

توصیف و مقایسه تجربه زیسته بزرگسالان در دو پیک اول و دوم پاندمی کوید-۱۹

Description and Comparison of the Lived Experience of Adults in the Pandemic 19-First and Second Peaks of Covid

Nikoo Pishkari
MA Student in Psychology
Shahid Beheshti University of Tehran

Zahra Abdekhodaie, PHD
Shahid Beheshti
University of Tehran

زهرا عبدخدایی*
دانشیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه شهید بهشتی تهران

نیکو پیشکاری
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی
دانشگاه شهید بهشتی تهران

چکیده

این پژوهش باهدف توصیف و مقایسه تجربه زیسته بزرگسالان در دو پیک اول و دوم پاندمی کوید-۱۹ انجام شد. این بررسی کیفی و با شیوه پدیدارشناسی توصیفی اجرا شد. ۱۴ شرکت‌کننده به روش نمونه‌برداری هدفمند انتخاب شدند و در دو مرحله و طی دو پیک ابتلا به کرونا در کشور مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها به روش کلایزی تحلیل شد و با مصاحبه ۱۲ نفر به اشباع رسید و برای اطمینان بیشتر تا ۱۴ نفر ادامه یافت. نتایج پیک اول در ۶ خوشه اصلی و ۱۷ خوشه فرعی گردآوری شد. خوشه‌های اصلی شامل مواجهه با کرونا، نگرانی‌ها، بازخوردها و ارزیابی تجربه کرونا، راهبردهای مواجهه، آثار کرونا و قرنطینه، کرونا و خانواده بود. خوشه‌های پیک دوم مشابه پیک اول بود و فقط خوشه فرعی "اولین مواجهه با کرونا" در پیک دوم حذف شد. در پیک اول افراد ضمن تجربه ترس و درگیری با چالش‌های فردی و اجتماعی، از راهبردهای هیجان‌محورتر برای سازگاری با بحران استفاده کردند. اما با گذر زمان، قرنطینه به فرصتی برای ایجاد سبک زندگی جدید تبدیل شد و این مهم‌ترین دستاورد افراد بود که برای تغییر و رشد فردی به کار گرفته شد.

واژه‌های کلیدی: واژه‌های کلیدی: کوید-۱۹، تجربه زیسته، پاندمی، قرنطینه

Abstract

This study aimed to describe and compare the lived experience of adults in the first and second peaks of Covid-19 pandemic. The research design was descriptive with qualitative phenomenological approach. 14 participants were selected by purposive sampling method. They were interviewed in depth at two stages and during two peaks of coronavirus infection in Iran. Results were analyzed by using Colaizzi's method and data were collected after 12 interviews but it was continued to 14 people to ensure. The results related to first peak were summarized in 6 main clusters and 17 sub-clusters. Main clusters included exposure to Corona, individuals' concerns, attitudes and evaluations of Corona experience, coping strategies, Corona and quarantine effects, and Corona and family. The clusters related to the second peak were similar to the first peak, and only the "first exposure to Corona" sub-cluster was eliminated in second peak. Results showed that in the first peak, people used more emotional strategies for coping with crisis while they experienced fear and conflict with individual and social challenges. However, through time, quarantine was turned into an opportunity for creating of a new lifestyle this was the most important achievement and was used for individual change and growth.

Keywords: Covid-19, lived experience, pandemic, quarantine

received: 07 January 2021

accepted: 09 June 2021

دریافت: ۹۹/۱۰/۱۸
پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۹

*Contact information: z_sabdekhodaie@sbu.ac.ir

کوید-۱۹ بیماری ویروسی جدیدی است که در دسامبر سال ۲۰۱۹ در شهر ووهان^۲ چین شناسایی و به دلیل قدرت شیوع بالا در فاصله زمانی کوتاهی به سایر کشورها از جمله ایران منتقل شد (بیانیه سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۲۰ الف). کوید-۱۹ به دلیل جدید بودن این ویروس و نداشتن اطلاعات کافی از رفتار آن، شیوع گسترده تری از سندرم حاد تنفسی^۴ پیدا کرد (گوتزینگر و دیگران، ۲۰۲۰). شایع ترین علائم کوید-۱۹ علائم عفونتی از قبیل تب، سرفه و مشکل تنفسی است (وو و مک گوگان، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد پاندمی کرونا علاوه بر گروه‌های خاص مثل سالمندان و بانوان باردار همه گروه‌های سنی از جمله بزرگسالان را تهدید می‌کند (مارشال، ویلتشایر، دلوا، بلو و ماسیس، ۲۰۲۰). به گزارش مراکز کنترل بیماری‌ها ۲۹٪ موارد درگیری با بیماری در ایالات متحده در بزرگسالی یعنی ۴۴ - ۲۰ سال گزارش شده است (بیالک و دیگران، ۲۰۲۰).

قوانین و محدودیت‌های کوید-۱۹، باعث محدودیت استقلال و خودمختاری بزرگسالان جوان می‌شود (نینستین و دیگران، ۲۰۱۶). به گفته لوینسون^۵ (۱۹۷۸ نقل از برک، ۲۰۰۷) بزرگسالی مرحله "بیشترین انرژی، تضاد و تنیدگی" است. چالش‌های اصلی این دوره مرتبط با عشق و ازدواج، تشکیل خانواده، موفقیت شغلی و تحقق اهداف زندگی است. جوانان در طول گذار به دهه سوم زندگی ساختار زندگی خود را ارزیابی مجدد می‌کنند و در زنان و مردانی که پیوند صمیمی خشنودکننده یا دستاوردهای شغلی ندارند ممکن است دوره بحرانی باشد. زمان بندی اجتماعی^۶ مفهوم مهم دیگری است که شامل انتظارهای درجه بندی شده سنی برای رویدادهای مهم زندگی

مثل شروع اولین شغل، ازدواج و تولد اولین فرزند است. به موقع یا بی‌موقع بودن این زمان بندی تاثیر عمیقی بر حرمت خود افراد بزرگسال دارد (برک، ۲۰۰۷)، اما شرایط کوید-۱۹ بر پیوندهای صمیمی، دستاوردهای شغلی و به طور کلی زمان بندی اجتماعی بزرگسالان تاثیر گذاشته به طوری که فاصله گذاری اجتماعی ناشی از کوید-۱۹ سبب جدایی جوانان از هم سن و سالان و شرکای عشقی شده و بازگشت غیرمنتظره دانشجویان به خانه پس از یک دوره زندگی مستقل در خوابگاه و لغو برنامه سالن‌های ورزشی، اجراهای هنری و تحصیلات تکمیلی نوعی احساس پسرفت یا بازگشت به عقب در جوانان ایجاد کرده است (ناگاتا، ۲۰۲۰)، از این رو کائو و دیگران (۲۰۲۰) و رشیدی فکاری و سیمبار (۲۰۲۰) معتقدند از مهم ترین دلایل ایجاد اضطراب در دانشجویان در دوران قرنطینه نگرانی از آثار ویروس کرونا بر آینده تحصیلی و شغلی و کاهش ارتباط‌های اجتماعی است.

از طرفی برای بزرگسالان متاهل و شاغل نیز اعمال فاصله گذاری‌های اجتماعی و تعطیلی مهدکودک‌ها، مدارس و بسیاری از مشاغل دیگر، سبب ایجاد دشواری در مدیریت هم‌زمان کار و نگهداری از فرزند شده است (پرسیلا و ایتالیانو، ۲۰۲۰). به عقیده اریک اریکسون^۸ (۱۹۶۴) نقل از برک، (۲۰۰۷) فشارهای وارد بر تکالیف تحولی دوره بزرگسالی فرد را در معرض افسردگی و کناره‌گیری از روابط اجتماعی قرار می‌دهد.

اجرای سیاست‌های بهداشتی به شکل مشهود بر عادت‌های روزانه بدن و وضعیت جسمی، شرایط روانی و موقعیت اجتماعی و اقتصادی افراد بزرگسال تاثیر گذاشته (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰ ب) و ترس از ابتلا و مرگ، انتشار اخبار غلط

1- Covid-19

2- Wuhan

3- World Health organization (WHO)

4- severe acute respiratory

5- Levinson, D.

6- life structure

7- Social clock theory

8- Erikson, E.

و شایعه‌ها، اختلال در فعالیت‌های روزمره و کاهش ارتباط‌های اجتماعی از جمله چالش‌های دیگر افراد بوده است (علیزاده‌فرد و صفاری‌نیا، ۲۰۱۹). در دوران قرنطینه گسست میان نظام‌های حمایتی، افراد را در برابر انزوای اجتماعی و تنیدگی حاد آسیب‌پذیر می‌کند، نمره‌های هیجان‌های مثبت از جمله شادی و رضایت از زندگی کاهش می‌یابد و افراد بیشتر نگران سلامت خود و خانواده می‌شود و کمتر به اوقات فراغت توجه دارند (شاخ - اسپانا، ۲۰۲۰). انزوای اجتماعی و سایر فشارهای محیطی سیستم ایمنی بدن را تضعیف یا سرکوب می‌کند (سپهری‌نژاد، مؤمنی، گرجی و سحاب‌نگاه، ۲۰۲۰). بنابراین با توجه به اینکه بزرگسالی دوره اوج تجربه فشار و تنیدگی در ابعاد مختلف فردی و اجتماعی است و با در نظر گرفتن تاثیر مستقیم تنیدگی بر سرکوب قوای ایمنی بدن و به دنبال آن ابتلا به ویروس کرونا، ضرورت بررسی عوامل ایجادکننده و تداوم‌بخش تنش‌ها و آثار منفی کوید-۱۹ بر سلامت روانی افراد و متعاقباً بر مدیریت بحران آشکار می‌شود. از این رو، این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه تجربه زیسته بزرگسالان در دو پیک اول و دوم پاندمی کوید-۱۹ انجام شده است.

روش

این پژوهش از نوع کیفی^۱ است و با روش پدیدارشناسی^۲ انجام و داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق گردآوری شده است. جامعه آماری شامل همه زنان و مردان گروه سنی بزرگسال (۲۰ تا ۴۰ سال) و گروه‌بندی سنی بر اساس مراحل تحول روان‌شناختی اریک اریکسون انجام شده است (مک‌لود، ۲۰۱۸). ملاک‌های ورود شامل رده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، درگیر نبودن خود فرد و اعضای درجه اول خانواده با بیماری کرونا و ملاک خروج شامل نداشتن تمایل به شرکت در مصاحبه و ابتلا به بیماری در نظر گرفته شد.

