DOI: *10.29252/rbs.19.4.620*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 19, Issue 4

Exploring Of Post-Traumatic Growth Coping Styles in Patients with Covid-19: A Qualitative Study

Alireza Fazeli Mehrabadi[1], Hadi Bahrami Ehsan[2], Javad Hatami[3], Seyed Hasan Adeli[4], Ali Bayat[5]

1. PhD Student in Health Psychology, Tehran University, Iran.
2. (Corresponding author) * Professor, Department of Psychology, Tehran University, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Tehran University, Iran.
4. Associate professor of Respiratory, Clinical Research Development Center, Qom University of Medical Sciences, Iran.
5. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Research Institute and University, Qom, Iran.

Abstract

Aim and Background: Covid-19 as a stressor causes several psychological disorders and physical problems around the world, but some people experience post-traumatic growth despite these problems. The aim of this study was to explain post-traumatic growth coping styles based on the experiences of patients with Covid-19.
Methods and Materials: Qualitative research design was done by thematic analysis method. Twenty-five participants were selected using purposive sampling and interviewed using semi-structured and in-depth interviews. Purposeful sampling was used to achieve data saturation. Data were analyzed according to the step-by-step process of Brown and Clark content analysis using MAXQDA software.
Findings: Data analysis resulted in 96 primary codes, 31 basic themes, and 13 organizing themes. The most important coping styles of patients growing from Corona were: deep thinking style, prayer style, trusting style, hopeful style, modeling style, normalization style, acceptance style, Problem solving style, Meaningful style, Conscious procrastination style, Emotional outburst style, Humorous style, and Supportive style. Finally, the validity and reliability of the identified styles were confirmed using Lincoln and Gaba methods along with four indicators of credibility, conformability, dependability and transformability.
Conclusions: grown individuals have a wide range of coping styles that they use to cope with the stress of Covid-19 disease. The results of this study can significantly help to design the scale of assessment, educational and therapeutic interventions of coping styles that facilitate post-traumatic growth in Covid-19 patients.
Keywords: Post-traumatic Growth, Coping Styles, Covid-19, Qualitative Method.

Citation: Fazeli Mehrabadi A, Bahrami Ehsan H, Hatami J, Adeli H, Bayat A. **Exploring of post-traumatic growth coping styles in patients with Covid-19: A qualitative study**. Res Behav Sci 2022; 19(4): 620-632.

Hadi Bahrami Ehsan
Email: hbahrami@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

بررسی سبک‌های مقابله‌ای رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به کووید-۱۹: یک مطالعه کیفی

علیرضا فاضلی مهرآبادی[۱]، هادی بهرامی احسان[۲]، جواد حاتمی[۳]، سید حسن عادلی[۴]، علی بیات[۵]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

۴- دانشیار گروه تنفس، مرکز توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران.

۵- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: آ کووید- ۱۹ به‌عنوان عامل استرس‌زا موجب اختلالات روان‌شناختی و مشکلات جسمانی متعددی در سراسر جهان شده است، اما برخی افراد علی‌رغم این مشکلات، رشد پس از ضربه را تجربه می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر، تبیین سبک‌های مقابله‌ای رشد پس از ضربه بر اساس تجربیات بیماران مبتلا به کووید ۱۹ است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش کیفی و با روش تحلیل مضمون انجام شد. ۲۵ شرکت‌کننده با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و عمیق مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع داده‌ها مورداستفاده قرار گرفت. داده‌ها مطابق با فرآیند گام‌به‌گام تحلیل مضمون بروان و کلارک و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به ۹۶ کد اولیه، ۳۱ مضمون پایه، ۱۳ مضمون سازمان دهنده شد. مهم‌ترین سبک‌های مقابله‌ای بیماران رشد یافته از کرونا عبارت بود از: «سبک ژرف اندیشانه»، «سبک نیایشی»، «سبک متوکلانه»، «سبک امیدوارانه»، «سبک الگوگیرانه»، «سبک نرمال سازی»، «سبک پذیرشی»، «سبک مسئله مدار»، «سبک معنادهی»، «سبک تعویق آگاهانه»، «سبک برون ریزی هیجانی»، «سبک شوخ طبعانه» و «سبک حمایت طلبانه». سرانجام، روایی و پایایی سبک های شناسایی شده با استفاده از روش لینکلن و گابا در ضمن چهار شاخص اعتمادپذیری، تاییدپذیری، اتکاپذیری و انتقال‌پذیری تأیید شد.

نتیجه گیری: افراد رشد یافته از شبکه وسیعی از سبک‌های مقابله‌ای برای مقابله با استرس بیماری کووید-۱۹ استفاده می‌کنند. نتایج این پژوهش می‌تواند به طراحی مقیاس سنجش، مداخلات آموزشی و درمانی سبک‌های مقابله‌ای تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه در بیماران کووید-۱۹، کمک قابل‌توجهی کند.

واژه‌های کلیدی: رشد پس از ضربه، سبک‌های مقابله‌ای، کووید-۱۹، روش کیفی.

ارجاع: فاضلی مهرآبادی علیرضا، بهرامی احسان هادی، حاتمی جواد، عادلی حسن، بیات علی. **بررسی سبک‌های مقابله‌ای رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به کووید-۱۹: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۴): ۶۲۰-۶۳۲.

* **هادی بهرامی احسان،**

رایان نامه: hbahrami@ut.ac

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

مقدمه

کووید ۱۹ به دلیل سرایت بالا و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن در طول کمتر از چند ماه با ایجاد یک وضعیت پاندمی، زمینه مشکلات روان‌شناختی متعددی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی(۱, ۲) و اختلال خواب در جامعه شده است(۳). اختلال استرس پس از ضربه نیز از مهم‌ترین اختلالات روان‌شناختی ناشی از شیوع ویروس کووید-۱۹ شمرده‌شده است(۴).

در چند دهه اخیر، پژوهش‌ها در زمینه مطالعات تروما تمرکز خود را از آسیب شناسی‌های مرتبط با تروما مانند اختلال استرس پس از ضربه به نتایج مثبت مربوط به سازگاری پس از ناملایمات، مانند رشد، مزایا و سایر تغییرات مثبت تغییر داده است. رشد پس از ضربه به معنای ایجاد تغییرات مثبت و چشم‌انداز مثبتی است که پس از وقایع آسیب‌زا به وجود می‌آید. رشد پس از ضربه غالباً به‌عنوان نتیجه‌ی پس از کشمکش با بحران‌های عمده زندگی است(۵). رشد پس از ضربه در بین افرادی که انواع مختلفی از تروما را متحمل شده بودند، مانند سرطان(۶)، بیماری‌های فراگیر(۷)، بلایای طبیعی(۸)، مرگ عزیزان و فقدان(۹)، آسیب‌های مغزی(۱۰) مشاهده‌شده است.

خانجانی و همکاران(۱۱) در پژوهشی کیفی بر روی ۱۶ بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی به بررسی عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه پرداختند. نتایج نشان داد مفاهیمی مانند وجود منابع حمایتی، تعامل با انجمن های ضایعات نخاعی، باورهای معنوی، نگرش مثبت نسبت به آسیب، دسترسی به امکانات مناسب، افزایش دانش و حضور فعال در جامعه، مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده رشد پس از ضربه در این بیماران هستند. در مقابل، مواجهه با استرس پیش از ضربه(۱۲)، وضعیت سلامت روان پیش از ضربه(۱۳)، و سبک دلبستگی ناایمن(۱۴) از موانع رشد پس از ضربه شناخته‌شده است.

