



Research Article

Explaining the Experiences of Families with Patients Affected by COVID-19: A Qualitative Study

Bahare Bayat¹, Kobra Rahzani^{2,*}, Davood Hekmatpou²

¹ MSc Student, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² School of Nursing, Department of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

* **Corresponding author:** Kobra Rahzani, School of Nursing, Department of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. Email: dr.rahzani@arakmu.ac.ir

DOI: [10.61186/jams.27.6.353](https://doi.org/10.61186/jams.27.6.353)

How to Cite this Article:

Bayat B, Rahzani K, Hekmatpou D. Explaining the Experiences of Families with Patients Affected by COVID-19: A Qualitative Study. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;27(6): 353-62. [10.61186/jams.27.6.353](https://doi.org/10.61186/jams.27.6.353)

Received: 16.10.2024

Accepted: 24.12.2024

Keywords:

Content analysis;
Family experiences;
Corona;
COVID-19;
Qualitative study

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: The coronavirus crisis is a multidimensional phenomenon that affects even the family. The impact of the situation on the family has been less discussed. Therefore, a qualitative study was conducted to explain families' experiences with patients suffering from COVID-19.

Methods: A qualitative study was conducted with a content analysis approach in 2021. Sampling started with purposive sampling and continued theoretically until information saturation was reached. The primary data collection tool was a semi-structured, in-depth interview in which 10 participants were interviewed. The participants were people from the family of a patient with COVID-19 who, while willing to participate in the study, were either involved in caring for the patient or were worried about the patient's infection. In addition, their patient recovered from Corona and was alive. The interview location was chosen according to the participants' opinion, whether it was at their home or a place that was convenient for them. The interviews were analyzed using the Granheim and Lundman method.

Results: After analyzing the data, initially, 391 codes, 16 subcategories, and finally, five themes were extracted. The five themes that emerged are the experienced symptoms of the disease with two subcategories (symptoms of the onset of the disease and the course of the symptoms), mental and emotional disturbances with seven subcategories (contagion anxiety, death anxiety, fear of the vague nature of the disease, torment of conscience, obsession, emotional suffering, and financial worries), sacrifice in care with two subcategories (suffering care and multiplicity of roles), resilience in the path of care with three subcategories (supportive aspects, reduction of caregiving stress and obtaining information about the disease), Change and evolution in the course of life with two subcategories (individual growth and getting the meaning of life).

Conclusions: According to the present study, after one of the family members gets infected with Corona, the other members have a crisis. The individual, psychological, social, and economic dimensions of the family foundation are facing challenges. It needs the comprehensive support of the family as the first and most important institution of society. Although facing this crisis and accompanying challenges leads to the experience of special suffering, it lays the foundation for personal growth and a better understanding of the meaning of life. Therefore, it can be said that the experience of this crisis is not only from the social aspect but also from the individual aspect, along with tremendous positive and negative developments.

تبیین تجارب خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به کووید-۱۹: یک مطالعه کیفی

بهاره بیات^۱ ID، کبری راهزانی^{۲*} ID، داوود حکمت‌پو^۲ ID

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۲ دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

* نویسنده مسئول: کبری راهزانی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. ایمیل: dr.rahzani@arakmu.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.27.6.353

چکیده

مقدمه: بحران ویروس کرونا هرچند در ظاهر ماهیتی صرفاً پزشکی و مرتبط با نظام سلامت دارد، اما پدیده‌ای چند بعدی است که اثرات خود را در اقتصاد، فرهنگ و حتی خانواده برجای گذاشته است. در این میان به تأثیر وضعیت رخ داده بر مهم‌ترین نهاد جامعه ایرانی یعنی خانواده کمتر پرداخته شده است. در راستای این مسأله، مطالعه‌ای کیفی به منظور تبیین تجارب خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به کووید-۱۹ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است که در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا رسیدن به اشباع اطلاعات، به صورت نظری ادامه یافت. ابزار اصلی جمع‌آوری داده مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بود که در مجموع ۱۰ مشارکت‌کننده مورد مصاحبه قرار گرفتند. مشارکت‌کنندگان، افرادی از خانواده بیمار مبتلا به کووید-۱۹ بودند که ضمن تمایل برای شرکت در مطالعه، یا درگیر مراقبت از بیمار بوده و یا به نحوی به دنبال ابتلای بیمار، دچار نگرانی بودند. علاوه بر آن بیمار آنها از کرونا بهبود یافته و در قید حیات بود. مکان مصاحبه با نظر شرکت‌کنندگان در منزل آنها و یا مکانی که آنها راحت بودند انتخاب شد. مصاحبه‌ها به روش Granheim و Lundman به صورت دستی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: به دنبال جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل یافته‌ها، در ابتدا ۳۹۱ کد اولیه، ۱۶ زیر طبقه و در نهایت پنج درون‌مایه اصلی استخراج شد. پنج مقوله پدیدار شده عبارتند از: علائم تجربه شده ابتلا با دو زیرطبقه (علائم ظهور بیماری و سیر علائم)، آشفتگی‌های فکری و روحی با هفت زیرطبقه (اضطراب ابتلا، اضطراب مرگ، ترس از ماهیت مبهم بیماری، عذاب وجدان، وسواس، رنج عاطفی و نگرانی‌های مالی)، اینتردر مراقبت با دو زیر طبقه (رنج مراقبت و تعدد نقش)، تاب‌آوری در مسیر مراقبت با سه زیر طبقه (جنبه‌های حمایت‌گرانه، کاهش استرس مراقبتی و کسب اطلاعات در مورد بیماری)، تغییر و تحول در مدار زندگی با دو زیر طبقه (رشد فردی و بدست آوردن معنای زندگی).

نتیجه‌گیری: بر اساس مطالعه حاضر، به دنبال ابتلای یکی از اعضای خانواده به کرونا، سایر اعضا، دچار بحران شده؛ ابعاد فردی، روانی، اجتماعی و اقتصادی بنیان خانواده با چالش مواجه شده و تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد که مستلزم حمایت همه جانبه خانواده به عنوان اولین و مهم‌ترین نهاد جامعه است. گرچه مواجهه با این بحران و چالش‌های همراه منجر به تجربه مصائب خاص می‌شود اما زمینه‌ساز رشد فردی و درک بهتر معنای زندگی می‌شود. از این‌رو می‌توان گفت تجربه این بحران نه تنها از بعد اجتماعی بلکه از بعد فردی نیز توأم با تحولات شگرف مثبت و منفی است.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۴

واژگان کلیدی:

تحلیل محتوا؛

تجارب خانواده؛

کرونا؛

کووید-۱۹؛

مطالعه کیفی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.

ارجاع: بیات بهاره، راهزانی کبری، حکمت‌پو داوود. تبیین تجارب خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به کووید-۱۹: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک* ۲۷ (۶): ۳۵۳-۳۶۲.

مقدمه

بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹) در دسامبر سال ۲۰۱۹ به عنوان یک بیماری همه‌گیر در چین آغاز شد (۱). این بیماری معمولاً با علائم تنفسی ساده‌ای همچون سرفه خشک، خستگی، تب و علائم گوارشی همراه است. کرونا ویروس ۲۰۱۹ تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و زندگی افراد ایجاد کرد و باعث مشکلات گسترده روان‌شناختی و جسمانی گردید (۲). در ۲۹ ژانویه ۲۰۲۰، Worldometer آمار جهانی کرونا را به صورت روزانه آغاز کرد اما با فروکش کردن بحران، از ۱۳ آوریل ۲۰۲۴،

اکثر کشورها گزارش روزانه را متوقف نمودند. طبق آمار این مرکز، تعداد مبتلایان به کرونا قریب به ۷۰۵ میلیون نفر و تعداد مرگ حدوداً ۷ میلیون نفر اعلام شده است (۳).