از میان افراد داوطلبی که از طریق فراخوان شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند، نمونه‌برداری هدفمند انجام شد. این افراد که از شهرهای تهران، رشت، زنجان و زاهدان و در گروه‌های شغلی کارمند دولتی (آموزش و پرورش، دادگستری)، کارکنان بیمارستان، دانشجو و مابقی خانه‌دار بودند، در دو مرحله، بعد از پیک اول کرونا (اواخر اسفند ۹۸ و اوایل فروردین ۹۹) و بعد از پیک دوم (اواخر مرداد و اوایل شهریور ۹۹) مصاحبه شدند. از آنجایی که در پژوهش کیفی ملاک حجم نمونه به اشباع رسیدن داده‌ها است، بعد از مصاحبه با ۱۲ نفر داده‌ها به اشباع رسید و برای حصول اطمینان تا ۱۴ نفر ادامه یافت. تعداد برابری از شرکت‌کنندگان زن و مرد (هر گروه ۷ نفر) در مصاحبه شرکت کردند که میانگین و انحراف استاندارد سن آن‌ها به ترتیب ۲۸/۸ و ۶/۴۶ سال بود. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان کارشناسی (۴۲/۸۵٪) و کارشناسی ارشد (۵۷/۱۵٪) بوده و از نظر وضعیت تاهل، ۶ شرکت‌کننده متاهل (۴۲/۸۵٪)، ۴ شرکت‌کننده دارای فرزند (۲۸/۵۷٪) و ۸ شرکت‌کننده مجرد (۵۷/۱۵٪) بودند. به لحاظ وضعیت شغلی، ۴ نفر از شرکت‌کنندگان در بیرون از منزل، و ۲ نفر نیز به صورت دورکار و در منزل کار می‌کردند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه تلفنی با میانگین ۳۰ دقیقه مکالمه انجام شد. پیش از تماس تلفنی در مورد مناسب‌ترین زمان، بسته به برنامه شخصی هر فرد، هماهنگی به عمل آمد. برای رعایت موارد اخلاقی، در ابتدای مصاحبه در مورد هدف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده و با کسب اجازه مکالمه‌های تلفنی برای تفسیر دقیق‌تر ضبط شد.

از آنجا که در این پژوهش به دنبال بررسی و مقایسه تجربه افراد بزرگسال در ارتباط با پاندمی کوید-۱۹ بعد از پیک اول و دوم بیماری بودیم، از شرکت‌کنندگان خواستیم تجارب خود را در مورد

محورهای از این قبیل بیان کنند: اولین احساس و واکنشی که بعد از شنیدن خبر انتشار ویروس داشتید چه بود؟ برای کاهش ترس‌هایتان چه کردید؟ کدام یک از برنامه‌های شخصی شما تحت تاثیر قرنطینه و کرونا قرار گرفته و برای سازگاری با آن چه کردید؟ آثار مثبت و منفی کرونا در زندگی شما چه بوده است؟ ذهن شما چقدر درگیر مسئله کرونا شده و در مورد این ویروس چه افکاری دارید؟ آیا پدیده کرونا باعث شده به دیدگاه یا تجربه جدیدی در مورد مفهوم مرگ و زندگی دست پیدا کنید؟ ضمن مصاحبه، بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کنندگان سوال‌های پیگیری برای کشف اطلاعات جزئی‌تر پرسیده می‌شد. بعد از پیک دوم مجدداً با همان افراد شرکت‌کننده مصاحبه

جدول ۱

نمونه عبارت‌های عمده، معنای فرموله‌شده، کدبندی و خوشه‌بندی

عبارت‌های عمده	معنای فرموله‌شده	کدبندی	خوشه اصلی	خوشه فرعی
من به جای اینکه هی به کرونا فکر کنم و تحت تنیدگی باشم فکر کنم رو با کتاب و فیلم مشغول می‌کنم، همه‌جوره برنامه رو صب تا شب پر می‌کنم که جایی واسه تنیدگی نمونه، واقعا، خودم هم از ماسک و اسپری استفاده می‌کنم، ولی وقتی بایام می‌رفت خرید می‌دادم رعایت نمی‌کنم پروتکل‌ها رو دیگه خونه‌مون دعوا بود، مرده انگار ذاتا کمتر رعایت می‌کنم...	برای جلوگیری از اشتغال به افکار مرتبط با کرونا و ایجاد تنیدگی، سرگرمی‌های مختلف در برنامه روزانه جای داده می‌شود. برای پیشگیری از ابتلاء از وسایل بهداشتی مثل الکل استفاده می‌شود. رعایت نکردن نکته‌های بهداشتی توسط پدر باعث ایجاد تعارض در خانه می‌شود. باوری مبتنی بر تفاوت جنسیتی در میزان رعایت پروتکل‌ها وجود دارد که ممکن است باعث تعارض خانواده شود.	۱- جلوگیری از اشتغال به افکار کرونایی از طریق ایجاد مشغولیت‌های دیگر ۲- تنیدگی‌زا بودن افکار کرونایی ۳- رعایت پروتکل‌ها (کارآمد و مسئله‌محور) ۴- ایجاد تعارض به دلیل رعایت نکردن پدر ۵- استفاده از بحث و دعوا به عنوان راهبرد هیجان محور ۶- وجود تفاوت جنسیتی در میزان رعایت پروتکل‌ها ۷- ایجاد تعارض بر اثر تفاوت جنسیتی در میزان حساسیت بهداشتی	راهبردهای مواجهه با کرونا	مسئله‌محور هیجان محور اجتنابی

یافته‌ها

تجربه زیسته افراد بزرگسال (۲۰ تا ۴۰ سال) از بحران کرونا، در دو نوبت پیک اول و دوم بررسی و ۶ خوشه اصلی و ۱۷ خوشه فرعی طبقه‌بندی شد. تنها تفاوت خوشه‌های اصلی و فرعی در دو پیک، حذف خوشه فرعی "اولین مواجهه" و تغییر محتوای اطلاعات برخی خوشه‌ها در پیک دوم بود. **الف) مواجهه با کرونا:** این خوشه که نخستین رویارویی فیزیکی و اطلاعاتی فرد را با کرونا نشان می‌دهد، شامل دو خوشه فرعی است:

۱. **اولین مواجهه و واکنش به بیماری:** واکنش

ثانویه انجام و ضمن کنترل کردن روایی و اعتبار داده‌های پیک اول، در مورد تجارب آن‌ها از پیک دوم، سوال‌هایی مشابه با پیک اول پرسیده شد. داده‌ها با استفاده از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی^۱ (کرسول، ۲۰۰۷) تحلیل شد، بدین صورت که بعد از پیاده‌سازی شرکت‌کنندگان چندین مرتبه خوانده و توصیف‌های شرکت‌کنندگان چندین مرتبه خوانده و سپس عبارت‌های مهم استخراج، معانی عبارت‌های مهم به شکل عبارت‌های فرموله‌شده تدوین و معانی فرموله‌شده بر اساس تشابه مفاهیم به صورت تم سازماندهی و سپس خوشه‌های اصلی و فرعی دسته‌بندی شد. سرانجام، برای اعتباربخشی، شرکت‌کنندگان نتایج تحلیل را ارزشیابی کردند. نمونه‌ای از شیوه تحلیل داده‌ها در جدول ۱ آمده است.

مصاحبه‌شوندگان بعد از اولین مواجهه اطلاعاتی از طریق رسانه، فضای مجازی و محیط کار، در دو حالت ارزیابی شد: بیشتر افراد ضمن تجربه ترس و نگرانی از غیرمنتظره بودن ورود ویروس به کشور، اقدام به رعایت پروتکل‌های بهداشتی از جمله خرید ماسک و الکل و استفاده از آن کردند: "اولین بار همون موقع بود که از اخبار شنیدم تو قم یه کیسی پیدا شده... واقعاً فکرش رو نمی‌کردم وارد ایران بشه و فکر می‌کردم کنترل می‌شه، یه حس ترس وحشتناکی داشتم مثل حس یه که انگار داره جنگ می‌شه...". فقط یک نفر

پاندمی را امری عادی و گذرا تلقی کرده و ضمن برخورد سهل‌گیرانه، مسئله را طبیعی جلوه داده است: "واکنش خاصی نداشتم حالا ویروسه دیگه! انتقالش آسونه و منتظرش بودیم." در نخستین پاسخ‌های برخی افراد به پاندمی، مشغولیت‌های فکری و عملی مرتبط با وسواس پاکیزگی نیز عنوان شد: "دوست داشتم برم کل داروخونه‌ها ماسکاشون رو جمع کنم یا الکل بگیرم...".

۲. بروز نشانه‌های جسمانی: نیمی از شرکت‌کنندگان تحت شرایط پرتنش‌تر، مانند پیگیری اخبار و آمار مرگ‌ومیر یا حضور در بیرون از خانه، علائم فیزیولوژیک را تجربه کرده‌اند که در سه دسته قرار داده شد، دسته اول از قبل دارای زمینه اختلال‌های اضطرابی بودند و با عود نشانه‌های فیزیولوژیک مواجه شدند، دسته دوم مبتلا به بیماری‌های خودایمنی بودند و با عود نشانه‌های مرتبط با بیماری خود مواجه شدند: "من آرتریت روماتوئید دارم، کنترل شده‌ست ولی روزی اول از شدت تنیدگی دستام بی‌حس می‌شد...". دسته سوم بدون داشتن بیماری قبلی علائم فیزیولوژیک را تجربه می‌کردند: "تواج پیک اول برای یک کار خیلی ضروری سه روز متوالی مجبور بودم برم بیرون از خونه. وقتی برمی‌گشتم خونه، شبا از ترس اینکه گرفته باشم تپش قلب و تهوع داشتم...".

در پیک دوم همین خوشه‌ها با همین مضامین وجود داشت، با این تفاوت که خوشه فرعی اولین مواجهه با بیماری حذف و فقط واکنش افراد به بیماری بررسی شد. میزان نگرانی و مشغولیت‌های فکری به ابتلاء و تهدید به مرگ در بیشتر افراد به شکل چشمگیر کاهش یافته بود و در برخی دیگر همان میزان نگرانی در عین کاهش پاسخ و برانگیختگی رفتاری عنوان شد. سختی‌های اولیه در اجرای پروتکل‌ها برای بیشتر افراد تبدیل به روتین و عادت شده و به آن خو گرفته بودند: "رعایت کردن‌ها دیگه سختی قبل‌رو نداره و

روتین شده. قبلاً سختمون بود ماسک و اسپری، ولی الان عادت شده. که اگه یادمونم بره از دم در برمی‌گردیم ماسکمون رو برمی‌داریم". دلیل برخورد سهل‌گیرانه برخی افراد، کاهش نگرانی‌ها به دلیل تجربه ابتلا در اطرافیان و بهبود آن‌ها عنوان شد: "وقتی شنیدم پدرم گرفته همون لحظه گفتم دیگه از دستش دادم، ولی وقتی خوب شد دیدم گرفتن لزوماً مساوی با مرگ نیست." همچنین کاهش نگرانی‌ها سبب کاهش یا رفع نشانه‌های جسمانی افراد شده بود.

