

تحولات بهزیستی روان‌شناختی بهبودیافتگان از کووید ۱۹ در دوره پساکرونا: یک مطالعه داده بنیاد

فاطمه رشیدی پور^۱، سیده سارا آقایی ثابت^{۲*}، سحر صوفی^۳، سعید سرونندی^۴

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف ارائه نظریه‌ای جامع در تبیین تحولات بهزیستی روانشناختی در بهبودیافتگان از کووید-۱۹ انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش کیفی از نوع داده بنیاد بود. بدین منظور تا حد رسیدن به اشباع اطلاعاتی، ۳۵ نفر واجد ملاک ورود به نمونه پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و طی مصاحبه نیمه ساختار یافته، به سوالات پروتکل مصاحبه پاسخ دادند.

یافته‌ها: براساس تحلیل متنی داده‌ها، عواملی چون توانایی تحمل ابهام، مواجهه با مرگ، درک تنهایی مطلق و مواجهه با خویشتن در تعامل با عوامل مداخله‌گر و زمینه‌ای همچون حمایت خانواده، کادر درمان و توجه به امور معنوی، به پیامدهای مثبت چون درک فزاینده از مفهوم زندگی، پذیرش، نرم شدن در روابط و درک مفهوم عشق منجر شده است.

نتیجه‌گیری: به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت کووید ۱۹، منجر به وسعت بهزیستی روان‌شناختی پس از بهبودی گشته و تغییرات بنیادین در نگاه به پدیده‌های مادی و معنوی ایجاد کرده است. شکل‌گیری چنین نگاه بدیعی، آغازی برای زیستن در لحظه اکنون و اینجاست.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، کووید-۱۹، معنای زندگی، نظریه داده بنیاد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۲۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۹/۴

استناد: رشیدی پور فاطمه، آقایی ثابت سیده سارا، صوفی سحر، سرونندی سعید. تحولات بهزیستی روان‌شناختی بهبودیافتگان از کووید ۱۹ در دوره پساکرونا: یک مطالعه داده بنیاد، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۴؛ ۱۵(۱): ۳۹-۲۶

^۱ - استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی آل طه، تهران، ایران. Rashidi.psychologist@yahoo.com

^۲ - (نویسنده مسئول)، استادیار گروه روانشناسی، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهرری، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. dr.sabet@iau.ir

^۳ - کاندیدای دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران (پردیس بین المللی کیش)، تهران، ایران. sahar.soufi1392@gmail.com

^۴ - کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ssatarood@gmail.com

مقدمه:

بیماری‌های عفونی در قرن بیست و یکم به یکی از تهدیدات مهم بهداشت عمومی جهانی تبدیل شده است (۱). از زمان شناسایی بیماری کووید ۱۹ در دسامبر ۲۰۱۹ تا کنون شرایط زندگی بشر دستخوش تغییرات شگرفی بوده است. ویروس کرونا آنچنان تأثیری بر زندگی افراد گذاشت که تا پیش از این در تاریخ بشر، کمتر می‌توان نمونه مشابهی برای آن یافت (۲). به طور کلی، تأکید محققان بر تحلیل پسایندهای چنگانه بیماری کووید ۱۹ در عرصه‌های مختلف حیات آدمی و در گروه‌های سنی مختلف و همچنین ضرورت توسعه پژوهش‌های بین‌رشته‌ای، تصویر واضحی از رفتار پیچیده و تاحدی پیش‌بینی‌ناپذیر این ویروس را در بخش‌های مختلف زندگی آدمی نشان می‌دهد (۳). براساس یافته‌های باثو و همکاران (۴)، لی و همکاران (۵)، سان و همکاران (۶)، ژو و همکاران (۲)، شیوع گسترده این نوع پاندمی‌ها با آسیب‌های روان‌شناختی، پریشانی روان‌شناختی و متعاقباً اختلال عملکرد در مبتلایان و حتی غیرمبتلایان همراه است. هر چند هنوز پژوهش‌ها در مورد اثرات روان‌شناختی این بیماری بر انسان در ابتدای راه هستند، اما شواهد اولیه نشان می‌دهد که علائم روان‌شناختی چون اضطراب و افسردگی، استرس مفرط، خواب آشفته، رفتارهای خشونت آمیز، مصرف بیش از حد الکل، سوءاستفاده از مواد، اختلالات تنظیم هیجان و استرس پس از آسیب از واکنش‌های روانی شایع به این پاندمی است. سوگ حل نشده در نزدیکان افراد مبتلا نیز به دلیل عدم امکان همراهی متوفی در زمان بیماری و همچنین عدم ابراز هیجانات ناشی از سوگ عزیزان در عرصه اجتماعی، از دیگر عوارض روان‌شناختی شیوع این بیماری است (۷). تجارب دردناک روان‌شناختی به پدیده‌های این چنینی، می‌تواند از کمبود منابع مقابله‌ای فردی و اجتماعی ناشی شده و نارسایی یا عدم تعادل روان‌شناختی را موجب گردد. نقص در ظرفیت‌های روان‌شناختی فرد جهت مقابله و تحمل ابهام، با اعمال قوانین فاصله‌گذاری اجتماعی، وضع قوانین منع رفت و آمد و قرنطینه خانگی نمود گسترده‌تری می‌یابد. از سوی دیگر، توصیه مکرر و مؤکد متخصصان و قانون‌گذاران، به اجتناب از نزدیکی فیزیکی با حامیان مهم عاطفی به منظور قطع زنجیره انتقال بیماری کووید ۱۹، کاهش روابط و تعاملات اجتماعی و حتی خانوادگی را در پی داشت که با توجه به گرایش طبیعی انسان به تعاملات بین فردی و گریز از انزوای اجتماعی، زمینه‌ساز بروز مشکلات روان‌شناختی در سرتاسر دنیا شد. پژوهش‌های گسترده بر روی تأثیر چنین فقدان‌های مبتنی بر قطع تماس با حامیان عاطفی و دوستان نزدیک، از عواقب روان‌شناختی ناخوشایند چون احساس عدم کنترل بر زندگی، از دست دادن آزادی، کسالت، عصبانیت و حتی اقدام به خودکشی حمایت کرده‌اند (۸، ۹).

