

بررسی عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به کرونا: تحلیل مضمون

علیرضا فاضلی مهرآبادی^۱، هادی بهرامی احسان^۲، جواد حاتمی^۳، سید حسن عادل^۴

چکیده

شیوع کووید - ۱۹ در جهان مشکلات روانی و جسمی متعددی برای افراد به وجود آورده است، اما برخی افراد علی‌رغم این مشکلات، رشد پس از ضربه را تجربه می‌کنند. هدف پژوهش حاضر تبیین تسهیل‌کننده‌های رشد پس از ضربه براساس تجربیات بیماران مبتلا به کووید - ۱۹ است. طرح پژوهش کیفی و با روش تحلیل مضمون انجام شد. ۲۵ شرکت‌کننده با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع داده‌ها مورداستفاده قرار گرفت. داده‌ها مطابق با فرایند گام به گام تحلیل مضمون بروان و کلارک و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شد. تحلیل داده‌ها به ۹۰ کد اولیه، ۲۳ مضمون پایه، ۶ مضمون سازمان‌دهنده منجر شد. مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده و زیرمجموعه‌های آن عبارت بودند از: ادراک حمایت (حمایت دوستان، حمایت خانواده، از خودگذشتگی، حمایت کادر درمان)؛ معنویت (باورهای معنوی، رفتارهای معنوی، سابقه مذهبی)؛ ویژگی‌های شخصیتی (خوش‌بینی، برون‌گرایی، سخت‌رویی، نداشتن سابقه روان‌رنجوری، انعطاف‌پذیری، وظیفه‌شناسی، خودکارآمدی و ژرف‌اندیشی)؛ دلبستگی ایمن (روابط ایمن خانواده، احساس دوست داشته شدن)؛ تجربه گذر از بحران (حوادث ناگوار، سابقه بیماری، سابقه فقدان، مواجهه با مرگ)؛ و متغیرهای جمعیتی (جوان بودن، تحصیلات بالا). نتایج نشان داد عوامل مختلفی ممکن است رشد پس از ضربه را در بیماران مبتلا به کووید - ۱۹ تسهیل کند. شناسایی این تسهیل‌کننده‌ها می‌تواند در طراحی و اصلاح برنامه‌های مداخله‌ای برای بیماران مبتلا به کرونا کمک قابل توجهی کند.

واژه‌های کلیدی: رشد پس از ضربه، عوامل تسهیل‌گر، تحلیل مضمون، کووید - ۱۹، روش کیفی.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
(hbahrami@ut.ac.ir) نویسنده مسئول
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

(دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۰ - پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲۹)

Analyze Facilitators of post-traumatic growth in patients suffering from Covid-19: Theme Analysis

Alireza Fazeli Mehrabadi¹

Hadi Bahrami Ehsan²

Javad Hatami³

Seyed Hasan Adeli⁴

Abstract

The prevalence of Covid-19 has caused many mental and physical problems for individuals but some people, despite these problems, would experience post-traumatic growth. The aim of the present study was to explain post-traumatic growth facilitators based on the experiences of patients suffering from Covid-19. A qualitative research design was conducted using content analysis method. Twenty-five participants were selected using purposive sampling and interviewed using semi-structured and in-depth interviews. Purposeful sampling was used to achieve data saturation. Data were analyzed by the stepwise process of Brown and Clark theme analysis using MAXQDA software. Data analysis resulted in 90 initial codes, 23 basic themes, and 6 organizing themes. The most important facilitating factors and their sub-categories were: Perception of support (support of friends, support of family, self-sacrifice, support of medical staff); Spirituality (spiritual beliefs, spiritual behaviors, religious background); Personality attributes (optimism, extraversion, hardiness, no history of neuroticism, flexibility, conscientiousness, self-efficacy and deep thinking); Safe attachment (safe family relationships, feelings of being loved); experience of a crisis overcome (unfortunate events, history of illness, history of loss, facing death); And demographic variables (being youth, higher education). The results showed that various factors may facilitate post-traumatic growth in patients suffering from Covid-19. Identification of these facilitators can significantly help in designing and modifying intervention programs for patients with Covid-19.

Keywords: Post-traumatic Growth, Facilitating Factors, Theme Analysis, Covid-19, Qualitative Method.

-
1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
 2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran (corresponding author; hbahrami@ut.ac.ir)
 3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
 4. Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Qom University of Medical Sciences. Qom, Iran.

مقدمه

در اواخر دسامبر ۲۰۱۹ اولین بیمار مبتلا به کرونا (کووید-۱۹) در چین مشاهده شد و به سرعت در سراسر جهان شیوع پیدا کرد و پس از مدت کوتاهی، به چالش برانگیزترین فاجعه بعد از جنگ جهانی دوم در جهان تبدیل شد (المامون^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). بحران کرونا در حال حاضر تمامی جهان را تحت تأثیر خود قرار داده است. براساس آخرین آماره جهانی پایگاه اطلاعاتی وردمتر^۲، شیوع بیماری کووید-۱۹ تا نوزدهم آذرماه ۱۴۰۰ (۱۰ دسامبر ۲۰۲۱)، ۲۶۸،۶۳۷،۷۲۰ نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا شده‌اند که از این میان ۵،۳۰۱،۰۴۹ نفر در اثر این بیماری جان خود را ازدست داده‌اند. در ایران طبق آمار رسمی تا تاریخ مذکور ۶،۱۴۷،۸۷۲ نفر مبتلای قطعی به این بیماری تشخیص داده شده‌اند که ۱۳۰،۵۲۴ نفر از آن‌ها جان خود را ازدست داده‌اند (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۲۱؛ وردمتر، ۲۰۲۱).

این بیماری علاوه بر تهدید سلامت جسمانی، موجب مشکلات و اختلالات روان‌شناختی متعددی شده است. لو^۴ و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند که اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان در دوران کرونا در بسیاری از کشورهاست. افراد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ با بیماری ناشناخته و مزمنی روبه‌رو هستند که هیچ درمان شناخته شده‌ای ندارد و بسیاری از آن‌ها در معرض ابتلا به افسردگی، اختلال خواب، اضطراب و اختلال استرس پس از ضربه هستند (عسگری و همکاران، ۱۳۹۹). بیماران مبتلا به کووید-۱۹ به علت قرنطینه، انگ^۵ و محرومیت اجتماعی ممکن است دچار اختلالات سازگاری و افسردگی شوند (شاهد حق‌قدم و همکاران، ۱۳۹۹). گو^۶ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه ترکیبی^۷ به بررسی مشکلات روان‌شناختی ۱۰۳ بیمار مبتلا به کووید-۱۹ با سایر بیماران غیرمبتلا به کووید-۱۹ پرداختند. نتایج بخش کمی نشان داد که بیماران مبتلا به کرونا در مقایسه با گروه کنترل سطوح بالاتری از علائم افسردگی، اضطراب، اختلال

-
1. Al Mamun
 2. Wordometer
 3. W.H.O
 4. Luo
 5. Stigma
 6. Guo
 7. mixed-method study

استرس پس از ضربه را دارند. به علاوه زنان نمرات بالاتری در مقیاس درماندگی ادراک شده^۱ نسبت به مردان کسب کردند. نتایج بخش کیفی نشان داد که بیماران از احساسات منفی از جمله ترس، گناه، و درماندگی رنج می‌بردند و انگ و عدم اطمینان از پیشرفت بیماری، دو نگرانی اصلی بیماران مبتلا به کرونا بود.