در این میان، یکی از متغیرهای پیش‌بینی کننده رشد پس از ضربه، چگونگی مقابله با بیماری است. نتایج تحقیقات حاکی از ارتباط سبک‌های مقابله و رشد پس از ضربه است(۱۵). پراتی و پیترانتونی(۱۶) در یک فراتحلیل بر روی ۱۰۳ پژوهش به بررسی نقش خوش‌بینی، حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای بر رشد پس از ضربه پرداختند. نتایج نشان داد مقابله مذهبی و ارزیابی مجدد مثبت بیشترین اندازه اثر را ایجاد کردند. حمایت اجتماعی، معنویت و خوش‌بینی رابطه متوسطی با رشد پس از ضربه داشتند. سبک مقابله پذیرشی کوچک‌ترین اندازه اثر را به همراه داشت. هنسون و همکاران(۱۷) در مطالعه مروری دیگر پیرامون عوامل تقویت‌کننده رشد پس از ضربه، سبک مقابله مسئله مدار، اجتنابی، معنوی، بازارزیابی مثبت و خودمراقبتی را از عوامل مؤثر در رشد پس از ضربه برشمرده است.

در تفاوت میان سبک‌های مقابله و رشد پس از ضربه، مطالعه لاینلی و جوزف(۱۸) حاکی از آن است که سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان و متمرکز بر مسئله هر دو با رشد پس از ضربه مرتبط هستند، اما استراتژی‌های مقابله مانند سرکوب، انکار و اجتناب با رشد پس از ضربه ارتباطی ندارند، درحالی‌که پژوهش هالام و موریس(۱۹)؛ و اکبر و ویتراک(۲۰) نشانگر رابطه مثبت مقابله اجتنابی با رشد هستند. همچنین، تحقیق پارک و همکاران(۲۱) مقابله مثبت از جمله حل مسئله و راهبردهای تنظیم هیجان؛ اشمیت و همکاران(۱۴) سبک دل‌بستگی ایمن با میانجی‌گری حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله کارآمد؛ موریس و شکسپیر- فینچ(۲۲) نشخوار فکری عامدانه را از عوامل مؤثر در رشد پس از ضربه دانستند. تحقیق دیگر(۲۳) نشان داد مقابله فعال، حمایت عاطفی و ابزاری و راهبرد پذیرش بیماران با سطوح بالای رشد مرتبط بود. یی و همکاران(۲۴) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه راهبردهای مقابله و رشد پس از ضربه در میان ۳۶۵ زندانی پرداختند. نتایج نشان داد راهبردهای مقابله‌ای مانند جستجوی حمایت عاطفی، مقابله مذهبی، و جستجوی معنا، رشد پس از ضربه را به شیوه‌ای مثبت پیش‌بینی می‌کند.

علاوه بر این، برخی پژوهشگران(۱۶) معتقدند معنویت ممکن است رشد پس از ضربه را تقویت کند، زیرا احساس تعلق در جامعه مذهبی را افزایش می‌دهد، حمایت اجتماعی را از طریق حضور در اجتماعات مذهبی تضمین می‌کند، و باورهایی را ترویج می‌کند که افراد را به جستجوی معنا تشویق می‌کند. بنابراین، معنویت ممکن است فقط به‌طور غیرمستقیم با رشد مرتبط باشد. درواقع، ساختن معنا در چندین مطالعه به‌طور مثبت با رشد پس از ضربه مرتبط بوده است (۲۵).

در تحقیقات داخلی نیز، فاضل(۲۶) در پژوهشی کیفی با روش نظریه زمینه‌ای به بررسی عوامل مؤثر بر رشد پس از ضربه در بیماران سرطانی پرداختند. نتایج نشان داد که کنش‌ها و راهبردهای مقابله‌ای بیماران رشد یافته شامل مراقبت از خود، برقراری ارتباط، گذشت، طلب بخشش و حلالیت، الگویابی، پیگیری، تفریح، کنار گذاشتن رفتارهای ناپسند و بهبود و ایجاد رفتارهای پسندیده بود، در مقابل بیماران رشدنیافته راهبردهایی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

از قبیل بی‌توجهی به خود، اهمال، عدم برقراری ارتباط، انتقاد و گلایه، نفرت، عدم تفریح، حسرت خوردن، اعتقاد به شانس را داشتند. همچنین، محققان(۲۷) در پژوهشی دیگر به بررسی رشد پس از ضربه بر اساس نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد مؤلفه‌های ملالت (یاس و شکست) با رشد پس از ضربه رابطه منفی معنادار دارد و مقابله مذهبی مثبت، با رشد پس از ضربه رابطه مثبت معنی‌دار داشت.

اگرچه تجربه رویدادهای استرس‌زا، عامل خطر عمده در بروز مشکلات روان‌شناختی است، اما بسیاری از محققان بر این باورند که چگونگی واکنش افراد نسبت به رویدادهای استرس‌زا، مهم‌تر از خود استرس در تولید بیماری است. نحوه پاسخ یا واکنش به رویداد استرس‌زا تحت عنوان «مقابله» بررسی می‌شود. مفهوم مقابله را لازاروس در سال ۱۹۶۶ معرفی کرد(۲۸). لازاروس معتقد است چگونگی ادراک و ارزیابی فرد از محیط تعیین می‌کند کدام محرک تنش‌زا است. ارزیابی شخصی فرد از معنای حوادث است که واکنش‌های هیجانی متفاوت را به وجود می‌آورد. در این دیدگاه، روش‌های مقابله و کنترل موقعیت، مهم‌تر از عامل تنش‌زا است، زیرا مقابله پدیده‌ای پویاست که از یک‌سو نشان‌دهنده وضعیت کنش‌های شناختی و عاطفی فرد در رویارویی با عناصر تنیدگی زا و پیامدهای ناشی از آن است و از سوی دیگر مهار نیازهای درونی و انتظارهای بیرونی فرد را به‌ویژه هنگامی‌که نیازها فراتر از توان او است بر عهده می‌گیرد(۲۹). به‌عبارت‌دیگر، تلاش‌های شناختی و رفتاری افراد برای پیشگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی در مفهوم مقابله خلاصه می‌شود(۲۸).

تا جایی که محقق بررسی کرد در خصوص سبک‌های مقابله و رشد پس از بیماری کرونا تحقیقی به‌ویژه به‌صورت کیفی یافت نشد. ازاین‌رو؛ با توجه به شیوع گسترده این بیماری از زمان انتشار و جهش‌های متعدد آن از یک‌سو و اهمیت نحوه مقابله با تنیدگی حاصل از این بیماری به‌عنوان عامل زمینه‌ساز رشد یا اختلال از سوی دیگر و با توجه به عدم انجام پژوهشی در حوزه سبک‌های مقابله بیماران کووید-۱۹ و رشد پس از ضربه، شناسایی سبک‌های مقابله بیماران رشدیافته پس از ضربه حاصل از کرونا ضرورت می‌یابد. براین اساس، مسئله پژوهش حاضر این است که از طریق مصاحبه با بیماران رشدیافته پس از ابتلا به کووید-۱۹ و با استفاده از روش کیفی از نوع تحلیل مضمون، راهبردها و سبک‌های مقابله آنان با این بیماری را شناسایی کند.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق حاضر، کیفی از نوع تحلیل مضمون است. نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در سه استان تهران، قم و مازندران بودند. در گام نخست، از طریق انتشار اطلاعیه در بیمارستان‌ها و فضای مجازی تعداد ۱۹۰ آزمودنی به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. سپس، آزمودنی‌ها با تکمیل سیاهه رشد پس از ضربه تدسکی و کلهون(۳۰) و مصاحبه اولیه برای احراز شرایط رشد پس از ضربه، غربال شدند که درنهایت ۲۵ آزمودنی برای ورود به مصاحبه انتخاب شدند. هدف و روش مطالعه برای هر یک از آزمودنی‌ها توضیح داده شد و با تبیین اینکه اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند، رضایت هر یک از آن‌ها اخذ شد. همچنین، این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه تهران (مرجع: IR.UT.PSYEDU.REC.1399.002) رسیده است.

