

سبک‌های مقابله با تنیدگی براساس تجربه زیسته بیماران مبتلا به کووید - ۱۹: تحلیل مضمون

علی بیات^۱، مصطفی عرب‌پور^۲، سید مهدی خطیب^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناسایی سبک‌های مقابله‌ای براساس تجربه زیسته بیماران مبتلا به کووید - ۱۹ انجام شد. روش این پژوهش کیفی به شیوه تحلیل مضمون گام‌به‌گام براون و کلارک بود. نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالی و از نوع هدفمند و گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه انجام شد. بدین منظور، از ۳۰ بیمار مبتلا به کووید - ۱۹ مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به مدت ۳۰ تا ۵۰ دقیقه بسته به شرایط بیمار صورت گرفت. تحلیل داده‌ها به ۳۹۲ کد اولیه، ۴۶ مضمون پایه، ۱۱ مضمون سازمان‌دهنده شامل «سبک تاب آورانه»، «سبک پذیرشی»، «سبک خودهدایت‌گر»، «سبک عمل‌گرا»، «سبک نیایشی»، «سبک متوکلاته»، «سبک تسلیمی»، «سبک امیدوارانه»، «سبک حمایت‌طلبی»، «سبک نیک‌اندیشانه» و «سبک کيفراندیشانه» و یک مضمون فراگیر با عنوان «سبک‌های مقابله» منجر شد. در پایان، روایی محتوا از طریق واریس منطقی و مستدل کارشناسان خبره با استفاده از ضریب شاخص روایی محتوا (CVI) انجام و تأیید شد. نتایج نشان داد سبک مقابله با بیماری کرونا، مفهومی پیچیده و پویاست. نتایج این پژوهش می‌تواند به طراحی پرسش‌نامه‌هایی برای سنجش سبک مقابله، طراحی مداخلات کنترل بیماری و ارائه برنامه‌های آموزش مقابله با بیماری به منظور سازگاری بهتر با بیماری و دستیابی به بهبود سریع‌تر کمک کند. واژه‌های کلیدی: سبک‌های مقابله، استرس، تجربه زیسته، تحلیل مضمون، کووید - ۱۹.

۱. دکتری روان‌شناسی، پژوهشکده علوم رفتاری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

(abayat@rihu.ac.ir) نویسنده مسئول

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، قم، ایران.

۳. دکتری روان‌شناسی، پژوهشکده علوم رفتاری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. پژوهشگر گروه

روان‌شناسی، پژوهشکده قرآن و حدیث، قم، ایران.

The Ways to Cope with Stress, based on the lived experience of patients suffering from Covid-19: Theme analysis

Ali Bayat¹

Mostafa Arabpour²

Seyd Mahdi Khatib³

Abstract

The aim of this study was to identify coping styles based on the lived experience of patients suffering from Covid-19. The method of this qualitative research was according to the stepwise Theme analysis, by Brown and Clerk. Sampling was non-probabilistic and purposeful. Data collection was done through interviews. For this purpose, semi-structured interviews were conducted with 30 patients suffering from Covid-19 for 30 to 50 minutes, depending on the patient's condition. Data analysis resulted in 392 initial codes, 46 basic themes, 11 organizer themes including Resilient style, Reception style, Self-Directive style, Pragmatic style, Prayer style, Trustworthy style, surrender style, Hopeful style, seeking support style, Philanthropic style, Punitive style, and a comprehensive theme entitled "Coping Styles". Finally, the validity of the content was verified by a reasonable and reasoned review by experts using Content Validity Index (CVI). The results showed that the style of coping with Corona disease is a complex and dynamic concept. The results of this study would lead to design questionnaires to assess coping style, design disease control interventions and provide training programs to deal with the disease in order to better adaptation to the disease and achieve faster recovery.

Keyword: Coping Styles, Stress, Lived Experience, Theme Analysis, Covid-19

-
1. PhD Student in Psychology, Research Institute of Behavioral Sciences, Research Institute of Hawzeh & University, Qom, Iran, (corresponding author; abayat@rihu.ac.ir)
 2. M.A. Student in Psychology, Department of Psychology, Research & Education Institute of Imam Khomeini, Research Institute of Hawzeh & University, Qom, Iran.
 3. PhD in Psychology, Research Institute of Behavioral Sciences, Qom, Iran. Researcher in Psychology Department at Quran & Hadith Research Institute, Qom, Iran

مقدمه

کووید - ۱۹ به دلیل همه‌گیری^۱، سرعت انتقال بالا، غیرقابل پیش‌بینی، تهدید آمیز و غیرمنتظره بودن، زمینه‌ساز واکنش‌های روان‌شناختی مختلف از جمله اضطراب، افسردگی و آشفتگی در کادر درمان، بیماران و عموم جامعه شده است (تیان^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). عوامل متعددی از جمله ازدست دادن حس پیش‌بینی، کنترل‌پذیری شرایط، شدت آسیب‌پذیری، دامنه محدودیت عملکرد در حوزه‌های مختلف زندگی، فقدان منابع معتبر و دریافت اطلاعات تهدیدکننده و گاهی نامعتبر، از ویژگی‌های این بحران‌هاست (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۹).

همه‌گیری می‌تواند افکار اضطرابی، رفتارهای وسواسی و احساسات منفی (مانند استرس و خشم) را تشدید کند و احساسات مثبت (مانند شادی و امید) و رضایت از زندگی را کاهش دهد (اسکچ^۳ و مونیکا^۴، ۲۰۲۰). استرس که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و سبب ناهماهنگی (واقعی یا غیرواقعی) میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (لازاروس^۵ و فولکمن^۶، ۱۹۸۴) شایع‌ترین مشکل در رویارویی با این بیماری است (سازمان بهداشت جهانی^۷، ۲۰۲۰). نتایج تحقیقی که در اوایل سال ۲۰۲۰ در بین مردم عادی پس از انتشار کووید - ۱۹ در چین انجام شده است، نشان می‌دهد از ۲۰۱۹ نفر شرکت‌کننده که به صورت آنلاین در این مطالعه شرکت داشته‌اند حدود ۴/۶ درصد افراد دارای سطوح بالایی از نشانه‌های استرس پس از انتشار بیماری بوده‌اند (سان و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، می‌توان پیش‌بینی کرد که شیوع ویروس کووید - ۱۹ واکنش‌های روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب و ترس را در پی دارد که به اختلالات روانی مانند اختلال استرس حاد، افسردگی و خودکشی می‌انجامد (نوحی و همکاران، ۱۳۹۹).

با وجود اینکه تجربه رویدادهای استرس‌زا، عامل خطر^۸ عمده در بیشتر پژوهش‌ها

1. Pandemic
2. Tian
3. Schoch
4. Monica
5. Lazarus
6. Folkman
7. World Health Organization
8. risk factor

با رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی تلقی شده است، اما بسیاری از محققان بر این باورند که چگونگی واکنش افراد نسبت به رویدادهای استرس‌زا، مهم‌تر از خود استرس در تولید بیماری است (مسعودنیا، ۲۰۰۸). نحوه پاسخ یا واکنش به آن می‌تواند در سازگاری فرد نقش بسزایی داشته باشد، این موضوع معمولاً با عنوان «مقابله»^۱ بررسی می‌شود (نصیرزاده و رسول‌زاده طباطبایی^۲، ۲۰۰۹).