این بیماری دارای پیچیدگی خاصی بوده و ابعاد و پیامدهای چندگانه‌ای دارد (۴). در فوریه سال ۲۰۲۰ (اسفند ماه سال ۱۳۹۸) اولین موارد مثبت این بیماری در ایران و در شهر قم گزارش شد. با گسترش سریع این بیماری چه در ایران و چه در دیگر کشورها، دولت‌ها اقداماتی در جهت کنترل بیماری در پیش گرفتند (۵). پیدایش این بیماری در ابتدا

به عنوان یک بحران سلامت عمومی بود (۶)، که چالش‌های بسیاری با خود به همراه دارد. در این زمینه شکاف علمی قابل توجهی وجود دارد که باید تعاریف و اطلاعات درباره آن هر لحظه به روز شده و اطلاعات آن منعکس شود (۷).

ویروس کرونا، پدیده‌ای است که با توجه به سرعت انتشار و ویژگی مهارناپذیر خود، جهان را با بحران مواجه نموده است. این بحران هرچند در ظاهر ماهیتی صرفاً پزشکی و مرتبط با نظام سلامت دارد، پدیده‌ای چند بعدی است که آثار و پیامدهای آن در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی قابل رصد و پیگیری است (۸). خانواده هم یکی از نهادهایی است که از پاندمی این ویروس تأثیر بسیار زیادی پذیرفته است، تأثیراتی مثبت و منفی که حکایت از ویژگی‌های مثبت و منفی خانواده‌های مختلف دارد. خانواده به عنوان اولین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی دارای نقش، فرهنگ و ساختار ویژه‌ای است (۹) که در احساس سلامتی و توانایی فرد برای تطابق با شرایط مختلف نقش بسزایی دارد (۱۰). تنش‌هایی که بر یک عضو خانواده وارد می‌شود، بر کل خانواده تأثیر می‌گذارد (۱۱-۱۲) و خانواده را به سمت بحران می‌کشاند (۱۰). بحران زندگی عادی و نقش‌های فرد را مختل می‌کند (۱۱، ۱۳). کرونا نیز بحران و پاندمی بود که تقریباً بر همه ابعاد زندگی روز مره تأثیر منفی داشت و سلامت روانی کلیه ساکنین زمین را تحت تأثیر قرار داد. این بیماری جنبه‌های مختلف نقش و عملکرد خانواده را تحت‌الشعاع قرار داد؛ به گونه‌ای که وظایف و روابط درون خانواده، عملکردهای اجتماعی، اقتصادی و روانی خانواده را مختل نمود (۱۴).

با نظر به این که خانواده به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر خدمات مراقبت سلامتی می‌باشد، لذا تعیین معنای مراقبت خانواده‌ها ضروری بوده و خانواده‌ها را قادر می‌سازد که تجاربشان را در این زمینه توصیف نمایند (۱۵). با توجه به اهمیت این موضوع و این که کرونا پدیده‌ای نوظهور در تاریخ معاصر ایران است و آگاهی ما در این زمینه بسیار اندک می‌باشد، لازم است جهت دستیابی به دیدگاهی عمیق در این موضوع، درک پدیده و آگاهی از تجارب خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به کووید-۱۹، این مطالعه با رویکرد کیفی انجام گیرد. زیرا ما را در ملموس‌سازی تجارب این خانواده‌ها و درک و تفسیر دنیای آنان یاری می‌دهد. تحقیقات کیفی، نقش و جایگاه ویژه‌ای در شناخت رفتارهای انسانی ایفا می‌کنند. پژوهشگر کیفی به دنبال تجربه زنده در شرایط واقعی است و می‌کوشد بدون برهم زدن صحنه و به صورت غیر مداخله‌ای به جمع‌آوری داده‌ها بپردازد. هدف وی از این تلاش، اطمینان یافتن از این امر است که داده‌ها و تحلیل آنها انعکاس درستی از وقایع جاری هستند (۱۶). لذا پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به کووید - ۱۹ انجام شده است.

روش کار

این پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی است که در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. در تحلیل محتوای قراردادی، طبقات به طور مستقیم از داده‌های متنی استخراج می‌شوند و پژوهشگر درک عمیق‌تری از یک پدیده بدست خواهد آورد، به این ترتیب که پژوهشگران از پیش داشت

طبقات اجتناب کرده و برعکس، اجازه می‌دهند که طبقات و نام طبقات از داده‌ها جریان یابد (۱۷). با توجه به هدف این مطالعه یعنی تبیین تجارب خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به کووید-۱۹، روش تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی روش مناسبی برای به دست آوردن و تحلیل داده‌های غنی از مشارکت‌کنندگان بود. پژوهشگران در تحقیق کیفی سعی در ایجاد معنی برای پدیده‌ها و تعبیر و تفسیر آنها برحسب معانی ارائه شده توسط مردم در جایگاه طبیعی‌شان هستند.

تحلیل محتوا فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک داده‌هاست که از طریق آن کدها و تم‌ها نمایان می‌شود. در این پژوهش، مشارکت‌کنندگان به گونه‌ای انتخاب شدند که محقق بتواند بهترین اطلاعات را کسب نماید. در ابتدا مشارکت‌کنندگان به صورت «نمونه‌گیری مبتنی بر هدف» وارد مطالعه شدند. بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه‌های قبلی، مشارکت‌کننده بعدی و همچنین سؤالاتی که باید در مصاحبه‌های بعدی پرسیده می‌شد، تعیین گردید. در واقع با پیشرفت مطالعه، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به «نمونه‌گیری نظری» تبدیل و سعی شد تا افراد دارای تجربیات متفاوت در مطالعه گنجانده شوند و حداکثر پراکندگی و گوناگونی در داده‌ها رعایت گردد. با توجه به شیوع بیماری کرونا و دسترسی به نمونه‌ها از طریق پرس و جو از اطرافیان و آشنایان پس از دریافت آدرس آنها، به شرکت‌کنندگان دسترسی پیدا می‌کردیم. معیارهای ورود به این مطالعه شامل اعضای از خانواده بیمار مبتلا به کووید-۱۹ که درگیر مراقبت از بیمار بوده و یا به نحوی به دنبال ابتدای عضو خانواده دچار نگرانی شده است و بیمارشان در قید حیات و از کرونا بهبود یافته و هم‌قادر به بیان تجاربشان بودند و هم تمایل برای بیان آن داشتند و خود مراقب مبتلا به کووید نشده بود. همچنین یک ماه از بهبودی بیمارشان گذشته باشد.