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. مصاحبه‌ها نیز به دو شیوه حضوری و تلفنی و هرکدام از ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه بسته به شرایط آزمودنی به طول انجامید. پروتکل مصاحبه بر اساس اهداف و سؤالات تحقیق طراحی شد. گام اول مصاحبه پس از بیان اهداف این پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و دریافت رضایت آزمودنی، با پرسش پیرامون مدت‌زمان بستری، سن، نشانه‌های بیماری، وضعیت جسمی و روانی بیمار و چالش‌ها و مشکلات درگیر با بیماری آغاز شد. در گام بعد، در ضمن بررسی تاریخچه زندگی و ویژگی‌های شخصیتی-روانی، از وی سؤال شد راهبرد شما برای کنار آمدن و مواجهه با این بیماری چه بود؟ از چه شیوه‌هایی برای کاهش فشارهای جسمی روانی حاصل از این بیماری استفاده کردید؟ و در صورت نیاز از بیمار خواسته شد با توضیح بیشتر یا بیان نمونه‌ای ازآنچه بیان می‌کند، ما را در شناسایی سبک‌های مقابله بیماران رشدیافته یاری نماید. روایی پروتکل مصاحبه توسط چهار کارشناس مطابق با اهداف و سؤالات تحقیق تأیید شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها بر اساس فرآیند گام‌به‌گام تحلیل مضمون براون و کلارک(۳۱) انجام شد. این فرآیند از ۶ گام اصلی شامل ۱. آشنا شدن با داده‌ها؛ ۲. کدگذاری اولیه؛ ۳. جستجوی مضامین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

(تبدیل کدهای اولیه به مضمون)؛ ۴. مرور مضامین (که این مرحله منجر به ترسیم شبکه مضامین می‌گردد)؛ ۵. نام‌گذاری و تعریف مضامین (تحلیل مضامین)؛ و ۶. تهیه گزارش است. مطابق با نخستین گام تحلیل مضمون، مصاحبه‌ها انجام، ضبط، و پیاده‌سازی شد. پس از مرور مکرر داده‌ها، کدگذاری آغاز شد. مرحله سوم با تجزیه‌وتحلیل و نهایتاً ترکیب کدهای مختلف به شکل‌گیری مضامین منجر شد. در این مرحله، برخی از کدها به هیچ مضمونی اختصاص نیافت یا برخی از کدها به چندین مضمون اختصاص یافت. در مرحله بعد، با دسته‌بندی، ترکیب و تلخیص مضمون به‌دست‌آمده در مرحله قبل، شبکه مضامین ترسیم شد. شبکه مضامین، بر اساس روندی مشخص، مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی متن)، مضامین سازمان‌دهنده (به‌دست‌آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه) و مضامین فراگیر (دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به‌مثابه کل) را نظام‌مند می‌کند؛ سپس این مضامین به‌صورت نقشه‌های شبکه تارنما، رسم و مضامین برجسته هر یک از این سه سطح همراه با روابط میان آن‌ها نشان می‌دهد(۳۲).

سرانجام برای اطمینان‌یابی نتایج، از روش لینکلن و گابا(۳۳) استفاده شد. بدین منظور اعتمادپذیری، تاییدپذیری ، اتکاپذیری و انتقال‌پذیری هر یک از داده‌ها احراز شد. برای اعتمادپذیری داده‌ها، نتایج تحلیل هر مصاحبه به مشارکت‌کننده داده می‌شد تا میزان درستی تحلیل‌ها مورد تأیید، و در صورت لزوم اصلاح شود. جهت تاییدپذیری یافته‌ها، پژوهشگران تلاش کردند تا حد امکان پیش‌فرض‌های خود را در جمع‌آوری داده‌ها دخالت ندهند. برای اطمینان از اتکاپذیری داده‌ها، متن مصاحبه‌ها، کدها، مضمون‌ها، و الگوی نظری برگرفته از داده‌ها، در قالب فرم ارزیابی، به ۵ متخصص ارائه شد و مورد تأیید قرار گرفت. برای انتقال‌پذیری داده‌ها تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان از تنوع کافی، به لحاظ سطح اجتماعی، تحصیلات، و فرهنگ، برخوردار باشند.

یافته‌ها

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

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مصاحبه‌شده

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

در مرحله نخست، پس از مکتوب کردن مصاحبه‌ها و مطالعه اولیه و مجدد داده‌ها، کدگذاری کلمه به کلمه و خط به خط داده‌ها منجر به ۴۶۷ کد اولیه گردید. علاوه بر این، کدهای مشابه، حذف و در صورت لزوم تلفیق گردید که درنهایت منجر به ۹۶ کد اولیه گردید. نتایج آن در جدول (۲) نمایش داده‌شده است.

پس از کدگذاری، کدهای اولیه مجدداً از یک‌سو با یکدیگر و از سوی دیگر، با داده ها مقایسه گردید که نتیجه این مرحله،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

تلفیق برخی از کدهای اولیه در یکدیگر و سرانجام، شکل گیری مضامین پایه بود. بر این اساس، کدهای اولیه ۱ تا ۳ مضمون «بازارزیابی زندگی»، ۴ تا ۶ «تأمل در بیماری»، ۷ تا ۱۴ «نیایش با خدا»، ۱۵ تا ۱۷ «نیایش با اهل‌بیت (ع)»، ۱۸ تا ۲۰ «سبک متوکلانه»، ۲۱ تا ۲۳ «امید درمانی»، ۲۴ و ۲۵ «توانمندی خود»، ۲۶ و ۲۷ «بیماران بهبودیافته»، ۲۸ تا ۳۱ «یادآوری گذر از بحران»، ۳۲ تا ۳۴ «کوچک شمردن»، ۳۵ تا ۳۷ «همگانی انگاری»، ۳۸ تا ۴۰ «طبیعی انگاری»، ۴۱ تا ۴۵ «پذیرش بیماری»، ۴۶ تا ۴۹ «امکان مرگ»، ۵۰ تا ۵۲ «ارزیابی منطقی شرایط»، ۵۳ تا ۵۶ «پیگیری درمان»، ۵۷ و ۵۸ «تقویت جسمانی»، ۵۹ و ۶۰ «قدرتمندی شخصی»، ۶۱ تا ۶۴ «غفلت زدایی»، ۶۵ تا ۶۷ «فرصت دوباره»، ۶۸ و ۶۹ «شناخت دیگران»، ۷۰ و ۷۱ «تعویق شناختی»،۷۲ تا ۷۴ «تعویق رفتاری»، ۷۵ تا ۷۷ «تعویق هیجانی»، ۷۸ تا ۸۰ «برون‌ریزی فردی»، ۸۱ و ۸۲ «بین فردی»، ۸۳ و ۸۴ «شوخی با بیماران»، ۸۵ و ۸۶ «شوخی با مراقبان»، ۸۷ تا ۹۱ «حمایت عاطفی»، ۹۲ و ۹۳ «حمایت اطلاعاتی» و ۹۴ تا ۹۶ «حمایت ابزاری» را شکل دادند. از میان مضامین پایه، به ترتیب نیایش با خدا (۴۳)؛ توسل به اهل‌بیت (۴۳)؛ ارزیابی منطقی (۲۷)؛ سبک متوکلانه (۲۵)؛ پذیرش مرگ (۲۲)؛ بازارزیابی زندگی (۲۲)؛ و حمایت عاطفی (۲۱) بیشترین فروانی را به خود اختصاص دادند.