اهمیت واسطه‌های روان‌شناختی چون عوامل شخصیتی، آسیب‌پذیری‌های گذشته و همچنین عدم ادراک حمایت اجتماعی به وخامت اوضاع روانی و حتی جسمی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دامن می‌زند. برای مثال جدایی از اعضای خانواده بروز مشکلات هیجانی در بیماران را موجب می‌گردد. البته قطع ارتباط اجتماعی تنها یکی از پیشایندهای مؤثر بر عوامل روان‌شناختی در بیماران مزمن است، ناتوانی در پیوستن به محیط شغلی، کاهش درآمد مالی و تأثیرات طولانی مدت اقتصادی، از دیگر عوامل مؤثر بر تشدید پیامدهای روان‌شناختی در افراد مبتلاست (۱۰). این تأثیرات در صورت همپوشی و همراهی اختلالات روانپزشکی قبلی، شدت بیشتری خواهند داشت و می‌توانند پیش‌بین قوی اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا باشند (۱۱).

با این همه، در مقابل گروهی از پژوهشگران وجود دارند که با تأسی از منطق فکری جنبش روان‌شناسی مثبت، یادآور می‌شوند که این شرایط دشوار می‌تواند زمینه‌ساز توسعه خلاقانه فرصت‌هایی برای پربارسازی روان‌شناختی قلمداد شود. هرچند مطالعات نسبتاً کمی بر پیامدهای بالقوه سلامت‌زا مانند رشد پس از آسیب^۱ (PTG) متمرکز شده‌اند (۱۲-۱۷). مرور شواهد تجربی نشان داده است که بازماندگان حوادث تنش‌زا، اغلب تغییرات روان‌شناختی مثبتی را تجربه می‌نمایند. این تغییرات مثبت ماحصل

^۱ Post-traumatic growth

حوادث، یا تلاشی برای یادگیری در جهت تغییر اوضاع و یا سازگاری و کنار آمدن با وضعیت تنش‌زا بوده است. این تغییرات مثبت همسو با رویکرد روان‌شناسی مثبت رشد پس از آسیب نام گرفته است و تجربه و درک ذهنی از تغییرات و تحولات مثبت در اثر کشمکش‌های فرد با شرایط دشوار و آسیب‌زا را در بر می‌گیرد و مؤلفه‌های آن قدردانی از زندگی، تکریم آشنایان و بستگان، تحولات معنوی، قوی‌تر شدن و تاب آورتر شدن، یافتن معنای تازه و درک عمیق از معنای زندگی و شناسایی فرصت‌های جدید است. در این دیدگاه یک حادثه استرس‌زا که فرد را دچار تنش می‌کند می‌تواند فلسفه، باورها و جهان بینی فرد را تغییر دهد و موجب ارزیابی مجدد و باز تعریف مفاهیم قبلی در وی شود (۱۸، ۱۹).

در مطالعه تیودورسکو و همکاران (۲۰) مشخص شد که بیشترین رشد پس از آسیب در نمونه بررسی شده در مؤلفه قدردانی از زندگی صورت گرفته است و کمترین میزان تحول در مؤلفه شناسایی فرصت‌های جدید و همچنین تکریم آشنایان و بستگان رخ داده است. یک مطالعه اخیر روی بزرگسالان کانادایی و آمریکایی با سطوح بالایی از پریشانی مرتبط با کووید ۱۹ نشان داد که در میان افرادی که سطوح بالای رشد پس از آسیب داشتند، ۶۵٪ مشخصاتی منطبق با رشد واقعی/سازنده داشتند (یعنی استرس کم مرتبط با کووید ۱۹ و سطوح پایدار پریشانی در طول زمان)، در حالی که ۳۵٪ مشخصاتی مطابق با رشد واهی داشتند (یعنی ناتوانی بالای ناشی از استرس کووید ۱۹ و بدتر شدن پریشانی در طول زمان) (۱۲). پن کوی و همکاران (۲۱) در بررسی رشد پس از آسیب پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در یکی از بیمارستان‌های چین نشان دادند که رشد پس از آسیب پرستاران خط مقدم، در سطح متوسط تا بالا بود و تحت تأثیر سال‌های کاری، اعتماد به نفس در کار خط مقدم، آگاهی از خطر، مداخله یا آموزش روان‌شناختی و نشخوار فکری عمده بود. در نمونه‌های مورد بررسی در پژوهش استالارد و همکاران (۲۲) نیز شواهدی از رشد پس از آسیب تحت عناوین ارتباط با دیگران، قدردانی بیشتر از زندگی، کشف و پذیرش امکانات جدید و تغییرات معنوی مثبت مشاهده شد. اگر چه از زمان شروع پاندمی کرونا فقط چند سالی گذشته است، اما گستره غیرقابل وصف پیامدهای چندگانه این بیماری در سراسر جهان سبب شده است که محققان و متخصصان روان‌شناس نیز چالش‌ها و فرصت‌های متعاقب پدیدایی بیماری کووید ۱۹ را در قلمروهای متفاوتی و به طور خاص در حوزه آسیب شناسی روانی و همچنین شکوفایی عاطفی مورد واری قرار دهند. با توجه به اهمیت فهم دقیق تبعات پدیدایی این رخداد تروماتیک، محققان مطالعه حاضر را برانگیخت تا از طریق یک مطالعه کیفی به بررسی عوامل مؤثر در تحول بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به بیماری کووید ۱۹ بپردازند.

روش پژوهش:

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع داده بنیاد (GT) است که با هدف ارائه نظریه‌ای جهت تبیین عوامل مؤثر در رشد پس از آسیب در مبتلایان به بیماری کووید ۱۹ انجام شد. نظریه داده بنیاد با فراتر رفتن از توصیف، به ایجاد یا کشف یک نظریه مبتنی بر داده‌های حاضر، یعنی ارائه یک چارچوب تحلیل انتزاعی از یک فرایند، نظر دارد. انتخاب روش داده بنیاد با هدف استخراج و تبیین نظریه‌ای برآمده از داده‌ها صورت گرفته است. در طرح ابتدایی و همچنین ادامه کار پژوهشی هدف فراتر از توصیف صرف شرایط موجود بود. به همین دلیل از روش داده بنیاد استفاده شد (۲۳). جهت وصول به هدف مطالعه، در ابتدا پروتکل مصاحبه متشکل از ۷ سؤال اصلی بازپاسخ طراحی شد. سؤالات پروتکل معرف سؤالات اصلی مطالعه و مبتنی بر ادبیات پژوهش حاضر طرح‌بندی شدند. در ابتدا و قبل از شروع فرایند اصلی مصاحبه‌ها، دو مصاحبه مقدماتی برای اصلاح سؤالات انجام شد. سؤالات پروتکل مصاحبه عبارتند از:

۱. بعد از ابتلا به کرونا، چه تغییراتی در زندگی خود حس کردید؟

۲. آیا ابتلا به بیماری در افکار و احساسات شما هم تغییراتی به همراه داشت؟

۳. مهمترین پدیده ناشی از ابتلا به کرونا در زندگی خویش را چه می‌دانید؟

۴. علل رخداد این تغییرات در زندگی شما چه بوده است؟

۵. اگر بخواهید دوران بیماری را به استعاره بیان کنید، از چه استعاره‌ای استفاده می‌کنید و چرا؟