علاوه بر جنبه‌های منفی، بسیاری از پژوهشگران اعتقاد دارند که وقایع آسیب‌زا مانند کرونا، نه تنها به عنوان تهدید و فقدان درک نمی‌شود، بلکه فرصت‌هایی را برای رشد و تغییرات مثبت فراهم می‌آورد (آی کایزر^۲ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کاردوا^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). واژه «رشد پس از ضربه»^۴ اصطلاح نسبتاً جدیدی در روان‌شناسی است که اولین بار توسط تدسکی و کلهون^۵ (۱۹۹۵) وارد ادبیات روان‌شناسی شده است و در دو دهه اخیر، توجه به آن رو به فزونی نهاده است و در مقابل اختلال استرس پس از ضربه^۶ قرار دارد (جایاویکرم و بلکی^۷، ۲۰۱۶). هنگامی که فردی با ضربه یا وقایع تروماتیک روبه‌رو می‌شود سه نوع واکنش روان‌شناختی ممکن است نشان دهد: ۱. تسلیم شدن در برابر عامل تنش‌زا (یا اختلال استرس پس از ضربه)، ۲. تاب‌آوری یا بهبود، و ۳. رشد پس از ضربه. در تاب‌آوری، افراد به خط پایه^۸ عملکردی قبل از وقوع اتفاق استرس‌زا برمی‌گردند، و بهبود حاصل می‌شود که مشابه شرایط قبل از ضربه است، اما در رشد پس از ضربه، افراد از سطح قبلی فراتر می‌روند و رشد می‌کنند (هفرن و بونیول^۹، ۲۰۱۱). رشد پس از ضربه غالباً به عنوان نتیجه^{۱۰} پس از کشمکش^۱ با بحران‌های عمده زندگی است. بنابراین، رشد پس از ضربه به معنای ایجاد تغییرات مثبت و چشم‌انداز مثبتی است که پس از وقایع ضربه‌زا به وجود می‌آید (جایاویکرم و بلکی، ۲۰۱۶).

مطالعات محدودی به بررسی رشد پس از ضربه در بیماران کرونایی پرداخته است. آی کایزر و همکاران (۲۰۲۱) به بررسی هم‌بسته‌های رشد پس از ضربه و اختلال استرس پس از ضربه در ۶۸۵ نفر در جامعه ترکیه پرداختند. نتایج نشان داد که سن پایین‌تر، مجرد

1. perceived helplessness
2. Ikizer
3. Cordova
4. Post-Traumatic Growth (PTG)
5. Tedeschi
6. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
7. Jayawickreme
8. baseline
9. Hefferon & Boniwell
10. struggle

بودن، تجربه‌ی ضرر مالی در طول همه‌گیری، استفاده‌ی مکرر از رسانه‌های اجتماعی برای دنبال کردن اخبار و پست‌های مرتبط با کرونا، و زمان طولانی‌تر گذراندن در خانه با نشانگان بیشتر اختلال استرس پس از ضربه همراه است، اما نشخوار عمدی با رشد پس از ضربه ارتباط مثبتی داشت. موسوی المملکی^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی کیفی به بررسی ابعاد روان‌شناختی و معنوی بیماران مبتلا به کووید - ۱۹ پرداختند. نتایج حاکی از این بود که مهم‌ترین طبقات واکنش‌های منفی روان‌شناختی بیماران کرونایی حین بیماری شامل: ترس و اضطراب، ناامیدی، خشم و تنفر، مسخ شخصیت^۲، و وسواس فکری عملی است و مهم‌ترین طبقات تحول‌نگرشی و معنوی پس از بهبود شامل افزایش معنویت، تحول روابط بین فردی و تحول نگرش نسبت به خود است.

یکی از چالش‌های مهم این است که چرا برخی افراد در حوادث و شرایط ناخوشایند رشد می‌کنند؟ به عبارت دیگر، چه عواملی تسهیل‌کننده‌ی رشد پس از ضربه است؟ تحقیقات صورت گرفته در این حوزه نشان می‌دهد سبک دل‌بستگی ایمن^۳ (اشمیت^۴ و همکاران، ۲۰۱۲)، نشخوار فکری عامدانه^۵ (موریس و شکسپیر-فینچ^۶، ۲۰۱۱)، مقابله مثبت از جمله حل مسئله و راهبردهای تنظیم هیجان (شامل ارزیابی حمایت اجتماعی هیجانی و ابزاری، دعا، بازتفسیر مثبت و پذیرش) (پارک^۷ و همکاران، ۲۰۰۸) از عوامل مؤثر در رشد پس از ضربه است. همچنین پژوهش اشمیت و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، نقش متغیرهای میانجی را در ارتباط بین دل‌بستگی ایمن و رشد پس از ضربه ایفا می‌کند. علاوه بر این، خانجانی^۸ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی کیفی بر روی شانزده بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی به بررسی عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه پرداختند. نتایج نشان داد مفاهیمی مانند: وجود منابع حمایتی، تعامل با انجمن‌های ضایعات نخاعی، باورهای معنوی، نگرش مثبت به آسیب، دسترسی به امکانات مناسب، افزایش دانش و آگاهی و حضور فعال در جامعه، مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده

1. Mousavi Almaleki
2. depersonalization
3. secure attachment
4. Schmidt
5. deliberate rumination
6. Morris
7. Park
8. Khanjani

رشد پس از ضربه در این بیماران هستند. در مقابل، مواجهه با استرس پیش از ضربه^۱ (دورون-لامارکا^۲ و همکاران، ۲۰۱۰)، وضعیت سلامت روان پیش از ضربه (گیل^۳، ۲۰۰۵)، و سبک دلبستگی ناایمن (اشمیت و همکاران، ۲۰۱۲؛ دیکل^۴، ۲۰۰۷؛ آریکان^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) از موانع رشد پس از ضربه شناخته شده است.