مفهوم مقابله را لازاروس در سال ۱۹۶۶ معرفی کرد و پس از آن، شیوه مقابله افراد با مشکلاتشان بررسی و ابزارهایی برای اندازه‌گیری آن تهیه شد (نصیرزاده و همکاران، ۲۰۰۹). لازاروس معتقد است چگونگی ادراک و ارزیابی فرد از محیط تعیین می‌کند کدام محرک تنش‌زاست. وی معتقد بود آنچه در افراد واکنش‌های هیجانی متفاوتی را به وجود می‌آورد، ارزیابی شخصی فرد از معنای حوادث است که شناخت این ارزیابی شامل دو جزء است: ارزیابی اولیه و ارزیابی ثانویه. در ارزیابی اولیه شخص با موقعیت بالقوه تنیدگی‌زایی روبه‌رو می‌شود و آن موقعیت را از نظر آسیب‌زا بودن برای سلامت خود بررسی می‌کند، ولی ارزیابی ثانویه به منابع و امکانات در دسترس برای کنترل و کاهش احتمالی آسیب و تهدید اشاره دارد (لازاروس، ۱۹۸۴). در این دیدگاه مهم‌تر از عامل تنش‌زا در زندگی، روش‌های مقابله و کنترل موقعیت و کنار آمدن با آن است، زیرا مقابله پدیده‌ای پویاست که از یک‌سو نشان‌دهنده وضعیت کنش‌های شناختی و عاطفی فرد در رویارویی با عناصر تنیدگی‌زا و پیامدهای ناشی از آن است و از سوی دیگر مهارت‌های درونی و انتظارهای بیرونی فرد را به‌ویژه هنگامی که نیازها فراتر از توان اوست بر عهده می‌گیرد (کائسار^۳ و منیر^۴، ۲۰۰۴). به عبارت دیگر، تلاش‌های شناختی و رفتاری افراد برای پیشگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی در مفهوم مقابله خلاصه می‌شود (تیمرس و همکاران، ۲۰۰۲).

مطالعات نشان می‌دهد سبک‌های مقابله‌ای، نقش متغیر میانجی بین استرس و بیماری را ایفا می‌کنند (هابفل^۵ و همکاران، ۱۹۹۸). بر این اساس، یکی از عوامل مهم و تعیین‌کننده در میزان زیان‌بار بودن استرس، می‌تواند نوع و شیوه مقابله انتخاب شده باشد (خرامین و

1. Coping
2. Nasirzadeh & Rassol zadeh tabatabaie
3. Kausar
4. Munir
5. Hobfoll

همکاران، ۱۳۸۷). پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نوع راهبرد مقابله مورد استفاده فرد نه فقط سلامتی روانی که بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (پیکو^۱، ۲۰۰۱). مطالعه سبک‌های مقابله‌ای، گسترده‌ترین موضوع مطالعاتی در روان‌شناسی معاصر و یکی از مهم‌ترین عوامل روانی اجتماعی است که واسطه بین فشار و بیماری‌های روانی است (سامرفیلد^۲ و اسمکر^۳، ۲۰۰۰).

مطالعات انجام‌شده درباره مقابله را می‌توان در چهار گروه شامل نظریه‌های بنیادین در زمینه تبیین انواع و اقسام مقابله؛ هم‌بسته‌ها یا متغیرهای مرتبط با مقابله؛ ساخت و اعتباریابی مقیاس‌ها یا بررسی روان‌سنجی آن‌ها؛ بررسی سبک‌ها یا الگوهای مقابله‌ای ناظر به رویکرد یا گروه یا بیماری خاص طبقه‌بندی کرد.

سبک مقابله راهبردهای نسبتاً پایدار افراد در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا و ناملايمات زندگی است که از طریق گستره وسیعی از الگوهای نظری و ابزارهای اندازه‌گیری مشخص می‌شود (پارکر^۴ و اندلر^۵، ۱۹۹۶، ص ۵؛ شوارتز^۶ و شوارتز^۷، ۱۹۹۶، ص ۱۱۰؛ اسکینر^۸ و همکاران، ۲۰۰۳، ص ۲۲۰؛ خطیب، ۱۳۹۸، ص ۸). پژوهش‌های بسیاری به منظور تشخیص انواع سبک‌های مقابله‌ای صورت گرفته است. بر این اساس، لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) دو سبک مقابله مسئله‌مدار شامل جست‌وجو و حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مسئله و ارزیابی مجدد و هیجان‌مدار شامل رویاروگری، اجتنابی، دوری‌جو و خویش‌تن‌دار را شناسایی کردند. در مقابله مسئله‌مدار، فرد بر عامل استرس‌زا متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط استرس‌زا یا حذف آن انجام دهد. در مقابل، در مقابله هیجان‌مدار فرد سعی می‌کند پیامدهای هیجانی واقعه فشارآور را مهار کند. کارکرد اولیه مقابله هیجان‌مدار، تنظیم و مهار هیجانی عامل استرس‌زا است تا تعادل هیجانی فرد حفظ شود. بیلینگز^۹ و موس^{۱۰}

1. Piko
5. Samer fild
3. Smccrae
4. Parker
5. Endler
6. Schwarzer
7. Schwarzer
8. Skinner
9. Billings
10. Moos

(۱۹۸۱) مقابله‌های رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی را مطرح کردند. موس مفهوم چندبعدی مقابله را بر مبنای دو محور مقابله و روش مقابله پیشنهاد کرد؛ محور مقابله شامل دو سبک روی‌آوری و اجتنابی و روش مقابله را به دو مقوله شناختی و رفتاری تقسیم کرد (موس، ۱۹۹۳، به نقل از موهینو^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). براهنی و موسوی (۱۳۷۱)، به نقل از حسینی قدمگاهی، (۱۳۷۶) با گسترش مقابله‌های مطرح‌شده بیلینگز و موس، تقسیم‌بندی اخیر را به پنج سبک مقابله مسئله‌مدار، مهار هیجانی، ارزیابی شناختی، جسمانی کردن و جلب حمایت اجتماعی معرفی کردند. مدی^۲ (۱۹۹۰) نیز سبک‌های مقابله تبدیلی و واپس‌رونده را بیان کرد. در این تقسیم‌بندی، مقابله تبدیلی رفتاری است که با راهبردهای خاصی یک رویداد منفی را به رویداد مثبت تبدیل می‌کند و در مقابله واپس‌رونده، فرد از فشار روانی، یک مصیبت می‌سازد.