۶. نقش اطرافیان در این تجارب چه بوده است؟

۷. چه عواملی موجب تحمل این بیماری در شما شد؟

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. این نوع مصاحبه‌ها به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن برای پژوهش‌های کیفی، مناسب هستند (۲۴). به دلیل اهمیت رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی برای جلوگیری از شیوع ویروس کووید ۱۹، مصاحبه‌های حاضر از طریق فضای مجازی (واتساپ) و به شکل غیر همزمان (با فاصله زمانی) و به صورت مکالمه‌های صوتی انجام گرفت. این نوع مصاحبه‌ها، به عنوان یکی از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات معتبر (۲۵) می‌توانست یاری‌رسان پژوهشگران در شرایط اجتماعی حاضر باشد. البته شروط مهم برای آغاز هر نوع مصاحبه‌ای چون حصول اطمینان و اعتماد مشارکت‌کنندگان و اطلاع کامل از محرمانه بودن مصاحبه‌ها و همچنین آزاد بودن برای خروج از مطالعه در هر زمان و رعایت جمیع مسائل اخلاقی، نیز رعایت گردید.

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند با رعایت حداکثر تنوع انتخاب شدند. به این ترتیب نمونه‌گیری با انتخاب یک نمونه متجانس از افراد (در اینجا فرد مبتلا به کرونا با سابقه درگیری ریوی) آغاز شد. در این جا معیار انتخاب نمونه افراد مبتلا به کرونا با سابقه درگیری ریوی و بستری در بیمارستان یا منزل بود. بنابراین بیماران مبتلا به کرونا که درگیری ریوی نداشته و یا علائم مختصری از بیماری را بروز دادند، در فهرست نمونه قرار نداشتند. پس از تدوین نظریه اولیه به کمک نمونه‌های اولیه به انتخاب و مطالعه نمونه‌های غیرمتجانس (انتخاب موارد ناهمگن) و همچنین نمونه‌های استثنا یا منفی (انتخاب موارد عدم تأیید نظریه در حال تدوین) پرداخته شد. در این بخش یافته‌های حاصل از مصاحبه با افرادی که پس از ابتلا به کرونا، اضطراب و دیگر آشفتگی‌های روان‌شناختی را گزارش دادند، وارد تحلیل شد. دلیل مطالعه این نمونه غیرمتجانس، تأیید یا عدم تأیید شرایطی است که مدل تحت آنها عمل می‌کند (هم شرایط زمینه‌ای و هم مداخله‌گر). تلاش شد نمونه حاضر طیف بسیار متنوعی از پدیده موردنظر را دربرگیرد. این طیف نمونه‌های تحصیل‌کرده در برابر نمونه‌های غیرتحصیل‌کرده، زنان در برابر مردان، گروه‌های سنی متفاوت، افراد با مشاغل مختلف (معلم، پزشک، دانشجو، کارمند) را شامل می‌گردد.

ابتدا متن هر مصاحبه کلمه به کلمه و خط به خط خوانده و کدهایی در حاشیه متن یادداشت شد. سپس در مرحله کدگذاری باز، پژوهشگران با بخش‌بندی اطلاعات، طبقات اطلاعاتی خاصی را بر مبنای اشتراکات و افتراقات موجود درباره پدیده تحت مطالعه به وجود آوردند. در این مرحله حدود ۷۵ طبقه حاصل شدند. سپس به دنبال کدگذاری باز و کدگذاری گزینشی، پدیده محوری پژوهش حاضر یعنی تحمل ابهام شناسایی شد. همچنین طبقات حول این پدیده محوری شکل داده شدند. این طبقات شامل شرایط علی، استراتژی‌ها، شرایط مداخله‌گر و زمینه‌ای و پیامدها است که به طور مفصل در بخش یافته‌ها تشریح می‌گردند. این طبقات در قالب یک مدل دیداری به نام پارادایم کدگذاری محوری به هم مرتبط شده و پدیده محوری را دربرمی‌گیرند. در انتها پژوهشگران براساس مدل مستخرج، گزاره یا فرضیه‌هایی ارائه داده و سعی در توصیف روابط متقابل بین طبقات داشته‌اند. جدول زیر به طور آشکاری عناصر مهم یک مطالعه داده بنیاد را به نمایش می‌گذارد.

سرانجام و با لحاظ کردن جمیع دیدگاه‌های اطلاعاتی مذکور، و با علم به آن که رسیدن به اشباع نظری پایان کار نمونه‌گیری در این رویکرد پژوهشی است، ۳۵ مصاحبه مجازی، به صورت سوالات بازپاسخ و هر کدام به مدت تقریبی ۴۰ دقیقه انجام شد. پس از مصاحبه ۳۵، هیچ تجربه جدیدی در صحبت‌های مشارکت‌کنندگان گزارش نشد؛ بنابراین به دلیل رسیدن به اشباع اطلاعاتی، انجام مصاحبه‌ها متوقف شد. مطالعات کیفی می‌تواند به شکل پدیدار شناسی و یا گراند تئوری انجام شود. در مطالعه حاضر با توجه به اینکه هدف پژوهش دستیابی به الگوی نظری بود، روش پژوهش نظریه داده بنیاد انتخاب شد و تصمیم بر آن شد که برای دستیابی به نمونه‌های احتمالی نقض و یا اصطلاحاً نمونه‌های منفی، تعداد مصاحبه بیشتری انجام شود (۲۶).

به‌منظور قابلیت اعتماد و کیفیت داده‌ها به روش مسیر ممیزی و همچنین از طریق جمع‌آوری داده‌های چندگانه اقدامات زیر انجام شد: از نظارت فردی دارای تجربه پژوهش کیفی در کلیه مراحل پژوهش استفاده شد. همچنین از فرد دیگری خارج از پژوهش و دارای تجربه پژوهش کیفی و آشنا به دغدغه اصلی پژوهش (رشد پس از آسیب) جهت بررسی کدها و طبقات استخراج‌شده از نقل قول‌ها کمک گرفته شد (روش ممیزان بیرونی). سپس میزان توافق کدگذاری‌ها بررسی شد. همچنین، به کمک نشان دادن مضامین و زیرمضامین به چند مشارکت‌کننده و اعمال نظرات آن‌ها در توصیف نهایی، اطمینان‌پذیری از آن‌ها انجام شد (روش کنترل اعضا). در گزارش نهایی، نمونه‌های کلامی مشارکت‌کنندگان بیان شد و تلاش شد در گزارش نهایی به‌طور مشروح و با دقت رویه‌های مورد مطالعه، زمینه و شرایط پژوهش توصیف شود (روش توصیف پرمایه). بیشینه سازی نمونه‌ها به عنوان راهبرد منتخب بعدی، جهت افزایش کیفیت داده‌ها، در نظر گرفته شد (۲۷).

