هستند. از آنجایی که میان‌سالان قشر مهم و تاثیرگذار جامعه را تشکیل می‌دهند و از طرفی با بحران‌های میان‌سالی دست‌وپنجه نرم می‌کنند و به جهت بیماری‌های زمینه، نگرانی و ترس بیشتری را در خصوص کرونا تجربه می‌کنند که نتایج مطالعه حاضر نیز با این داده همسو است، همچنین انسان‌ها در دوران پساکرونا پس از طی کردن دوران سخت پاندمی، دیگر مانند قبل نیستند و ارائه مداخلات و مشاوره‌هایی مبتنی بر تجربه این افراد از کرونا لازم است. ضرورت دارد برای پیشگیری از مشکلات، درمان مسائل روانشناختی و در راستای ارتقای سلامت روان، مداخلات روانشناختی مناسب برای این گروه سنی تدوین گردد.

عمده‌ترین محدودیت موجود، حجم کوچک نمونه و عدم امکان تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر به گروه‌های بزرگتر است. با این حال این مطالعه درک دقیق و عمیقی در مورد تجارب میان‌سالان در مواجهه با همه‌گیری کووید-۱۹ در پیک اول و دوم بیماری و چالش‌های مختلف بهداشت روان مرتبط با قرنطینه را فراهم می‌کند. علاوه‌براین انجام مصاحبه‌ها به صورت تلفنی، به علت جلوگیری از انتشار ویروس، از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است، زیرا حالت چهره و نحوه ابراز و بیان میان‌سالان که می‌توانست اطلاعات مفیدی را در اختیارمان قرار دهد، مغفول ماند. با این حال یافته‌های غنی و مضامین روشن و آشکار این پژوهش برای ما این فرصت را ایجاد می‌کند که بر اساس آن پرسشنامه طراحی و تدوین کرد تا در نمونه‌ای وسیع‌تر نتایج پژوهش حاضر مورد ارزیابی و تایید قرار گیرد. همچنین می‌توان این مطالعه را بر دیگر گروه‌های سنی به ویژه سالمندان اجرا کرد و از آنجایی که گروه سنی سالمندان شرایط متفاوت و ویژه‌تری نسبت به میان‌سالان دارند ممکن است به نتایج متفاوتی به دست آید.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگانی که وقت خود را در اختیار پژوهش قرار دادند و تجربه خود را با نویسندگان به اشتراک گذاشتند متشکریم.

منابع

Ahmed M, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L & Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian journal of psychiatry*. 2020; 51 (1): 1-7.

Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(7):18-23.

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. 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*. 2020; 17(5):17-29.

Haider II, Tiwana F, Tahir SM. Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pak J Med Sci*. 2020; 36(4):90-94.

Rahmatinejad P, Yazdi M, Khosravi Z, Shahi Sadrabadi F. Lived Experience of Patients with Coronavirus (Covid-19): A Phenomenological Study. *Journal of Research in Psychological Health*. 2020; 14 (1): 71-86. [Persian].

Gholamzad S, Saeidi N, Danesh S, Ranjbar H, Zarei M. Analyzing the Elderly's Quarantine-related Experiences in the COVID-19 Pandemic. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021; 16 (1):30-45. [Persian].