با وجود اهمیت شناسایی عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه در مبتلایان کرونا از یک سو، و همه‌گیری کرونا از سوی دیگر، مطالعه‌ای در زمینه کشف عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از کرونا یافت نشد. از این رو، با توجه به همه‌گیری شیوع کرونا در سطح ایران و جهان و اثرات مخرب روان‌شناختی کرونا، لازم است به عواملی که می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی و به‌ویژه سلامت روان مبتلایان به کرونا کمک‌کننده باشد، توجه ویژه‌ای شود. همچنین با عنایت به اینکه مطالعه‌ای در زمینه عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از کرونا یافت نشد و با توجه به اینکه بهترین راهبرد در برابر تهدیدها، تبدیل آن‌ها به فرصت‌هاست، هدف از مطالعه حاضر بررسی عواملی است که می‌تواند رشد پس از ضربه را در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ تسهیل کند. این عوامل تسهیل‌گر از تجربیات بیماران مبتلا به کرونا که رشد پس از ضربه را تجربه کرده‌اند، استخراج می‌شود.

روش

روش تحقیق حاضر کیفی از نوع تحلیل مضمون است. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی و از نوع هدفمند بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در سه استان تهران، قم، و مازنداران بودند. انتخاب اولیه شرکت‌کنندگان از طریق نصب اطلاعیه در بیمارستان‌های قم و انتشار آن در شبکه‌های اجتماعی در دو استان تهران و مازنداران صورت گرفت. در این گام، تقریباً تعداد ۱۹۰ شرکت‌کننده به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. در گام بعد، شرکت‌کننده‌ها با تکمیل سیاهه رشد پس از آسیب^۶ تدرسکی و کلهون (۱۹۹۶) و مصاحبه اولیه برای احراز شرایط رشد پس از آسیب، غربال شدند. نتیجه این غربالگری منجر به انتخاب ۲۵ شرکت‌کننده برای ورود به مصاحبه شد. هدف و روش مطالعه برای هر

1. prior stress exposure
2. Doron-LaMarca
3. Gil
4. Dekel
5. Arikan
6. PTGI

یک از شرکت کنندگان توضیح داده شد و با تبیین اینکه اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند، رضایت هر یک از آن‌ها اخذ شد. همچنین، این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه تهران (مرجع: IR.UTPSYEDU.REC.1399.002) رسیده است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. مصاحبه‌ها نیز به دو شیوه حضوری و تلفنی و هر کدام از ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه، بسته به شرایط شرکت‌کننده به طول انجامید. پروتکل مصاحبه براساس اهداف و سؤالات تحقیق طراحی شد. این پروتکل همان‌طور که بنی‌اسدی و صالحی (۱۳۹۸، ص ۱۸۳) بیان کرده‌اند از چهار بخش «متن شروع»، «پرسش‌ها»، «سرنخ» و «متن پایانی» تشکیل شد. گام اول مصاحبه پس از بیان اهداف این پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و دریافت رضایت آزمودنی، با پرسش از مدت‌زمان بستری، سن، نشانه‌های بیماری، وضعیت جسمی و روانی بیمار و چالش‌ها و مشکلات درگیر با بیماری آغاز شد. در گام بعد، در ضمن بررسی تاریخچه زندگی و ویژگی‌های شخصیتی - روانی، از وی سؤال شد چه عواملی به شما کمک کرد تا بتوانید با این بیماری کنار آید؟ چه عواملی تسهیل‌گر رشد شما در بیماری کرونا بود؟ و در صورت نیاز از بیمار خواسته شد با توضیح بیشتر یا بیان نمونه‌ای از آنچه بیان می‌کند، ما را در شناسایی عوامل تسهیل‌کننده رشد یاری کند. روایی پروتکل مصاحبه توسط چهار کارشناس مطابق با اهداف و سؤالات تحقیق تأیید شد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها به منظور تجزیه و تحلیل آن‌ها، از فرایند گام‌به‌گام تحلیل مضمون براون و کلارک (۲۰۰۶، صص ۶-۱۳) استفاده شد. این فرایند از شش گام اصلی شامل: ۱. آشنا شدن با داده‌ها؛ ۲. کدگذاری اولیه؛ ۳. جست‌وجوی مضامین^۱ (تبدیل کدهای اولیه به مضمون)؛ ۴. مرور مضامین^۲ (که این مرحله به ترسیم شبکه مضامین منجر می‌شود)؛ ۵. نام‌گذاری و تعریف مضامین^۳ (تحلیل مضامین)؛ و ۶. تهیه گزارش^۴ است. مطابق با نخستین گام تحلیل مضمون، مصاحبه‌ها انجام، ضبط، و پیاده‌سازی شد. پس از مرور مکرر داده‌ها، کدگذاری آغاز شد. مرحله سوم با تجزیه و تحلیل و نهایتاً ترکیب کدهای مختلف به شکل‌گیری مضامین منجر شد. در این مرحله، برخی از کدها به هیچ

1. generating initial codes
2. searching for themes
3. reviewing themes
4. defining themes
5. producing the report

مضمونی اختصاص نیافت یا برخی از کدها به چندین مضمون اختصاص یافت. در مرحله بعد، با دسته‌بندی، ترکیب و تلخیص مضمون به‌دست آمده در مرحله قبل، شبکه مضامین ترسیم شد. شبکه مضامین^۱ براساس روندی مشخص، مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی متن)، مضامین سازمان‌دهنده (به‌دست آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه) و مضامین فراگیر (دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به‌مثابه کل) را نظام‌مند می‌کند. سپس این مضامین به صورت نقشه‌های شبکه تارنما، رسم شد و مضامین برجسته هر یک از این سه سطح همراه با روابط میان آن‌ها را نشان می‌دهد (عابدی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۱۷۰).

سرانجام برای اطمینان‌یابی نتایج، از روش لینکلن و گابا (تدلی و تشکری^۲، ۲۰۰۹) استفاده شد. بدین منظور اعتماد‌پذیری^۳، تأیید‌پذیری^۴، اتکا‌پذیری^۵ و انتقال‌پذیری^۶ هر یک از داده‌ها احراز شد. برای اعتماد‌پذیری داده‌ها، نتایج تحلیل هر مصاحبه به مشارکت‌کننده داده می‌شد تا میزان درستی تحلیل‌ها مورد تأیید، و در صورت لزوم اصلاح شود. جهت تأیید‌پذیری یافته‌ها، پژوهشگران تلاش کردند تا حد امکان پیش‌فرض‌های خود را در جمع‌آوری داده‌ها دخالت ندهند. برای اطمینان از اتکا‌پذیری داده‌ها، متن مصاحبه‌ها، کدها، مضمون‌ها، و الگوی نظری برگرفته از داده‌ها، در قالب فرم ارزیابی، به پنج متخصص ارائه شد و مورد تأیید قرار گرفت. برای انتقال‌پذیری داده‌ها تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان از تنوع کافی، به‌لحاظ سطح اجتماعی، تحصیلات، و فرهنگ، برخوردار باشند.