پس از بررسی و کنترل همخوانی مضامین پایه با کدهای مستخرج، با ترکیب و تلفیق مضامین پایه با یکدیگر تعداد ۱۲ مضمون سازمان‌دهنده تحت عناوین «سبک ژرف اندیشانه»، «سبک نیایشی»، «سبک متوکلانه»، «سبک امیدوارانه»، «سبک الگوگیرانه»، «سبک نرمال‌سازی»، «سبک پذیرشی»، «سبک مسئله مدار»، «سبک معنادهی»، «سبک تعویق آگاهانه»، «سبک برون‌ریزی هیجانی»، «سبک شوخ طبعانه» و «سبک حمایت طلبانه» به ترتیب با فراوانی ۴۲، ۸۶، ۲۵، ۱۷، ۲۰، ۳۷، ۳۸، ۶۱، ۵۰، ۲۵، ۱۹، ۸، و ۳۹ نام‌گذاری شد. علاوه بر مضامین سازمان‌دهنده، «سبک‌های مقابله‌ای رشد پس از ضربه» به‌عنوان مضمون فراگیر، در کانون شبکه مضامین قرار گرفت. شبکه مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر در شکل ۱ نمایش داده‌شده است.

جدول ۲. کدگذاری اولیه داده‌ها

ردیف	کدگذاری اولیه	فراوانی	ردیف	کدگذاری اولیه	فراوانی
۱	مرور زندگی	۱۱	۴۹	پذیرش مرگ	۴
۲	یادآوری فرصت‌های ازدست‌رفته	۷	۵۰	ارزیابی واقع‌بینانه شرایط جسمانی	۱۱
۳	دیدن تصویرهای وقایع مهم	۴	۵۱	جستجوی مطالب مقابله با بیماری	۱۳
۴	تفکر در نعمت سلامتی	۸	۵۲	آمادگی مواجهه با بدترین حالت ممکن	۳
۵	مقایسه دوران قبل و بعد از کرونا	۴	۵۳	مراجعه به پزشک	۱۵
۶	تفکر در سرعت ناتوانی	۸	۵۴	رعایت دستوارت پزشکی	۳
۷	دعا	۲۵	۵۵	تهیه دستگاه اکسیژن خون	۲
۸	ذکر گفتن	۴	۵۶	نظم در مصرف دارو	۳
۹	گفتگوی با خدا	۲	۵۷	تغذیه مناسب	۵
۱۰	راز و نیاز با خدا	۶	۵۸	داروهای گیاهی و سنتی	۶
۱۱	یاد خدا	۲	۵۹	تجربه آموزنده	۳
۱۲	انرژی گرفتن از نماز	۱	۶۰	رنج عامل قدرتمندتر شدن انسان	۴
۱۳	نمازخواندن	۲	۶۱	به خود آمدن	۸
۱۴	عشق به نماز	۱	۶۲	اهمیت به مسائل پوچ در گذشته	۵
۱۵	توسل به اهل‌بیت (ع)	۲۷	۶۳	دیدن نعمت‌ها	۶
۱۶	نذر مقدسات	۶	۶۴	عظمت خداوند	۹

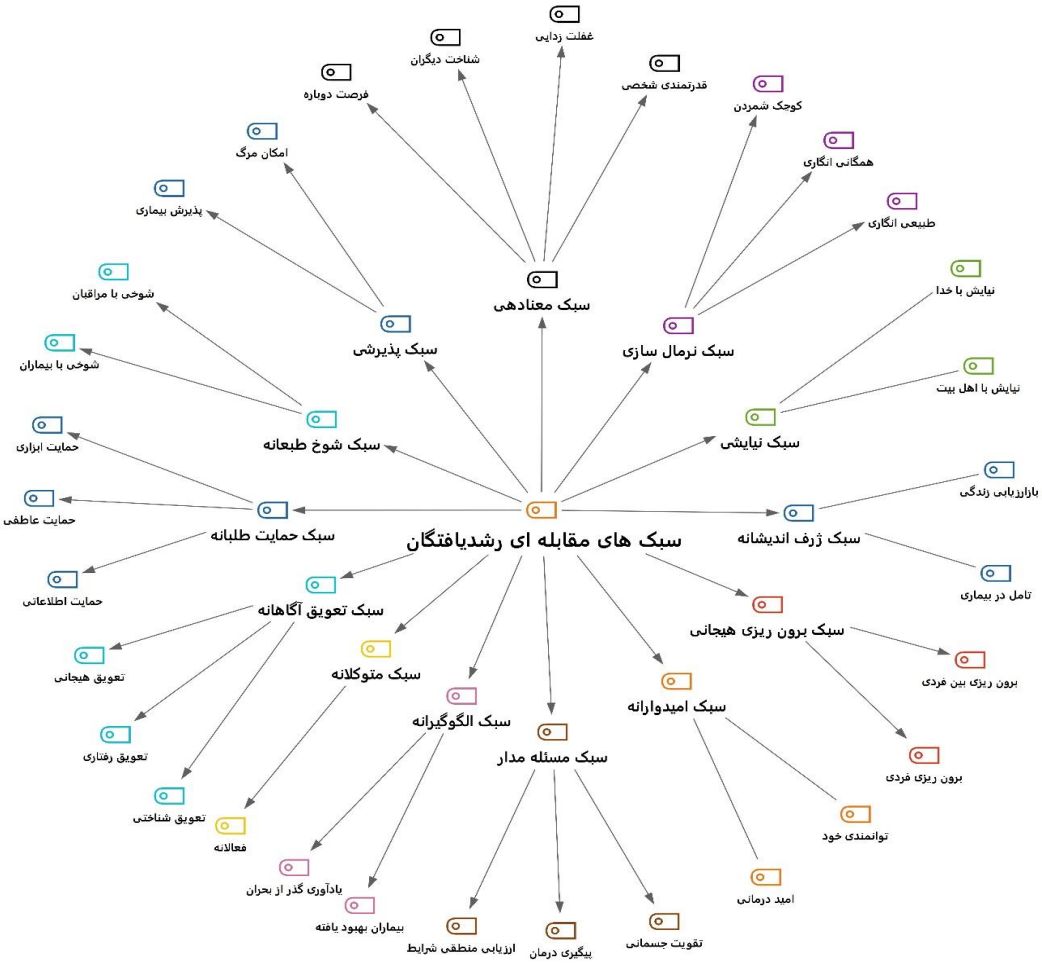
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