ب) نگرانی‌های افراد: این خوشه به انواع نگرانی‌ها و دغدغه‌های افراد در طول دوره پاندمی اشاره دارد:

۱. نگرانی‌های وجودی: نگرانی‌های وجودی با مضمون و محتوای مرگ و تنهایی از بارزترین دغدغه‌هایی بود که تقریباً همه افراد به‌نوعی با آن درگیر شدند. شرکت‌کنندگان ترس‌هایی را در مورد با ابتلای عزیزان و از دست دادن آن‌ها یا به‌عبارتی "اضطراب مرگ عزیزانشان" عنوان کردند. در این میان ترس جوانان رده ۲۰ سال از ابتلای والدینشان مشهودتر بود و اظهار می‌کردند که ترسی از ابتلای خودشان ندارند، بلکه تصور بیمار شدن والدین برایشان آزاردهنده‌تر است. همچنین نیمی از شرکت‌کنندگان با شنیدن یا پیگیری اخبار و آمار تلفات کرونا این نگرانی را به شکل شدیدتر تجربه می‌کردند. عده‌ای اشاره به "ترس از تنها شدن" داشتند و آن را در دو حالت بیان می‌کردند؛ حالت اول اشاره به ترس از دست دادن عزیزان و تنها ماندن فرد داشت؛ مثلاً فرد ترس از دست دادن همسر را به عنوان تنها حامی، در شرایطی که منابع حمایتی از سمت خانواده و اطرافیان وجود نداشت، بسیار نگران‌کننده قلمداد می‌کرد: "...مثلاً خودم مبتلا شدم بمیرم. بچه‌ها رو کی می‌خواد نگه داره؟ یا همسرم چیزیش بشه، من می‌خوام چیکار کنم؟ چون من تنهام، فقط همسر رو دارم." از طرفی خانواده‌های داغدار تنهایی و غم و غربت را بیشتر احساس می‌کردند: "وقتی

پدر بزرگم سخته کرد و فوت شد خیلی متاثر شدم که این روزها چقدر مراسم خلوته و افراد چقدر غریبانه دارن سر می‌کنن...". حالت دوم مربوط به ترس از تنها ماندن بازماندگان و تجربه ناراحتی و فقدان در صورت فوت خود فرد بود: "دو حالت من رو می‌ترسوند، اینکه پدر و مادرم بگیرن و از دستشون بدم یا اینکه خودم بگیرم و چیزیم بشه. می‌دونم پدر و مادرم خیلی در نبود من اذیت می‌شن و اینم من رو می‌ترسوند که این شکلی بخوان آزار ببینن و گرنه من خودم اصلاً از اینکه بگیرم نمی‌ترسم." مشابه مورد قبل، ترس از مرگ خود فرد و تنها ماندن فرزند را همه مادران شرکت‌کننده عنوان کردند. دغدغه بعد "سلب آزادی" با تداوم محدودیت‌های شغلی، ارتباطی، اجتماعی و تفریحی بود: "قبلاً ما با شجاعت و راحتی می‌رفتیم بیرون. آزاد بودیم. ولی الان این محدودیت‌ها خیلی تو مضيقه گذاشته ما رو." این مسئله باعث کاهش آستانه تحمل و دل‌تنگی در افراد شده بود. کمبود وسایل بهداشتی مثل ماسک و الکل، همچنین کمبود اطلاعات بشر از رفتار ویروس برای ساخت واکسن از جمله مصادیقی است که شرکت‌کنندگان به شکل نگرانی‌هایی با مضمون حفظ بقا بیان کردند.

۲. نگرانی از ناقل بودن: "ناقل بی‌نشانه بودن" نگرانی اصلی تمامی دانشجویان و کارکنانی بود که در بیمارستان‌ها مشغول کار و گذراندن دوره تحصیل بودند و در صورت ابتلای اطرافیان دچار احساس گناه و خودسرزنش‌گری می‌شوند. والدینی که به سبب اجبار شغلی در بیرون از خانه مشغول بودند نیز ترس از انتقال ویروس از محل کار به محیط خانه و فرزندان را بیان کردند: "وقتی پدر بزرگم فوت شد، من به خاطر بیمارستان رفتن و ترس از ناقل بودن حتی پدرم رو نتونستم بغل کنم، اگه اتفاقی برای یه نفر بیفته و ناقلش من باشم چقدر بعداً می‌تونه عذاب وجدان شدید و وحشتناکی بده...".

۳. نگرانی‌های تحصیلی: نگرانی از کاهش کیفیت آموزشی به تعویق افتادن و طولانی شدن

دوره تحصیل، تعویق کنکور، یکسان نبودن شرایط حین امتحان‌های مجازی، نگرانی والدین از کیفیت تحصیل فرزندان و به طور کلی به هم خوردن ریتم و برنامه‌ریزی تحصیلی از جمله نگرانی‌هایی بود که نیمی از شرکت‌کنندگان مطرح کردند: "اینکه عقب بیفتیم و مجبور بشم فشرده درس‌ها رو پاس کنم یا از اون ور مثلاً شش ماه بیشتر بخونم نگران کننده‌ست."

۴. نگرانی از پیامدهای جدی نگرفتن بیماری توسط مسئولان و نبود احساس مسئولیت اجتماعی در مردم: جدی نگرفتن پروتکل‌ها، به خطر انداختن جان سایر افراد و دامن زدن به تداوم شرایط کرونایی، اجبار به حضور دانشجویان علوم پزشکی در محیط‌های کرونایی و اخبار و آمارهای که به اشتباه نشر می‌شد از جمله دغدغه‌هایی بود که واکنش خشم و ناراحتی به دنبال داشت. برخی شرکت‌کنندگان دلیل این مسئله را کوچک جلوه دادن شدت بحران توسط صدا و سیما عنوان کرده‌اند: "ما رو که داشتن به زور می‌کشوند بیمارستان، صدا و سیما هم خیلی سهل‌گیرانه برخورد می‌کرد و می‌گفت یه ویروسیه مثل انفلوآنزا... به لحاظ اجتماعی نگران اون پیامدهاش بودم که اگه اطلاع‌رسانی درست نشه چه اتفاقی می‌افته، همون موقع هم که تعطیل کردن مردم پا شدن رفتن شمال و این هم عصبانیم می‌کرد...".

در پیک دوم ترس‌های وجودی در بیشتر شرکت‌کنندگان کمتر ابراز می‌شد و کسب تجربه از ابتلا و بهبود اطرافیان، که در خوشه قبل مطرح شد، در آن بی‌تاثیر نبود. افراد با شکستن قرنطینه احساس آزادی عمل بیشتری داشته و محدودیت‌ها را کمتر آزارنده ابراز می‌کردند. از طرفی هم تجربه انتقال بیماری از محیطی غیر از بیمارستان به خانه و ابتلای عزیزان در گروه علوم پزشکی سبب کاهش ترس و عذاب وجدان و پی‌بردن به گریزناپذیری انتقال بیماری شده بود: "رعایت می‌کنم. منتها کمتر. چون شرایط جواری شد که بابا از منشیش

گرفت و من دیگه اون عذاب وجدان انتقال رو نداشتم، یعنی دیدم من هم منتقل نکنم یکی ممکنه از یه محیط دیگه منتقل کنه خونه... تقریباً همه چی به حالت عادیش برگشته، منتها با رعایت پروتکل... مثلاً اگه با دوست هامون کافه‌ای می‌رفتیم که بسته بوده الان کافه محیط باز می‌ریم." همچنین جدا کردن محیط زندگی از سایر اعضای خانواده، ترس و عذاب وجدان انتقال بیماری را در دانشجویان علوم پزشکی کمتر می‌کرد. عواملی مثل کاهش ترس و سهولت در اجرای پروتکل‌ها و سازش با سبک جدید زندگی، باعث می‌شد شرکت‌کنندگان نگرانی کمتری از تداوم شرایط کرونایی داشته باشند و به نوعی خوگیری بیشتری اظهار می‌کردند. از طرفی گرچه با بازگشایی مدارس و برخی دانشگاه‌ها از نگرانی‌های تحصیلی کاسته شد، برخی والدین از بازگشایی مدارس ابراز نارضایتی کردند و آن را ضعف مدیریتی و دولتی می‌دانستند و معتقد بودند پیامدهای آن به افزایش خطر و پیک سوم بیماری منجر خواهد شد. علاوه بر بازگشایی مدارس، برگزاری مراسم محرم و مسافرت در ایام تابستان مورد انتقاد برخی افراد قرار گرفته و عاملی برای استمرار وضعیت کرونایی دانسته شده است: "الان عصبانیتیم بیشتر به خاطر ضعف حکومتیه، چون کنکور و عزاداری‌ها و مدارس رو به هر قیمتی که هست برگزار کردن و نگران دو هفته بعدم که صدش تو پیک سوم می‌یاد."

ج) بازخوردها و ارزیابی‌های افراد از تجربه کرونا: تجربه افراد از بحران کرونا روی نگاه آن‌ها به مسائل و باورهایشان در ارتباط با زندگی، مسائل هستی‌شناختی، مرگ و معنویت اثر گذاشته است:

۱. بازخوردهای وجودی و بستری برای جست‌وجوی معنا: کرونا و قرنطینیگی فضایی برای اندیشیدن در مورد مسائل هستی‌شناختی شامل مسائل وجودی مثل معنای زندگی، گریزناپذیری مرگ و رنج دائمی و مفهوم آن که در زندگی همراه انسان است، فراهم آورده است. نیمی

از شرکت‌کنندگان به مسائلی از قبیل پررنگ شدن بازخوردهای مربوط به فانی بودن دنیا، کم‌اهمیت شدن تجملات زندگی و اهمیت یافتن مسائل معنوی‌تر مثل محبت به خانواده، نوع دوستی و حس تعاون به عنوان دستاوردهای این تفکر اشاره کردند: "به این فکر کردم که چقدر مهمه آدم‌ها تو این دنیا همدیگه رو خوشحال کنن. چون دنیا انگار بی‌ارزش شده برام، باعث شده به اطرافیانم عشق و محبت بیشتری داشته باشم و دیگه زیاد دنیا رو جدی نگیرم...". در گروهی دیگر تجاربی از قبیل فوت پدر بزرگ بر اثر سکته قلبی و سکته مغزی پدر شرکت‌کننده‌ای دیگر، باعث شده باور به "گریزناپذیری مرگ" خواه با ابتلا به کرونا و خواه با خطر دیگر پررنگ‌تر شود: "پدرم سکته مغزی خفیف کرد، اواخر و باعث شد به چشم بینم که احتمال اینکه پدرم بخواد با یه سکته دچار اتفاق خیلی بدی بشه یا از دستش بدم با احتمال اون کرونا شاید الان برابره...". همچنین پذیرش عدم یکنواختی زندگی، همراه بودن رنج و سختی و عدم کامروایی همیشگی با عنوان "نگاه به رنج کرونا به عنوان تجربه و عبرت" مطرح شد: "یه دوره از زمانه که تموم می‌شه و می‌ره قرار نیست زندگی همیشه یکنواخت یا خوب باشه... زندگی به همین چیزهاشه و می‌شه ازش درس گرفت و حتی تو آینده برای بقیه تعریفش کرد."