علاوه بر سبک‌های کلی مقابله، راهبردها و سبک‌های مقابله دینی، شیوه‌هایی مؤثر در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زاینده در این راستا، پارگامنت و همکاران (۱۹۹۹)، ص ۱۷۸) نقش مذهب را در دستیابی به حس کنترل شخصی در موقعیت‌هایی که احساس‌های درماندگی، آسیب‌پذیری فرد را فرامی‌خوانند، مطالعه کردند. به اعتقاد وی، سبک‌های گوناگون استفاده از دین برای مقابله با استرس‌های زندگی شامل مقابله خودهدایتگر^۳، مقابله همکارانه^۴، مقابله تسلیمی^۵، مقابله التجایی^۶، ارزیابی خیرباورانه^۷، ارزیابی تنبیهی^۸، ارزیابی ابلیس‌باورانه^۹، ارزیابی براساس قدرت خدا^{۱۰}، طلب حمایت معنوی^{۱۱}، طلب حمایت فرقه‌ای^{۱۲}، نارضایتی معنوی^{۱۳}، نارضایتی دینی میان‌فردی^{۱۴}،

1. Mohino
2. Maddi
3. self-directive coping
4. collaborative coping
5. deferring coping
6. pleading coping
7. benevolent reappraisal
8. punishing reappraisal
9. demonic reappraisal
10. reappraisal of God's powers
11. seeking spiritual support
12. seeking congregational support
13. spiritual discontent
14. interpersonal religious discontent

بخشایشگری دینی^۱، مناسک گذر^۲، و تبدل دینی^۳ است. همچنین، خطیب و همکاران (۱۳۹۹) با بررسی سه مفهوم عفو، شکر و امید در منابع اسلامی یک الگوی مقابله دینی زمان‌مند شامل مقابله گذشته‌محور (بخشایش)، مقابله حال‌محور (سپاس‌گذاری) و مقابله آینده‌محور (امید) را ارائه داده‌اند.

در مورد مقابله با بیماری‌های استرس‌زا، ابراهیمی و میرزایی (۱۳۹۷) به تبیین تجربه بیماران دیابتی از شیوه‌های مقابله به روش گراندد تئوری پرداخته و اعتماد به توصیه‌های درمانی، قابلیت پیش‌بینی آینده، درک مشکلات واقع‌شده و جست‌وجوی حمایت را از عوامل مؤثر در مقابله برمی‌شمارند. پژوهش باقریان و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد بیماران همودیالیزی در رویارویی با چالش‌های ناشی از بیماری، تمایل کم‌تری به استفاده از سبک مقابله‌ای مواجهه مستقیم دارند و در مقابل، بیشتر سبک‌های طفره‌آمیز و تسکین‌دهنده را در رویارویی با استرس‌ها به کار می‌گیرند. لذا این بیماران در چالش‌ها و درمان بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. همچنین، خاتم‌ساز و معارف‌وند (۱۳۹۳) نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به سرطان بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. در پژوهشی دیگر، طاهری و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی سبک‌های مقابله‌ای در گروه خاصی از بیماران مبتلا به سرطان پرداختند و مشخص شد که ۷۰ درصد بیماران از زیرمقیاس دوری‌گزینی سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار برای مقابله با تنیدگی‌های زندگی استفاده می‌کنند. نیک‌منش و اشترک (۱۳۹۵) به بررسی میزان هم‌بستگی سلامت روان و سبک‌های مقابله دینی دو گروه مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که گروه اول نسبت به گروه دیگر، دارای مقابله مذهبی فعال و خیرخواهانه و سلامت روان بیشتری‌اند. با وجود اینکه پژوهش‌های متعددی در زمینه شناسایی سبک‌های مقابله انجام گرفته است، اما بیشتر به‌روش کمی و از طریق ابزارهای طراحی شده در این موضوع، صرفاً به شناسایی سبک‌های مقابله دسته‌ای از بیماران یا در مقایسه با سایر بیماران یا افراد سالم انجام شده است.

پژوهشگران اعتقاد دارند تفاوت‌های فردی پایدار، ویژگی‌های شخصیتی متفاوت و ویژگی‌های موقعیت تنش‌زا، سبک واکنش افراد را در رویارویی با ناملازمات متمایز می‌کند (آقایوسفی، ۱۳۸۰؛ مرادی و بهرامی، ۱۳۹۰). بنابراین، با توجه به ابتلای زنان و

1. religious forgiving
2. rites of passage
3. religious conversion

مردان در سنین متفاوت با انواع ویژگی‌های شخصیتی و نیز با توجه به سرعت انتشار این ویروس و پیامدهای جسمی و روان‌شناختی منفی آن در میان بیماران از یک سو و عدم انجام پژوهش کیفی در این موضوع در میان بیماران مبتلا به کووید - ۱۹، انجام پژوهشی برای بررسی و استخراج سبک‌های مقابله‌ی بیماران برای آموزش و اصلاح سبک‌های مقابله با بیماری، تدوین مداخلات مؤثر در کنار آمدن با آسیب و طراحی مقیاس سنجش سبک‌های مقابله با بیماری در فرهنگ ایرانی، ضرورت می‌یابد. بر این اساس، مسئله پژوهش حاضر این است که از طریق گفت‌وگو و تجربه‌ی بیماران از چگونگی مقابله با این بیماری و با روش تحلیل مضمون، راهبردها و پس از آن سبک‌های مقابله با بیماری کووید - ۱۹ را شناسایی کند.

روش

در این پژوهش، از روش کیفی تحلیل مضمون استفاده شد. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی و از نوع هدفمند بود. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته و مشاهده بود. پروتکل مصاحبه براساس اهداف و پرسش‌های تحقیق طراحی شد. این پروتکل همان‌طور که بنی‌اسد 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 شرکت‌کننده، با پرسش درباره‌ی مدت‌زمان بستری، سن، نشانه‌های بیماری، وضعیت جسمی و روانی بیمار و چالش‌ها و مشکلات درگیر با بیماری آغاز شد. در گام بعد، درباره‌ی چگونگی و راهبردهای مقابله‌ی وی با بیماری گفت‌وگو شد. برای نمونه پرسش شد: «چگونه توانستید با چالش‌ها و مشکلات در طول این بیماری کنار بیایید؟» «چه راهبردهایی به شما کمک کرد رنج و سختی این بیماری را تحمل کنید» و در صورت نیاز از بیمار خواسته شد با توضیح بیشتر یا بیان نمونه‌ای از آنچه بیان می‌کند، ما را در شناسایی سبک‌های مقابله با این بیماری یاری کند. سرانجام، از دیدگاه وی درباره‌ی نقش و چگونگی تأثیر عوامل معنوی و دین در کنار آمدن با کووید - ۱۹ پرسش شد. روایی پروتکل مصاحبه از سوی سه کارشناس مطابق با اهداف و پرسش‌های تحقیق تأیید شد. براساس اصل اشباع^۱، با ۳۰ بیمار مبتلا به کووید - ۱۹ در استان‌های تهران، قم،

اصفهان، شیراز، تبریز، خوزستان، ایلام، لرستان، کرج و مشهد به صورت تلفنی مصاحبه شد. انتخاب آزمودنی‌ها از طریق شبکه‌های اجتماعی و با رضایت آگاهانه آن‌ها بود. هر مصاحبه از ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بسته به شرایط بیمار به طول انجامید.