نمونه‌گیری از دی‌ماه سال ۱۴۰۰ شروع و تا خردادماه ۱۴۰۱ ادامه داشت. نمونه‌گیری بدون استفاده از هیچ آزمون یا مضرری، از بین افرادی که به طور مستقیم با مسأله پژوهش در ارتباط بودند، تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه پیدا کرد براین مبنا پژوهشگر پس از مصاحبه با ۷ نفر به اشباع اطلاعاتی رسید که به جهت حصول اطمینان، مصاحبه‌ها تا ۱۰ نفر ادامه یافت. در این مطالعه به منظور جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه بدون ساختار استفاده شد. مکان مصاحبه با نظر شرکت‌کنندگان در منزل آنها و یا مکانی که آنها راحت بودند انتخاب شد. در جریان مصاحبه پروتکل‌های بهداشتی رعایت شد تا ضمن حفظ سلامت شرکت‌کنندگان، بتوان مصاحبه‌های پژوهش را انجام داد. مدت زمان مصاحبه از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. در ابتدای هر مصاحبه به طور شفاهی هدف پژوهش، مدت تقریبی انجام مصاحبه و حذف نام مصاحبه شونده، برای هر کدام از مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و سپس، فرصت کافی به هر مشارکت‌کننده داده شد تا متن رضایت‌نامه آگاهانه را به طور کامل مطالعه نماید و در مورد شرکت در مصاحبه تصمیم بگیرد. تمامی مصاحبه‌ها به صورت حضوری و یک مصاحبه به علت بعد مسافت به صورت تلفنی (با استفاده از دستگاه ضبط صدا) انجام گرفت. مصاحبه با سؤالات عمومی آغاز شد و با پیشرفت مصاحبه سؤالات اختصاصی‌تر بر اساس طبقات به دست آمده و با توجه به هدف مطالعه مطرح گردید. نمونه‌ای از سؤالات بدین

نمودند. ویژگی‌های دموگرافیک هر یک از شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

ردیف	جنسیت	سن	سطح تحصیلات	شغل	نسبت مراقب به بیمار
۱	زن	۴۱	لیسانس	خانه دار	دختر
۲	زن	۴۴	دیپلم	خانه‌دار	دختر
۳	مرد	۴۹	فوق دیپلم	کارمند	همسر
۴	مرد	۴۵	لیسانس	کارمند	داماد
۵	زن	۳۸	لیسانس	خانه‌دار	دختر
۶	زن	۳۸	دیپلم	خانه‌دار	عروس
۷	زن	۳۹	لیسانس	کارمند	همسر
۸	زن	۳۶	لیسانس	کارمند	دختر
۹	زن	۳۵	لیسانس	کارمند	همسر
۱۰	زن	۳۸	لیسانس	خانه‌دار	خواهر

ابتدا از توصیف‌های عمیق مشارکت‌کنندگان ۳۹۱ کد اولیه استخراج شد و نهایتاً پس از تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها و زیرطبقات، پنج طبقه اصلی شامل علائم تجربه شده ابتلا، آشفتنگی‌های فکری و روحی، ایشار در مراقبت، تاب‌آوری در مسیر مراقبت، تغییر و تحول در مدار زندگی به دست آمد. به منظور افزایش اعتبار داده‌های تحقیق و جلوگیری از شائبه شخصی، به نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان استناد می‌شود.

۱- علائم تجربه شده ابتلا: یکی از درون‌مایه‌های اصلی در مصاحبه با شرکت‌کنندگان که به آن اشاره کردند، علائم بیماری بود که با ظهور آنها، شرکت‌کنندگان به وجود کرونا در بیمارشان پی بردند که خود شامل در مضمون فرعی شامل: علائم ظهور بیماری و سیر علائم بود.

علائم ظهور بیماری: در بیشتر مصاحبه‌ها در مورد علائم ظهور بیماری شرکت‌کنندگان آنها را مشابه علائم سرماخوردگی بیان کردند.

«شروع علامت‌های همسر با تب و داغ شدن بود. ضعف و بی‌اشتهایی داشت. میل به خوردن نداشت.» (شرکت‌کننده ۳ و ۹)
 «علامت‌های مثل سرماخوردگی بود. فکر نمی‌کردیم کرونا باشد. تب و سردرد داشت.» (شرکت‌کننده ۱۰)

پس از ظهور علائم بیماری، شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که در هفته دوم ابتلا پایداری و گاهاً علائم دیگر را در بیمارانشان خود تجربه کردند.

«هفته دوم انگار بدتر شد. بدن درد، اوضاعش بدتر شده بود. البته دکتر بهم گفته بود که هفته دوم اینجوری میشه.» (شرکت‌کننده ۱)

۲- آشفتنگی‌های فکری و روحی: دومین درون‌مایه اصلی مصاحبه‌ها، آشفتنگی‌های فکری و روحی در خانواده‌ها بود. که خود شامل اضطراب، ترس از ماهیت بیماری، عذاب وجدان، وسواس، رنج عاطفی و نگرانی‌های مالی بود.

اضطراب: اضطراب احساس نگرانی یا تنش مبهم است که افراد در پاسخ به شرایط تهدیدکننده یا استرس‌زا از خود بروز می‌دهند.

اضطراب ابتلا: زمانی که عضوی در خانواده مبتلا به بیماری می‌شود و تشخیص مسجل می‌گردد، اعضای خانواده، دچار نگرانی‌ها و دغدغه‌های مختلف برای بیمار و زندگی وی می‌شوند.

«اول بابام گرفته بود. چون سن مادرم بالا بود همش می‌ترسیدم

شرح بود «ممکن است در مورد آن لحظه که متوجه ابتلا (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر) خود به کرونا شدید توضیح دهید؟».

دیگر سؤالات شامل مواردی از این دسته بود: در مورد اتفاقاتی که در زمان ابتلای عزیزتان به کرونا رخ داد توضیح دهید؟ با چه مسائلی در آن زمان مواجه شدید و چطور مشکلات خودتان را حل کردید؟ ممکن است در مورد تجربه مثبت یا منفی خود در رابطه با ابتلای بیمارشان صحبت کنید؟ همچنین در حین مصاحبه از سؤالاتی مانند «لطفاً بیشتر توضیح دهید» در جهت هدایت مصاحبه و واریسی استفاده شد. با پیشرفت مصاحبه‌ها و در جریان تحلیل آنها، سؤالاتی از متن مصاحبه‌ها استخراج و در مصاحبه‌های بعدی مورد استفاده قرار می‌گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی Lundman و Graneheim استفاده شد (۱۸).

واحد تحلیل در این مطالعه کل مصاحبه‌ها و واحدهای معنایی آن‌جملات یا پاراگراف‌های موجود در متون هر مصاحبه بودند نحوه استخراج مضامین به این ترتیب بود که فایل صوتی بعد از هر مصاحبه در کمتر از ۲۴ ساعت خط به خط و کلمه به کلمه دست‌نویس شد و جهت آشنایی با داده‌ها و ارزیابی دقیق آن‌ها چندین بار مرور و بازخوانی گردید تا برداشت کلی از سخنان شرکت‌کنندگان بدست آید. همزمان از یادداشت‌های غیرکلامی نیز برای تفسیر ارتباطات اولیه میان مفاهیمی که از بیان شرکت‌کنندگان بدست می‌آمد استفاده گردید. سپس به هر کلمه کلیدی و یا جمله یک کد داده شد. در این قسمت فرایند کدگذاری سطح اول با شناسایی و تشکیل کدها انجام گردید و در قدم بعدی کدهای اولیه مشابه در گروهای کنار هم قرار گرفتند و بدین ترتیب طبقات اولیه شکل گرفت، سپس با تلاش در جهت همگنی بیشتر در میان کدهای هر زیرطبقه، زیرطبقات مشخص شدند که در ابتدا از انتزاع زیادی برخوردار نبودند، لذا با انجام مقایسه مداوم، زیرطبقات مشابه باهم ادغام و در نهایت طبقات یا مضمون‌های اصلی استخراج شدند و درجه انتزاع افزایش یافت. جهت کسب اطمینان از گنجانده شدن همه داده‌ها در طبقات در نظر گرفته شده، پژوهشگر دوباره به متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراجی مراجعه نمود که این کار موجب افزایش دقت در طبقه‌بندی اطلاعات گردید. اگرچه پژوهشگران کیفی، به اندازه محققان کمی به دنبال تعمیم یافته‌های خود نیستند، اما تلاششان بر آن است تا یافته‌هایشان انعکاسی از تجارب اصیل انسان‌ها باشد. جهت ارزیابی دقت علمی مطالعه، چهار معیار اعتبار یا مقبولیت، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و قابلیت انتقال Guba و Lincoln مورد توجه قرار گرفت (۱۹).