۲. بازخوردهای مذهبی و اعتقادی: برخی از شرکت‌کنندگان به پدیده کرونا از دید قضا و قدر الهی نگاه می‌کردند و رفع این مسئله را نیز در گرو کمک و لطف خداوند می‌دانستند: "...یه بخشیش دیگه اتفاقات و قضا و قدره که دست ما نیست...". از طرفی به ایجاد نوعی دوگانگی در ارتباط با باورهای اعتقادی نیز اشاره شد: "راستش یه ذره شک کردم به کار خدا، چون عدالت نیست کسی که سی چهل سال تلاش کرده تو زندگیش، به خاطر یه ویروس از بین بره...". در پیک دوم، در گروهی از افراد باورها و بازخوردها

مشابه پیک اول بود، اما در گروهی دیگر اهمیت مسائل مادی و نگاه افراد به مسائل دنیای خود، به دوره پیش از کرونا شباهت بیشتر داشت و نسبت به پیک اول تغییر کرده بود. در شرایط بحرانی‌تر پیک اول، مفاهیم وجودی مثل بقا و مسائل معنوی جایگاه خود را به مفاهیم مادی‌تر داده بودند، اما با گذر از بحران و رسیدن به نقطه نسبتاً امن، توجه به مسائل معنوی‌تر در برخی افراد رنگ باخت. برای مثال گفته‌های شرکت‌کننده شماره ۵ در مورد تفکر درباره ناکامی‌های گذشته در پیک اول و دوم این مسئله را تایید می‌کند: "شاید اون ترس‌هایی که کرونا به زندگیم آورده بود باعث می‌شد غصه گذشته رو نخورم و بگم دنیا بی‌ارزش‌تر از اونه که بخوام فکرش رو بکنم ولی الان چون شرایط عادی شده یکم دوباره اون فکرها و غصه‌های گذشته برگشته سراغم." در مورد بازخوردهای مذهبی شرکت‌کنندگان در پیک دوم تفاوتی با پیک اول ایجاد نشده بود و افراد اشاره به همان اعتقاداتی داشتند که در پیک اول نیز عنوان کرده بودند.

د) راهبردهای مواجهه با کرونا: مصاحبه‌شوندگان برای سازگاری با شرایط کرونایی از راهکارهای مختلف استفاده کرده‌اند. منظور از راهبردها مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که برای تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و به کاهش رنج ناشی از آن موقعیت منجر می‌شود.

۱. راهبردهای هیجان‌محور: این خوشه فرعی شامل کوشش‌هایی برای تنظیم پیامدهای هیجانی پدیده کروناسست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجان‌های ناشی از موقعیت تنش‌زا حفظ می‌کند. برخی از راهکارها کارآمد و برخی ناکارآمدند:

استفاده از خودگویی و افکار مثبت: راهبرد نیمی از مصاحبه‌شوندگان برای تعدیل هیجانی و کسب

آرامش، امیدواری به پایان پاندمی، عدم ابتلا به بیماری یا امید به بهبود در صورت ابتلا، امید به کشف درمان و کاهش کشندگی کرونا بوده است: "من بیشتر به شادی و خیال راحت بعد حل مشکل فکر می‌کنم. این مشکلم حتماً به امید خدا حل می‌شه"، "۹۰ درصد مواقع فکر مثبت‌رو تو ذهنم دارم که اگه پدرم مادرم رعایت کنن مشکلی پیش نمی‌یاد."

برون‌ریزی هیجانی: راهبرد برخی افراد در شرایط تنیدگی‌زا، شامل تخلیه هیجانی از طریق بحث با خانواده یا اطرافیان، پرخاشگری یا گریه کردن بوده است، اما به گفته آنها این راهبرد به صورت موقتی اثرگذار بوده و با ایجاد موقعیت‌های تنیدگی‌زای مشابه این مسائل از سر گرفته می‌شده است: "این بگومگوهای تند با هربار خرید تو خونه ما تکرار می‌شه... مشکل حل نمی‌شه فقط می‌گذره... بارها پیش اومده الکی گریه کردم که بخاطر من حداقل رعایت کنن...". به نظر می‌رسد این شیوه راهبرد هیجان‌محور ناکارآمد برای این افراد بوده، چرا که کمکی به رفع مشکل نکرده و در موقعیت‌های مشابه چرخه‌ای معیوب را برای فرد و اطرافیان راه‌اندازی کرده است.

ایجاد سازگاری روانی از طریق پذیرش شرایط: به عقیده بیشتر شرکت‌کنندگان کرونا را باید پذیرفت و برای بهتر کردن کیفیت زندگی در شرایط کرونایی اقدام کرد. آنها این سازگاری و پذیرش روانی را با انجام کارهای مختلف به نمایش گذاشتند که در خوشه راهبردهای مسئله‌محور قرار می‌گیرد: "باید باهاس تعامل داشته باشیم و قبول کنیم باهامون تا مدت‌ها همراهه. سعی کنیم روابطمون رو تعدیل کنیم، چون دورهمی‌ها و اجتماعاتی که قبلاً داشتیم دیگه به اون شکل نخواهد بود، اگه بخوایم خودمونو کاملاً منع کنیم بهمون ضرر می‌رسونه... تو خانواده‌ها محدودیت

روابط مشکلات دیگه‌ای مثل افسردگی به وجود آورده. باید جووری باشه که نه سیخ بسوزه نه کباب دیگه..."

توکل و تلاش برای نزدیک‌تر شدن به خدا (تلنگر و تحول معنویت): با بالا رفتن آمار مرگ‌ومیر، عده‌ای از افراد مرگ را بسیار نزدیک حس کرده‌اند و زمینه باورهای مذهبی در آن‌ها باعث شده تلاش بیشتری برای افزایش کیفیت و کمیت اعمال مذهبی خود داشته باشند: "چون ما خانواده مذهبی هستیم و به قولی آدم مرگ رو تو دو قدمیش حس کرده، فکر کردم شاید یه سری از اخلاق‌ها رو با شوهرم و بچه‌هام نباید داشته باشم یا نمازهام رو دیگه اول وقت می‌خونم...". مورد دیگری که بیشتر در افراد دارای باورهای مذهبی مطرح شد "توکل" بود: خیلی توکل می‌کردم و می‌گفتم وقتی جهان ناتوانه که واسه چیز به این کوچیکی بخواد کاری انجام بده، پس فقط تا جایی که می‌تونم بهداشت رو رعایت می‌کنم و مابقی‌ش رو به خدا می‌سپارم و از این راه خیلی احساس آرامش می‌کردم..."

ایجاد آمادگی ذهنی برای مواجهه شدن با شرایط حساس و حمایت روانی عزیزان: از دید شرکت‌کنندگان حمایت روانی در شرایط بحرانی سبب افزایش امید به بهبود می‌شود و کیفیت زندگی افرادی را که با تنیدگی‌های ناشی از بیماری دست‌وپنجه نرم می‌کنند بالا می‌برد. آمادگی ذهنی قبل از بروز مشکل (پیش‌بینی‌پذیری)، به کاهش فشار و تنیدگی در شرایط تنیدگی‌زای واقعی کمک می‌کند.

۲. راهبردهای مسئله‌محور: این راهبردها شامل اقدام‌های سازنده فرد برای حذف یا تغییر شرایط تنیدگی‌زاست:

اقدام‌های بهداشتی و رعایت پروتکل‌ها: همه شرکت‌کنندگان، با درجه‌های متفاوت اقدام به رعایت پروتکل‌های بهداشتی از جمله استفاده از ماسک و مواد ضد عفونی، فاصله‌گذاری اجتماعی، لغو

مراسم مهم مثل مراسم ختم عزیزان، لغو کلاس‌ها و رعایت قرنطینگی کرده‌اند. برخی افراد قرنطینه را به دلیل دلتنگی یا مسائل کاری شکسته‌اند. همچنین نیمی از افراد اشاره به افزایش اطلاعات از رفتار ویروس و پروتکل‌های روزآمد از طریق مراجعه به سایت‌ها و خواندن مقالات کرده‌اند: "ضد عفونی می‌کنم خریدهارو یا می‌شورم، نون رو حرارت می‌دم... آگاهیم رو تو این زمینه بالا بردم و سرچ می‌کنم... بابام مغازه خواربارفروشی داره. از اونم نگرانی داشتم، چون مغازشون بازه و تعطیلی ندارن، دائم صحبت می‌کنیم تلفنی و توصیه می‌کنم برای مثال دستکش بپوشه...". اغلب شرکت‌کنندگان به گوشزد مستقیم به والدین برای جدی گرفتن پروتکل‌ها اشاره کردند. سخت‌گیری و نگرانی جوانان برای والدین‌شان بیشتر از سخت‌گیری‌های فردی خود آن‌ها بوده است.

یکی دیگر از راهبردها **کمک گرفتن از روان‌شناس** برای جلوگیری از عود مسائل قبلی در شرایط پرتنیدگی کرونایی بود: "من پانیک دارم و تنیدگی که می‌گرفتم علائم تشدید می‌شد... همسرم و استادان روان‌شناسم باهام حرف زدن آروم‌تر شدم..."

سازگاری با شرایط، حرکت برای ایجاد سبک زندگی جدید: تقریباً یک‌سوم از شرکت‌کنندگان معتقد بودند در کنار رعایت‌های بهداشتی می‌توانن روتین‌های قبل از کرونا مثل برنامه‌های تفریحی را به شکل تعدیل‌شده از سر گرفت: "مثلاً اگه تو چادرهای دهنفره با هم می‌موندیم تو باغ، می‌تونیم هر کدوممون یه چادر بیاریم و هر خانواده تو یه چادر بشین اینجوری می‌شه روابط رو تعدیل کرد. بهتر از اینه که ما بگیریم نه اصلاً و ابداً ما با هیچ‌کس نباید ارتباط داشته باشیم..."