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 ۶ گام اصلی را شامل می‌شود: ۱. آشنا شدن با داده‌ها؛ ۲. کدگذاری اولیه^۱؛ ۳. جست‌وجوی مضامین^۲ (تبدیل کدهای اولیه به مضمون)؛ ۴. مرور مضامین^۳ (که این مرحله به ترسیم شبکه مضامین منجر می‌شود)؛ ۵. نام‌گذاری و تعریف مضامین^۴ (تحلیل مضامین) و ۶. تهیه گزارش^۵. بدین منظور، از نرم‌افزار ام. آی. ایکس. کیو. دی. آی. نسخه ۲۰۱۸ استفاده شد. مطابق با نخستین گام تحلیل مضمون، مصاحبه‌ها انجام، ضبط، پیاده‌سازی و درنهایت، در نرم‌افزار ام. آی. ایکس. کیو. دی. آی. نسخه ۲۰۱۸ وارد شد. پس از مرور مکرر داده‌ها، کدگذاری آغاز شد. مرحله سوم با تجزیه و تحلیل و درنهایت ترکیب کدهای مختلف به شکل‌گیری مضامین منجر شد. در این مرحله، برخی از کدها به هیچ مضمونی اختصاص نیافت یا برخی از کدها به چندین مضمون اختصاص یافت. در مرحله بعد، با دسته‌بندی، ترکیب و تلخیص مضمون به دست آمده در مرحله قبل، شبکه مضامین ترسیم شد. شبکه مضامین^۶، براساس روندی مشخص، مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی متن)، مضامین سازمان‌دهنده (به دست آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه) و مضامین فراگیر (دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به مثابه کل) را نظام‌مند می‌کند. سپس این مضامین به صورت نقشه‌های شبکه تارنما، رسم و مضامین برجسته هر یک از این سه سطح همراه با روابط میان آن‌ها را نشان می‌دهد (عابدی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۱۷۰).

برای اطمینان از کدگذاری و نام‌گذاری مضامین و مطابقت آن‌ها با داده‌های تحقیق، از روش توصیفی زمینه‌یابی^۷ استفاده شد و یافته‌ها را پنج متخصص این موضوع بررسی کردند. برای بررسی روایی محتوایی داده‌های مربوط به نظر کارشناسان مطابق آنچه

1. generating initial codes
2. searching for themes
3. reviewing themes
4. reviewing themes
5. producing the report
6. thematic network
7. survey

شولتز^۱ و همکاران (۲۰۱۴)، به نقل از رفیعی هنر، ۱۳۹۷، ص. ۱۴۲) بیان کرده‌اند، از ضریب شاخص روایی محتوا^۲ (CVI) استفاده شد.

یافته‌ها

مصاحبه‌شوندگان در این تحقیق ۳۰ نفر شامل ۸ مرد و ۲۲ زن با میانگین سنی ۳۷٫۵ بودند که مدت‌زمان درگیری آن‌ها با بیماری کووید - ۱۹ حداقل یک هفته تا یک ماه بوده است. مطابق با جدول ۱، تقریباً ۷۰ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و در رده سنی بین ۳۱ تا ۵۰ سال بودند.

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به کووید - ۱۹

متغیر	شاخص	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۸	۰/۲۶
	زن	۲۲	۰/۷۴
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳	۰/۷۷
	مجرد	۷	۰/۳۳
سن	جوانی (تا ۳۰ سال)	۸	۰/۲۶
	میان‌سالی (۳۱ - ۵۰)	۱۸	۰/۶۰
	کهن‌سالی (۵۱ به بالا)	۴	۰/۱۴
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۴	۰/۱۴
	فوق‌دیپلم	۵	۰/۱۶
	کارشناسی	۱۳	۰/۴۴
	کارشناسی ارشد	۶	۰/۲۰
	دکتری	۲	۰/۰۶
	کم‌تر از ده روز	۳	۰/۱۰
طول مدت بیماری	ده تا ۲۰ روز	۱۵	۰/۵۰
	۲۰ روز به بالا	۱۲	۰/۴۰

در مرحله نخست، پس از مکتوب کردن مصاحبه‌ها و مطالعه اولیه و مجدد داده‌ها، کدگذاری سطر به سطر داده‌ها به ۳۹۲ کد اولیه منجر شد. علاوه بر این، کدهای مشابه،

1. Shultz
2. Content Validity Index (CVI)

حذف و در صورت لزوم تلفیق شد که در نهایت به ۸۲ کد اولیه منجر شد. نتایج این کدها در جدول ۲ نمایش داده شده است و بیانگر مضامین پایه است.

جدول ۲ کدگذاری اولیه داده‌ها

ردیف	کدگذاری اولیه	فروانی ردیف	کدگذاری اولیه	فروانی
۱	شکست مشکلات سخت‌تر از این بیماری	۲	۴۲	تسلیم بیماری شدن
۲	پیش‌بینی بیماری	۳	۴۳	تسلیم خداوند
۳	پایان‌پذیری بیماری	۲	۴۴	انرژی گرفتن از کائنات
۴	کوچک شمردن بیماری	۴	۴۵	طرد نشدن از سوی دیگران
۵	آگاهی و بینش	۳	۴۶	حمایت پزشک و کادر درمان
۶	صبر	۶	۴۷	حمایت دوستان و استادان
۷	سرنوشت و تقدیر الهی	۲	۴۸	حمایت خانواده
۸	مسئولیت‌پذیری	۷	۴۹	مثبت‌اندیشی
۹	بیماری جزئی از زندگی	۵	۵۰	محبت خویش
۱۰	فرایندی طبیعی و همگانی	۸	۵۱	انگیزه فرزندی
۱۱	تلقین	۳	۵۲	انگیزه همسری
۱۲	باور به توانمندی خود	۳	۵۳	انگیزه پدران
۱۳	تسلط	۲	۵۴	انگیزه مادران
۱۴	الگوگیری	۱	۵۵	انگیزه زندگی و فعالیت‌ها
۱۵	استراحت	۴	۵۶	امید به خدا
۱۶	ورزش	۳	۵۷	باور به بخشنده و مهربان بودن خداوند
۱۷	شوخ‌طبعی	۱	۵۸	باور به معاد
۱۸	جایگزینی افکار مثبت	۱	۵۹	باور به علم و آگاهی خداوند
۱۹	فراموشی و فکر نکردن	۶	۶۰	باور به عظمت و بزرگی
۲۰	مشغول شدن به فضای مجازی	۸	۶۱	احساس و باور به قدرت
۲۱	مشغول شدن به مطالعه و درس	۸	۶۲	شناخت خداوند
۲۲	مشغول شدن به فعالیت‌های روزمره منزل	۶	۶۳	احساس حضور و نزدیکی
۲۳	مشغول شدن به تماس تلفنی و تصویری	۹	۶۴	خداوند را مؤثر اصلی بهبود پنداشتن
۲۴	مشغول شدن به موسیقی و تلویزیون	۶	۶۵	طلب حمایت دیگران
۲۵	یافتن راه کارها و نمایش متنوع	۳	۶۶	طلب کمک از خداوند
۲۶	تعقل و تفکر	۱	۶۷	شفای الهی