۱۷	کمک از ائمه (ع)	۱۰	۶۵	بهبودی به معنای زندگی دوباره	۳
۱۸	توکل به خدا	۲۰	۶۶	فرصت جبران	۲
۱۹	تکیه به خدا در مواقع سختی	۲	۶۷	فرصت تغییر	۳
۲۰	اعتقاد به قضا و قدر	۳	۶۸	شناخت دوستان واقعی	۳
۲۱	امید به مؤثر بودن داروها	۳	۶۹	شناسایی افراد دلسوز	۴
۲۲	امید به بهبودی	۴	۷۰	فکر نکردن عامدانه به بیماری	۴
۲۳	مؤثر بودن درمان‌های گیاهی	۲	۷۱	حواس‌پرتی	۳
۲۴	توانایی غلبه بر بیماری	۳	۷۲	ندیدن اخبار مرگ‌ومیر کرونا	۲
۲۵	مقاومت در برابر بیماری	۵	۷۳	مطالعه در ایام کرونا	۴
۲۶	گفتگو با دوستان بهبودیافته	۷	۷۴	دیدن فیلم	۳
۲۷	توجه به بیماران بدحال‌تر	۳	۷۵	جزع‌وفزع نکردن	۳
۲۸	سابقه بیماری	۳	۷۶	شکایت افراطی نکردن	۲
۲۹	نجات از تصادف	۲	۷۷	دوری از ناله و شکایت	۴
۳۰	سختی دوران جنگ	۲	۷۸	گریه در تنهایی	۳
۳۱	سابقه مرگ اعضای خانواده	۳	۷۹	حسرت گذشته	۵
۳۲	گذرا بودن بیماری	۲	۸۰	نوشتن ترس‌ها	۳
۳۳	موقتی بودن بیماری	۷	۸۱	ابراز نگرانی برای خانواده	۵
۳۴	توجه به بیماری‌های وخیم‌تر	۳	۸۲	بیان دردها با دوستان	۳
۳۵	ابتلاء همه اقوام و دوستان	۶	۸۳	بذله‌گویی	۲
۳۶	شیوع جهانی	۴	۸۴	روحیه دادن به بیماران	۲
۳۷	قطعیت ابتلا	۲	۸۵	شوخی با پرستاران	۲
۳۸	عدم فاجعه انگاری	۷	۸۶	شوخی با خانواده	۲
۳۹	سرماخوردگی شدید	۳	۸۷	ارتباط مجازی با خانواده	۲
۴۰	تصور شرایط بدتر	۳	۸۸	خواستار دیدن اعضای خانواده	۶
۴۱	پذیرش کرونا	۶	۸۹	آشتی با آشنایان	۲
۴۲	پذیرش واقعیت	۲	۹۰	تأکید همسر به موقتی بودن بیماری	۳
۴۳	پذیرش رنج به‌عنوان واقعیت زندگی	۳	۹۱	حمایت همسر	۸
۴۴	پذیرش مصیبت‌ها به‌عنوان بخشی از زندگی	۳	۹۲	درخواست اطلاعات پزشکی از کادر درمان	۶
۴۵	پذیرش بیماری	۲	۹۳	ارسال مطالب مفید توسط خانواده	۴
۴۶	پذیرش فقدان عزیزان	۳	۹۴	درخواست گرفتن نوبت پزشکی	۲
۴۷	باور به مرگ	۱۲	۹۵	کمک از افراد بهبودیافته	۳
۴۸	باور فناپذیر بودن	۳	۹۶	درخواست مراقبت	۳

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی بررسی سبک‌های مقابله‌ای رشد پس از ضربه بر اساس تجربه زیسته بیماران مبتلا به کووید-۱۹ با به کارگیری روش تحلیل مضمون بود. نتایج نشان داد که ۱۳ سبک مقابله‌ای «ژرف‌اندیشانه»، «نیایشی»، «متوکلانه»، «امیدوارانه»، «الگوگیرانه»، «نرمال‌سازی»، «پذیرشی»، «مسئله مدار»، «معنادهی»، «تعویق آگاهانه»، «برون‌ریزی هیجانی»، «شوخ‌طبعانه» و «حمایت‌طلبانه» مهم‌ترین سبک‌های مقابله‌ای افراد رشد یافته پس از کرونا است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]



شکل ۱. شبکه مضامین سبک‌های مقابله‌ای بیماران رشدیافته مبتلا به کووید-۱۹

«سبک ژرف اندیشانه»، زمانی رخ می‌دهد که فرد در حین بیماری از طریق «مرور زندگی»، «یادآوری فرصت‌های ازدست‌رفته»، «مرور تصویرهای وقایع مهم زندگی» به «بازارزیابی زندگی» خود می‌پردازد. بیماران مبتلا به کووید ۱۹ با توجه به «سرعت ناتوان‌سازی این بیماری»، به «مقایسه شرایط قبل از بیماری با بعدازآن» می‌پردازند و نعمت‌هایی که قبلاً به آن توجه نمی‌کردند را به یاد می‌آوردند. این «ژرف‌اندیشی» باعث کشف معانی جدید در بیماران می‌شد و درنتیجه استرس آن‌ها کاهش می‌یافت. این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین (۲۲) است که ژرف‌اندیشی همانند نشخوار عمدی درباره رویداد ضربه زا و تأمل و تفکر در گذشته، باعث یافتن معنا می‌شود و رشد پس از ضربه را تسهیل می‌کند. به‌طورکلی، تفکر عمیق و درگیری با افکار تکرارشونده در مورد موضوعات اساسی زندگی که با هدف بازبینی شرایط پراسترس انجام می‌گیرد یکی از راهبردهای مهم افراد رشد یافته از ضربه است. این راهبرد منجر به تغییر و اصلاح باورهای بنیادین می‌شود به‌نحوی‌که پیامد بالقوه آن، یافتن معنا یا رشد است(۳۴).

«سبک معناداهی» از مهم‌ترین راهبردهای مقابله‌ای افراد رشد یافته بود. این افراد از شیوه‌های مختلف معناداهی استفاده می‌کردند. برخی، «رنج بیماری را عامل قدرتمند شدن» و بیماری را «تجربه‌ای آموزنده» می‌دانستند که باعث «به خود آمدن»، «دیدن نعمت‌ها»، «یادآوری عظمت خداوند» می‌شود، این بیماران کرونا را به معنای عاملی برای «غفلت زدایی» می‌پنداشتند که باعث رشد آن‌ها خواهد شد. برای برخی دیگر از بیماران، بهبودی به معنای «فرصتی برای تغییر» و «جبران گذشته» و به معنای «زندگی دوباره» بود. عده دیگر بیان می‌کردند که کرونا به معنای «شناخت واقعی دیگران» است که این بیماری باعث شد «دوستان واقعی خود را بشناسند» و «افراد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

دلسوز» را از غیر دلسوز تشخصی دهند. نتایج تحقیق یی و همکاران(۲۴) نیز نشان داد راهبردهای مقابله‌ای مانند جستجوی معنا، جستجوی حمایت عاطفی و مقابله مذهبی، رشد پس از ضربه را به شیوه‌ای مثبت پیش‌بینی کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند جستجوی معنا و مواجهه با پرسش‌های وجودی یکی از راهبردهای اساسی افراد رشد یافته برای مقابله با پریشانی ناشی از ضربه است. داشتن معنا یکی از متغیرهای مهم مربوط به رشد است که باعث به وجود آمدن موقعیت‌هایی می‌شود که در آن شادی و رضایت رخ می‌دهد و موجب تسهیل رشد پس از ضربه می‌شود(۲۶).