در این زمینه محقق با مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و استفاده از نظرات تکمیلی آنها و همچنین درگیری طولانی‌مدت محقق با داده‌ها، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها و بررسی مداوم و مقایسه‌ای داده‌ها سعی در تأمین این معیارها نمود. کلیه اصول اخلاق در پژوهش‌های انسانی از جمله اخذ رضایت آگاهانه، اجازه برای ضبط مصاحبه‌ها، محرمانگی داده‌ها و حق خروج از پژوهش رعایت گردید. مطالعه حاضر به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک رسیده است (کد اخلاق: IR.ARAKMU.REC.1400.241).

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰ نفر (۲ مرد و ۸ زن) در محدوده سنی ۳۵-۴۹ شرکت

و عملی به انجام امور به ویژه رعایت کردن اصول بهداشتی، افکار تکرار شونده بود.

«انگار وسواس فکری گرفته بودم. از خونه مامانم اینا که میامدم خونه خودمون اگه یه تک سرفه میکردم، یا سردرد داشتم، یا ته حلقم می سوخت میگفتم کرونا شدم، استرس می گرفتم.» شرکت کننده ۵

وسواس عملی: «اصلا الکل شده بود جز دکور خونمون. من تو کیفم یه دونه داشتم، حتی برای دخترمم جدا گذاشته بودم. بیرون که میرفتم بدتر بود سه تا ماسک میزد، دستکش میپوشیدم، از بیرونم میامدم اول میرفتم محوم، بیچاره شدم.» (شرکت کننده ۵)

۶- رنج عاطفی: یکی دیگر از مضامین فرعی برگرفته از آشفتگی‌های فکری و روحی، رنج عاطفی بود که از مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان استخراج شد.

«روزا خیلی سخت میرفتن. نمیدونم حال برای ما که مریض داشتیم اینجوری بود یا برای همه هم همینجوری بود. کسل شده بودیم، دوست داشتم زودتر تموم بشه.» (شرکت کننده ۴)

۷- نگرانی‌های مالی: مسائل مالی، یکی از عوامل افزایش استرس در اعضای خانواده‌ها ذکر شد. اکثر شرکت‌کنندگان مطالعه با توجه به سطح اقتصادی که داشتند و با توجه به ماهیت بیماری متحمل بار اقتصادی شدیدی شده بودند.

«گرفتن داروها، مواد ضد عفونی، تهیه ماسک، خیلی گرون میشدن. دیگه من هرچی داشتم خرج کرده بودم دیگه وسط ماه از پس اندازم استفاده کردم. چون شوهرمم مریض شده بود نمی رفت سرکار حقوق کمی بهش میدادن. اوضاع اقتصادی مون ریخته بود بهم.» (شرکت کننده ۷)

۸- ایثار در مراقبت: سوامین مضمون اصلی بدست آمده از مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ایثار در مراقبت بود که خود شامل دو زیرطبقه شامل رنج مراقبت و تعدد نقش بوده است که هر یک از این طبقات نیز به نوبه خود شامل زیرطبقه‌های دیگر بودند که در زیر به شرح آنها پرداخته شده است.

رنج مراقبت: این زیرطبقه خود شامل مشقت بار بودن مراقبت و خستگی مراقبتی بود.

مشقت بار بودن مراقبت: «انگار کارام صبر برابر شده بودن. هم کارای قبلی خونه رو داشتم هم اینکه باید به شوهرم می رسیدم، دیگه همه کارا افتاده بود گردن خودم، دیگه انرژی کم شده بود. شما خودتم حساب کن یه نفره میخوای همه کاری انجام بدی، بدنت کم میاره.» (شرکت کننده ۷)

خستگی مراقبت: «من با این که خونه دار بودم، صبح که بلند میشدم مشغول غذا درست کردن، آمبیوه گرفتن، میان وعده درست کردن میشدم. بعد اینا رو میبردیم خونه بابام اینا. دیگه اونجا می موندیم کاراشونو م یکردم، شستشویی، تمیزکردنی داشتن انجام میدادم. غذاشونو میدادم. خیالم که بابتشون راحت میشد می امدم خونه خودمون. خوب خونمونم کارای خودم بود. خیلی خسته می شدم. همین کارا رفت و آمد وقتمو میگرفتن.» (شرکت کننده ۵)

تعارض بین نقش‌ها: مسؤولیت‌های متعدد همراه با بر عهده گرفتن نقش مراقبتی و همچنین تنهایی و سنگینی نقش مراقبتی، پیامدهایی بود که به دنبال برعهده گرفتن نقش مراقبتی در خانواده ایجاد شده بود.

اونم بگیره و حالش بد بشه. اخه مادرم ازون بد مریضاست. سنشون بالا بود. بعد همش تو اخبار آمار مرگ و میر افراد مسن بیشتر از بقیه بود. خیلی می ترسیدم» (شرکت کننده ۱)

اگرچه قرنطینه برای محافظت از سلامتی افراد در برابر بیماری‌های عفونی است، اما به طور گسترده‌ای به عنوان یک تجربه ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود و در شرایط همه‌گیری ویروس کرونا، افرادی که قرنطینه می‌شوند ارتباطات رودر رو و اجتماعی را از دست می‌دهند و این ممکن است به عنوان واقعه استرس‌زا در نظر گرفته شود.

«به خاطر کرونا که پدر و مادرم گرفته بودن خونه نشین شده بودند، اونایی که حداقل یه بار در روزم که شده میرفتن بیرون مثلا بابام میرفت نون میگرفت، همسایه ای میدید حالش خوب میشد ولی به خاطر مریضیش نمی تونست بره. رفت آمدمون کم کرده بودیم، دورهمی که آخر هفته خونه بابا اینا داشتیم قطع شد. به قول معروف قرنطینه شده بودیم میترسیدیم نکنه ما هم بگیریم. نمی دونستیم که چیه، به خاطر همین میترسیدیم تا مشکوک شدیم که بابام علامت دار شده و ممکن کرونا باشه اتاقشو جدا کرد.» (شرکت کننده ۵)

اضطراب مرگ: یکی از بیشترین مضامینی که شرکت‌کنندگان از مراقبت بیمار خود اظهار داشتن ترس از مرگ عزیزانشان بود. آمار مربوط به کشته‌شدگان در اثر کرونا، عامل ایجاد نگرانی و ترس در بین افراد شده بود.

«هر بار که میرفتم خونه پدرم و حالشونو می دیدم با خودم می گفتم نکنه اینبار آخرین باری که میبینمشون. می ترسیدم طاقت نیارن. واقعا بیماری سختیه» (شرکت کننده ۱)

۳- ترس از ماهیت مبهم بیماری: ترس ناشی از ماهیت مبهم بیماری، یکی از خرده مضامین مرتبط با آشفتگی‌های فکری و روحی بود که از صحبت‌های شرکت‌کنندگان پژوهش استنباط شد، ناشناخته بودن این ویروس و اطلاعات بسیار کمی که جامعه علمی و به تبع آن افراد عادی جامعه دارند باعث ترس از بیماری و به تبع آن افزایش اضطراب شده است. این اضطراب بیشتر از مبهم بودن شرایط، ناشناخته بودن بیماری و درمان آن، بی‌اعتمادی به آینده و ... نشأت می‌گیرد.

«خودش که ترس داشت هیچ‌این که اطلاعات کافی هم درموردش نداشتیم بیشتر ترس ایجاد میکرد. حالا یه بیماری هست که همه میگیرن اما درمان مشخصی داره به نظرم این خیلی ترسناک نیست. ولی اینکه در موردش ندونی خیلی بده.» (شرکت کننده ۵)

۴- عذاب وجدان: یکی دیگر از مضامین استخراج شده از مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان عذاب وجدان بود.