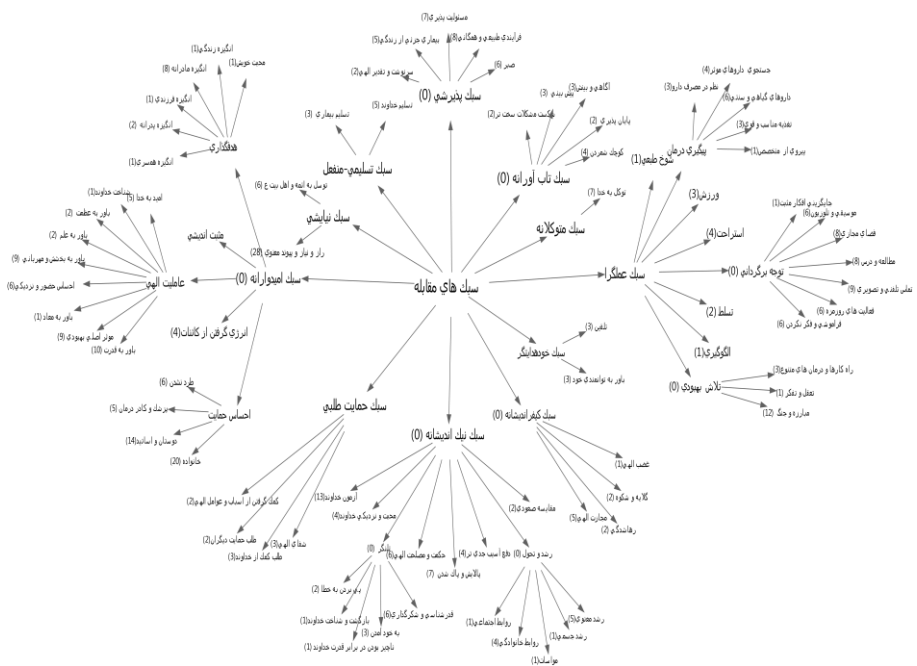
ادامهٔ جدول ۲

ردیف	کد گذاری اولیه	فروانی	ردیف	کد گذاری اولیه	فراوانی
۲۷	مبارزه و جنگ	۱۲	۶۸	کمک گرفتن از اسباب و عوامل الهی	۲
۲۸	پیروی از توصیهٔ متخصص	۱	۶۹	مقایسهٔ صعودی	۲
۲۹	نظم در مصرف دارو	۳	۷۰	حکمت و مصلحت الهی	۶
۳۰	انواع داروهای گیاهی و سنتی و نوشیدنی	۶	۷۱	پالایش و پاک شدن	۷
۳۱	تغذیهٔ مناسب و قوی	۳	۷۲	بازگشت و شناخت خداوند	۱
۳۲	جست‌وجو و تحقیق دربارهٔ داروهای مؤثر	۴	۷۳	تنبه و به خود آمدن	۳
۳۳	توسل به ائمه و اهل‌بیت ^(ع)	۶	۷۴	ناچیز بودن در برابر قدرت خداوند	۱
۳۴	راز و نیاز و پیوند معنوی	۲۸	۷۵	پی بردن به خطا	۲
۳۵	مواسات و همدردی با دیگران	۱	۷۶	قدرشناسی و شکرگزاری	۶
۳۶	تحول در روابط خانوادگی	۳	۷۷	رهاشدگی از سوی خداوند	۲
۳۷	رشد جسمی	۱	۷۸	گلایه و شکوه از بیماری	۲
۳۸	رشد معنوی	۵	۷۹	مجازت و کیفر الهی	۵
۳۹	تحول در روابط اجتماعی	۱	۸۰	خشم و غضب الهی	۱
۴۰	محبت و نزدیکی خداوند	۴	۸۱	آزمون خداوند	۱۳
۴۱	دفع آسیب جدی‌تر	۴	۸۲	توکل به خدا	۷
			مجموع		۳۷۸

پس از کد گذاری، 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 ۱۸ تا ۲۴ مضمون «توجه‌گردانی»، ۲۵ تا ۲۷ «تلاش برای بهبود»، ۲۸ تا ۳۲ «پیگیری درمان»، ۴۵ تا ۴۸ «احساس حمایت و همدلی»، ۵۰ تا ۵۵ «هدف‌گذاری»، ۵۶ تا ۶۴ «عاملیت الهی»، ۷۲ تا ۷۶ «تلنگر و تنبه» و ۳۵ تا ۳۹ «رشد و تحول» را شکل دادند. علاوه بر این، ۸ مضمون پایه که از تلفیق و ترکیب کدهای اولیه شکل گرفت، ۳۸ کد اولیه دیگر شامل «شکست مشکلات سخت‌تر»، «پیش‌بینی»، «پایان‌پذیری»، «کوچک‌شماری»، «آگاهی و بینش»، «صبر»، «سرنوشت»، «مسئولیت‌پذیری»، «جزئی از زندگی پنداشتن بیماری»،

«طبیعی و همگانی بودن»، «تلقین»، «باور به توانمندی»، «تسلط»، «الگوگیری»، «استراحت»، «ورزش»، «شوخ طبعی»، «توسل به ائمه علیهم‌السلام»، «پیوند معنوی با خداوند»، «توکل»، «تسلیم بیماری»، «تسلیم خداوند»، «انرژی از کائنات»، «مثبت‌اندیشی»، «جست‌وجوی حمایت دیگران»، «جست‌وجوی حمایت خداوند»، «شفای الهی»، «کمک گرفتن از اسباب»، «مقایسه صعودی»، «حکمت و مصلحت الهی»، «پالایش»، «دفع آسیب جدی‌تر»، «آزمون خداوند»، «محبت و نزدیکی به خداوند»، «رهاشدگی»، «گلایه و شکوه»، «مجازات و کیفر» و «غصب الهی» مضامین پایه را در این مرحله شکل دادند. از میان مضامین پایه، به ترتیب احساس همدلی و حمایت و عاملیت الهی (۴۵)؛ توجه‌گردانی (۴۴)؛ پیوند معنوی با خداوند (۲۸)؛ پیگیری درمان (۱۷)؛ تلاش و مبارزه (۱۶)؛ هدف‌گذاری (۱۴)؛ آزمون الهی و تلنگر (۱۳)؛ رشد و تحول (۱۱)؛ فرایند طبیعی و همگانی (۸)؛ پالایش و مسئولیت‌پذیری (۷) و صبر (۶) 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 ۱۱ مضمون سازمان‌دهنده با عناوین «سبک تاب‌آورانه»، «سبک پذیرشی»، «سبک خود‌هدایت‌گر»، «سبک عمل‌گرا»، «سبک نیایشی»، «سبک متوکلاانه»، «سبک تسلیمی»، «سبک امیدوارانه»، «سبک حمایت‌طلبی»، «سبک نیک‌اندیشانه» و «سبک کیفراندیشانه» به ترتیب با فراوانی ۱۴، ۲۸، ۶، ۸۸، ۳۴، ۷، ۸، ۱۱۳، ۱۰ و ۶۰ نام‌گذاری شد. علاوه بر مضامین سازمان‌دهنده، «سبک‌های مقابله» به‌منزله مضمون فراگیر، در کانون شبکه مضامین قرار گرفت. بنابراین، سبک امیدوارانه شامل پنج خرده‌مضمون انرژی از کائنات، احساس حمایت و همدلی، مثبت‌اندیشی، هدف‌گذاری و عاملیت الهی با ۱۱۳ فراوانی بیشترین کد را به خود اختصاص داد. سپس، سبک عمل‌گرا و نیک‌اندیشانه هر کدام با ۸۸ و ۶۰ فراوانی رتبه دوم و سوم از کدهای اولیه را به‌دست آوردند. از سوی دیگر، سبک خود‌هدایت‌گر با ۶ فراوانی و پس از آن، سبک متوکلاانه و سبک تسلیمی به ترتیب با ۷ و ۸ کد، کم‌ترین فراوانی را در میان داده‌ها داشتند. در این میان، سبک نیایشی تنها سبکی بود که تقریباً هر مصاحبه‌شونده از آن استفاده کرده است. شبکه مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر همراه با فراوانی هر یک در شکل ۱ نمایش داده شده است.