«سبک نیایشی» و «سبک متوکلانه» از جمله راهبردهای مقابله مذهبی است. «سبک نیایشی» با ۸۶ فراوانی بیشترین راهبرد مورداستفاده در افراد رشد یافته بود. وقتی افراد با بیماری مهلک و ناشناخته‌ای همچون کرونا مواجهه می‌شوند با انجام رفتارهای نیایشی مثل خواندن «دعا»، «ذکر»، «گفتگو با خدا»، «نمازخواندن»، «نذر»، «توسل به اهل بیت ع» و «راز و نیاز با خداوند» می پردازد و از این طریق آرامش جسمی و روحی به دست می‌آورد. از سویی دیگر بسیاری از بیماران از «سبک متوکلانه» استفاده می‌کردند. در این راهبرد بیمار مبتلا به «خدا توکل می‌کند»، «در مواقع سختی به خدا تکیه می‌کند» و «اعتقاد به قضا و قدر الهی» دارد. این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین است. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیشگیری از نشانگان افت روحیه و استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی مثبت به‌عنوان یک روش مؤثر به افزایش رشد پس از ضربه در بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌نماید(۲۷). پارگامنت،کونیگ و پرز(۳۵) بیان کردند، مقابله مذهبی می تواند پیامدهای مثبت مختلفی برای افراد در زندگی روزمره آن ها داشته باشد مقابله‌های مذهبی به‌وسیله معنی دادن به رویدادهای منفی، ایجاد حس کنترل و راحتی در زمان‌های دشوار، تقویت روابط اجتماعی از طریق اجتماعات مذهبی و کمک به افراد در ایجاد تغییرات اساسی در زندگی، نقش مؤثری در رشد پس از ضربه دارد. باورهای مذهبی و معنوی برای بسیاری از بیماران می‌تواند به‌منزله یک نیروی یکپارچه و قدرتمندی باشد که چهارچوبی را برای تفسیر مشکلات زندگی‌شان فراهم آورد. مقابله‌های معنوی و مذهبی مثبت به‌واسطه ارزیابی مثبتی که از رویدادهای زندگی به عمل می‌آورند می‌تواند یکی از عوامل اصلی کمک به بیماران به‌منظور غلبه بر مشکلات روانی باشد(۲۷, ۳۵).

«سبک امیدوارانه» یکی دیگر از راهبردهای مقابله‌ای افراد رشد یافته است. افراد دارای سبک امیداوارنه، به دو شیوه «امید درمانی» و «اعتقاد به توانمندی خود» آن را بکار می‌برند. در شیوه نخست، آن‌ها از طریق «امید به مؤثر بودن درمان‌ها» و «امید به مؤثر بودن درمان‌های گیاهی»، «امید به بهبودی» را در خود پرورش می‌دادند؛ و در شیوه دوم، افراد رشد یافته به «توانمندی خود در غلبه بر بیماری» و «مقاومت در برابر بیماری» امیدوار بودند. این یافته مطابق با یافته‌های پیشین است که بیماران رشد یافته از ویژگی‌هایی همچون خوش‌بینی، شوخ‌طبعی و امید برخوردار بودند درحالی‌که بیماران سرطانی رشدنیافته افراد بدبین، ناامید، تندمزاج و غمگینی بودند(۵, ۲۶). همچنین، امید باعث معنا به زندگی، هدفمندی و احساس هیجانات مثبت بیشتر می‌گردد(۳۶).

از یافته‌های پژوهش حاضر استفاده هم‌زمان افراد رشد یافته از «سبک تعویق آگاهانه» و «سبک مسئله مدار» است. آن‌ها با فکر نکردن به بیماری و حواس‌پرتی به «تعویق شناختی» می‌پرداختند. بسیاری از افراد رشد یافته برای اینکه استرس بیماری را کاهش دهند اخبار مرگ‌ومیر مربوط به کرونا را نگاه نمی‌کردند، خود را با مطالعه یا دیدن فیلم مشغول می‌کردند و بدین ترتیب به «تعویق رفتاری» روی می‌آوردند. برخی دیگر از راهبرد «تعویق هیجانی» استفاده می‌کردند یعنی به‌صورت افراطی جزع‌وفزع نمی‌کردند. «سبک تعویق آگاهانه» شبیه مکانیسم بازداری است که از دفاع‌های بالغانه مطابق با طبقه‌بندی جرج وایلانت از مکانیسم‌های دفاعی است. مکانیسم بازداری عبارت است از تصمیم هشیارانه یا نیمه هشیارانه برای به تعویق انداختن توجه به یک تکانه یا تعارض خودآگاه. شخص ممکن است عمداً از پرداخت به موضوع خودداری کند، اما حالت اجتنابی نسبت به آن ندارد. ناراحتی احساس می‌شود اما میزان آن به حداقل می‌رسد(۳۷). به‌علاوه، این یافته با مطالعه طولی(۳۸) مطابقت دارد که نشان می‌دهد سبک مقابله حواس‌پرتی که به‌عنوان «شیوه‌ای برای معطوف کردن هدفمند توجه فرد از پریشانی به سمت فعالیت‌های خوشایند یا خنثی» توصیف می‌شود، تسهیل‌کننده مهمی برای رشد پس از ضربه است. در کنار این راهبردهای اجتنابی، عمدتاً بیماران رشد یافته از «سبک مسئله مدار» برای مدیریت استرس استفاده می‌کردند. سبک مسئله مدار پس از سبک نیایشی با ۶۱ فراوانی، دومین راهبرد مقابله‌ای افراد رشد یافته بود. آن‌ها با ارزیابی واقع‌بینانه شرایط جسمانی خود، جستجوی مطالب مقابله با بیماری، آمادگی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

مواجهه با بدترین حالت ممکن به «ارزیابی منطقی شرایط» می‌پردازند. از سوی دیگر با مراجعه به‌موقع به پزشک، رعایت دستورات پزشکی، مصرف منظم دارو، به «پیگیری درمان» خود اقدام می‌کنند و با تغذیه مناسب و مصرف داروهای سنتی و گیاهی به «تقویت جسمانی» خود مبادرت می‌کنند. این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین است که نشان می‌دهد مقابله متمرکز بر مسئله به طور مثبت با رشد مرتبط است(۳۹) این مطالعات از یافته‌های لازاروس و فولکمن(۲۸) حمایت می‌کند که نشان می‌دهد افرادی که از سبک مسئله مدار استفاده می کنند احساس می کنند کنترل بیشتری بر موقعیت دارند و توانایی بیشتری برای مدیریت مشکل‌دارند. محققان(۴۰) در یک مطالعه طولی نشان دادند که سطوح بالاتر رشد با استفاده از سبک مقابله مبتنی بر رویکرد و اجتناب، و همچنین با انعطاف پذیری در سبک مقابله ای، یعنی استفاده از هر دو نوع مقابله پیش‌بینی می‌شود. آن‌ها بیان داشتند که استفاده انعطاف پذیر از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر رویکرد و اجتناب ممکن است افراد را قادر به پردازش تروما در طول زمان کند. درواقع وقتی رویارویی با تروما بیش‌ازحد طاقت‌فرسا باشد، سبک مقابله ای اجتنابی باعث کاهش پریشانی قبل از درگیری در پردازش شناختی می شود و به این طریق می تواند با رشد پس از ضربه ارتباط داشته باشد.