یافته‌ها

مصاحبه‌شوندگان در این تحقیق ۲۵ نفر شامل ۱۳ مرد و ۱۲ زن با میانگین سنی ۴۰٫۸ بودند که مدت‌زمان درگیری آن‌ها با بیماری کووید-۱۹ حداقل ۱۴ روز تا ۲۸ روز بوده است. مطابق با جدول ۱، ۸۴ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و در رده سنی بین ۲۸ تا ۵۲ سال بودند.

1. thematic network
2. Tedley & Tashakori
3. credibility
4. conformability
5. dependability
6. transformability

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مصاحبه‌شده

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۳ / ۰/۵۲
	زن	۱۲ / ۰/۴۸
وضعیت تأهل	متأهل	۲۱ / ۰/۸۴
	مجرد	۴ / ۰/۱۶
سن	جوانی (تا ۴۰ سال)	۱۳ / ۰/۵۲
	میان‌سالی (۴۱-۶۵)	۱۲ / ۰/۴۸
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۴ / ۰/۱۶
	کارشناسی	۹ / ۰/۳۶
	کارشناسی ارشد	۶ / ۰/۲۴
	دکتری	۶ / ۰/۲۴
طول مدت بیماری	ده تا ۲۰ روز	۱۴ / ۰/۵۶
	۲۰ روز به بالا	۱۱ / ۰/۴۴

در مرحله نخست، پس از مکتوب کردن مصاحبه‌ها و مطالعه اولیه و مجدد داده‌ها، کدگذاری کلمه به کلمه و خط به خط داده‌ها به ۵۰۷ کد اولیه منجر شد. علاوه‌براین، کدهای مشابه، حذف و در صورت لزوم تلفیق شد که در نهایت به ۹۰ کد اولیه منجر شد. نتایج آن در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲ کدگذاری اولیه داده‌ها

ردیف	کدگذاری اولیه	فروانی	ردیف	کدگذاری اولیه	فراوانی
۱	کمک غیرمنتظره از دوستان	۳	۴۶	افسرده نبودن	۵
۲	ملاقات استادان	۲	۴۷	با ثبات	۸
۳	تسلی دوستان	۵	۴۸	عصبی نبودن	۹
۴	امید دادن دوستان	۴	۴۹	کنجکاوی بالا	۷
۵	دلجویی خانواده	۵	۵۰	انتقادپذیر	۳
۶	نگرانی بستگان،	۲۲	۵۱	رفتار بدون تعصب،	۲
۷	مراقبت خانواده	۱۲	۵۲	سازگار	۳
۸	روحیه دادن اطرافیان	۹	۵۳	قانع بودن	۳
۹	دلسوزی خانواده	۴	۵۴	مسئولیت‌پذیر	۷
۱۰	حس مهم بودن برای خانواده	۲	۵۵	با پشتکار	۹
۱۱	از خودگذشتگی همسر	۹	۵۶	تلاش برای موفقیت	۷

ادامه جدول ۲

ردیف	کد گذاری اولیه	فروانی	ردیف	کد گذاری اولیه	فروانی
۱۲	به خطر انداختن جان	۷	۵۷	خودتنظیمی	۱
۱۳	مبتلا شدن در اثر پرستاری	۴	۵۸	احساس توانمندی در مقابله با بیماری	۳
۱۴	رسیدگی شبانه‌روزی	۴	۵۹	اعتماد به نفس	۶
۱۵	دادن اطلاعات درباره بیماری و مقابله با آن	۳	۶۰	توانایی غلبه بر مشکلات	۶
۱۶	امید دادن کادر درمان	۴	۶۱	عبرت از حوادث	۱
۱۷	مراقبت کادر درمان	۳	۶۲	علاقه به یادگیری	۱۳
۱۸	عدم ترس پزشک از بیماری کرونا	۲	۶۳	جست‌وجوی معنا	۸
۱۹	ارتباط مثبت	۴	۶۴	تأمل در مفاهیم قران	۴
۲۰	اعتقاد به قدرت مطلق خداوند	۱۲	۶۵	رابطه خوب با مادر	۷
۲۱	مرگ پایان زندگی نیست	۷	۶۶	احترام به اعضای خانواده	۵
۲۲	باور به کمک خدا	۶	۶۷	الگو بودن پدر	۶
۲۳	دنیا محل گذر	۲	۶۸	مشورت با اعضای خانواده	۲
۲۴	نداشتن دیدگاه مادی	۴	۶۹	احساس دوست‌داشته‌شدن توسط پدر	۴
۲۵	توکل به خدا در غلبه بر بیماری،	۱۹	۷۰	ارتباط عاطفی با مادر	۱۳
۲۶	نماز	۴	۷۱	حمایت پدر	۲
۲۷	دعا	۲۱	۷۲	دوران خوب کودکی	۷
۲۸	توسل به ائمه	۲۳	۷۳	نجات از تصادف	۲
۲۹	گوش دادن به داستان‌های پیرامون مرگ	۱	۷۴	سختی دوران جنگ	۲
۳۰	داشتن اعتقادات مذهبی از کودکی	۶	۷۵	سابقه بحران‌های بیماری همه‌گیر	۱
۳۱	والدین مذهبی	۱۷	۷۶	سابقه بیماری عفونی	۱
۳۲	شرکت در کلاس‌های اخلاق	۲	۷۷	سابقه بیماری ژنتیکی	۱
۳۳	مأنوس بودن با قرآن از نوجوانی	۴	۷۸	فوت والدین	۴
۳۴	شرکت در جلسات مذهبی	۷	۷۹	فوت اعضای خانواده به علت کرونا	۳
۳۵	امید	۱۱	۸۰	فوت هم‌اتاقی در بیمارستان	۳
۳۶	خیرباوری	۲	۸۱	سقط جنین	۱
۳۷	کرونا به منزله تجربه‌های جدید،	۳	۸۲	برق گرفتگی	۱
۳۸	کرونا به منزله فرصت	۲	۸۳	احتمال خفگی	۱
۳۹	گذرا بودن بیماری	۵	۸۴	مواجهه با اجساد کرونایی	۲
۴۰	صمیمی	۶	۸۵	از ۲۰ تا ۴۰ سالگی	۱۳
۴۱	فعال و اجتماعی	۷	۸۶	میانگین سنی ۴۰٫۸	۱