شکل ۱ شبکه مضامین سبک‌های مقابله بیماران مبتلا به کووید - ۱۹

سرانجام، به منظور بررسی روایی سبک‌های مقابله بیماران مبتلا به کووید - ۱۹، طی تهیه فرمی از ۵ کارشناسان خبره روان‌شناسی درخواست شد نظرات خود دربارهٔ (۱). میزان مطابقت هر یک از سبک‌های مقابله‌ای با داده‌ها و (۲). میزان مطابقت مضامین سازمان‌دهنده با مضامین پایه بیان کنند. نتایج حاصل از میزان شاخص روایی محتوا (CVI) سبک‌های مقابله‌ای در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ شاخص روایی محتوایی سبک‌های مقابله بیماران مبتلا به کووید - ۱۹

ردیف	مضامین سازمان‌دهنده	میزان مطابقت مضامین سازمان‌دهنده (سبک‌های مقابله)	میزان مطابقت مضامین سازمان‌دهنده با مضامین پایه
۱	سبک تاب‌آورانه	۰/۸۰	۰/۸۰
۲	سبک پذیرشی	۱	۰/۸۰
۳	سبک خودهدایت‌گر	۱	۱

ادامهٔ جدول ۳

ردیف	مضامین سازمان‌دهنده	میزان مطابقت مضامین سازمان‌دهنده (سبک‌های مقابله)	میزان مطابقت مضامین سازمان‌دهنده با مضامین پایه
با داده‌ها			
۴	سبک عمل‌گرا	۱	۱
۵	سبک نیایشی	۱	۱
۶	سبک متوکلاسه	۱	۰/۸۰
۷	سبک تسلیمی	۰/۸۰	۱
۸	سبک امیداورانه	۱	۱
۹	سبک حمایت‌طلبی	۰/۸۰	۱
۱۰	سبک نیک‌اندیشانه	۱	۰/۸۰
۱۱	سبک کیفراندیشانه	۱	۰/۸۰
جمع و میانگین		۰/۹۴	۰/۹۰

همان‌طور که از جدول ۳ آشکار است، روایی محتوایی مضامین سازمان‌دهنده دارای وضعیت مطلوبی هستند. به طوری که شاخص CVI هر یک از مضامین ۰/۸۰ و بالاتر بوده و میانگین کل شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۹۲ است که بالاتر از مقدار CVI بحرانی، یعنی ۰/۷۹ است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی تبیین سبک‌های مقابله‌ای براساس تجربهٔ زیستهٔ بیماران مبتلا به کووید - ۱۹ با به‌کارگیری روش تحلیل مضمون بود. نتایج این مطالعه نشان داد بیماران مبتلا به کووید - ۱۹ از ۴۶ راهبرد مقابله‌ای توجه‌گردانی؛ تلاش برای بهبود؛ پیگیری درمان؛ احساس حمایت و همدلی؛ هدف‌گذاری؛ عاملیت الهی؛ تلنگر و تنبه؛ رشد؛ مشکلات سخت‌تر؛ پیش‌بینی؛ پایان‌پذیری؛ کوچک‌شماری؛ آگاهی و بینش؛ صبر؛ سرنوشت؛ مسئولیت‌پذیری؛ جزئی از زندگی پنداشتن بیماری؛ طبیعی و همگانی بودن؛ تلقین؛ باور به توانمندی؛ تسلط؛ الگوگیری؛ استراحت؛ ورزش؛ شوخ‌طبعی؛ توسل با ائمه علیهم‌السلام؛ پیوند معنوی با خداوند؛ توکل؛ تسلیم بیماری؛ تسلیم خداوند؛ انرژی از کائنات؛ مثبت‌اندیشی؛ جست‌وجوی حمایت دیگران؛ جست‌وجوی حمایت خداوند؛ شفای الهی؛

کمک گرفتن از اسباب؛ مقایسه صعودی؛ حکمت و مصلحت الهی؛ پالایش؛ دفع آسیب جدی تر؛ آزمون خداوند؛ محبت و نزدیکی به خداوند؛ رهاشدگی؛ گلایه و شکوه؛ مجازات و کیفر و غضب الهی استفاده می‌کنند. ترکیب و تلفیق و طبقه‌بندی این راهبردها به یازده سبک مقابله‌ای شامل تاب‌آورانه؛ پذیرشی؛ خودهدایت‌گر؛ عمل‌گرا؛ نیایشی؛ متوکلانه؛ تسلیمی؛ امیدوارانه؛ حمایت‌طلبی؛ نیک‌اندیشانه و کیفراندیشانه در رویارویی با چالش‌ها و مشکلات این بیماری انجامید.

سبک تاب‌آورانه با به کارگیری راهبردهای «کوچک شمردن بیماری»، توجه به «پایان‌پذیری مشکلات»، کسب «آگاهی و بینش» نسبت به ماهیت بیماری، «پیش‌بینی» شرایط موجود و توجه به «شکست مشکلات سخت‌تر» در زندگی گذشته در فرد شکل گرفته و با کاهش هیجانات منفی و ایجاد زمینه‌های شناختی تاب‌آوری به مقابله با بیماری می‌پردازد.

سبک پذیرشی با در نظر گرفتن بیماری به منزله «فراندی طبیعی و همگانی» و «جزئی از زندگی» بودن آن و همچنین، توجه فرد بیمار به اینکه در زندگی خود مسئولیت عزیزانش را بر عهده دارد و زنده‌بودنش نقشی حیاتی در رفاه و آسایش آن‌ها دارد «مسئولیت‌پذیری» و در کنار این موارد توجه به «تسلیم» در مقابل خدا نسبت به «سرنوشت و تقدیر الهی» که برای او در زمان بیماری رقم خورده است، با «صبر» در برابر سختی‌های ایجادشده در این بیماری شکل گرفته و با پذیرش بیماری و شرایط موجود به مقابله با آن پرداخته است.