از یافته‌های دیگر پژوهش استفاده افراد رشد یافته از «سبک نرمال‌سازی» بود. این افراد برای کاهش استرس بیماری از سه شیوه برای نرمال‌سازی استفاده می‌کردند. آن‌ها با اعتقاد به «گذرا بودن بیماری»، «موقتی بودن آن» و «توجه به بیماری‌های وخیم‌تر»، بیماری کرونا را «کوچک می‌شمردند». همچنین، آن‌ها با توجه به «شیوع جهانی»، «ابتلاء بسیاری از دوستان و اقوام» و اعتقاد به اینکه «همه افراد درنهایت به بیماری مبتلا می‌شوند»، کرونا را «همگانی» می‌پنداشتند و درنهایت، افراد رشد یافته ابتلا به کرونا را «فاجعه نمی‌انگاشتند» و آن را «سرماخوردگی شدیدتر»، می‌نامیدند و بدین ترتیب کرونا را «طبیعی انگاری» می‌کردند. استفاده از سبک نرمال‌سازی موجب جلوگیری از فاجعه انگاری می‌شود که به مدیریت استرس کمک می‌کند و از ناامیدی جلوگیری می‌کند و زمینه‌ساز رشد می‌شود(۵, ۲۶).

در «سبک الگوگیرانه» بیمار از طریق «گفتگو با دوستان بهبودیافته» و «توجه به مقاومت بیماران بدحال‌تر»، «بیماران بهبودیافته» را الگوی خود برای غلبه بر بیماری قرار می‌دهد. برخی دیگر از بیماران، دارای «سابقه گذر از بحران‌هایی» مانند: «سابقه بیماری»، «نجات از تصادف»، «سختی دوران جنگ»، «سابقه مرگ اعضای خانواده» بودند که توجه به عبور از این بحران‌ها، الگویی برای غلبه بر کرونا قلمداد می‌شد. این یافته مطابق نظریه آلبرت بندورا(۴۱) در اهمیت نقش الگوگیری و کارآمدی شخصی در غلبه بر چالش‌های زندگی است.

در «سبک پذیرشی» بیمار «مصیبت‌ها را به‌عنوان واقعیت زندگی» می‌پذیرد و معتقد است «بیماری بخشی از واقعیت» است و «رنج جزئی از زندگی» است. همچنین، بیمار با پذیرش «امکان مردن» و «باور به فناپذیری» با بیماری راحت‌تر کنار می‌آید. البته این راهبرد همراه راهبردهای دیگر مانند حل مسئله و سایر راهبردهای فعالانه است. پژوهشگران(۴۰) معتقدند سبک مقابله‌ای پذیرش تأثیر عملکردی مهمی دارد. آن‌ها تأکید کردند که توانایی پذیرش موقعیت‌هایی که قابل‌تغییر نیستند برای سازگاری با رویدادهای غیرقابل‌کنترل یا غیرقابل تغییر بسیار مهم است.

بیمار در سبک «برون‌ریزی هیجانی» هنگام فشار جسمانی و روانی به «گریه در تنهایی»، «نوشتن ترس‌ها و نگرانی‌ها»، «حسرت گذشته» می‌پردازد و با استفاده از این شیوه‌ها به «برون‌ریزی فردی» دست می‌زند. بیمار گاهی با «ابراز نگرانی برای خانواده» و «بیان دردها با دوستان» به «ابراز هیجانی بین فردی» روی می‌آورد. پژوهشگران(۵) معتقدند خودافشایی به دلایل متعددی با رشد پس از ضربه ارتباط دارد: ۱- خودافشایی می‌تواند پریشانی عاطفی اولیه مرتبط با تجربه را بکاهد، ۲- سبب پردازش شناختی شود، و به تجزیه‌وتحلیل حادثه کمک کند، ۳- افکار و احساسات ناخودآگاه را آشکار کند، و ۴- سبب شود که افراد دیگر از فردی که افشاگری کرده است، حمایت کنند.

در «سبک شوخ‌طبعی»، بیمار با «بذله‌گویی» و «شوخ‌طبعی» موجب تقویت روحیه خود، سایر بیماران، کادر درمان و خانواده می‌شود. شوخ‌طبعی یکی از مکانیزم‌های بالغانه در مواجهه با شرایط استرس‌زا است(۳۷). این یافته نیز مطابق با یافته‌های پیشین است که بیماران رشد یافته از ویژگی‌هایی همچون خوش‌بینی، شوخ‌طبعی و امید برخوردار هستند درحالی‌که بیماران سرطانی رشدنیافته افراد بدبین، ناامید، تندمزاج و غمگینی بودند(۲۶).

افراد رشد یافته از کرونا از «سبک حمایت طلبانه» برای مقابله با استرس بیماری استفاده می‌کردند. آن‌ها فعالانه در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

جستجو و تجربه «حمایت عاطفی»، «حمایت اطلاعاتی» و «حمایت ابزاری» بودند. افراد رشد یافته به‌وسیله «ارتباط مجازی با خانواده»، پیش‌قدم شدن برای «آشتی با آشنایان» فعالانه به جستجوی حمایت عاطفی می‌پرداختند و از سویی دیگر، با «حمایت همسر»، «تأکید همسر بر موقتی بودن بیماری» و «دیدن اعضای خانواده»، «حمایت عاطفی» را تجربه می‌کردند. «حمایت اطلاعاتی» را با رفتارهایی همچون «درخواست اطلاعات پزشکی از کادر درمان» و «ارسال مطالب مفید توسط خانواده»، به دست می‌آوردند. همچنین، آن‌ها با درخواست از دوستان و اعضای خانواده برای «گرفتن نوبت پزشکی» و «کمک از افراد بهبودیافته»، «حمایت ابزاری» را دریافت می‌کردند. این یافته همسو با پژوهش‌های پیشین در اهمیت جستجوی حمایت عاطفی(۲۴) است. پژوهشگران(۴۲) معتقدند که سبک‌های مقابله‌ای فعال یکی از مهم‌ترین راه‌های رشد پس از ضربه هستند. زیرا سبک‌های مقابله‌ای فعال، راه‌هایی را برای از بین بردن افکار منفی، مشارکت در عواطف و احساسات، نظم‌بخشی به خواسته‌ها در جهت کسب حمایت عاطفی، ایجاد یک رویکرد فعالانه در جستجوی راه‌حل‌ها و ایجاد یک ارزیابی مثبت از موقعیت، ایجاد می‌کند.

در جمع‌بندی پژوهش حاضر می‌توان چند نکته مهم را بیان داشت: اول اینکه، افراد رشد یافته از شبکه وسیعی از سبک مقابله‌ای برای مقابله با استرس بیماری ناشناخته و مهلک کرونا استفاده می‌کنند که به‌تناسب شرایط و دوره‌های مختلف بیماری از آن‌ها بهره می‌برند. دوم، آن‌ها هم از سبک‌های هیجان مدار مانند برون‌ریزی هیجانی و هم از راهبردهای مسئله‌دار مانند پیگیری فعالانه درمان و تقویت جسمانی استفاده می‌کنند. سبک‌های هیجان مدار به مدیریت استرس در کوتاه‌مدت کمک قابل‌توجهی می‌کند؛ و سبک‌های مسئله مدار به درمان بیماری کمک می‌کند. سوم اینکه، آن‌ها عمدتاً از مکانیسم‌های بالغانه مانند تعویق آگاهانه، شوخ‌طبعی، نرمال‌سازی و عدم فاجعه انگاری، امید واقع‌بینانه و پذیرش شرایط غیرقابل تغییر، برای مدیریت استرس بیماری بهره می‌برند، این مکانیسم‌ها فرصت را برای پردازش شناختی تروما فراهم می‌آورد. چهارم، از مهم‌ترین مکانیسم‌های افراد رشد یافته مقابله‌های معنوی مانند سبک نیایشی و سبک متوکلانه است به‌طوری‌که بیشترین فراوانی متعلق به مقابله‌های معنوی است. مقابله‌های معنوی وقتی با ژرف‌اندیشی و بازارزیابی زندگی همراه می‌شود منجر به سبک معنادهی می‌شود، به‌طوری‌که افراد از دل وقایع سختی همچون کرونا، معنای برای زندگی ایجاد می‌کنند. پژوهش حاضر نشان داد که بسیاری از این سبک‌ها را می‌توان به بیماران آموزش داد تا زمینه را برای رشد، افزایش بهزیستی روانی و کمک به بهبود جسمانی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ فراهم کرد.