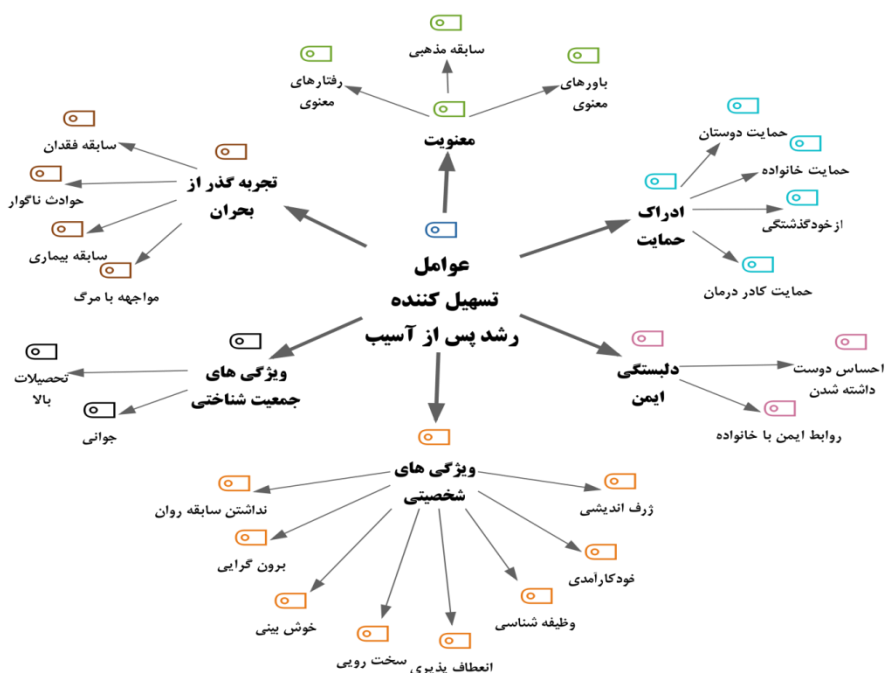
ادامهٔ جدول ۲

ردیف	کدگذاری اولیه	فروانی	ردیف	کدگذاری اولیه	فراوانی
۴۲	شوخ طبع	۳	۸۷	استاد دانشگاه	۸
۴۳	روحیهٔ مقابله‌جویی با مشکلات	۲	۸۸	کارشناسی	۹
۴۴	تحمل زیاد	۲	۸۹	کارشناسی ارشد	۶
۴۵	آرام بودن	۶	۹۰	دکتری	۶
			مجموع		۵۰۷

پس از کدگذاری، کدهای اولیه مجدداً از یک سو با یکدیگر و از سوی دیگر، با داده‌ها مقایسه شد که نتیجهٔ این مرحله، تلفیق برخی از کدهای اولیه در یکدیگر و سرانجام، شکل‌گیری مضامین پایه بود. بر این اساس، کدهای اولیه ۱ تا ۴ مضمون «حمایت دوستان»، ۵ تا ۱۰ «حمایت خانواده»، ۱۱ تا ۱۴ «از خودگذشتگی»، ۱۵ تا ۱۹ «حمایت کادر درمان»، ۲۰ تا ۲۵ «باورهای معنوی»، ۲۶ تا ۲۹ «رفتارهای معنوی»، ۳۰ تا ۳۴ «سابقهٔ مذهبی»، ۳۵ تا ۳۹ «خوش‌بینی»، ۴۰ تا ۴۳ «برون‌گرایی»، ۴۴ تا ۴۸ «سخت‌رویی»، ۴۵ تا ۴۸ «نداشتن سابقهٔ روان‌رنجوری»، ۴۹ تا ۵۳ «انعطاف‌پذیری»، ۵۴ تا ۵۷ «وظیفه‌شناسی»، ۵۸ تا ۶۰ «خودکارآمدی»، ۶۱ تا ۶۴ «ژرف‌اندیشی»، ۶۵ تا ۶۸ «روابط ایمن خانواده»، ۶۹ تا ۷۲ «احساس دوست داشته شدن»، ۷۳ تا ۷۴ «حوادث ناگوار»، ۷۵ و ۷۷ «سابقهٔ بیماری»، ۷۸ تا ۸۱ «سابقهٔ فقدان»، ۸۲ تا ۸۴ «مواجهه با مرگ»، ۸۵ تا ۸۶ «جوان بودن» و ۸۷ تا ۹۰ «تحصیلات بالا» را شکل دادند. از میان مضامین پایه، به ترتیب حمایت خانواده (۵۴)؛ باورهای معنوی (۵۰)؛ رفتارهای معنوی (۴۹)؛ سابقهٔ مذهبی (۳۶)؛ نداشتن سابقهٔ روان‌رنجوری (۲۸)؛ تحصیلات بالا (۲۹)؛ ژرف‌اندیشی (۲۶)؛ احساس دوست داشته شدن (۲۶)؛ وظیفه‌شناسی (۲۴) و روابط ایمن خانواده (۲۰) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند.

پس از بررسی و کنترل همخوانی مضامین پایه با کدهای مستخرج، با ترکیب و تلفیق مضامین پایه با یکدیگر تعداد شش مضمون سازمان‌دهنده با عناوین «ادراک حمایت»، «معنویت»، «ویژگی‌های شخصیتی»، «دلبستگی ایمن»، «تجربهٔ گذر از بحران»، و «متغیرهای جمعیتی» به ترتیب با فراوانی ۱۰۷، ۱۳۵، ۱۵۴، ۴۶، ۲۲ و ۴۳ نام‌گذاری شد. علاوه بر مضامین سازمان‌دهنده، «عوامل تسهیل‌گر رشد پس از ضربه» به‌عنوان مضمون فراگیر، در کانون شبکهٔ مضامین قرار گرفت؛ بنابراین، ویژگی‌های شخصیتی شامل هشت

خرده‌مضمون خوش‌بینی، برون‌گرایی، سخت‌رویی، نداشتن سابقه روان‌رنجوری، انعطاف‌پذیری، وظیفه‌شناسی، خودکارآمدی و ژرف‌اندیشی با ۱۵۴ فراوانی بیشترین کد را به خود اختصاص داد. سپس، معنویت و ادراک حمایت هر کدام با ۱۳۵ و ۱۰۷ فراوانی رتبه دوم و سوم از کدهای اولیه را به دست آوردند. از سوی دیگر، تجربه گذر از بحران با ۲۲ فراوانی و پس از آن، متغیرهای جمعیت‌شناختی ۴۳ کد، کم‌ترین فراوانی را در میان داده‌ها داشتند. سبک دلبستگی با فراوانی ۴۶ در رتبه چهارم شبکه مضامین قرار گرفت. شبکه مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر همراه با فراوانی هر یک در شکل ۱ نمایش داده شده است.