تلاش برای کنترل پاندمی به کمک بسیج همگانی: گروهی دخالت اراده انسانی و بسیج همگانی مردم و دولتمردان را در رفع این مشکل کارآمد می‌دانستند: "باید با کرونا کنار بیایم

و همه یه راهی پیدا بکنیم، به جای اینکه فکر بکنیم کنترلش از دستمون در رفته، راه‌های پیشگیری رو به شکلی تقویت کنیم که آلوده نشیم." گروهی شرایط را غیر قابل پیش‌بینی و کنترل ناپذیر می‌پنداشتند و به دنبال این باور حس درماندگی و ناامیدی بیشتری بروز می‌دادند: "حس می‌کردم به‌قولی جهان داره دگرگون می‌شه. یه حس ناتوانی خیلی بدی داشتم که یعنی حتی یه نفر هم نمی‌تونه یه واکسنی واسش کشف بکنه؟ یا یه جووری نمی‌تونن کنترلش کنن؟ حتی دیدم تو کشورهای اروپایی هست، حس بدتری بهم دست داد، چون آدم می‌گه اینجا امکانات کمه یا مثلاً پروسهٔ درمان خوب نیست، این حس بهم دست داد که همگی ناتوانیم در مقابل این ویروس و جهان ممکنه به‌راحتی با یه همچین چیزی از بین بره...".

۳. راهبردهای اجتنابی: منظور از راهبردهای اجتنابی فعالیت‌ها یا تغییرهای شناختی است که هدف آن اجتناب از پرداختن به موقعیت تنیدگی‌زاست، برای مثال ممکن است خود را به شکل روی آوردن به فعالیت جدید ظاهر کند.

عده‌ای از شرکت‌کنندگان به ایجاد سرگرمی و مشغولیت برای اجتناب از اشتغال به افکار کرونایی، تنیدگی ناشی از آن و رفع دل‌تنگی اشاره کردند. از جملهٔ این سرگرمی‌ها مطالعه، دیدن فیلم، افزایش ارتباط‌های مجازی با دوستان، رسیدگی به امور خانه و فرزندان و وقت گذراندن با اهل خانه بود: "درس و تفریحات مجازی باعث می‌شه آدم گذر روز رو حس نکنه... و یه فضاییم پیش اومده که برای خواهرم بیشتر وقت بذارم."

عدم پیگیری اخبار و بستن صفحه‌های مجازی: اطلاع از آمار مرگ‌ومیر و سرعت پخش ویروس عاملی تنیدگی‌زا برای بیشتر افراد و حذف صفحه‌های مجازی و اجتناب از پیگیری اخبار شیوه‌ای بود که برای کاهش تنیدگی اتخاذ کرده بودند: "همین که آمار مرگ‌ومیر زیاد می‌شد، منم

دچار تنش می‌شدم و دیگه پیگیری نمی‌کردم اخبار رو و سعی می‌کردم خودم در حد توان رعایت کنم...".

در پیک دوم راهبردهای مواجهه با کرونا مشابه پیک اول بیان شدند؛ با این تفاوت که تحت تاثیر کاهش نگرانی‌ها افراد به میزان بیشتری از راهبردهای مسئله‌محور استفاده می‌کردند، برای مثال تقریباً همهٔ افراد با سبک زندگی جدیدی خو گرفته و سازگاری یافته بودند که شامل تعدیل قرنطینه و افزایش رفت‌وآمدها ضمن رعایت پروتکل، برای رفع کسالت قرنطینگی بود. حس ناتوانی در کنترل شرایط و درماندگی نیز کاهش یافته بود: "شاید قبلاً من آگه با وجود پنیکم ماسک می‌زدم می‌گفتم نه نمی‌تونم خفه می‌شم! ولی کرونا شرایطی رو پیش آورد که فهمیدم آدم می‌تونه یه سری رفتارهایش رو عوض کنه" "رفت‌وآمدها رو به صورت محدود و با یه سریایی که مثل خودمون مراقبن شروع کردیم و کلاس ورزشیم به صورت محافظت‌شده می‌رم." **۵) آثار کرونا و قرنطینه:** این خوشه اشاره به پیامدهای مثبت و منفی پدیدهٔ کرونا و قرنطینه در زندگی افراد دارد:

۱. آثار مثبت: آثار و نتایج مثبت فردی و اجتماعی شامل ایجاد فرصت برای خلوت با خویشتن، کسب خودآگاهی و به دنبال آن اندیشیدن به شیوه‌های پیشرفت و بهتر شدن، کاهش کمال‌گرایی‌های آزارنده (افراطی) و افزایش روحیهٔ تعاون و نوع‌دوستی در جامعه است: "فرصتی که قرنطینه برام فراهم کرد نقطه عطفی بود تو زندگیم، چون که نشستم فکر کردم و دیدم هدف و علاقه‌مندی من برای تحصیلم چیه و از زندگیم دقیقاً چی می‌خوام، یه خط‌م‌ش جدید پیدا کردم و یه تصمیم مهم گرفتم..."، "من آدمی بودم که برعکس الان خیلی مسائل رو بزرگ می‌کردم... خیلی حرص می‌خوردم. کمال‌گرایی افراطی داشتم. الان سهل‌گیرتر شدم انگار..."، "مثلاً من با این اتفاق به این فکر کردم که زندگی آن‌قدر ارزش نداره که آدم خودش

رو درگیر تجملات کنه، وقتی می‌بینم همه تو دنیا درگیر به بیماری ساده ولی وحشتناک هستن به خودش بیشتر می‌تونه مراجعه بکنه و با خودش بگه حالا این اخلاق رو چی می‌شه ترک کنم یا مثلاً اگه کاری ازم برمی‌یاد انجام بدم برای کسی...".

۲. آثار منفی: این پیامدهای منفی شامل بروز مشکلات شغلی، به هم خوردن برنامه‌ها و تفریح‌ها، روابط اجتماعی و معاشرت‌ها، مشکلات تحصیلی، ظهور نشانه‌های افسردگی، کاهش آستانه تحمل، عود مشکلات روان‌شناختی قبلی و مسائل مربوط به سلامت جسم از جمله بی‌حرکی، تغذیه نامناسب، به هم خوردن برنامه خواب و عادت ماهیانه در افراد است: "من جدا از اینکه کلی از برنامه‌های دانشگاه و استارت‌آپم به تعویق افتاده، الان روتین غذایییم عوض شده و کلا وعده صبحانه حذف شده، خوابم به هم ریخته... کلافگی و ایرادهای بیخود گرفتن باعث می‌شه خیلی حالم بد بشه... تو خونه موندن و ندیدن دوست‌هام افسردهم می‌کنه، حس می‌کنم زندگییم داره تلف می‌شه...".

۳. فقدان تاثیر: این حالت را افرادی عنوان کردند که شرایط کرونا و قرنطینه، به دلیل شباهت به عادت‌ها و روتین زندگی قبل از کرونا، تاثیر چندانی بر ابعاد مختلف زندگی آن‌ها نگذاشته است: "ما اهل رفت‌وآمد نیستیم و اکثراً خونه‌ایم. قبلاً هم همین‌طوری بود، فرق ما با بقیه اینه و ازین لحاظ کرونا روی زندگی یا خلق و خومون هم تاثیر زیادی نداشته". از طرفی کرونا در باور و دیدگاه افرادی که پیش از آن تجربه چالش‌های فکری در مورد مسائل هستی‌شناختی، مرگ و معنای زندگی داشتند، بی‌تاثیر بوده است: "قبل از کرونا خیلی از مسائل مربوط به مرگ و هدف زندگی و این‌ها برام حل شده بود چون به مدت طولانی قبلاً راجع بهش خورده بودم و با افراد حرف زده بودم. به خاطر همین موضوع کرونا توی اون مسائل کلان زندگی و پارادایم ذهنی و اعتقادی

من راجع به مرگ و معنویت تاثیری نداشته". در پیک دوم آثار مثبت بیان شده مشابه پیک اول بود و فقط مسئله افزایش قدرشناسی از نعمت‌ها، فرصت‌های زندگی و شکرگذاری به عنوان اثر مثبت جدید مطرح شد: "کرونا باعث شد قدر خونواده، کار و سلامتیمون رو بدونیم"، "تو محرم خیلی بیشتر احساس غریبی کردیم، مثلاً فهمیدم خدا یه سری نعمت‌ها رو داده بود و ما اصلاً متوجهش نبودیم، مثل این‌که راحت می‌رفتیم عزاداری. کرونا از لحاظ مذهبی خیلی رومون تاثیر مثبت داشته". کاهش چشمگیر آثار منفی کرونا برای برخی افراد به سبب سازش با سبک زندگی جدید و کاهش حس درماندگی به افزایش انگیزه و پویایی در از سرگرفتن روال عادی زندگی منجر شد و برنامه‌های تحصیلی، شغلی، اجتماعی و معاشرت‌ها از سرگرفته شد. از طرفی هم حوادث اخیر مانند برگزاری مراسم محرم، سفرهای تابستانی، برگزاری کنکور و بازگشایی مدارس خشم بیشتری را در گروهی از افراد در مورد ضعف مدیریتی و سیاست‌های دولتی برانگیخت و آنان این شرایط را زمینه‌ساز پیک سوم و وخامت اوضاع عنوان کردند.

۱. آثار مثبت کرونا و خانواده: به دلیل تاکید شرکت‌کنندگان بر آثار مثبت و منفی ویروس کرونا بر کانون خانواده، این بخش از خوشه کلی شماره پنج (آثار کرونا و قرنطینه) جدا شد تا به شکل دقیق‌تر به اهمیت مسئله پرداخته شود:

۱. آثار مثبت کرونا در خانواده: در مورد پیامدهای مثبت قرنطینه برای خانواده‌ها، شرکت‌کنندگان به گذراندن وقت بیشتر با خانواده و افزایش حس صمیمیت و مهرورزی اشاره و برآن تاکید کردند: "کرونا باعث شده یه وحدت و نزدیکی تو خونه به وجود بیاد، خونواده بین خودشون مشکلاتشون رو مطرح کنن، و شاید قبل کرونا خیلی از خانواده‌ها تو روز هم همو نمی‌دیدن و فقط شب برای خواب می‌ومدن خونه، وقتی به خودم مراجعه می‌کنم

می‌بینم من چقدر برای خانواده کم وقت می‌داشتم عذاب وجدان می‌گیرم، بهترین سرمایه و منبع شادی خانواده‌س و می‌تونه کانونی باشه برای رشد و اصلاح عادات بد."

۲. آثار منفی کرونا در خانواده: از طرفی تماس بیشتر اعضا و گذراندن ساعت‌های طولانی در کنار یکدیگر، اضافه شدن مسائل دیگر از جمله حساسیت‌های بهداشتی و همچنین خستگی‌ها و کلافگی‌های ناشی از قرنطینه، مسائل بین‌فردی و تعارض‌هایی را در خانواده‌ها به دنبال داشته است: "خیلی کتاکت پیش می‌یاد بین همه‌مون تقریباً هر روز، مخصوصاً با هر بار خرید تکرار می‌شه، بین پدر و مادرم هم کتاکت بود، ولی نه سر مسائل بهداشتی، مثلاً سر اینکه چرا این‌روز از اونجا برداشتی گذاشتی اون‌ور! و این تنها چیزیه که تو دنیا می‌تونه به شدت رو ذهن من تاثیر بذاره و من رو اذیت کنه... دعواشون بالا گرفت و نهایتاً پدرم یه سگته خفیف مغزی رد کرد این اواخر...".