«چون من تو بیمارستان کار میکنم. و مریضای کرونایی رو تو بیمارستان ما میاوردن. و مجبور بودم برم سرکار وقتی خانومم کرونا گرفت همش با خودم میگفتم نکنه من بهش منتقل کردم، عذاب وجدان داشتم. ولی خوب منم خیلی رعایت میکردم، ولی این عذاب باهام بود.» (شرکت کننده ۳)

۵- وسواس: یکی دیگر از مشکلاتی که خانواده‌ها در زمینه مراقبت از بیمارشان دچار آن شده بودند وسواس بود. که خود شامل وسواس فکری و وسواس عملی می‌شد.

وسواس فکری: منظور از وسواس برای شرکت‌کنندگان، اشتغال ذهنی

مثبتی که استفاده کرده بودن و نتیجه دیده بودن رو هم استفاده میکردیم.» (شرکت کننده ۴)

۹- تغییر و تحول در مدار زندگی: یکی از برجسته‌ترین تبعات مثبت ناشی از مراقبت برای مراقبین خانوادگی تغییر و تحول در مدار زندگی آنها بود، که در نقل قول‌های اکثر مراقبین به آن اشاره شده بود. این مضمون اصلی شامل دو خرده مفاهیم رشد فردی و بدست آوردن معنای زندگی بود.

رشد فردی: طبقه رشد فردی در مراقبین دارای زیرطبقاتی همچون تحول در نگرش افزایش خود مراقبتی، رشد معنوی و برجسته شدن صفات مثبت شخصیتی بود.

«به نظرم اونچه که مراقبت از مریضم برای من یا حتی برای خودش داشت این بود که قدرسلامتی منو بدونیم، بیشتر مراقب سلامتی من باشم سعی کنم رژیم غذایی سالمی داشته باشم، ورزش کنم.» (شرکت کننده ۵)

در نتیجه مواجهه شدن این مراقبین با رویداد پراسترسی همچون مراقبت از فرد مبتلا به کرونا رشد معنوی در آنها شکل گرفت و به مواردی همچون عمیق تر شدن رابطه با خدا، شاکر نعمت‌های خدا بودن و امید به خدا داشتن را از نقل قول‌های مستقیم این شرکت کنندگان استخراج شد. «این بیماری انگار باعث شده بود ارتباطم با خدا بیشتر بشه چون فقط خدا هست که میتونه کمک آدم بکنه که بتونه تو سختی‌ها پیروز بشه. امیدم به خودش بود و میدونستم کمک میکنه.» (شرکت کننده ۱۰)

قرارگیری مراقبین در شرایط سخت مراقبت، موجب بروز ویژگی‌های مثبت شخصیتی نظیر صبور شدن، قوی و مقاوم شدن در برابر سختی‌ها، آرام تر شدن، افزایش حس نوع دوستی و کمک به افراد نیازمند شده بود. «یکی دیگه از حس‌های من این بود که تونستم تمرین کنم که آرام تر و صبورتر بشم، اگه یه اتفاق ناگواری برام افتاد سریع خودمو نیازم و قوی باشم، اگه کاری از دستم برمیاد برای دیگران انجام بدم. خوب این چیزای خیلی خوبی بود که کرونا از مراقبت بهم داد. تجربه‌های مثبت. همش که منفی نبود.» (شرکت کننده ۴)

بدست آوردن معنای زندگی: از دیگر خرده مضامین طبقه تغییر و تحول در مدار زندگی، بدست آوردن معنای زندگی بود.

«وقتی پدر و مادرم مریض شدن وبه این فکر میکردم که نکنه بلایی سرشون بیاد و از دستشون بدم اونجا بود که از خدا خواستم که کمک کنه که بتونم قدر پدر مادرو بدونم اونا گنجایی هستن که دیگه پیداشون نمیکنی. (گریه میکنه و چند لحظه ای سکوت می‌کنه).» (شرکت کننده ۸).

بحث

در مطالعه حاضر، بعد از تحلیل مصاحبه‌های ۱۰ شرکت کننده، پنج درون‌مایه اصلی به دست آمد: علائم تجربه شده ابتلا، آشفتگی‌های فکری و روحی، ایثار در مراقبت، تاب‌آوری در مسیر مراقبت و تغییر و تحول در مدار زندگی.

درون مایه علائم تجربه شده ابتلا شامل دو زیرطبقه علائم ظهور بیماری و سیر علائم بود. شرکت کنندگان بعنوان مراقبین بیماران خود با آنها مواجهه شده بودند. تب، ضعف، بی‌اشتهایی، بدن درد، علائم مشابه سرماخوردگی، حالت تهوع را گزارش کرده بودند. همچنین در سیر علائم

«من خواهرم مبتلا شده بود چون فقط مادوتا خواهر بودیم من ازش مراقبت میکردم، شوهرشم بود ولی اون چون صبح تا غروب سرکار بود خودم بهش میرسیدم، هم خواهرمو داشتیم هم بچه‌های خودمو، هم شوهرم، این وسط گیرافتاده بودم. نه اینکه بگم ناراحت بودم که به خواهرم میرسیدم نه.. هم هول خواهرمو داشتیم هم خانواده خودم.» (شرکت کننده ۱۰)

«هم سرکاری رفتم، هم می‌امدم خونه نقش پرستار و داشتیم هم تمام کارای خونه افتاده بود گردن خودم.» (شرکت کننده ۹)

جبران نقش: یکی دیگر از زیرمفهوم‌های استخراج شده از توصیفات شرکت کنندگان جبران نقش بود که تعدادی از مراقبین به واسطه بعد مسافت و عدم دسترسی به بیمارشان به آن اشاره داشتند.

«من برادرم از موم دور بود و نمیتونست بیاد. ولی بنده خدا پول میریخت به حساب من میگفت هرچه بابا اینا احتیاج دارن برایشون بخر. اگه دارویی هم احتیاج داشتن بهش زنگ میزدیم برامون میفرستاد. به جورایی به قول خودش نمی‌تونست از بابا اینا مراقبت کنه ولی اینجوری جبران می‌کرد.» (شرکت کننده ۲)

یکی از مفاهیم اصلی دیگر که از تجربیات مطالعه حاضر به دست آمد، تاب‌آوری در مسیر مراقبت بود که خود شامل سه زیر مفهوم: جنبه‌های حمایت‌گرانه، کاهش استرس مراقبتی و جستجوی اطلاعات در زمینه بیماری بود. که در زیر هر کدام از آنها شرح داده شده است.

تاب‌آوری

جنبه‌های حمایت‌گرانه: از زیر طبقه‌های تاب‌آوری می‌توان به طبقه جنبه‌های حمایت‌گرانه اشاره کرد که خود شامل: روابط مثبت بین اعضای خانواده، انتقال تفکر مثبت و حمایت اشخاص مهم زندگی بوده است. خانواده‌ها در توصیف‌هایشان به حمایت نزدیکان و اعضای خانواده‌شان به عنوان عاملی آرامش‌بخش برای خود یاد کردند.

«خانومم وقتی کرونا گرفت خیلی ترسید. چون بیماری زمینه‌ایم داشت بیشتر می‌ترسید. من همش سعی میکردم بهش روحیه بدم، آخه خودش خیلی باخته بود. دلداریش میدادم، میگفتم تو خیلی قوی تراز کرونایی، شکستش میدی. میگفتم مثبت فکر کن.» (شرکت کننده ۳)

کاهش استرس مراقبتی: یکی دیگر از عواملی که مراقبین از تجربیاتشان در زمینه تاب‌آوری در مسیر مراقبت به آن اشاره داشتند و در این مسیر به آنها کمک کرد، کم کردن استرس‌شان بود. البته این کاهش استرس از طریق مقایسه کردن شرایط، دیدن نتیجه مثبت مراقبت، آسایش معنوی، کمک گرفتن از طب سنتی بوده است.