- Rigotti T, De Cuyper N, Sekiguchi T. The Corona Crisis: What Can We Learn from Earlier Studies in Applied Psychology? *Applied Psychology*. 2020; 10(1): 1-6.
- Clemens V, Deschamps P, Fegert J, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M & Visnapuu-Bernadt P. Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 29 (6): 739-742.
- Wand A, Zhong B, Chiu H, Draper B & De Leo D. COVID-19: The implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*. 2020; 32(10): 1225-1230.
- Calvaresi E & Bryan J. Symptom experience in Australian men and women in midlife. *Maturitas*. 2003; 44 (3): 225-236.
- Corsini, R. The dictionary of psychology. Brunner/Mazel: Taylor & Francis Group; 2014.
- Berk, L. Development through the lifespan. Translation: yahya seyed mohamadi. Tehran: arasbaran; 2013.
- Esmail M, Ghaseminaai F, Dehdast K. Explaining Strategies for Passing through Midlife Crisis: A Qualitative Study. *Developmental psychology: Iranian Psychology*. 2018; 14(56): 389-403. [Persian].
- Robinson O & Wright G. The prevalence, types and perceived outcomes of crisis episodes in early adulthood and midlife: A structured retrospective-autobiographical study. *International Journal of Behavioral Development*. 2013; 37(5), 407-416.
- Tull M, Edmonds K, Scamaldo K, Richmond J, R Rose & Gratz K. L. Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry research*. 2020; 289(1): 1-6.
- Ho C, Chee C & Ho R. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*. 2020; 49(1): 1-3.
- Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*. 2005; 22(5):398-406.
- Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland 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; 369(10266): 1915-1926.
- Brown N. Lived Experience of Loneliness: A Narrative Inquiry [on publish Doctoral dissertation]. Saybrook University: 2018. 146p.
- López J, Perez-Rojo G, Noriega C, Carretero I, Velasco C, Martinez-Huertas J & Galarraga, L. Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: A comparative study of the young-old and the old-old adults. *International psychogeriatrics*. 2020; 32(11): 1365-1370.
- McLeod S. Erik Erikson's stages of psychosocial development. *Simply Psychology*. 2018; 4(3): 1-15.
- Creswell J. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. United Kingdom: Sage Publication; 2017.
- Chew Q, Wei K, and Vasoo S, Chua H & Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 2020; 61(7): 350-356.
- El-Zoghby S, Soltan E & Salama H. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and social support among adult Egyptians. *Journal of community health*. 2020; 45(9): 689-695.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer; 1984.
- Kadir A. Planned problem-solving strategy, resilience and element of religion in coping of covid 19 disease in Malaysia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2020; 24(1): 1-9.
- Miller J. Do COVID-19 Conspiracy Theory Beliefs Form a Monological Belief System? *Canadian Journal of Political Scienc*. 2020; 53(2): 319-326.
- Freeman D, Waite F, Rosebrock L, Petit A, Causier C, East, Lambe S. Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England. *Psychological Medicine*. 2020; 25(4): 1-13.
- Yu H, Li M, Li Z, Xiang W, Yuan Y, Liu Y & Xiong Z. Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC psychiatry*. 2020; 20(1): 1-11.
- Cheng C, Cheung MW. Psychological responses to outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome: a prospective, multiple time-point study. *J Pers*. 2005; 73(1): 1-25.
- Krok D. The mediating role of coping in the relationships between religiousness and mental

- health. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2018; 2(1): 5-13.
- Asadi S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. The Relationship between Intolerance of Uncertainty and Rumination with Worry on Student Population. *J Clin Psychol*. 2012; 4(4): 83-92. [Persian].
- Luchetti M, Lee J, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser J, Terracciano A & Sutin A. R. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*. 2020; 75(7): 897-908.
- Odekerken-Schröder G, Mele C, Russo-Spena T, Mahr D & Ruggiero A. "Mitigating loneliness with companion robots in the COVID-19 pandemic and beyond: an integrative framework and research agenda", *Journal of Service Management*; 31(6): 1149-1162.
- Yalom I. Existential psychotherapy. Translation: Sepide Habib. Tehran: nashr Ney; 2001.
- Ghara Zibaei F, Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Mohtashami T. Efficacy of Group Logo Therapy in the perceived Stress and life Expectancy in MS patients. *Journal of Research in Psychological Health*. 2011; 6(4): 12-20. [Persian].
- Bland A. Existential Givens in the COVID-19 Crisis. *Journal of Humanistic Psychology*. 2020; 60(5): 710-724.
- TuzovicS & Kabadayi S. "The influence of social distancing on employee well-being: a conceptual framework and research agenda", *Journal of Service Management*. 2020; 32(2): 145-160.
- Tamiolaki A, Kalaitzaki AE. "That which does not kill us, makes us stronger": COVID-19 and Posttraumatic Growth. *Psychiatry Res*. 2020; 289(11): 1-3.
- Yeung DY, Fung HH. Age differences in coping and emotional responses toward SARS: a longitudinal study of Hong Kong Chinese. *Aging Ment Health*. 2007; 11(5):579-87.
- Hojjati H, Sarbani A, Ali Mohammadzadeh KH. The relationship of daily spiritual experiences with perceived stress in the wives of post-war stress veterans. *Military Medicine*. 2017; 19 (2), 135-142. [Persian].
- Golparvar M, Javadiyan Z, Barazandeh A. The Relationship between Belief in an Unjust World and Aggressive Reaction Consider to the Interaction Function of Conscientiousness and Cognition. *Journal of Psychology*. 2015; 19(5): 297-313. [Persian].
- Keshavarz S, Yusofi F. The Relationship between Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence and Resilience. *Journal of Psychology*. 2012; 16(6): 299-318. [Persian].
- Naiara C, Moreira O, Marques B, Salome M, da Cunha R, Augusta F & Pinheiro M. Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*. 2016; 36(4): 208-215.