یک نکته جالب توجه، که بیشتر خانم‌ها مطرح کردند کمتر بودن حساسیت آقایان در رعایت مسائل بهداشتی بود و همین عامل گاهی باعث تعارض در خانواده‌ها می‌شد: "گر کتاکتی هم بوده سر مسائل بهداشتی بوده، چون معمولاً می‌بینی آقاها انگار بهداشت رو کمتر رعایت می‌کنن، همه‌مون می‌سپردیم بابا تو رو خدا دستت رو بهتر بشور. حتما ماسکت رو بزن، بابامم کلافه می‌شد...". از طرفی به گفته جوانان دلتنگی در نسل والدین آن‌ها بیشتر به چشم می‌خورد و این احساس دلتنگی به شکل رفتارهایی از قبیل پرخاشگری ظاهر و به سایر اعضا نیز منتقل می‌شد: "من درگیر درس و تفریحات مجازی‌ام، باعث می‌شه گذر روز رو خیلی حس نکنم، ولی برای پدر و مادرم خیلی سخت‌تره چون با دنیای مدرن اون‌قدرها آشتی نکردن و سیستم زندگیشون سنتی بوده دوست داشتن مثلاً برن خونه فامیل‌ها، به خاطر همین خیلی کلافه و تحت‌الشعاع هستن و حس منفی از اونا به ما منتقل می‌شه و باعث

می‌شه نتونن خوب با افراد خانواده ارتباط برقرار کنن. یکمم شاید به پرخاشگری مایل بشن...".

۳. فقدان تاثیر: به نظر می‌رسد کرونا در بستر خانواده‌های کم‌جمعیت‌تر، مانند سایر مسائل، چالش کمتری ایجاد کرده است: "خونواده‌م از اول کم‌تنش بودن، چون ما فقط یه خونواده‌ایم تو زنجان و تنها چیزی که شاید تنیدگی ایجاد کنه کنکور برادرمه، همه‌ش تاریخش جابه‌جا میشه و گاهی حتی اون ناراحتیش رو ابراز می‌کنه، یه بحثی می‌شه، ولی باهش صحبت می‌کنیم و تموم می‌شه، ادامه دار نشده هیچ وقت...".

در پیک دوم فضای خانه و خانواده‌ها تا حدودی مشابه با شرایط پیش از کرونا عنوان شد، چرا که ساعت‌های تماس اعضای خانواده تحت تاثیر تعدیل‌هایی بود که در قرنطینه ایجاد کرده بودند و یادگیری و عادت به انجام پروتکل‌های بهداشتی، تماس و تعارض میان اعضا را کاسته و شرایط را به اوضاع قبل از کرونا نزدیک‌تر کرده بود: "تقریباً دیگه یاد گرفتن همه چیکار کنن، به خاطر همین گیر دادن هامون هم کمتر شده".

بحث

با توجه به اهمیت و خطرهای کرونا در زمینه سلامت جسم و روان و درگیری جهانی با این مسئله، این پژوهش با هدف مقایسه و توصیف پدیدارشناسانه تجربه زیسته افراد بزرگسال (۲۰ تا ۴۰ سال) از پدیده کرونا در دو پیک اول و دوم انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کیفی و بررسی مصاحبه‌های پیک اول در ۶ خوشه اصلی و ۱۷ خوشه فرعی گردآوری شد. در پیک دوم فقط خوشه فرعی "اولین مواجهه" حذف شد.

در اولین خوشه، که مربوط به اولین مواجهه فیزیکی و اطلاعاتی از طریق اخبار و رسانه‌ها و سایر منابع اطلاعاتی است، غیرمنتظره بودن شیوع ویروس در کشور، تجربه نگرانی شدید از ابتلا، ترس مضاعف به دلیل کمبود وسایل بهداشتی و اقدام به

ذخیره‌سازی، بروز نشانه‌های وسواس پاکیزگی در برخی افراد، ظهور مشکلات جسمانی و عود سایر نشانه‌های اضطرابی از عمده‌ترین مسائل مطرح‌شده بود. به گفته بروکس و دیگران (۲۰۲۰)، نشانه‌های اضطراب بیماری به دلیل ارزیابی نادرست از علائم فیزیولوژیکی به عنوان نشانه از ابتلا به بیماری کروناست، که چه بسا این نشانه بدنی^۱ ناشی از سطح بالای تنیدگی در افراد بوده است. همچنین طبق یافته‌های آسماندسون، تیلور، کارلتون، ویکس و هدجیستوروپولوس (۲۰۱۲)، رفتارهای وسواس بی‌اختیاری و احتکار لوازم بهداشتی در افراد دچار اضطراب بیماری بیشتر به چشم می‌خورد.

این شکل از واکنش افراد به پاندمی را می‌توان در دغدغه‌ها و نگرانی‌های وجودی آن‌ها جستجو کرد. یافته‌های این پژوهش در دومین خوشه در زمینه نگرانی‌های مختلف وجودی، انتقال بیماری، تحصیلی و عدم مسئولیت‌پذیری مردم و دولت‌مردان طبقه‌بندی شد. نگرانی از انتقال، ابتلا و از دست دادن عزیزان، ترس از تنها شدن یا تنها گذاشتن کسانی که دوستشان داریم، نگرانی در مورد آینده و مسائل شغلی و اقتصادی، تصمیم‌های مسئولان برای محافظت از مردم و واکنش مردم به پروتکل‌ها، نگرانی از کمبود منابع اساسی مثل غذا و تجهیزات بهداشتی و به خطر افتادن بقا، از دست دادن آزادی و در مضیقه بودن بابت همه ابعاد ارتباطی و اجتماعی مواردی است که ریشه در عمیق‌ترین دغدغه‌های انسان دارد؛ آنچه اروین یالوم^۲ تحت عنوان دغدغه‌های وجودی^۳ شامل مرگ، آزادی، تنهایی و پوچی مطرح می‌کند و گویی اضطراب مرگ در همه اضطراب‌هایی که هر فرد تجربه می‌کند ریشه دوانده است (کولپاچنیکو، ۲۰۱۳). به گفته بانرجی و بهاتاچاریا (۲۰۲۰)، مرگ عزیزان به خودی‌خود پرتنیدگی‌ترین رویداد است و

در صورت تجربه مرگ بر اثر بیماری، این ترس با عذاب وجدان و درماندگی همراه خواهد شد. این درحالی است که شرایط پاندمی کوید-۱۹ حتی امکان تجمع و برگزاری سوگواری‌های اجتماعی را نمی‌دهد و به همین دلیل افراد شرکت‌کننده در پژوهش که تجربه از دست دادن عزیزانشان را داشتند، تنهایی بیشتری احساس کرده و این دوره را غریبانه سپری کرده‌بودند. به همین دلیل افزایش مشکل سوگ حل‌نشده^۴ در دوره پاندمی را می‌توان با توجه به یافته‌های این پژوهش پیش‌بینی کرد. ترس و به دنبال آن احساس گناه و خودسرزنجی در دانشجویان و کارکنان علوم پزشکی مصاحبه‌شونده، در مورد انتقال بیماری به خانواده نیز با این مسئله وجه اشتراک دارد. این افراد که در تماس مستقیم با ویروس‌ها هستند، بیشتر از سایر افراد دچار اضطراب و ترس از برچسب ناقل خوردن می‌شوند (لی و دیگران، ۲۰۱۵)، و با قطع تماس با اعضای خانواده، مستعد اختلال‌های روان‌شناختی هستند (گوا و دیگران، ۲۰۲۰).

از طرفی پل ارتباطی بین ترس‌های وجودی و بازخوردها و برداشت‌های مصاحبه‌شوندگان از پدیده کرونا و به دنبال آن استفاده از راهبردهای مقابله با تنیدگی، که شرکت‌کنندگان این پژوهش از آن‌ها استفاده کرده‌اند، وجود دارد. این راهبردها بر اساس روی‌آورد‌های اولیه به فرایندهای مقابله با تنیدگی در سه سبک مسئله‌محور^۵، هیجان‌محور^۶ و اجتنابی^۷ تقسیم‌بندی کردیم (اندلر و پارکر^۸، ۱۹۹۰ نقل از سلطانی‌بناوندی، ۲۰۱۹). این بازخوردها در خوشه سوم با عناوین فرعی بازخوردهای وجودی و جست‌وجوی معنا و بازخوردهای مذهبی طبقه‌بندی شد. مسیر فکری افرادی که ترس‌های وجودی بیشتری تجربه می‌کردند، در بستر فرصتی که شرایط قرنطینه برای خلوت با خویشان فراهم کرده بود، بیشتر در امتداد

1- somatic symptom

2- Yalom, E.

3- existential concerns

4- complicated grief

5- problem-focused coping

6- emotional-focused coping

7- avoidance-focused coping

8- Endler, N., & Parker, J.

مسائل هستی‌شناختی، جستجوی معنای رنج تحمیل‌شده و به دنبال آن تفکر در زمینه معنویت و خدا بوده است. به اعتقاد ویکتور فرانکل^۱ (۱۹۰۵-۱۹۹۷) نقل از قرآزیبایی، علی‌اکبری‌دهکردی، علیپور و محتشمی، (۲۰۱۲) مواجهه انسان با وضعیت تغییرناپذیری مانند بیماری، فرصت دستیابی به عمیق‌ترین معناهای زندگی را برای او فراهم می‌آورد. نکته مهم اینکه بیشتر شرکت‌کنندگانی که تجربه تفکر حول محورهای وجودی را داشتند، به میزان بیشتری از معنویت، ارتباط با خدا و توکل به عنوان راهبرد هیجان‌محور برای کسب آرامش استفاده کرده بودند. به عبارت دیگر در مواجهه با بحران‌های سخت مثل پاندمی کرونا به‌خصوص در فرهنگ‌هایی که دارای بستر روانی - تاریخی برای توسل به معنویت هستند، مراجعه ناخودآگاه و دفاع‌گونه افراد به معنویت بیشتر به چشم می‌خورد (موسی‌پور، چنگی‌آشتیانی و کهربایی‌کلخوران‌علیا، ۲۰۲۰). نگاه شرکت‌کنندگان از منظر اعتقادی به پدیده کرونا در دو حالت ارزیابی شد: گروهی پدیده را به خواست و مشیت الهی (قضاوقدر) ربط داده بودند و حل مشکل را در گرو لطف خداوند می‌دانستند و بیش از پیش توکل می‌کردند. برخی نیز با نوعی تعارض در مسائل اعتقادی مواجه شده و مرگ افراد را بر اثر ویروس ناشناخته با احساسی از شک و دودلی از عدالت الهی عنوان می‌کردند. در این مورد، یافته‌های پژوهش عبدخدایی، شهیدی، مظاهری، پناگی و نجاتی (۲۰۱۸)، با موضوع الگوی معنوی - مذهبی بیماران مبتلا به ام‌اس^۲ نشان داد که ابتلا به بیماری سخت به دو شکل منجر به تغییر در نگرش به دین شده است، در گروهی از افراد تاثیر بیماری در دگرگونی اعتقادی و عمیق‌تر شدن رابطه با خدا و در گروهی دیگر در تجربه نوعی احساس شک به عادل بودن خداوند و کم‌رنگ شدن ارتباط با خدا و اعتقادات الهی بوده است و