«من تو بیمارستان کار میکنم. خوب تو اون روزایای کرونایی ما مریض کرونا داشتیم، اونا خیلی بد حال بودن بعد وقتی شرایط همسرمو با اونا مقایسه می‌کردم و میدیدم خیلی حالش بد نیست یه خرده از استرس کم میشد.» (شرکت کننده ۹)

جمع‌آوری اطلاعات در مورد بیماری: آنچه که شرکت کنندگان از نتایج جمع‌آوری اطلاعات در مورد کرونا در مصاحبه‌ها بدان اشاره کردند، کم شدن استرس‌شان پس از کسب اطلاعات بوده است.

«خوب این چیزی بود که عالمو درگیر کرده بود و چون جدید بود اطلاعات در موردش کم بود ولی ما سعی میکردیم اطلاعاتی که وزارت بهداشت منتشر میکرد رو بیشتر دنبال کنیم، البته کسانی که مثلاً تجربه

این بیماری، علایم گوارشی بعد از گذشت ۳ تا ۴ روز و همچنین ظهور سرفه‌های مداوم بعد از گذشت ۴ تا ۵ روز در بیان شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. Abolfathi و همکاران دریافتند که ۸۷/۳ درصد از بیماران کووید-۱۹ تب داشته‌اند. همچنین آنها گزارش دادند که ۸۵ درصد از بیماران خستگی، ۷۰/۴ درصد، سرفه، ۸۴/۲ درصد، بی‌اشتهایی و ۸۷/۳ درصد، بدن درد داشتند. شکم درد و علائم گوارشی در تعداد کمی از بیماران رخ داده بود (۲۰).

دومین درون‌مایه اصلی در مطالعه کنونی آشفتگی‌های فکری و روحی بود. که خود شامل اضطراب ابتلا، اضطراب مرگ، ترس از ماهیت مبهم بیماری، عذاب وجدان، وسواس و نگرانی‌های مالی بود. به طور کلی بیماری‌های مسری و کشنده مخصوصاً زمانی که ناشناخته باشند و روش درمانی معینی نداشته باشد، به عنوان یک بحران و پدیده‌های منفور، آثار منفی اجتماعی، اقتصادی، جانی و روانشناختی بسیاری دارند که متأسفانه دیرپا و بعضاً جبران‌ناپذیر هستند (۲۱). بنا به اظهارات شرکت‌کنندگان پژوهش شرایط ناشی از بیماری کووید-۱۹ باعث اضطراب در آنها شده بود. این اضطراب در رابطه با اضطراب مبتلا شدن اعضای خانواده بود. معمولاً افراد یک خانواده در مورد سلامت یکدیگر احساس مسئولیت می‌کنند. شیوع بیماری کرونا و همه‌گیری فزاینده آن، نگرانی و اضطراب در ابتلای اعضای خانواده به بیماری را افزایش داده بود.

Wang و همکاران نشان دادند که سطح استرس در کشور چین طی مرحله اولیه شیوع کووید-۱۹ افزایش یافته است. در واقع نتایج این پژوهش نشان داد که ۵۳/۸ درصد تأثیرات روانشناختی ناشی از کووید-۱۹ را از متوسط تا شدید گزارش کردند و حدود ۸/۱ درصد نیز از علائم استرس نشان دادند. افراد سطوح بالای استرس خود را ناشی از بیماری کووید-۱۹ می‌دانستند (۲۲).

از دیگر یافته‌های بدست آمده از زیرطبقه آشفتگی‌های فکری و روحی که باعث ایجاد اضطراب در خانواده‌ها شده، قرنطینه بود. اگرچه قرنطینه برای محافظت از سلامتی افراد در برابر بیماری‌های عفونی است، اما به طور گسترده‌ای به عنوان یک تجربه ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود که ممکن است مشکلات روانی مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، ترس، تنهایی، نارضایتی و سرگیجه را در پی داشته باشد. یکی دیگر از آشفتگی‌های فکری و روحی که خانواده‌ها در مراقبت از بیمار خود بدان اشاره کردند ترس از ماهیت مبهم بیماری بود. در واقع پیش‌بینی‌ناپذیر بودن وضعیت، نبود درمان قطعی، عدم اطمینان از زمان کنترل بیماری و انتقال سریع انسان به انسان از مهم‌ترین دلایل نگرانی در بیشتر مردم جهان می‌باشد (۲۳). طبق بررسی‌های انجمن روانشناسی آمریکا، ترس از آلودگی شایع‌ترین وسواس به حساب می‌آید. ترس از آلودگی غالباً با آداب اجباری مانند شستشوی دست‌ها، تمیز کردن و انجام اقدامات متناسب برای کاهش قرار گرفتن در معرض منابع آلوده همراه است. با توجه به این که رعایت بهداشت فردی (شست و شوی مداوم دست‌ها، استفاده از ماسک و دستکش) و حفظ فاصله‌گذاری اجتماعی یکی از مهم‌ترین روش‌ها در جهت پیشگیری و جلوگیری از شیوع هر چه بیشتر ویروس کووید-۱۹ می‌باشد. خطر ابتلا به وسواس‌های عملی طی همه‌گیری کرونا بسیار متحمل تلقی می‌شود (۲۴). از جمله مشکلاتی که خانواده‌ها در مراقبت از بیمارشان گریبان‌گیرشان بود

افکار وسواسی بود که در یافته‌های این پژوهش بدست آمد. از دیگر آشفتگی‌های فکری و روحی که مشارکت‌کنندگان بدان اشاره کردند و از جمله نگرانی و دغدغه‌هایشان عنوان کردند، نگرانی در زمینه مسائل مالی بود، که از این جهت آنها را دچار نگرانی کرده بود. در پژوهشی که قره داغی و معصومی علاء، با بررسی کیفی تجارب زیسته خانواده‌های گسسته و درهم تنیده در کنار آمدن با قرنطینه در دوره شیوع کووید-۱۹ انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مسائل مالی، یکی از عوامل افزایش استرس در اعضای خانواده‌ها می‌باشد. این عامل بیشتر موجب استرس سرپرستان خانواده‌ها بود اما سایر اعضا نیز نگران تمام شدن پس‌اندازها، کاهش رفاه خانواده و استرس‌های مالی ایجاد شده در سرپرست یا سرپرستان خانواده‌شان بودند (۲۵).

یافته‌های Mihashi و همکاران در پژوهشی نشان داد که بیشترین مشکل روانی که پس از بهبود بیماری سارس در کشور چین بروز کرد، مشکلات مالی خانوارها بود. به طوری که بالاترین میزان پیش‌بینی‌کننده کاهش سلامت روان در نظر گرفته شد (۲۶).

یکی دیگر از مضامین اصلی بدست آمده از یافته‌های پژوهش ایشار در مراقبت بود. اعضای خانواده دارای بیمار مبتلا به کووید-۱۹ با وجود خستگی و رنج به وجود آمده ناشی از بیماری، به علت تعلق خاطر، از خود و نیازهای خود می‌گذرند و به خواسته‌های بیمار توجه می‌کنند. در واقع انگیزه این نوع فداکاری به پیوندهای خونی و یا عاطفی بین اعضا بر می‌گردد (۲۷). در شرایطی که همه از بیمار مبتلا به کرونا فاصله می‌گیرند، همسر بیمار یا سایر اعضای خانواده با رسیدگی شبانه‌روزی و به خطر انداختن جان خود و حتی مبتلا شدن به کرونا در اثر پرستاری، از خودگذشتگی را نشان می‌دهند.