در سبک عمل‌گرا با فعالیت‌های رفتاری و شناختی بیمار روبه‌رو هستیم که شخص خلاف حالات منفعلانه، حالتی فعال به‌خود گرفته و با انجام رفتارهایی مثل «ورزش»، «شوخی طبیعی» با اطرافیان و در کنار «الگوگیری» از نوع رفتارهای درمانی بهبودافتگان علاوه بر «تسلط» به شرایط موجود به‌طور فعال برای کسب «بهبود» با استفاده از «راهکارها و درمان‌های متنوع»، «تعقل و تفکر» در انتخاب بهترین راه، یعنی «مبارزه و جنگ» با بیماری و مهم‌تر از همه به‌جای مستأصل شدن در مقابل بیماری به «پیگیری درمان» از طریق استفاده از راهبردهایی مثل استفاده از «داروهای گیاهی و سنتی»، «تغذیه مناسب و قوی»، «پیروی از متخصص» در زمینه بیماری و در کنار آن‌ها «نظم در مصرف دارو» پرداخته است. عمل‌گرایی در فرایندهای شناختی بیماری نیز در شکل‌گیری مقابله بسیار مهم است، زیرا هجوم افکار منفی در زمان استرس و تنیدگی سبب ایجاد خطاهای شناختی در فرد می‌شود

که در چنین شرایطی بیمار با واکنش‌های فعال از جمله «جایگزینی افکار مثبت» به جای افکار منفی، «فراموشی و فکر نکردن» به موضوعات افکار منفی با استفاده از محرک‌ها و عوامل محیطی مثل «موسیقی و تلویزیون»، پرسه زدن در «فضای مجازی»، پرداختن به «مطالعه و درس» و یا حتی در صورت توان، انجام «فعالیت‌های روزمره» ای که قبل از بیماری هم به آن‌ها می‌پرداخته است به مدیریت و «توجه برگردانی» افکار پرداخته که در نهایت از طریق این راهبردها مقابله با شرایط سخت بیماری صورت گرفته است. در سبک کيفراندیشانه، وقتی شخص مبتلا به بلا و بیماری، این مشکل را از زاویه منفی بنگرد و نتیجه «غضب الهی» می‌داند لذا زبان به «گلایه و شکوه» باز می‌کند که من از طرف خدا دچار «رهاشدگی» شده‌ام و حتماً شرایط فعلی من، «مجازات الهی» کارهای بد و شری است که در گذشته مرتکب شده‌ام، چنین راهبردهایی سبب ایجاد مقابله منفی در شخص بیمار می‌شود که به تبع آن سبب ایجاد تأثیرات منفی در وضعیت روحی، جسمی و روند درمان می‌شود. در سبک خودهدایت‌گر فرد به صورت خودانگیخته با «باور به توانمندی‌های خود»، کسب سلامتی و بهبود را در ذهن «تلقین» می‌کند و این امر سبب ایجاد مقابله مثبت می‌شود.

سبک حمایت‌طلبی اشاره به حالتی دارد که فرد مبتلا به بیماری درصدد طلب و جلب حمایت‌های مادی و معنوی است. بیمار به امید «شفای الهی» با «کمک گرفتن از اسباب و عوامل الهی» و «طلب کمک از خداوند» حمایت‌های معنوی و با «طلب حمایت دیگران» حمایت‌های مادی را جلب می‌کند. در سبک تسلیمی - منفعل بیمار به مقابله منفی با بیماری می‌پردازد. خود را «تسلیم بیماری» می‌داند و برای غیر خدا در درمان بیماری هیچ نقشی قائل نیست. برای درمان و بهبود خود هیچ تلاشی نکرده است، همه چیز را تحت کنترل خدا می‌بیند و به تمام معنا «تسلیم خداوند» می‌شود. سبک نیایشی مقابله‌ای مثبت است که فرد مبتلا، با انجام رفتارهای نیایشی مثل خواندن دعا، نماز، قرآن، ذکر، نذر و ختم‌های معنوی و «توسل به ائمه و اهل بیت ع»، به «راز و نیاز و پیوند معنوی» با خداوند و اهل بیت^(ع) می‌پردازد و از این طریق آرامش جسمی و روحی به دست می‌آورد.

در سبک نیک‌اندیشانه بیمار دیدگاهی کاملاً مثبت و سازنده به بیماری دارد. برای ایجاد رضایت از وضعیت جسمانی حین ابتلا، به «مقایسه صعودی» خود نسبت به بیماران بدحال‌تر و دارای وضعیت جسمی وخیم‌تر می‌پردازد. بیماری و بلا را زمینه‌ای برای «رشد و تحول» خود می‌داند، احساس می‌کند پس از بیماری «رشد جسمی» پیدا کرده و جسمش

قوی‌تر خواهد شد و همچنین، با در نظر گرفتن شرایط سخت بیماری «رشد معنوی» پیدا کرده و نگاهش را نسبت به «روابط خانوادگی»، «روابط اجتماعی» تغییر داده است و تصمیم می‌گیرد پس از بهبود نسبت به افراد دیگر «مواسات» بیشتری داشته باشد. برخی اوقات این بیماری را سبب «دفع آسیب جدی‌تری» می‌داند. با در نظر گرفتن «حکمت و مصلحت الهی» و «آزمون خداوند» بر این باور است که این بلا «تلنگر» است برای «پی بردن به خطا»های گذشته و «قدرشناسی و شکرگزاری» نسبت به نعمت‌هایی که خداوند به او عطا کرده است. همچنین، سبب «به خود آمدن» و تنبه او شده و به «ناچیز بودن در برابر قدرت خداوند» پی برده است. در سبک امیدوارانه بیمار به «هدف‌گذاری» پرداخته است و از طریق زنده نگهداشتن «محبت خویش» سبب ایجاد مواردی از «انگیزه (های) زندگی» مثل «انگیزه مادرانه» در مادران بیمار، «انگیزه پدرانه» در پدران مبتلا، «انگیزه همسری» در افراد متأهل و «انگیزه فرزندی» می‌شود. «عاملیت الهی» را با «باور به عظمت» خدا، «باور به بخشش و مهربانی» خدا، باور به «احساس حضور و نزدیکی» به خدا در همه حال، «باور به معاد» و «قیامت»، «باور به قدرت» خدا، در خود ایجاد کرده است و در عین حال به «مثبت‌اندیشی» می‌پردازد. با در نظر گرفتن زحمات و تلاش‌های «پزشک و کادر درمان»، «دوستان و استادان»، «خانواده» در خود «احساس حمایت» اجتماعی و خانوادگی می‌کند.

نتایج این پژوهش، با برخی سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتماعی بیلینگز و موس (۱۹۸۱)، مقابله تبدیلی و واپس‌رونده مدی (۱۹۹۰)، مثبت دینی و منفی دینی پارگامنت (۲۰۰۷) و روی آوری و اجتنابی موس (۱۹۹۳) همسوست. با وجود این، سبک‌های مقابله در این پژوهش بدون ملاحظه ابعاد دینی و غیردینی، مثبت و منفی، هیجان‌مدار و مسئله‌مدار، شناختی، عاطفی و رفتاری از یک سو و وحدت دادن به تمامی سبک‌های همسو از سوی دیگر، شناسایی شد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها: نمونه‌گیری غیراحتمالی، عدم مصاحبه حضوری به دلیل دشواری دسترسی به بیماران کرونایی و عدم انتخاب نمونه سالمند به دلیل گزینش آزمودنی‌ها از طریق فضای مجازی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده داده‌ها به شیوه تصادفی از طریق مصاحبه حضوری و با جامعه آماری گسترده‌تر صورت گیرد.