یافته‌ها:

در این بخش، با تأکید و همچنین فهم دقیق ویژگی‌های یک پژوهش داده بنیاد، هدف ارائه مدلی نظری در مورد تجارب مبتلایان به کووید ۱۹ در شرایط پاندمی این ویروس، در کانون توجه محققان قرار گرفت. در مجموع، از تحلیل داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها بیش از تعداد ۵۸۰ کد بازنشاسایی شد. سپس کدگذاری محوری و انتخابی صورت گرفته و تلاش شد شرایط علی، پیامدها و عوامل مداخله‌ای و زمینه‌ای تشریح گردند. در ادامه تلاش شد ارتباط این مقولات با هم در قالب الگوی نظری مفهوم سازی شود. در نهایت مدلی دیداری از نظریه جوهری^۱ حاصل از پژوهش ارائه شد (شکل یک).

شرایط علی: در پژوهش حاضر بنا به دیدگاه مشارکت‌کنندگان، عامل اصلی در رشد پس از آسیب در افراد مبتلا به کووید ۱۹، توانایی تحمل ابهام بود. مؤلفه تحمل ابهام شرط علی رشد پس از آسیب بود. البته رشد پس از آسیب در افرادی پدید آمده که شرایط سخت‌تری در مواجهه با بیماری داشته‌اند و خود یا خانواده شان به شکل جدی‌تر و خطرناک‌تری با این بیماری مواجه شده‌اند. این مقوله شامل کدهای محوری تحمل ابهام، مواجهه با مرگ، تنهایی مطلق معرفی گردید.

الف. تحمل ابهام: در این مقوله مشارکت‌کنندگان با اشاره به ابهام حاصل از رخداد کرونا بر زندگی، تأکید کردند. جملاتی چون "زندگیم شبیه گوی شیشه‌ای شده بود؛ ابهام کامل بدون ورود و خروج هیچ چیزی درونش، باید این شرایط رو تحمل می‌کردم چاره دیگری نبود". "زندگی من مثل کامپیوتر ویروس گرفته شده بود که انتی ویروسی نداره و نمی‌تونم بیرون بندازیش فقط باید منتظر باشی ببینی چی میشه"، در مقابل مشارکت‌کنندگانی که قادر به تحمل این ابهام نبودند، اضطراب بالایی را تجربه کردند. "هیچی رو نمی‌تونستم کنترل کنم، عجز کامل بود من از این ندانستن می‌ترسیدم"، "احساس خفگی می‌کردم افکاری مثل این که نمی‌تونم حدس بزنی آخرش چی میشه".

^۱ Substantive theory

ب. مواجهه با مرگ: برخی از مشارکت‌کنندگان مهمترین مسئله خود در زمان ابتلا به کرونا را مواجهه مستقیم با مرگ عنوان کردند. "من جوانم و هیچ وقت تا بیمار شدم، به مرگ فکر نکرده بودم. کرونا منو مجبور کرد به مرگ فک کنم"، "یک بار بین سرفه‌های شدیدم، احساس کردم مردم، نفسم نمی‌اومد حتی پدر مرحومم رو دیدم. این قدر نزدیک بودم به مرگ"، "وقتی بستری بودم در بیمارستان بارها شاهد بودم تخت کناریم مثلاً فوت می‌کرد و می‌بردنش. وحشتناک بود. فکر می‌کردم یه روزم نوبت من میشه، منی که فک می‌کردم خیلی قوی هستم از لحاظ جسمانی وصیت نامم نوشتم".

ج. تنهایی مطلق: برخی مشارکت‌کنندگان با اشاره به قرنطینه دو هفته‌ای حاصل از بیماری از تجارب هیجانی خود در این مدت گفتند. "دوسش نداشتم، اینکه عزیزانت رو نبینی غم انگیزه"، "دلم برای خانوادم تنگ شده بود، تنهای تنها بدون کسی که رنج تو رو از بیماری ببینه و دلداریت بده"، "خودم خواستم مادرم بره بیرون از خونه، اما شبها می‌ترسیدم و از ترس خوابم نمی‌برد. ترس از مردن در تنهایی خودتی و خودت باید باهش کنار بیای تنهای تنها".

د. ذهن خالی از قضاوت و پذیرش زندگی با همه ناملایمات: برخی از مشارکت‌کنندگان با عباراتی چون "به هرحال زندگی همینه یهو یه چیز غیر نرمالی توش درمیاد منم باید می‌پذیرفتم". "فکر کردن به اخرش دردی رو دوا نمی‌کرد اتفاقی بود که افتاده منم مثل اون هزاران نفر مبتلا"، "دنیا این شکلیه باید بپذیریمش، همین فک کن زلزله اومده" به لزوم پذیرش شرایط در موقعیت‌های بحرانی تأکید کردند.

ه. مواجهه با خود: تفکر عمیق درمورد خود در بیانات مشارکت‌کنندگان به کرات شنیده می‌شد. عباراتی چون "سه هفته تنهایی مطلق در شرایط سخت جان کندن، منو در خودم فرو برد، راه‌های رفته رو بررسی کردم و فهمیدم چه قدر فکر کردن به مرگ فاصله‌ها رو کم می‌کنه"، "در تنهایی مطلق خودم به خودم فکر کردم به این که در این چهل و اندی سال چه طور زندگی کردم؟ آیا لذت بردم یا نه؟"، "من فک کردم به ارتباطاتم به همسرم، خانوادم و اینکه چه قدر پرت بودم از حقیقت زندگی"، "هیچ وقت این شکلی خودمو ملاقات نکرده بودم. با اینکه انگار نمی‌شناختم خود واقعیمو ولی دوسش داشتم و ازش راضی بودم".

شرایط مداخله‌ای: در این پژوهش مهمترین عامل مداخله‌ای مؤثر در رشد پس از آسیب، تجربه حمایت/مراقبت از سوی دیگران مهم و مراقبین سلامت عمومی عنوان شد.