کلاگری و همکاران نیز در پژوهش خود به این موضوع اشاره کردند که اگر افراد در تعادل بین انجام وظایف شغلی و خانوادگی دچار مشکل شوند، زمینه برای بروز عوارض، مشکلات و صدمه به افراد و روابط آنان در محیط کاری و خانوادگی فراهم می‌گردد (۲۸).

از دیگر طبقه اصلی که در این مطالعه به آن دست یافته شد، تاب‌آوری در مسیر مراقبت بود. آنچه که توانسته بود رنج و سختی مراقبین در مسیر مراقبت از بیمارشان را کاهش دهد و روند مراقبت را برای آنها تسهیل کند، تاب‌آوری بود. تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و همچنین به معنای مهارت‌ها و خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار سازد (۲۹).

در مطالعه چراغی و همکاران، به این نتیجه دست یافتند که افرادی که تاب‌آوری بیشتری دارند، در مواجهه با کرونا هم صبر و مقاومتشان بیشتر است همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد، افرادی که از نظر اعتقادی و جسمانی و آموزشی شرایط بهتری داشته‌اند در مواجهه با بیماری کرونا مقاوم‌تر هستند (۳۰).

حمایت اشخاص مهم زندگی و همراهی و درک آنها، روابط مثبت بین اعضای خانواده و انتقال تفکر مثبت به بیمار، از جمله موارد حمایت‌گرایانه‌ای بود که شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها به جهت تسهیل در

از بیمار بودند نپرداختیم، بلکه تجارب سایر افراد خانواده که به هر دلیل نمی‌توانستند در مراقبت از بیمار مشارکت داشته باشند اما به دنبال ابتدای عزیزشان مسائلی را تجربه می‌نمودند؛ پرداختیم تا به چالش‌های تجربه شده آنان پی ببریم. اما چون ماهیت مطالعه کیفی بود ما در این پژوهش همانند سایر مطالعات کیفی توانایی تعمیم‌پذیری را نداریم که این محدودیت، با وجود مزایای مطالعات کیفی، جزء محدودیت‌های لاینفک آنها است.

نتیجه‌گیری

اگرچه ابتلا به کرونای یکی از اعضای خانواده باعث ورود خانواده به یک بحران، تغییر نقش‌ها، ایجاد مشکلات بسیاری از جمله مشکلات اقتصادی، عاطفی، اجتماعی می‌شود، اما موجب حضور خانواده در تمام لحظات در کنار بیمار خود و حمایت‌سبورانه از او تارسیدن به مرحله بهبودی می‌شود. این مسأله اهمیت نقش خانواده را در بهبود بیمار و تسهیل مسیر درمانی مطرح می‌کند که هرگز نباید نادیده گرفته شود. از آنجا که نهاد خانواده به عنوان نهادی قدرتمند و قابل اتکا این توانایی را دارد که با مدیریت صحیح رفتارها، در حل این بحران در کنار نظام سلامت ایفای نقش نماید. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی بود و مثل سایر پژوهش‌های کیفی تعمیم یافته‌های آن با احتیاط باید صورت گیرد. به علاوه، در شرایط شیوع کرونا و الزام رعایت پروتکل‌های بهداشتی انجام شد؛ این موضوع ممکن است شکل‌گیری فضای همدلانه را تحت‌الشعاع قرار دهد و این مطالعه در شهر اراک انجام شده است. لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر مرتفع کردن محدودیت‌های این پژوهش، در سایر مناطق جغرافیایی کشور و با توجه به قومیت‌های مختلف و افرادی که به علت کرونا در بیمارستان در بخش ویژه بستری شده‌اند و یا در بخش معمولی و خانواده از این دسته مراقبت می‌کنند، صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه عزیزانی که در انجام این تحقیق همکاری داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

سهم نویسندگان

بهاره بیات (نمونه‌گیری، مصاحبه، تجزیه و تحلیل اطلاعات، نوشتن پیش‌نویس طرح و مقاله)، کبری راهزانی (ارائه ایده، طراحی، نظارت، ویرایش نهایی مقاله)، داود حکمت‌پو (مشاوره در طراحی اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها).

تضاد منافع

نویسندگان تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

امر مراقبت از بیمارشان، به آنها اشاره کردند. خانواده‌های شرکت‌کننده، وقتی از سوی نزدیکان و افراد مهم در زندگی خود، حمایت لازم را دریافت می‌کردند، احساس آرامش می‌نمودند که مضمونی مشابه مطالعه Asgari و همکاران بود (۲۱)، که زیر طبقه با عنوان تشدید حس حمایتگرانه درون خانوادگی حاکی از آن بود ابتلاء افراد به بیماری باعث شده بود که اعضای طبقه متون؛ برآورده نمودن نیازهای بیمار توسط مراقب باعث ایجاد استرس روانی در شخص مراقب می‌شود که در صورت حمایت توسط سایر اعضای خانواده، استرس آنان به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد (۳۱، ۳۲). در همه‌گیری ویروس کرونا، مردم بر قدرت خدا تکیه کرده و باور به وجود خداوند بیانگر نشاط خوشایندی است که منجر به تاب‌آوری فرد در چالش‌های بحران همچون همه‌گیری کنونی می‌شود. آخرین و اصلی‌ترین مضمون استخراج شده این پژوهش تغییر و تحول در مدار زندگی بود.

بیماری کرونا اگرچه به سلامتی و رفاه افراد آسیب رسانده، به اقتصادهای کشورهای مختلف صدمه وارد کرده و منجر به بی‌اطمینانی نسبت به آینده شده است، اما ممکن است نتایج مثبتی نیز در انگیزه افراد برای محافظت از روابطشان ایجاد کرده باشد.

پور شه‌ریار و همکاران نیز بیان کردند، همه‌گیری این بیماری، با وجود همه‌ی رنج و دردهایی که به همراه داشته است، انسان را واداشته تا در مورد معنای وجودی و مفاهیم مرتبط به آن مانند مرگ، بیشتر از قبل بیندیشد و این اندیشیدن‌ها منجر به شکل‌گیری باورهای رشدیافته برای او خواهد شد (۳۳).

یکی از برجسته‌ترین تبعات مثبت ناشی از مراقبت برای مراقبین خانوادگی، رشد فردی آنها بود، که در نقل قول‌های اکثر مراقبین به آن اشاره شده بود. مطالعات نشان داده‌اند که ۹۰-۵۵ درصد مراقبین خانوادگی در طول فرایند مراقبت رشد فردی را تجربه می‌کنند. رشد فردی می‌تواند با پیامدهای مثبت مراقبت نیز همراه باشد.

مطالعه‌ای که بر روی مراقبین خانوادگی مبتلایان به دمانس در دوران انتهایی زندگی انجام شده بود، بعد «پختگی» به عنوان جنبه مثبت ارزیابی مراقبت اعلام شد، که این بعد در برگزیده رشد مراقب، قدر زندگی را دانستن، روابط بهتر با مراقبت شونده، احساس خوب به کار مراقبت خود و کمکی که ارائه می‌دهد، و روابط بهتر با سایر اعضای خانواده می‌باشد (۳۴).