قدردانی: این پژوهش با حمایت مؤسسه فرهنگی تبلیغی یاوران سلامت به سرانجام

رسیده است. از تمام مسئولان این مؤسسه که در اجرای این پژوهش همکاری و مشارکت داشته و نقش بسزایی را ایفا کردند، کمال سپاسگزاری داریم.

منابع

- ابراهیمی صدرآبادی، ف.، و میرزایی، م. (۱۳۹۷). تبیین تجربه بیماران دیابتی از شیوه‌های مقابله با بیماری: مطالعه گراندد ثنوری. *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۷(۴)، ۴۰۷-۴۱۷.
- آقایوسفی، ع. (۱۳۸۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله در مانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- باقریان سرارودی، ر.، احمدزاده، غ.، و یزدانی، ع. (۱۳۸۷). بررسی سبک‌های مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی. *علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۱۰(۲)، ۱۱۱-۱۱۶.
- بنی‌اسد، ع.، و صالحی، ک. (۱۳۹۸). مقدمه‌ای بر اصول و فرایند ساخت و رواسازی پروتکل مصاحبه. *نامه آموزش عالی*، ۱۲(۴۶)، ۱۷۷-۲۰۳.
- جان‌بزرگی، م.، نوری، ن.، حیدری‌زاده، م.، جان‌بزرگی، ع.، جان‌بزرگی، ا.، و نظری، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان معنوی خداسو و نمایش غیرمعنوی در مدیریت استرس ناشی از بحران شیوع کرونا و طراحی مقدماتی الگوی معنوی مداخله روان‌شناختی در بحران کرونا، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱، ۲۰۱-۲۱۴.
- حسینی قدمگاهی، ج. (۱۳۷۶). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- خاتم‌ساز، ز.، و معارف‌وند، م. (۱۳۹۳). راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به سرطان. *مددکاری اجتماعی*، ۳(۳)، ۹-۳.
- خرامین، ش.، نیلی، ح.، محمدی، ع.، و میشری، ق. (۱۳۸۷). مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده و دوازدهه. *سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی، ارمغان دانش*، ۱۳(۴)، ۹۵-۱۰۴.
- خطیب، م. (۱۳۹۸). مهارت مقابله با بیماری. مشهد: به نشر.
- خطیب، م.، شجاعی، م.، ص.، آذربایجانی، م.، و پسندیده، ع. (۱۳۹۹). الگوی زمان‌مند مقابله دینی در روابط بین شخصی با تکیه بر مفاهیم بخشایش. *سپاس‌گزاری و امید، روان‌شناسی فرهنگی*، ۴(۲)، ۵۸-۸۳.
- رفیعی‌هنر، ح. (۱۳۹۷). الگوی درمانی خود-نظم‌جویی برای افسردگی براساس منابع اسلامی: تدوین مدل مفهومی و طرح‌نمای درمان و مطالعه امکان‌سنجی و نتایج اولیه آن. پایان‌نامه دکتری، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام‌خمینی (ره).
- طاهری اطاقسرا، ط.، خالق دوست‌محمدی، ط.، هاساواری، ف.، و کاظم‌نژاد لیلی، ا. (۱۳۹۵). سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی رشت. *دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۳، ۷۵-۸۶.
- عابدی جعفری، ح.، تسلیمی، م.، س.، فقیهی، ا.، و شیخ‌زاده، م. (۱۳۹۰). تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی. *اندیشه مدیریت راهبردی*، ۵(۲)، ۱۶۸-۱۵۱.

- مرادی، ا.، و بهرامی، ه. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی بین بیماران وابسته به مواد افیونی و افراد سالم. *توان‌بخشی*، ۱۲ (۱)، ۱۸۸.
- نوحی، ش.، میرحسینی، ح.، جان‌بزرگی، م.، مهاجر، ح. ع.، و ناصری فرافن، م. (۱۳۹۹). نقش سلامت معنوی و مقابله مذهبی در پیشینی اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ویروس کرونا. *علمی - پژوهشی روان‌شناسی*، ۱۴ (۲۶)، ۴۲-۲۹.
- نیک‌منش، ز.، و اشترک، ه. (۱۳۹۵). سبک‌های مقابله مذهبی و سلامت عمومی در مادران دارای فرزند عادی و کم‌توان ذهنی. *مطالعات ناتوانی*، ۶، ۲۸۸-۲۹۳.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 2, 77-101.
- Hobfoll, S.E., Schwarzer, R., & Chon, KK. (1998). Disentangling the stress labyrinth interpreting the meaning of the term stress and it is studied in health context, *Anx, Stress Cop*, 11(3), 181-212.
- Kausar, R., & Munir, R. (2004). Pakistan Adolescents Coping with Stress: Effect of Loss of a Parent and Gender of Adolescents. *Journal of Adolescence*, 27(6), 599-610.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39(2), 124-129.
- Maddi, S. R. (1990). Issues and interventions in stress mastery.
- Masodnia, E. (2008). Perceived Self-efficacy and Coping Strategies in Stressful Situations. *I J Psychiat Clin Psychol*, 13 (4), 405-415..
- Mohino, S., Kirchner, T., & Forns, M. (2004). Coping strategies in young male prisoners. *Journal of youth and adolescence*, 33(1), 41-49.
- Nasirzadeh, R., & Rassol zadeh tabatabaie, K. (2009). Religious beliefs and coping strategies students. *Ofogh Danesh*, 15 (2), 36-46.
- Neto, M. L. R., Almeida, H. G., Esmeraldo, J. D. A., Nobre, C. B., Pinheiro, W. R., de Oliveira, C. R. T., & da Silva, C. G. L. (2020). When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112972.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.
- Pargament, K. I., & Brant, C. R. (1998). *Religion and coping*. In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp.111-128). Academic Press.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). *Coping and defense*. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping* (pp. 3-33). New York: John Wiley.
- Piko, B. (2000). *Gender differences and similarities in adolescent's ways of coping*, *Psychol Record*, 51, 223-236.
- Samerfield, M.R., & Smccrae, R. (2000). Stress and coping. *American psychological Association*, 55, 620-625.
- Schoch-Spana, M. (2020). *COVID-19's Psychosocial Impacts the Impacts*.
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). *A critical survey of coping instruments*. In M.

- Zeidner & N. S. Endler (Eds.), Handbook of coping (pp.107-132). NewYork: John Wiley.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., & Liu, N. (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *MedRxiv*, 15, 1-9.
- Tamers, L. K. D. Janicki & V. S. Helgeson (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 1-30.
- Tian, F., Li, H., Tian, S., Yang, J., Shao, J., & Tian, C. (2020). Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Research*, 1, 12992-12999.
- World Health Organization (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/Mental Health/2020.1). World Health Organization.