الف. عوامل مربوط به خانواده: حمایت عاطفی و روانی خانواده به عنوان مهمترین عامل مداخله‌گر در تنظیم هیجانات بیماران مبتلا عمل کرد. شاهد این واقعیت عباراتی چون "مامانم با وجود احتمال بیمار شدنش اما از خونه بیرون نرفت، موند و از من مراقبت کرد. خیلی بهم چسبید بودنش من بهش احتیاج داشتم"، "خانوادم هر روز زنگ می‌زدن و با من حرف می‌زدن، خیالم راحت شد براشون مهم هستم. همین جوری توی بیمارستان ولم نکردن". "خانوادم انگیزه مقاومت کردن من بودن، من باید برمی‌گشتم پیششون"، "من دلگرم شدم به بچه هام همش حمایت می‌کردن دارو می‌خریدن، آبمیوه می‌گرفتن برام می‌آوردن، تا اون موقع فک نمی‌کردم این قدر براشون مهم باشم"، "حمایت‌های بی دریغ همسرم برای همیشه دریادم ماند" است.

ب. عوامل مربوط به کادر درمان: روحیه بالای کادر درمان و حمایت آنها از بیماران هم نقش مداخله‌ای در بروز هیجانات و افکار سازگار در آن شرایط بحرانی داشت. "توی بیمارستان وقتی عزیزانت نیستن، پاسخ دادن پرستار امیدوارت می‌کنه"، "مهربانی و شوخ طبعی کادر بیمارستان رو خیلی دوس داشتم".

شرایط زمینه‌ای: در پژوهش حاضر پناه بردن به خدا، و معنویت عوامل زمینه‌ای مهم برای تحمل شرایط موجود و ارائه پاسخ مناسب محسوب می‌شدند.

الف. پناه بردن به خدا: مشارکت کنندگان با عبارات زیر از اعتماد و اتکای خود به نیروی برتر خبر دادند. "وقتی آدم‌ها با چنین شرایط سختی مواجه می‌شن تنها جایی که می‌تونن بهش برگردن، پروردگاره، در لحظات سخت زندگی تنها راه حل همینه می‌دونستم تا خدا نخواد برگه از درخت نمی‌افته".

ب. معنویت: برخی مشارکت‌کنندگان هم حاکی از نزدیک شدن خود به امور معنوی در شرایط بیماری بودند. "انگار عدو شود سبب خیر، کرونا منو به خدا نزدیک کرد"، "تا قبل از بیماری آدم مذهبی نبودم اما موقع بیماری دعا و نماز خوندن آروم می‌کرد انگار باور کردم اینجا محل گذره و قرار نیست برای همیشه اینجا بمونیم".

پیامدها: بنا به گزارش مشارکت‌کنندگان پیامدهای حاصل از ابتلای جدی به کووید ۱۹، را می‌توان در قالب مقوله‌های زیر پیامدهای مثبت شامل افزایش عشق و علاقه به اطرافیان، درک فزاینده از مفهوم زندگی در اینجا و اکنون، کاهش غرور کاذب و اذعان به ضعف و ناتوانی انسان، نرم شدن در روابط انسانی و افزایش علاقه برای کمک به دیگران، آرامش بیشتر در زندگی، و تمرکز کمتر بر مشکلات مالی بودند.

عشق: از منظر مبتلایان حاضر در پژوهش پی بردن به حضور ملموس عشق در زندگی را از پیامدهای مثبت این بیماری دردناک می‌دانستند. "کرونا به من نشون داد عشق بهترین معنای زندگیه هرگز نمیرد آنکه دلش زنده شد به عشق، تازه فهمیدم چه قدر خانوادمو دوس دارم چه قدر برام مهم هستن بعد کرونا عشق من به بچه‌هام چند برابر شد". "درس کرونا این بود که اجازه بده دوست داشته باشن و تو هم دوست داشته باش با ذهن خالی از قضاوت فهمیدم خیلی ها منو دوس داشتند که تا اون موقع بهشون اجازه نمی‌دادم ابرازش کنن".

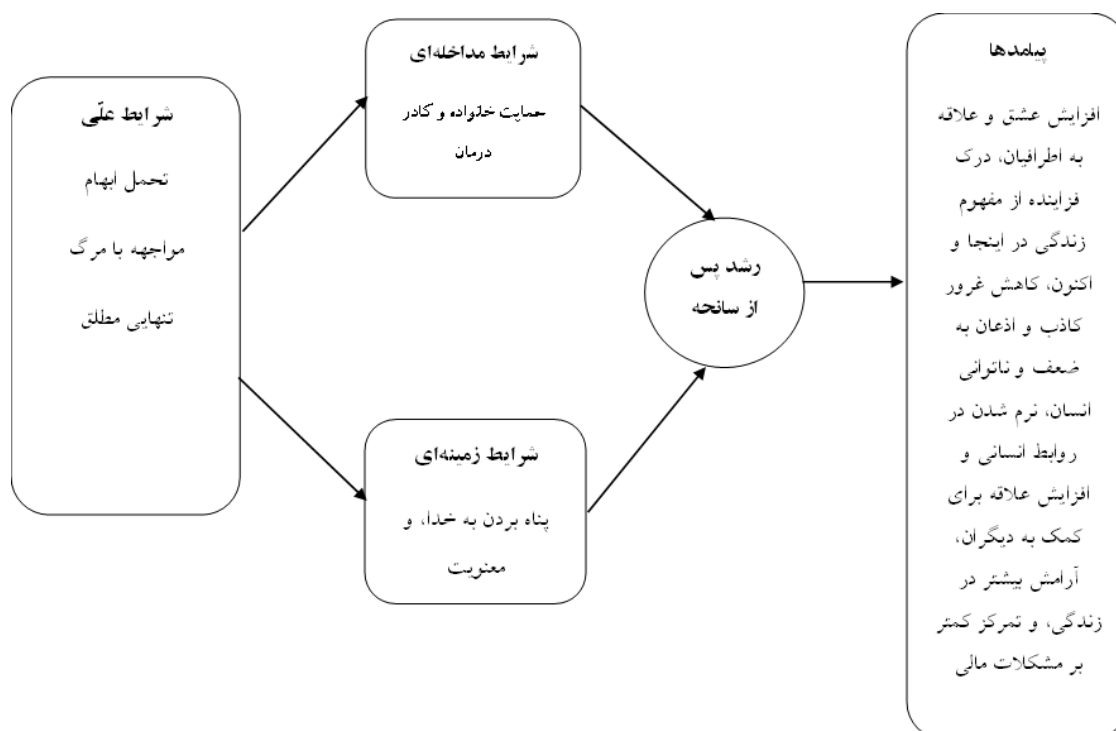
درک فزاینده از مفهوم زندگی در اینجا و اکنون: از نگاه مشارکت‌کنندگان این پژوهش یکی از درس‌های قابل تأمل کرونا برای آنان زندگی در حال بود. عباراتی که در ادامه می‌آیند این درس عمیق را یادآور می‌شوند. "می‌شنیدم روانشناسا می‌گفتن در حال زندگی کنید اما باید اذعان کنم تا اون موقع نفهمیدم، زندگی همین الانه و فردا معلوم نیست اصلا"، "حضور کامل در لحظه لحظه زندگی"