به نظر می‌رسد چنین الگوی مشابهی را می‌توان در شرایط دشوار و بحرانی بیماری‌ها پیدا کرد. همچنین نگاه به کرونا از زاویه تجربه‌ای سخت و دردناک و در عین حال عبرت‌آموز، که با وجود آثار منفی آثار مثبتی نیز از دل آن برداشت شده، لزوم توجه به هر دو جنبه را نشان می‌دهد. مفاهیمی که شرکت‌کنندگان در مورد با اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و سختی در زندگی و کمک به رشد بیان کردند، نوعی بازسازی شناختی از مسئله را تبیین می‌کند و می‌توان آن را در کنار خودگویی مثبت و خوش‌بینی، که از جمله سازش‌های روانی کاربردی افراد در شرایط تنیدگی‌زا و غیرقابل کنترل است (نس، ۲۰۱۶)، و ایجاد سازش روانی از طریق پذیرش شرایط، در قالب راهبردهای مواجهه با کرونا در نظر گرفت. بر اساس پژوهش قربانی (۲۰۰۹)، ویکتور فرانکل معتقد است کسانی که با کرونا در نظر گرفت. بر اساس پژوهش قربانی (۲۰۰۹)، ویکتور فرانکل معتقد است کسانی که زندگی خود معنا می‌دهند که با دردها و رنج‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی چالش می‌کنند. طرز تلقی انسان از رنج و نحوه مواجهه با آن و به عبارتی ارزش‌های بازخوردی^۳، از شیوه‌هایی است که فرانکل در باب چگونگی معنا دار کردن زندگی بیان می‌کند و پیامد آن را رسیدن به فضیلت، شجاعت و حس انسان‌دوستی می‌داند. به عقیده فرانکل پذیرش رنج به عنوان جزو اجتناب‌ناپذیر زندگی بستر تحولی را فراهم می‌کند که انگیزه آدمی، در شرایط دشوار و بحرانی، برای حرکت به سمت معنا می‌شود. شرکت‌کنندگانی که این دیدگاه را بیان کردند، به میزان بیشتر به پیامدهای مثبت قرنطینه و راهبردهای مثبتی مثل مهرورزی به خانواده، حمایت‌های روانی بیشتر، شاخص‌های همبستگی اجتماعی مثل کمک به هم‌نوعان، تفکر در راستای رسیدن به پیشرفت‌های فردی و اجتماعی اشاره می‌کردند، اما این مسئله در پیک دوم برای برخی افراد کم‌رنگ‌تر شد، چرا که بیشتر افراد

1- Frankl, V.

2- multiple sclerosis

3. attitudinal values

با خوگیری و سازگاری با شرایط، رنج کمتری را نسبت به شرایط اوایل شیوع ویروس عنوان می‌کردند و به لحاظ ابعاد ذهنی و روانی، و روال زندگی، به شرایط قبل از پاندمی نزدیک‌تر بودند. پس در مجموع افراد در کسب معنای بالنده و رسیدن به رشد بعد از پیک دوم دو دسته شدند: دسته اول از رنج این دوران تاثیر بیشتری گرفته و در عین حال کنترل دوران قرنطینه را نیز در دست گرفته‌بودند، و دسته دوم معنای رنج را جستجو نکرده و با اعمال سهل‌گیرانه در وضعیتی بودند که به شرایط دوران قبل از کرونا شباهت بیشتری داشت. همچنین در پیک دوم خودگویی و تفکر مثبت در افراد، بیشتر معطوف به کسب تجربه از ابتلا و بهبود اطرافیان بود و هیجان‌های منفی، ترس و نشانه‌های جسمانی به شکل چشمگیر کاهش یافته بود و سهل‌گیری در اعمال سیاست‌گذاری‌های بهداشتی به این مسئله دامن می‌زد. یافته‌های پژوهش سان و دیگران (۲۰۲۰)، در مورد با تجربه پرستاران در مواجهه با کرونا، نشان داد که قرار گرفتن در شرایط پرخطر در ابتدای پاندمی ترس و هیجان‌های منفی شدید به همراه داشته، اما به تدریج با خوگیری، خودتنظیمی و کسب تجربه از چالش با محیط و بیماران کرونایی، این ترس‌ها و احساس‌های منفی به میزان قابل توجه فروکش کرده است. این مسئله با چالش‌های شرکت‌کنندگان در مواجهه با شرایط پرفشار اولیه و تجربه ابتلا و بهبود عزیزان بعد از اولین مصاحبه دارای وجه اشتراک بود و آثار آن در همه ابعاد بحث‌شده از جمله کاهش آثار منفی قرنطینه و کرونا بر سلامت روانی فرد و کاهش تعارض‌های خانوادگی مشهود است.

راهبرد دیگر شرکت‌کنندگان برای اجتناب از تجربه ترس کاهش یا قطع پیگیری اخبار و آمار تلفات بود. شیوع کوید-۱۹ به خودی خود اتفاقی رعب‌آور برای افراد بود و رسانه‌ها و برخی تفاسیر

غلط هم بر این پریشانی دامن می‌زنند (الربیاه و دیگران، ۲۰۲۰؛ بائو، سان، منگ، شی و لو، ۲۰۲۰). این راهبرد برای برخی دیگر کارگشا نبود و تصمیم به اقدام جدی‌تر و مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک برای دریافت دارو یا خدمات روان‌درمانی داشتند. به همین دلیل با توجه به افزایش مشکلات روان‌شناختی در طول پاندمی کرونا (بروکس و دیگران، ۲۰۲۰)، لازم است مراقبت از سلامت روانی در کنار سایر مداخله‌های پزشکی در خط مقدم درمان قرار بگیرد و مداخله‌های خاص برای این شرایط طراحی شود (ژانگ، وو، ژو و ژانگ، ۲۰۲۰). ایجاد نوعی سبک زندگی^۱ جدید و سازگاری با آن به شکل تعدیل قرنطینه و افزایش رفت‌وآمدها در چهارچوب خاص و کنترل‌شده در کنار رعایت پروتکل‌ها راهبرد مهمی بود که یک‌سوم از شرکت‌کنندگان در پیک اول مطرح کرده بودند، اما در پیک دوم تقریباً همه افراد به این آگاهی رسیده بودند که باید خود را با بحران سازگار کنند و تغییر را بپذیرند. پژوهشی در زمینه سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز نشان داد که ایجاد تغییر در خود بعد از سازگاری با بحران از طریق معنویت پرکاربردترین راهبرد است و گرچه در ابتدای بحران کار راحتی نیست، با گذشت زمان بیماران به این موضوع پی برده‌اند که یکی از راه‌های بالا بردن کیفیت زندگی ایجاد تغییر در خود فرد است (سجادیان، حقیقت، منتظری، کاظم‌زاده و علوی‌فیلی، ۲۰۱۱). این مسئله با استفاده از راهبردهای مسئله‌محورتر در پیک دوم دارای وجه اشتراک است. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که وقتی میزان برداشت فرد از تهدیدکننده بودن واقعه کمتر می‌شود، توجه او از هیجان‌های مرتبط با آن به خود مشکل و رفع آن معطوف و به همین دلیل راهبردها مسئله‌محورتر می‌شود (راکلیف و دیگران، ۲۰۱۴). به بیان دیگر تغییر سبک زندگی

را می‌توان نوعی از انعطاف‌پذیری افراد تلقی کرد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در شرایط تنیدگی‌زا سبب افزایش بهزیستی و افزایش تحمل شرایط پریشان‌کننده می‌شود (پورفرج و محمودیان، ۲۰۲۰). نکته جالب توجه دیگر در یافته‌ها تفاوت جنسیتی در میزان تجربه نگرانی و حساسیت به پروتکل‌های بهداشتی بود. بانوان به شکل مشهودتر نگرانی‌های مرتبط با مسائل وجودی مثل ابتلا، مرگ و تنهایی را برای خود و خانواده ابراز می‌کردند. به دلیل وجود تفاوت‌های تکاملی در نقش‌های زنان و مردان و به جهت بار مسئولیتی که زنان در قبال فرزندان و سالمندان به عهده می‌گیرند، رویدادهای تنیدگی‌زای بلندمدت و تهدیدکننده بقای خانواده تاثیر بیشتری بر زنان دارد (کوهن، مورفی و پراتر، ۲۰۱۹). از طرفی مصاحبه‌شوندگان این تفاوت جنسیتی در میزان حساسیت‌های بهداشتی را عامل ایجاد تعارض‌های مرتبط با مسائل بهداشتی می‌دانستند و نسبت به سایر افراد به میزان بیشتری از راهبردهای برون‌ریزی هیجانی مثل برخورد تهاجمی و پرخاشگری استفاده کردند. این مسئله در کنار مواردی از قبیل تماس‌های طولانی اعضا با یکدیگر و ماندن در قرنطینه و آثار منفی آن از قبیل به هم خوردن روتین‌ها، ریتم خواب و تغذیه، احساس کلافگی و دل‌تنگی و سایر نگرانی‌های گفته‌شده در خوشه دوم به ایجاد مشکلات ارتباطی و درگیری در میان اعضا منجر شده که با پژوهش‌های هامپتون، لو و شین (۲۰۱۶) نیز هم‌سوست.