شکل ۱ شبکه مضامین عوامل تسهیل کننده رشد پس از ضربه

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی بررسی عوامل تسهیل کننده رشد پس از ضربه براساس تجربه زیسته بیماران مبتلا به کووید-۱۹ با به‌کارگیری روش تحلیل مضمون بود. نتایج این مطالعه نشان داد که شش عامل «ادراک حمایت»، «معنویت»، «ویژگی‌های شخصیتی»، «دلبستگی ایمن»،

«تجربه گذر از بحران»، و «متغیرهای جمعیتی» مهم‌ترین عوامل تسهیل‌گر رشد پس از ضربه در بیماران کووید - ۱۹ است.

عامل «ادراک حمایت» زمانی رخ می‌دهد که رفتارهای حمایتی از منابع مختلف صورت گیرد. «حمایت دوستان» از رفتارهایی همچون «کمک غیرمنتظره از دوستان»، «ملاقات غیرمنتظره افراد مهم مانند استادان»، «تسلی دوستان» و امید دادن آن‌ها ادراک می‌شود. در این میان خانواده نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند به‌ویژه اینکه جامعه ایران برخلاف جوامع غربی جامعه‌ای خانواده‌محور است (فاضل و همکاران، ۱۳۹۶). «حمایت خانواده» وقتی درک می‌شود که بیمار با «دلجویی خانواده» مواجهه می‌شود و مشاهده می‌کند که اعضای خانواده «نگران» او هستند و «مراقبت‌های» پزشکی را به صورت «دلسوزانه» به عمل می‌آورند. خانواده با «روحیه دادن» به بیمار «حس مهم بودن» را به بیمار القا می‌کنند. این حمایت زمانی به اوج می‌رسد که بیمار با «از خود گذشتگی» افراد مواجهه می‌شود. در شرایطی که همه از بیمار مبتلا به کرونا فاصله می‌گیرند همسر بیمار یا سایر اعضای خانواده با «رسیدگی شبانه‌روزی» و «به خطر انداختن جان خود» و حتی «مبتلا شدن به کرونا در اثر پرستاری»، «از خود گذشتگی» را نشان می‌دهند. این ادراک حمایت، باعث انگیزه بیشتر بیمار در غلبه بر بیماری می‌شود. «کادر درمان» نیز نقش بسزایی در ادراک حمایت دارند. کادر درمان هنگامی که «ارتباط مثبتی»، با بیمار برقرار می‌کنند و «بدون ترس با بیماران کرونایی» مواجهه می‌شوند می‌توانند به‌عنوان الگویی برای بیمار و اعضای خانواده محسوب شوند. کادر درمان با «مراقبت» و «دادن اطلاعات درباره بیماری و چگونگی مقابله با آن» باعث کاهش استرس بیمار و افزایش «امید» در بیماران می‌شوند و از این طریق به تسهیل فرایند رشد در بیماران کرونایی کمک می‌کنند. این یافته مطابق با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینه عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه است. وجود منابع حمایتی مختلف باعث ایجاد و تداوم انگیزه بیماران برای حرکت به سمت موفقیت می‌شود (وی و پترسون^۱، ۲۰۰۹؛ خانجانی و همکاران، ۲۰۱۷). در خلال مصاحبه با بیماران مضمون‌های زیادی در رابطه با نقش خانواده به‌ویژه همسران استخراج شد. در پژوهش حاضر «ادراک از خود گذشتگی» به‌عنوان مقوله مهم در ویژگی‌های شخصیتی مراقبان است. این ویژگی به بیماران اطمینان می‌دهد که در راه مبارزه با کرونا تنها نیستند و می‌توانند بر بیماری غلبه کنند. این یافته مطابق با پژوهش فاضل و همکاران (۱۳۹۶) در

زمینه رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به سرطان بود.

«معنویت» عامل مهم دیگر تسهیل‌گر رشد پس از ضربه است. وقتی فردی به بیماری ناشناخته و مهلکی مبتلا می‌شود باورهای معنوی و مذهبی مانند «اعتقاد به قدرت مطلق خداوند»، «اعتقاد به کمک خداوند» منجر به «توکل به خداوند» در غلبه بر بیماری و در نتیجه باعث افزایش امید در بیماران می‌شود. باورهایی همچون «اعتقاد به زندگی پس از مرگ»، «گذرا بودن دنیا» با کاهش اضطراب مرگ و ایجاد معنا باعث تسهیل رشد پس از ضربه می‌شود. این باورهای معنوی در «پیشینه مذهبی» افراد ریشه دارد و باعث رفتارهای معنوی مانند «نماز»، «دعا»، «توسل به ائمه (ع)» می‌شود که با کاهش اضطراب مرگ همراه است. این یافته همسو با چندین پژوهش است که نقش دین‌داری و معنویت را در رشد پس از ضربه بررسی کرده‌اند. افرادی که در سازمان‌های مذهبی درگیر هستند نسبت به آن‌هایی که عقاید مذهبی ندارند، به احتمال زیادی رشد پس از ضربه بیشتری را نشان می‌دهند (میلام^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کوریر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات طولی نشان داده است که ایمان پیش‌بینی‌کننده افزایش رشد پس از ضربه است. اعتقادات دینی می‌تواند چارچوب اصلی برای پیدا کردن معنای زندگی در حوادث سهمگین باشد و بدین طریق، به رشد فرد در حوادث شوک‌آور کمک کند (یانز و همکاران^۳، ۲۰۰۹). حتی کمال‌گرایی مذهبی - معنوی به معنای تمایل و تلاش برای تحقق معیارهای متعالی و معنوی با سلامت روان، استحکام من^۴ و آسایش وجودی رابطه مثبت و معناداری دارد و می‌تواند افراد را در برابر آسیب‌های روانی مقاوم کند (بشارت و همکاران، ۱۴۰۰).