کاهش غرور کاذب و اذعان به ضعف و ناتوانی انسان: برای برخی مشارکت‌کنندگان خصوصا مشارکت‌کنندگانی که از سلامت جسمانی بالا تا قبل از این بیماری برخوردار بودند، از بین رفتن غرور و منیتهای حاصل از جوانی و سلامت درس مهمی بوده است. "من ورزشکارم اصلا باورم نمی‌شد مبتلا بشم. دیگه هیچ منیت نداره این کرونا بدنم کم آورده بود این برام خیلی عجیب بود. کرونا عجز و ناتوانی انسان رو به رخ کشید"

نرم شدن در روابط انسانی: عباراتی مثل "دیگه خیلی سخت نمی‌گیرم نه به خودم نه به دیگران انگار حالیم شد زندگی کوتاهه"، "سعی می‌کنم بیشتر به بقیه کمک کنم به خانوادم به دوستانم"، "زندگی ارزش نداره باید به داد هم برسیم فقط"

آرامش بیشتر در زندگی: یکی از پیامدهای مثبت آشکار مبتلایان بعد از ابتلا کسب آرامش در زندگی است. این مؤلفه با عباراتی چون من خیلی الکی ادم حساسی بودم الان از حساسیت‌هام کم شده دیگه هر چیز دم دستی نمی‌تونه منو بهم بریزه "انگار یه چیزی توی من تغییر کرد نمی‌فهمم چی ولی هست. "آروم شدم انگار زندگیم تازه به حال عادی برگشت قبلش هی بدو بدو می

کردم دویدم هیچ وقت تمومی نداشت، الان فهمیدم یه کم ارومتر بهتر." "زندگی من تقسیم شد به قبل کرونا و بعد کرونا من فهمیدم باید آرام عجله کنم." "دنیا با من یا بی من می‌چرخه پس نباید زور الکی بزنم این یه جورایی آرومم کرد" بیان شد.



شکل یک: الگوی دیداری تجربیات مشارکت کنندگان از رشد پس از آسیب

بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه کیفی بر روی تغییرات مثبت تجربه شده توسط بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در تهران، ایران متمرکز شده است. همانطور که نتایج نشان داد، ویروس کووید-۱۹ می‌تواند تأثیر مثبت و چند بعدی بر بیماران از جمله سوق دادن آنها به ارزیابی مجدد زندگی و اولویت‌هایشان، افزایش آگاهی آنها از اهمیت برداشتن گام‌هایی برای سالم ماندن، بهبود روابط و رشد شخصی داشته باشد. مطالعات نشان داده است که انزوای اجتماعی، خطر درک شده، ناراحتی فیزیکی و ترس از آلوده کردن دیگران ممکن است منجر به استرس، تنهایی، خشم، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ شود (۲۸، ۱۰). با این حال، علاوه بر تأثیرات منفی، چالش‌های ابتلا به کووید-۱۹ می‌تواند منجر به تغییرات روان‌شناختی مثبتی مانند رشد پس از آسیب شود که ممکن است به نوبه خود موجب تعدیل اولویت‌های زندگی و اتخاذ یک سبک زندگی سالم شود (۲۹). این یافته‌ها درک اساسی از تجربیات بیماران مبتلا به کووید-۱۹ را ارائه می‌دهد و شواهد و اطلاعاتی را برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌کند تا هنگام طراحی مداخلات برای افزایش تاب آوری و رشد پس از آسیب این بیماران در نظر بگیرند.

مطابق با مطالعات قبلی در مورد سایر رویدادهای استرس‌زای آسیب‌زا، مانند بیماری‌های عفونی و بلایای طبیعی (۲۹-۳۱)، پس از ابتلا به کووید-۱۹، شرکت‌کنندگان در این مطالعه تغییرات مثبتی را در نگرش‌ها و ارزش‌های خود نسبت به زندگی تجربه کردند. آنها برداشت‌های خود از زندگی را دوباره ارزیابی کردند و اولویت‌های خود را دوباره ارزیابی کردند. آنها به ارزش زنده بودن ساده پی بردند و اهمیت خانواده خود را برای خود درک کردند. شیوع کووید-۱۹ به دلیل میزان بالای عفونت و مرگ و میر ناشی از عدم اطمینان عمومی و احساس بحران ایجاد کرد (۲). علاوه بر این، زمانی که این مطالعه انجام شد، داروها و واکسن‌های هدفمند برای کووید-۱۹ در دسترس نبودند (۳۲) که به این معنی بود که تشخیص کووید-۱۹ ممکن است تهدیدی جدی برای زندگی بیمار باشد. بنابراین، پس از زنده ماندن از عفونت کووید-۱۹، بیماران با اشتیاق بیشتری زندگی خود را گرامی داشتند.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه، افزایش رشد شخصی شرکت‌کنندگان پس از تشخیص کووید-۱۹، از جمله بلوغ فزاینده و تجارب غنی‌تر زندگی بود. ویروس کووید-۱۹ چالش‌هایی را برای افراد به ارمغان آورد که آنها می‌بایست با آنها مقابله کنند و این می‌توانست با وادار کردن آنها به روبرویی با این چالش‌ها باعث پیشرفت شخصی شود. علاوه بر این، در طول فرآیند مقابله با کووید-۱۹، بیماران با تجربیات وجودی و مهارت‌های مقابله‌ای روبه‌رو شدند که ممکن است بعداً در زندگی مورد استفاده قرار گیرند. این رشد شخصی نه تنها به آنها کمک نمود تا با تأثیر پاندمی بر زندگی خود سازگار شوند، بلکه ممکن است برای زندگی آینده آنها نیز فوایدی به همراه داشته باشد. همانطور که توسط بیماران در این مطالعه توضیح داده شد، تجربه عفونت کووید-۱۹ نیز حس روابط آنها را تغییر داد و در نتیجه آنها پیوند نزدیکتری با خانواده و دوستان و تمایل به کمک به دیگران ایجاد کردند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های موجود در رابطه با رشد پس از آسیب، که در آنها تمایل به بهبود روابط، پیامد اصلی مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا است، مطابقت دارد (۳۱، ۳۳). مطابق با بسیاری از مطالعات دیگر در زمینه رویدادهای آسیب‌زا، ما دریافتیم که تجربه عفونت کووید-۱۹ بازماندگان را به خانواده و دوستان خود نزدیک‌تر کرده است. پس از تشخیص کووید-۱۹، بیماران چالش‌های مختلفی را در مواجهه با این بیماری تهدید کننده زندگی تجربه کردند. در این دوره، حمایت اجتماعی منبع مهمی برای مقابله با این چالش‌ها برای آنها بود (۳۴، ۳۵). به طور کلی، حمایت اجتماعی عمدتاً توسط اعضای خانواده و دوستان در زمانی که شرکت‌کنندگان با بیماری مبارزه می‌کردند، ارائه می‌شد. حمایت اجتماعی نه تنها به بیماران کمک کرد تا با کووید-۱۹ کنار بیایند، بلکه روابط آنها را نیز بهبود بخشید. علاوه بر این،