طبقه فرعی «رشد معنوی» که به عنوان یکی از ابعاد رشد فردی در تجارب مثبت مراقبین از ارزیابی کار خود عنوان شد، در نتیجه مواجهه شدن این مراقبین با رویداد پراسترسی همچون مراقبت از فرد مبتلا به کرونا شکل گرفت و به مواردی همچون تغییر نگاه در زندگی، تفکر عمیق‌تر به فلسفه زندگی، عمیق‌تر شدن رابطه با خدا، قدر داشته‌های زندگی را دانستن، شاکر نعمت‌های خدا بودن، و امید به خدا داشتن را در نقل قول‌های مستقیم این شرکت‌کنندگان دست یافته شد.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این مورد اشاره نمود که در مطالعه حاضر ما صرفاً به تبیین تجارب افرادی از خانواده که درگیر مراقبت

References

- Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The Outbreak of COVID -19: An Overview. *J Chin Med Assoc.* 2020;83(3): 217-20. **pmid:** 32134861 **doi:** 10.1097/JCMA.0000000000002070
- Huang X, Wei F, Hu L, Wen L, Chen K. Epidemiology and Clinical Characteristics of COVID-19. *Arch Iran Med.* 2020;23(4):268-71. **pmid:** 32271601 **doi:** 10.34172/aim.2020.09
- COVID-19 Coronavirus Pandemic. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Aghahosseini SS. Lived experiences of patients recovered from Covid-19: An interpretive phenomenological study [in Persian]. *Journal of Hayat.* 2022;27(4):374-86.
- Okati N, Abdekhodaie Z. The lived experience of adolescents from COVID-19 and Quarantine during the first and second peak of the pandemic [in Persian]. *J Clin Psychol.* 2021;13(Special Issue 2):147-15. **doi:** 10.22075/jcp.2021.22550.2075
- Dong XY, Wang L, Tao YX, Suo XL, Li YC, Liu F, et al. Psychometric properties of the anxiety inventory for respiratory disease in patients with COPD in China. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016;12:49-58. **pmid:** 28053516 **doi:** 10.2147/COPD.S117626
- Ryu S, Chun BC, Korean Society of Epidemiology 2019-nCoV Task Force Team. An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiol Health.* 2020;42:e2020006. **pmid:** 32023775 **doi:** 10.4178/epih.e2020006
- Feder T, McAndrew S, O'Brien D, Taylor M. Cultural consumption and COVID-19: evidence from the Taking Part and COVID-19 Cultural Participation Monitor surveys. *Leisure Studies.* 2022;42(1):38-55. **doi:** 10.1080/02614367.2022.2088831
- Rabie Siahkhalil S, Pourmemari M H, Khaleghdoost Mohammadi T, Askandari F, Avazeh A. Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units [in Persian]. *J Adv Med Biomed Res.* 2010;18(70):91-10.
- RabieSiahkhalil S, Avazeh A, Eskandari F, Khalegh doost Mohamadi T, Mazloom S, Paryad E. A survey on psychological and environmental factors on family anxiety of the hospitalized patients in intensive care units [in Persian]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2011;3(4):175-80.
- Bahrami F, Islami M, Moshtagh Eshgh Z, Fesharki M. Effects of programmed education on stress of family caregivers with a relative in on intensive care unit of Isfahan University Medical Sciences hospitals during 2009 [in Persian]. *Journal of Rafsanjan. Nursing, Midwifery and Paramedical* 2009;3(4):18-24.
- Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse.* 2009; 29(3):28-34. **pmid:** 19487778 **doi:** 10.4037/ccn2009611
- Shafiee F, Shariatmadar A, Farahbakhsh K. Investigating lived experiences of psychological stresses of cancerous children and their families at different stages of the disease [in Persian]. *Health Psychology.* 2019;8(31):119-38. **doi:** 10.30473/hpj.2019.41705.4094
- Andrade C, Gillen M, Molina JA, Wilmarth MJ. The Social and Economic Impact of Covid-19 on Family Functioning and Well-Being: Where do we go from here? *J Fam Econ Issues.* 2022;43(2):205-12. **pmid:** 35669394 **doi:** 10.1007/s10834-022-09848-x
- McAuliffe R, O'Connor L, Meagher D. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(2):145-53. **pmid:** 23593964 **doi:** 10.1111/jpm.12065
- Wildemuth BM. Qualitative Analysis of Content In: Wildemuth BM. Editor. *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science.* London, UK: Libraries Unlimited; 2009. p. 1-12.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research.* 2005;15(9):1277-88. **pmid:** 16204405 **doi:** 10.1177/1049732305276687
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-12. **pmid:** 14769454 **doi:** 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Enworo OC. Application of Guba and Lincoln's parallel criteria to assess trustworthiness of qualitative research on indigenous social protection systems. *Qualitative Research Journal.* 2023;23(4):372-84.
- Abolfathi A, Mehrabi F, Lotfi Sheikhan A, Mirzaei G R, Moslemi A, Sohrabi R. Demographic characteristics, clinical symptoms, and radiological features in patients with COVID-19 in Iran. *JCCNC.* 2020;6(3):163-74. **doi:** 10.32598/JCCNC.6.3.303.1
- Asgari M, Choubdari A, Skandari H. Exploring the life experiences of people with Corona Virus disease in personal, family and social relationships and Strategies to prevent and control the psychological effects. *Counseling Culture and Psychotherapy.* 2021;12(45):33-52. **doi:** 10.22054/qccpc.2020.53244.2453
- Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet.* 2020;395(10223):470-3. **pmid:** 31986257 **doi:** 10.1016/S0140-6736(20)30185-9
- Huang X, Wei F, Hu L, Wen L, Chen K. Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. *Arch Iran Med.* 2020;23(4):268-71. **pmid:** 32271601 **doi:** 10.34172/aim.2020.09
- Bagheri Sheikhangfata F, Sadeghi Choukani A. Intellectual-practical obsession during the 2019 Corona Virus Pandemic (COVID-19): Letter to the Editor [in Persian]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2020;28(6):2700-4. **doi:** 10.18502/ssu.v28i6.4149
- Gharedaghi A, Masoumi Ala S. Qualitative study of lived experiences of disengaged and connected families in coping with quarantine during the prevalence of COVID-19 [in Persian]. *Counseling Culture and Psychotherapy.* 2021;12(45):47-82. **doi:** 10.22054/QCCPC.2020.53015.2441
- Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol.* 2009;28(1):91-100. **pmid:** 19210022 **doi:** 10.1037/a0013674
- Ebrahimpour Mouziraji Z, Sanagoo A, Jouybari L. Lived experiences of a family with a patient with schizophrenia [in Persian]. *IJPN.* 2021;9(5):99-109.
- Kolagari S, Zagheri Tafreshi M, Rassouli M, Kavousi A, Kolagari S. Nursing teachers' perception of role strain: a qualitative study [in Persian]. *J Res Dev Nurs Midw.* 2015;12(1):64-75.
- Karimirad M R, Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resiliency family caregivers of people with mental disorders in Tehran [in Persian]. *IJNR.* 2018;13(1):57-63. **doi:** 10.21859/ijnr-13018
- Cheraghi M, Kaffashi M, Pirahary N, Baghaei Sarabi A, Kashani M. sociological explanation of resilience of women in Tehran in the face of COVID-19 disease [in Persian]. *Journal of Iranian Social Studies.* 2020;14(2):59-82. **doi:** doi.org/10.22034/jss.2020.243854
- Pashaei F, Taleghani F, Tawakkal K, Rezaei A. Family experiences from caregiving of patient with coronary artery bypass graft surgery: a qualitative study [in Persian]. *IJNR.* 2010;5(16):61-71.
- Mousavi MS, Rahzani K, Pou DH. Experiences of nurses diagnosed with COVID-19: a qualitative study. *J Caring Sci.* 2024;13(3):180-7. **pmid:** 39624608 **doi:** 10.34172/jcs.33414

33. Pourshahriar H, Dindoost M, Baharshanjani S. The difference between the lived experience of healthy spouses and mourning spouses during the corona virus epidemic [in Persian]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2021;14(4):1-18. doi: 10.52547/rph.14.4.1
34. Farhadi A, Noroozian M, Mohammadi F, Foroughan M, Rassouli M, Sadeghmoghadam L, et al. Positive experiences of caregiving in family caregivers of older adults with dementia: a content analysis study [in Persian]. *Iran South Med J*. 2018;21(4):319-34.