در بین عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه «ویژگی‌های شخصیتی» با ۱۵۴ کد، بیشترین فراوانی را دارد. این ویژگی‌ها شامل هشت خرده‌مضمون خوش‌بینی، برون‌گرایی، سخت‌رویی، نداشتن سابقه روان‌رنجوری، انعطاف‌پذیری، وظیفه‌شناسی، خودکارآمدی و ژرف‌اندیشی بودند. این یافته همسو با یافته‌های پیشین است. تدسکی و کلهون (۱۹۹۵) در بیان اصول مرتبط با رشد پس از ضربه بیان می‌کنند که رشد به ویژگی‌ها شخصیتی بستگی دارد و تصریح می‌کند که خودکارآمدی^۵، کانون کنترل^۶، سرسختی^۷، خوش‌بینی،

1. Milam
2. Currier
3. Yanez
4. Ego Strength
5. self-efficacy
6. locus of control
7. hardiness

خلاقیت، و انعطاف‌پذیری شناختی، از جمله ویژگی‌هایی هستند که سبب می‌شوند که افراد به طرفی به سوانح واکنش نشان دهند که به رشد بینجامد. امید و خوش‌بینی به افراد اجازه می‌دهد تا در مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی، اهداف، رفتارها و انگیزه‌های خود را بازنگری کنند و ممکن است به رشد پس از ضربه منجر شود (تدسکی و همکاران، ۲۰۱۸). برون‌گرایی، گشودگی به تجربه^۱ و ایده‌های جدید ممکن است با رشد پس از ضربه مرتبط باشد، چراکه می‌تواند زمینه‌های افشاگری هیجانی را تسهیل کند (یو^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله ویژگی‌های مهم تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه، نداشتن سابقه روان‌رنجوری است. افرادی که پیش از رویداد ضربه‌زا، دارای وضعیت سلامت روان ضعیفی هستند، به احتمال زیاد آن‌قدر سراسیمه می‌شوند که نمی‌توانند رویداد مربوطه را پردازش شناختی یا پریشانی عاطفی اولیه خود را مدیریت کنند. بدین ترتیب، ممکن است نشخوار ذهنی ناخوانده را تجربه کنند و نتوانند آن را به نشخوار ذهنی عمدی سازنده تبدیل سازند. علاوه‌براین، این افراد با استفاده از استراتژی‌هایی همچون اجتناب، به مقابله با پریشانی خود پردازند که به‌نوبه خود، مانع از رشد پس از ضربه می‌شود. از سوی دیگر، افرادی که پیش از ضربه، وضعیت سلامت روان بهتری دارند، به احتمال زیاد در پردازش شناختی اطلاعات جدید حاصل از رویداد ضربه‌زا عملکرد اثربخش‌تری خواهند داشت (تدسکی و همکاران، ۲۰۱۸). ژرف‌اندیشی نیز به واسطه نشخوار عمدی درباره رویداد ضربه‌زا و تأمل و تفکر در گذشته خود باعث تسهیل رشد پس از ضربه می‌شود.

سبک دلبستگی ایمن با دو مؤلفه «روابط ایمن خانواده» و «احساس دوست داشته شدن» تسهیل‌گر رشد پس از ضربه است. اشمیت و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای که در آمریکا روی ۵۴ فرد بزرگ‌سال بهبودافته از انواع مختلف سرطان انجام دادند، نتیجه گرفتند که سبک دلبستگی ایمن^۳ با رشد پس از ضربه ارتباط دارد، ولی رابطه‌ای بین سبک‌های اجتنابی^۴، دوسو‌گرایی - اضطرابی^۵، یا دو سو‌گرایی - ادغامی^۶ و رشد پس از ضربه وجود ندارد علاوه‌براین، دلبستگی ایمن تنها سبکی بود که با مقابله فعالانه، ارزیابی مجدد مثبت یا مقابله دینی ارتباط داشت. نویسندگان مقاله اظهار کردند که این متغیرها به‌عنوان

1. openness to experience
2. Yu
3. secure attachment
4. avoidant
5. ambivalent-worry
6. ambivalent-merger

متغیر میانجی بین دل‌بستگی ایمن و رشد پس از آسیب هستند. در پژوهش دیگری اشمیت و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی ارتباط بین دل‌بستگی و رشد پس از آسیب و نقش میانجی حمایت اجتماعی و استراتژی‌های مقابله در ۵۴۶ دانشجو پرداخته‌اند که ۳۵۹ نفر از آن‌ها در دوران نوجوانی، رویداد آسیب‌زای را تجربه کرده‌اند. نتایج نشان داد که دل‌بستگی ارتباط مستقیمی با رشد پس از آسیب نداشت، بلکه مقابله درون‌شخصی و حمایت اجتماعی میانجی ارتباط بین آن‌ها بودند.

یافته دیگر پژوهش حاضر عامل «تجربه گذر از بحران» بود که شامل بحران‌های مختلفی همچون «حوادث ناگوار»، «سابقه بیماری»، «سابقه فقدان» و «مواجهه با مرگ» می‌شد. این یافته از یافته‌های جدید پژوهش حاضر بود. بسیاری از افرادی که رشد پس از ضربه را تجربه کرده بودند سابقه گذر از بحران را داشتند و هنگام شدت گرفتن این بیماری به یاد این حوادث ناگوار می‌افتادند که چگونه از این حوادث عبور کرده‌اند و این تجربه به آن‌ها احساس خودکارآمدی در غلبه بر بیماری را می‌داد و از سویی دیگر به یادآوری فرصت مجدد زندگی منجر می‌شد. برای مثال یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد «قبل از کرونا هم تو مشکلات زیادی بودم، ۱۶ سال تو سیستان و بلوچستان کار کردم. در آنجا انواع بحران‌ها رو داشتم، بیماری وبا که چند سری اومد، بحران سی سی اچ اف رو من هیچ وقت فراموش نمی‌کنم، تو این بحران چند تا مریض جلو چشم من فوت شدن، اون هم مثل کرونا بود و شاید فوتی‌های بیشتری داشت، وقتی به خاطر کرونا در بیمارستان بستری بودم یاد اون زمان افتادم و اینکه چطور آن بحران‌ها رو از سر گذروندم»، یا مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت «خاطرم هست که زمان جنگ بود و همیشه بمباران‌های جنگ رو یادمه و چقدر سخت بود که می‌رفتیم تو پناهگاه‌ها، فکر می‌کنم تو اون دوران شخصیت من خیلی ساخته شد». به نظر می‌رسد تجربه گذر از بحران‌های گذشته باعث سخت‌رویی و پختگی شخصیت افراد می‌شود و آن‌ها را آماده‌رویارویی برای بحران‌های بعدی زندگی افراد می‌کند.