افرادی که در طول عفونت کووید-۱۹ از دیگران حمایت می‌کردند، از نیازهای دیگران آگاهی بیشتری پیدا کردند، که باعث شد تمایل بیشتری به کمک به دیگران داشته باشند. رشد در روابط نشان دهنده اهمیت حمایت اجتماعی و روابط در فرآیند مواجهه با آسیب است. بنابراین، پرداختن به حمایت اجتماعی و روابط در توسعه مداخلات رشد پس از آسیب بسیار مهم است.

علاوه بر این، با جهانی شدن همه‌گیری کووید ۱۹، مجموعه‌ای از اقدامات پیشگیرانه و کنترلی دقیق از جمله قرنطینه و محدودیت ترافیکی اجرا شد (۳۶). این استراتژی‌های کنترلی گسترش کووید-۱۹ را کاهش داد، اما راه خانه را برای بسیاری، به‌ویژه برای کسانی که از شهر خود دور بودند، مسدود کرد. در این مطالعه، اکثر آنها جدا شدن از خانواده خود را به دلیل همه‌گیری کووید ۱۹ تجربه کردند. ارزش خانواده مدت‌هاست که بخشی از ارزش‌های سنتی ایران بوده است، اما تجربه ابتلا به کووید-۱۹ درک بازماندگان از اهمیت خانواده در زندگی‌شان را افزایش داد. این رشد روانی را می‌توان از طریق مداخلات فرهنگی مناسب تقویت کرد، برای مثال، تشویق بیماران به افشای وضعیت خود برای جلب حمایت خانواده.

در نهایت، تجربیات عفونت کووید-۱۹ نه تنها منجر به تغییرات مثبت در ارزش‌ها، روابط و رشد شخصی شرکت‌کنندگان شد، بلکه منجر به بهبود آگاهی و رفتارهای بهداشتی، از جمله بهبود عادات بهداشتی، شیوه‌های زندگی سالم و مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه شد. با یک رویداد آسیب‌زا، افراد از آسیب‌پذیری‌ها و نقاط قوت خود آگاه می‌شوند که منجر به ایجاد رفتارهای مقابله‌ای می‌شود (۳۷، ۳۸). از آنجایی که ویروس کووید-۱۹ می‌تواند از طریق قطرات، انتقال از طریق هوا و تماس منتقل شود، حفظ عادات بهداشتی مانند پوشیدن ماسک، شستن دست‌ها و ضدعفونی کردن وسایل می‌توانست به طور مؤثری از انتقال جلوگیری کند (۳). آن دسته از بیمارانی که از طریق این راه‌های انتقال به کووید-۱۹ آلوده شدند، ممکن است بر اهمیت عادات بهداشتی تأکید بیشتری داشته باشند. علاوه بر این، مانند سایر ویروس‌های آنفلوآنزا، برای اکثر بیماران بدون علامت و با عفونت خفیف، بهبودی از عفونت کووید-۱۹ عمدتاً به سیستم ایمنی بدن بیمار بستگی داشته است (۳۹). بنابراین، یک سبک زندگی سالم، مانند ورزش و ترک سیگار، توسط بیماران کووید-۱۹ برای بهبود ایمنی آنها اتخاذ پیشنهاد شد. در نهایت، تجربه عفونت همچنین منجر به تمرکز شرکت‌کنندگان بر کاهش خطر احتمالی بیماری‌های دیگر از طریق معاینات فیزیکی منظم و واکسیناسیون شده است.

جریان تدوین مقاله حاضر، همچون پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله محدودیت‌های متصور بر سر راه این پژوهش می‌توان به شرکت‌کنندگان اشاره نمود. شرکت‌کنندگان در مصاحبه مقاله، بهبود یافتگان از بیماری کووید ۱۹ در شهر تهران بودند. با توجه به گستردگی شهر تهران، مسلماً امکانات مراقبت‌های بهداشتی در این شهر بیشتر از شهرهای دیگر ایران بوده است و در نهایت اینکه این مطالعه بینشی از تجربیات و ادراک رشد پس از آسیب در نمونه‌ای از بیماران ایرانی مبتلا به کووید-۱۹ ارائه می‌کند، فلذا مطلوب است در مطالعات بعدی ادراکات بیماران در بستر فرهنگی و با رعایت ضوابط مطالعات بین فرهنگی صورت پذیرد. همچنین در مطالعه حاضر و مصاحبه‌های صورت گرفته از هر دو جنس مرد و زن استفاده شد که مطلوب است در مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جنسیت و به تفکیک صورت پذیرد تا عواملی نظیر جنسیت نیز در کنترل پژوهشگر باشند. محدودیت دیگر نحوه مصاحبه با بیماران بود که به دلیل شرایط کرونایی از طریق شبکه‌های اجتماعی به شکل مجازی صورت گرفت، فلذا مصاحبه‌گر از درک زبان بدن و رد گیری علائمی که در مصاحبه‌های بالینی می‌تواند به درک بیشتر وی کمک کند، ناتوان بود. همچنین همسو با مطالعه تیودرسکو و همکاران (۲۰) و همچنین هنسون و همکاران (۴۰) پیشنهاد می‌شود که فعالیت‌های بالینی نظیر برگزاری جلسات مشاوره‌ای برای افرادی که در شرایط همه‌گیری مشابه کرونا به تروما مبتلا شده‌اند صورت گیرد تا هرچه سریعتر در بازایی

معنای زندگی، توانایی برقراری ارتباط با دیگران و سایر مؤلفه‌های مفهوم رشد پس از آسیب تغییرات مثبت سریعتر صورت گیرد تا سازگاری و مدارای فرد نیز سریعتر اتفاق بیفتد. نتایج نشان داد که برخی از افراد مبتلا به کووید-۱۹ تغییرات مثبت و رشد پس از آسیب را تجربه کرده‌اند، از جمله قدردانی بیشتر از زندگی، ارزیابی مجدد ارزش‌ها و اولویت‌ها، تأکید بیشتر بر حفظ سلامت، بهبود روابط و رشد شخصی. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید این تغییرات مثبت و رشد بالقوه را در میان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ تشخیص دهند و از آنها به عنوان منبعی برای بهبود مهارت‌های بیماران خود در مواجهه با اثرات منفی کووید-۱۹ استفاده کنند.