یافته‌های این پژوهش نشان داد افراد در شرایط بحرانی ضمن تجربه ترس از مرگ و متعاقباً درگیری با چالش‌های وجودی، از راهبردهای هیجان‌محورتری برای سازگاری استفاده کرده‌اند اما با گذر زمان حرکت به سوی تبدیل قرنطینه به فرصت و ایجاد سبک زندگی جدید تبدیل به مهم‌ترین دستاورد بیشتر افراد شده و چالشی در جهت تغییر و رشد فردی بوده‌است. این افراد،

با تغییر در سبک زندگی و پذیرش محدودیت‌ها، کنترل شرایط زندگی خود را در دست گرفته و با راهبردهای مسئله‌محورتر سازگاری یافته‌اند، اما در برخی موارد این راهبردهای سازش‌یافته خالی از اشکال نبوده و با سهل‌گیری در اجرای آن‌ها، اتمام پاندمی را به تاخیر انداخته‌است. برای برخی نیز جنبه منفی مسئله پررنگ‌تر بوده و احساس درماندگی بیشتری داشته‌اند. اما برای قابل تحمل‌تر کردن شرایط و در عین حال دامن نزدن به تداوم بیماری چه باید کرد؟ در هر دوره تحولی چالش‌های متفاوتی برای افراد وجود دارد، اما به نظر می‌رسد در روزهای ابتدایی بروز بحران، کمترین توجه بر چالش‌های هر دوره تحولی است و بیشترین توجه را مسئولان جامعه بر کنترل بحران و نجات جان افراد تمرکز می‌کنند. در عین حال باید به این نکته توجه کرد که تنیدگی ناشی از خلل در زمان‌بندی اجتماعی و تحولی خود باعث تضعیف سلامت روانی و متعاقباً لطمه به سلامت جسم خواهد شد و در صورت ادامه‌دار شدن بحران، افراد جامعه حتی اگر از بیماری جان به در برده باشند، عملاً فرسوده خواهند شد. همان‌طور که رایین و ویسلی (۲۰۲۰) نیز نشان داده‌اند کاهش دخالت قدرت اراده و نبود کنترل و پیش‌بینی‌پذیری آینده برای انسان‌ها به‌خصوص در شرایط بحرانی به ایجاد اختلال در روتین زندگی و احساس نایمنی و بی‌ثباتی منجر می‌شود. در این میان قشر جوان در اوج مشغله‌های تحصیلی، شغلی، روابط عاشقانه و اجتماعی، به یک‌باره از اهداف و برنامه‌های خود دور مانده‌اند که احتمالاً پیامدهای روان‌شناختی منفی برای آن‌ها و به دنبال آن برای خانواده و اجتماع داشته‌است. اما همین افراد جوان می‌توانند جمعیت کلیدی برای تبدیل موج انتقال باشند، چراکه از دست دادن تفریح با دوستان و شریک عشقی گاهی برای یک فرد جوان به مراتب بدتر از ابتلا به ویروس است و این مسئله را می‌توان دلیل افزایش آمار ابتلای جوانان در پیک دوم دانست.

among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 687–691.

Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Carleton, R. N., Weeks, J. W., & Hadjistavropoulos, H. D. (2012). Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 246-51.

Banerjee, D., & Bhattacharya, P. (2020). Pandemonium of the pandemic: Impact of COVID-19 in India, focus on mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(6), 588–592.

Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), 37-38.

Berk, L. (2007). *Development through the lifespan*. Translated by Y.Seyed Mohammadi. Tehran: Arasbaran Publication. [In Persian].

Bialek, S., Boundy, E., Bowen, V., Chow, N., Cohn, A., Dowling, N., Ellington, S., Gierke, R., Hall, A., MacNeil, J., Patel, P., Peacock, G., Pilishvili, T., Razzaghi, H., Reed, N., Ritchey, M., & Sauber-Schatz, E. (2020). Severe outcomes among patients with Coronavirus disease 2019 (Covid-19)-United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(12), 343–346.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the Covid-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 1-5.

Cohen, S., Murphy, M. L. M., & Prather, A. A. (2019). Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annual Review of Psychology*, 70, 577-597.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 4th edition. United Kingdom, London: Sage Publication.

Ghara Zibaei, F., Aliakbari Dehkordi, M., Alipour, A.,

از محدودیت‌های این پژوهش حجم کم نمونه و قابلیت تعمیم‌پذیری پایین، عدم کنترل شرایط زندگی منحصر به فرد هر مصاحبه‌شونده و سایر عوامل تنیدگی‌زای محیطی، ویژگی‌های شخصیتی، عوامل اقتصادی، بازخورد مذهبی و فرهنگی افراد بوده که احتمال دارد بر نتایج تاثیر گذاشته باشد، بنابراین با توجه به مضامین غنی که از تجربه زیسته شرکت‌کنندگان این پژوهش حاصل شده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این متغیرها و با حجم نمونه بیشتر، در قالب طراحی پرسشنامه و با پژوهش‌های کمی این یافته‌ها تایید شود. همچنین عرضه خدمات روان‌شناختی در کنار سایر غربال‌گری‌های کرونا به‌خصوص در اوایل شرایط بحرانی، به مداخله زودهنگام و پیشگیری از بروز اختلال‌های روانی و تعارض‌های خانوادگی منجر خواهد شد. طراحی مداخله‌ها و سیاست‌های حمایتی، گسترش برنامه‌های مجازی، افزایش ارتباط‌های اجتماعی و ایجاد کسب‌وکارهای کوچک مجازی به‌خصوص برای جوانان و دانشجویان در کنار سایر خدمات روان‌شناختی، به شکل زنجیره به افزایش سازگاری و کاهش آثار منفی پاندمی بر فرد، خانواده‌ها و درنهایت اجتماع منجر می‌شود.

منابع

Abdkhodaei, Z., Shahidi, S., Mazaheri, M. A., Panaghi, L., & Nejadi, V. (2018). Spiritual/religious pattern in patient with Multiple Sclerosis: A qualitative study. *Journal of Psychology*, 22(3), 287-307. [In Persian].

Alizadeh Fard, S., & Saffarinia, M. (2019). The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. *Quarterly Social Psychology Research*, 9(36), 129-141. [In Persian].

Al-Rabiaah, A., Tamsah, M. H., Al-Eyadhy, A. A., Hasan, G. M., Al-Zamil, F., Al-Subaie, S., Somily, A. M. (2020). Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress

Org/Erik-Erikson.html

- Musapur, H., Changi Ashtiani, J., & Kahrobaei Kalkhuran Alya, M. (2020). Spiritual and existential growth and Covid19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Research in psychological Health, 14*(1), 56-70. [In Persian].
- Nagata, J. M. (2020). Supporting young adults to rise to the challenge of Covid-19. *Journal of Adolescent Health: Official publication of the society for adolescent medicine, 67*(2), 296-299.
- Neinstein, L. S., Katzman, D. K., Callahan, T., Gordon, C. M., Joffe, A., & Rickert, V. (2016). *Neinstein's adolescent and young adult health care: A practical guide*. 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Nes, L. S. (2016). Optimism, pessimism, and stress. In G. Fink (Ed.), *Handbook of stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 405–411). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pourfaraj, M., & Mahmoudian, T. (2020). The relationship between metacognition and metaemotion with distress tolerance: The mediating role of psychological flexibility. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologist, 16*(63), 333-341. [In Persian].
- Priscilla, D., & Italiano, L. (2020) *Coronavirus is making couples sick of each other: Lawyers see divorces surg*. New York: New York Post.
- Rashidi Fakari, F., & Simbar, M. (2020). Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; A letter to editor. *Archives of Academic Emergency Medicine, 8*(1), 21-22.
- Rockliff, H. E., Lightman, S. L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., & Vedhara, K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human Reproduction Update, 20*(4), 594–613.
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *British Medical Journal, 368*(313), 1-2.
- Sajjadian, A., Haghghat, S., Montazeri, A., Kazemzadeh, A., & Alavi Fili, A. (2011). Post diagnosis coping strategies patients with breast cancer. *Journal of Iranian Breast Diseases, 4*(1), 352-58. [In Persian].
- & Mohtashami, T. (2012). Efficacy of group logotherapy in the perceived Stress and life expectancy in MS patients. *Journal of Research in Mental Health, 6*(4), 12-20. [In Persian].
- Ghorbani, H. (2009). The meaning of life in Viktor Frankl's view. *Semiannual Journal of Philosophical Meditations, 1*(3), 35-57. [In Persian].
- Gotzinger, F., Santiago-Garcia, B., Noguera-Julian, A., Lanasa, M., Lancella, L., Calo Carducci, F.I., Gabrovská, N., Velizarova, S., Prunk, P., Osterman, V., Krivec, U., Lo Vecchio, A., Shingadia, D., Soriano-Arandes, A., Melendo, S., Lanari, M., Pierantoni, L., Wagner, N., L'Huillier, A.G., Heininger, U., Ritz, N., Bandi, S., Krajcar, N., Roglić, S., Santos, M., Christiaens, C., Creuven, M., Buonsenso, D., Welch, S.B, Bogyi, M., Brinkmann, F., & Tebruegge, M. (2020). Covid-19 in children and adolescents in Europe: A multinational, multicenter cohort study. *The lancet. Child & Adolescent Health, 4*(9), 653-661.
- Guo, J., Liao, L., Wang, B., Li, X., Guo, L., Tong, Z., Guan, Q., Zhou, M., Wu, Y., Zhang, J., Dardik, A. & Gu, Y. (2020). Psychological effects of Covid-19 on hospital staff: A national cross-sectional survey of China Mainland. *Vascular Investigational & Therapy, 4*(1), 1-6.
- Hampton, K. N., Lu, W., & Shin, I. (2016). Digital media and stress: the cost of caring 2.0. *Information, Communication & Society, 19*(9), 1267-1286.
- Kolpachnikov, V. (2013). Client-centered and existential approaches: Are they mostly similar or different? *Higher school of economics research paper*. Retrieved March 23, 2021 from <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2352786>
- Li, L., Wan, C., Ding, R., Liu, Y., Chen, J., Wu, Z., Liang, C., He, Z., & Li, C. (2015). Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola Treatment Unit: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(1), 1-6.
- Marshall, J., Wiltshire, J., Delva, J., Bello, T., & Masys, A. J. (2020). *Natural and manmade disasters: Vulnerable populations*. Germany: Springer.
- McLeod, S. A. (2018). *Erik Erikson's stages of psychosocial development*. Simply psychology. Retrieved March 23, 2020 from <https://www.simply-psychology>

48(6), 592-598.

World Health Organization (2020a). *Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus*. April 20, 2020 from <https://www.who.int/newsroom/detail/30-01-2020>.

World Health Organization. (2020b). *Novel coronavirus (2019-nCoV)*, Situation report 15. Retrieved March 23, 2021 from <https://www.who.int/docs/default-source>.

Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *Journal of American Medical Association*, 323(13), 1239-1242.

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8.

Schoch-Spana, M. (2020). *Covid-19's psychosocial impacts the pandemic is putting enormous stress on all of us but especially on health care workers and other specific groups*. Scientific American. Retrieved March 23, 2020 from <https://blogs.scientificamerican.com/observations/covid-19s-psychosocial-impacts>.

Sepehrinezhad, A., Momeni, J., Gorji, A., & Sahab Negah, S. (2020). Stress-induced immune dysfunction: Implications for intrapersonal and interpersonal processes. *The Neuroscience Journal of Shafaye khatam*, 8(2)93-106. [In Persian].

Soltani Benavandi, E. (2019). Family communication patterns and self-compassion: The mediating role of coping strategies for stress. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologist*, 15(58), 189-202. [In Persian].

Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of Covid-19 patient. *American Journal of Infection Control*,