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

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران می‌باشد. از استاد راهنما، اساتید مشاور و همه افرادی که ما را در انجام پژوهش یاری رساندند کمال سپاس و قدردانی را داریم.

References

1. 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.
2. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public–A systematic review and meta-analysis. Psychiatry research. 2020;291:113190.
3. Gupta R, Grover S, Basu A, Krishnan V, Tripathi A, Subramanyam A, et al. Changes in sleep pattern and sleep quality during COVID-19 lockdown. Indian journal of psychiatry. 2020;62(4):370.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

4. Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: a narrative review. Journal of Military Medicine. 2020;22(2):184-92.
5. Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Taku K, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Theory, research, and applications: Routledge; 2018.
6. Gori A, Topino E, Sette A, Cramer H. Pathways to post-traumatic growth in cancer patients: moderated mediation and single mediation analyses with resilience, personality, and coping strategies. Journal of Affective Disorders. 2021;279:692-700.
7. Walton M. Post Traumatic Growth during a pandemic: A literature review. International Journal of Research in Medical and Basic Sciences. 2020;6(8).
8. Kim I, Oh W-O. Predictors of posttraumatic growth among university students who experienced a recent earthquake. Issues in Mental Health Nursing. 2019;40(2):176-84.
9. Xu X, Wen J, Zhou N, Shi G, Tang R, Wang J, et al. Grief and posttraumatic growth among Chinese bereaved parents who lost their only child: The moderating role of interpersonal loss. Frontiers in Psychology. 2020:2668.
10. Lindstrom CM. Factors associated with posttraumatic growth following traumatic brain injury: rumination and self-disclosure: The University of North Carolina at Charlotte; 2014.
11. 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.
12. Doron-LaMarca S, Vogt DS, King DW, King LA, Saxe GN. Pretrauma problems, prior stressor exposure, and gender as predictors of change in posttraumatic stress symptoms among physically injured children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2010;78(6):781.
13. Gil S. Evaluation of premorbid personality factors and pre-event posttraumatic stress symptoms in the development of posttraumatic stress symptoms associated with a bus explosion in Israel. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies. 2005;18(5):563-7.
14. Schmidt SD, Blank TO, Bellizzi KM, Park CL. The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. Journal of health psychology. 2012;17(7):1033-40.
15. Cao W, Qi X, Cai DA, Han X. Modeling posttraumatic growth among cancer patients: The roles of social support, appraisals, and adaptive coping. Psycho-oncology. 2018;27(1):208-15.
16. Prati G, Pietrantoni L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. Journal of loss and trauma. 2009;14(5):364-88.
17. Henson C, Truchot D, Canevello A. What promotes post traumatic growth? A systematic review. European Journal of Trauma & Dissociation. 2021;5(4):100195.
18. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. Journal of traumatic stress: official publication of the international society for traumatic stress studies. 2004;17(1):11-21.
19. Hallam W, Morris R. Post-traumatic growth in stroke carers: A comparison of theories. British journal of health psychology. 2014;19(3):619-35.
20. Akbar Z, Witruk E. Coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2016;217:1036-43.
21. Park CL, Aldwin CM, Fenster JR, Snyder LB. Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. American journal of orthopsychiatry. 2008;78(3):300-12.
22. Morris BA, Shakespeare-Finch J. Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. Psycho-oncology. 2011;20(11):1176-83.
23. Pérez-San-Gregorio M, Martín-Rodríguez A, Borda-Mas M, Avargues-Navarro ML, Pérez-Bernal J, Gómez-Bravo MÁ. Coping strategies in liver transplant recipients and caregivers according to patient posttraumatic growth. Frontiers in Psychology. 2017;8:18.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]

24. Ye Z, Yu NX, Zhu W, Chen L, Lin D. A randomized controlled trial to enhance coping and posttraumatic growth and decrease posttraumatic stress disorder in HIV-infected men who have sex with men in Beijing, China. Aids Care. 2018;30(6):793-801.
25. Dursun P, Steger MF, Bentele C, Schulenberg SE. Meaning and posttraumatic growth among survivors of the September 2013 Colorado floods. Journal of Clinical Psychology. 2016;72(12):1247-63.
26. Fazel M. Development of post-traumatic growth pattern in cancer patients and evaluation of the effectiveness of an intervention program based on it. PhD Thesis. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2017. [Persian].
27. Heydarzadeh M, Ghahramanzadeh M. A survey on posttraumatic growth on the basis of demoralization syndrome and religious coping among cancer patients referring to reza radiotherapy and oncology center in mashhad in 2018: A descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2019;18(6):557-72.
28. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
29. Kausar R, Munir R. Pakistani adolescents' coping with stress: effect of loss of a parent and gender of adolescents. Journal of Adolescence. 2004;27(6):599-610.
30. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of traumatic stress. 1996;9(3):455-71.
31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. 2006;3(2):77-101.
32. Abedi Ja'fari H, Taslimi MS, Faghihi A, Sheikhzade M. Thematic analysis and thematic networks: a simple and efficient method for exploring patterns embedded in qualitative data municipalities. Strategic Management Thought. 2011;5(2):151-98.
33. Tedley C, Tashakori A. Basics of mixed research: Combining quantitative and qualitative approaches. Translated by Adel Azar and Saeed Jahanian Tehran: Jahad Daneshghahi. 2009.
34. Tedeschi RG, Blevins CL. From mindfulness to meaning: Implications for the theory of posttraumatic growth. Psychological Inquiry. 2015;26(4):373-6.
35. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of clinical psychology. 2000;56(4):519-43.
36. Tomasulo DJ. A Happier Balance: Positive Interventions for Intentional Well-Being in Psychotherapy. Research Anthology on Rehabilitation Practices and Therapy: IGI Global; 2021. p. 1915-35.
37. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 2007.
38. Su Y-J, Chen S-H. Emerging posttraumatic growth: A prospective study with pre-and posttrauma psychological predictors. Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy. 2015;7(2):103.
39. Rodríguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Pérez E, Álvarez E, Coca A, et al. Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: Dependence on resilience and coping strategies. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy. 2017;9(4):407.
40. Kunz S, Joseph S, Geyh S, Peter C. Coping and posttraumatic growth: A longitudinal comparison of two alternative views. Rehabilitation psychology. 2018;63(2):240.
41. Bandura A. Social cognitive theory of personality. Handbook of personality. 1999;2:154-96.
42. Lelorain S, Tessier P, Florin A, Bonnaud-Antignac A. Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. Journal of Health Psychology. 2012;17(5):627-39.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.6.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.620]