منابع:

1. Lai TH, Tang EW, Chau SK, Fung KS, Li KK. Stepping up infection control measures in ophthalmology during the novel coronavirus outbreak: an experience from Hong Kong. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology. 2020;258:1049-55. <https://doi.org/10.1007/s00417-020-04641-8>
2. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The lancet. 2020;395(10229):1054-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
3. World Health O. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 90. Geneva: World Health Organization; 2020 2020-04-19. <https://iris.who.int/handle/10665/331859>
4. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. The lancet. 2020;395(10224):e37-e8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
5. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. International journal of environmental research and public health. 2020;17(6):2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
6. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. MedRxiv. 2020;10(2020.03):06.20032425. <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20032425>
7. Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. Psychiatry research. 2020;288:112992. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112992>
8. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2020;26:e924171-1. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
9. Xiao S, Luo D, Xiao Y. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. Global health research and policy. 2020;5(1):29. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00155-2>

10. Kong X, Zheng K, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. *MedRxiv*. 2020:2020.03.24.20043075. <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>
11. Ceri V, Cicek I. Psychological well-being, depression and stress during COVID-19 pandemic in Turkey: a comparative study of healthcare professionals and non-healthcare professionals. *Psychology, health & medicine*. 2021;26(1):85-97. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1859566>
12. Asmundson GJ, Paluszek MM, Taylor S. Real versus illusory personal growth in response to COVID-19 pandemic stressors. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021;81:102418. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102418>
13. Hamam AA, Milo S, Mor I, Shaked E, Eliav AS, Lahav Y. Peritraumatic reactions during the COVID-19 pandemic—The contribution of posttraumatic growth attributed to prior trauma. *Journal of psychiatric research*. 2021;132:23-31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.029>
14. Pietrzak RH, Tsai J, Southwick SM. Association of symptoms of posttraumatic stress disorder with posttraumatic psychological growth among US veterans during the COVID-19 pandemic. *JAMA network open*. 2021;4(4):e214972-e. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4972>
15. Tamiolaki A, Kalaitzaki AE. “That which does not kill us, makes us stronger”: COVID-19 and posttraumatic growth. *Psychiatry research*. 2020;289:113044. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113044>
16. Vazquez C, Valiente C, García FE, Contreras A, Peinado V, Trucharte A, et al. Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of happiness studies*. 2021:1-21. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>
17. Zhai H-K, Li Q, Hu Y-X, Cui Y-X, Wei X-W, Zhou X. Emotional creativity improves posttraumatic growth and mental health during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:600798. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.600798>
18. Arenliu A, Shala-Kastrati F, Berisha Avdiu V, Landsman M. Posttraumatic growth among family members with missing persons from war in Kosovo: Association with social support and community involvement. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2019;80(1):35-48. <https://doi.org/10.1177/0030222817725679>
19. Calhoun LG. *Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications*: Routledge; 2018.
20. Teodorescu D-S, Siqveland J, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10:1-16. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-84>

21. pan Cui P, pan Wang P, Wang K, Ping Z, Wang P, Chen C. Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19. Occupational and Environmental Medicine. 2021;78(2):129-35. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2020-106540>
22. Stallard P, Pereira AI, Barros L. Post-traumatic growth during the COVID-19 pandemic in carers of children in Portugal and the UK: cross-sectional online survey. BJPsych open. 2021;7(1):e37. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1>
23. Mohajan D, Mohajan H. Development of grounded theory in social sciences: a qualitative approach. 2022. <http://dx.doi.org/10.56397/SSSH.2022.12.02>
24. Nazir J. Using phenomenology to conduct environmental education research: Experience and issues. The Journal of Environmental Education. 2016;47(3):179-90. <https://doi.org/10.1080/00958964.2015.1063473>
25. Creswell JW. Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research: pearson; 2015.
26. Charmaz K, Belgrave LL. Thinking about data with grounded theory. Qualitative inquiry. 2019;25(8):743-53. <https://doi.org/10.1177/1077800418809455>
27. Lincoln YS, Guba EG. Criteria for Assessing Naturalistic Inquiries as Reports. 1988.
28. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Brain, behavior, and immunity. 2020;89:594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
29. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Houshyari M, Zayeri F. Post-traumatic growth: a qualitative analysis of experiences regarding positive psychological changes among Iranian women with breast cancer. Electronic physician. 2015;7(5):1239. <https://doi.org/10.14661/1239>
30. Hefferon K, Grealay M, Mutrie N. Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. British journal of health psychology. 2009;14(2):343-78. <https://doi.org/10.1348/135910708X332936>
31. Karagiorgou O, Evans JJ, Cullen B. Post-traumatic growth in adult survivors of brain injury: A qualitative study of participants completing a pilot trial of brief positive psychotherapy. Disability and rehabilitation. 2018;40(6):655-9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1274337>
32. Zhai P, Ding Y, Wu X, Long J, Zhong Y, Li Y. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. International journal of antimicrobial agents. 2020;55(5):105955. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105955>
33. Palmer E, Murphy D, Spencer-Harper L. Experience of post-traumatic growth in UK veterans with PTSD: A qualitative study. BMJ Military Health. 2017;163(3):171-6. <https://doi.org/10.1136/jramc-2015-000607>
34. Khanjani MS, Younesi SJ, Khankeh HR, Azkhosh M. Exploring facilitators of post-traumatic growth in patients with spinal cord injury: A qualitative study. Electronic physician. 2017;9(1):3544. <https://doi.org/10.19082/3544>

35. Rzeszutek M. Social support and posttraumatic growth in a longitudinal study of people living with HIV: the mediating role of positive affect. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017;8(1):1412225. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1412225>
36. Ye Y, Xu X, Wang S, Wang S, Xu X, Yuan C, et al. Evaluating the control strategies and measures for COVID-19 epidemic in mainland China: A city-level observational study. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020:1-22. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.264739>.
37. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological inquiry*. 2004;15(1):30-4. <http://www.jstor.org/stable/20447198>
38. Rajandram RK, Jenewein J, McGrath C, Zwahlen RA. Coping processes relevant to posttraumatic growth: An evidence-based review. *Supportive Care in Cancer*. 2011;19:583-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1105-0>
39. China N. The notice of launching guideline on diagnosis and treatment of the novel coronavirus pneumonia (NCP). Revised version of the 5th edition. 2020. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7652m/202003/a31191442e29474b98bfed5579d5af95.shtml>
40. Henson C, Truchot D, Canevello A. What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2021;5(4):100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>