عامل تسهیل‌کننده دیگر در رشد پس از ضربه «متغیرهای جمعیت‌شناختی» است که از دو مضمون پایه «جوان بودن» و «تحصیلات بالا» تشکیل شده است. در پژوهش حاضر، بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بودند و میانگین سنی همه مشارکت‌کنندگان ۴۰٫۸ سال بود. به‌طور کلی پژوهش‌ها در زمینه سن و رشد پس از ضربه

متفاوت است (میرسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). مانه^۲ و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی روی بزرگسالان با طیف سنی گسترده (از ۲۰ ساله تا ۷۰ ساله) نشان دادند که بین سن و رشد پس از آسیب، رابطه عکس وجود دارد، اما یافته‌های پژوهش حاضر، مطابق توانایی‌های زیربنایی رشد پس از ضربه است. رشد پس از آسیب مستلزم توانایی ارزیابی و تفکر دیالکتیکی است، زیرا پارادوکس بنیادی رشد پس از آسیب این است که از زیان می‌توان به سود رسید (تدسکی و همکاران، ۲۰۱۸). و این تفکر دیالکتیکی در سنین جوانی به اوج می‌رسد. همچنین تحصیلات بالا به‌عنوان تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه شناسایی شد، زیرا تحصیلات بالا با هوش بالاتر و پردازش شناختی بیشتر هم‌بستگی دارد (سو و لی آو^۳، ۲۰۱۱).

با توجه به اینکه پژوهش حاضر با روش کیفی و نمونه‌گیری غیراحتمالی و با حجم کم، انجام گرفته است و برخی مصاحبه‌ها به دلیل دشواری دسترسی به مشارکت‌کنندگان به صورت تلفنی و غیرحضوری صورت گرفته است. همچنین بیشتر افراد مشارکت‌کننده با تحصیلات بالا بودند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به شیوه تصادفی از طریق مصاحبه حضوری و با مشارکت‌کنندگانی با تحصیلات پایین‌تر و با جامعه آماری گسترده‌تر صورت گیرد.

قدردانی

ضمن آرزوی سلامتی برای مشارکت‌کنندگان در پژوهش، از همه افرادی که ما را در انجام پژوهش یاری رساندند کمال سپاس و قدردانی را داریم.

منابع

- بشارت، م، ع، امامی، س، و خواصی، ر. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای سلامت معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سلامت روانی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۵(۱)، ۱۳۸-۱۶۵.
- بنی‌اسد، ع، و صالحی، ک. (۱۳۹۸). مقدمه‌ای بر اصول و فرایند ساخت و رواسازی پروتکل مصاحبه. *نامه آموزش عالی*، ۱۲(۴۶)، ۱۷۷-۲۰۳.
- شاهد حق قدم، ه، فتحی آشتیانی، ع، راه نجات، ا، احمدی طهور سلطانی، م، تقوا، ا، ابراهیمی، م،

1. Meyerson
2. Manne
3. Xu & Liao

- دنیوی، و. و جهان‌داری، پ. (۱۳۹۹). پیامدها و مداخلات روان‌شناختی در پاندمی کووید-۱۹: مطالعه مروری. *طب دریا*، ۲(۱)، ۱-۱۱.
- عسگری، م.، قدمی، ا.، امینایی، ر. و رضازاده، ر. (۱۳۹۹). ابعاد روان‌شناختی بیماری کووید - ۱۹ و آسیب‌های روانی ناشی از آن: مطالعه مروری نظام‌مند. *روان‌شناسی تربیتی*، ۱۶(۵۵)، ۱۷۳-۲۰۶.
- فاضل، م.، سلیمی بجستانی، ح.، فرحبخش، ک.، و اسمعیلی، م. (۱۳۹۶). ارائه الگوی رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی: یک مطالعه گراند تئوری. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹)، ۷۹-۱۰۵.
- Al Mamun, F., Hosen, I., Misti, J. M., Kaggwa, M. M., & Mamun, M. A. (2021). Mental disorders of Bangladeshi students during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 645.
- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., & Karl, A. (2016). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(1), 1-20.
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338.
- Currier, J. M., Mallot, J., Martinez, T. E., Sandy, C., & Neimeyer, R. A. (2013). Bereavement, religion, and posttraumatic growth: A matched control group investigation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(2), 69.
- Dekel, R. (2007). Posttraumatic distress and growth among wives of prisoners of war: The contribution of husbands' posttraumatic stress disorder and wives' own attachment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 419-426.
- Gil, S. (2005). Evaluation of premorbid personality factors and pre-event posttraumatic stress symptoms in the development of posttraumatic stress symptoms associated with a bus explosion in Israel. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 563-567.
- Guo, Q., Zheng, Y., Shi, J., Wang, J., Li, G., Li, C., ... & Yang, Z. (2020). Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: a mixed-method study. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 17-27.
- Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications*. McGraw-Hill Education (UK).
- <https://www.worldometers.info/coronavirus>.
- Ikizer, G., Karanci, A. N., Gul, E., & Dilekler, I. (2021). Post-traumatic stress, growth, and depreciation during the COVID-19 pandemic: evidence from Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1872966.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. (2016). Contemporary Understandings of Posttraumatic Growth. In *Exploring the Psychological Benefits of Hardship* (pp. 7-17). Springer, Cham.
- Khanjani, M. S., Younesi, S. J., Khankeh, H. R., & Azkhosh, M. (2017). Exploring facilitators of post-traumatic growth in patients with spinal cord injury: A qualitative study. *Electronic physician*, 9(1), 3544.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public—A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 291, 113190.

- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 442-454.
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical psychology review*, 31(6), 949-964.
- Milam, J., Ritt-Olson, A., Tan, S., Unger, J., & Nezami, E. (2005). The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology*, 11(4), 233-246.
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-oncology*, 20(11), 1176-1183.
- Mousavi Almaleki, Z., Ghomian, S., Roshan Chesli, R., & Bagherinezhad, M. (2020). The Psychological and Spiritual Dimensions of Covid-19 Patients: A Qualitative Study. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 11(41), 42-17.
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American journal of orthopsychiatry*, 78(3), 300-312.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of health psychology*, 17(7), 1033-1040.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2019). Posttraumatic growth reported by emerging adults: a multigroup analysis of the roles of attachment, support, and coping. *Current Psychology*, 38(5), 1225-1234.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedley, C., & Tashakori, A. (2009). *Basics of mixed research: Combining quantitative and qualitative approaches*. Tr. A. Azar and S. Jahanian. Tehran: Jahad Daneshgahi.
- Wee, J., & Paterson, M. (2009). Exploring how factors impact the activities and participation of persons with disability: Constructing a model through grounded theory. *The Qualitative Report*, 14(1), 165-200.
- Xu, J., & Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 274-280.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 730.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry research*, 215(2), 401-405.