Journal of Research in Psychological Health

June 2020, Volume 14, Issue1

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]

[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

Lived Experience of Patients with Coronavirus (Covid-19): A Phenomenological Study

Parvin Rahmatinejad[1], Majid Yazdi[2], Zohreh Khosravi[3], Fatemeh Shahi Sadrabadi [*4]

1. *Hospital Research Development Committee,* Nekoei-Hedayati-Forghani *Hospital, Qom University of Medical Science, Qom, Iran*
2. *Department of Faculty of Education and Psychology, Yazd University, Yazd, Iran*
3. *Department of Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran*
4. *(Corresponding Author): Department of Consulting, Yazd Farhangian University, Branch Fatemeh Alzahra, Yazd, Iran. Email: alshahid72@yahoo.com*

Citation: Rahmatinejad P, Yazdi M, Khosravi Z, Shahi Sadrabadi F. Lived Experience of Patients with Coronavirus (Covid-19): A Phenomenological Study. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 14 (1), 71-86. [Persian].

Key words:
Living Experience, Coronavirus (COVID-19), Phenomenology.

Highlights

- Death anxiety, the experience of stigma, the experience of ambiguity, the positive emotional experiences, the emotions experienced in relation to family members and the emotions caused by quarantine were the main themes.

Abstract

Getting a new disease and unknown Covid 19 In addition to the risks to physical health leads to difficult and different psychological experiences due to the specific nature and characteristics of the disease. In addition to physical symptoms patients have a variety of psychological reactions that can act as a barrier to the healing process and increase their suffering during illness. Therefore, the present study aims to discover the lived experience of these people to help reduce the suffering of these patients. The study method was qualitative with a phenomenological approach. The number of participants was 15 and they were selected by purposeful sampling method. A semi-structured interview was used to gather information. Data analysis was also performed by Colaizzi method. To Trustworthiness and validate the findings were used participants' review and monitoring methods, the researcher's self-observation in the data collection and analysis process and the recording of all their mental presuppositions in advance and their non-consideration in the analysis and review process and recoding of interviews by two other researchers. The research findings included 278 initial codes, which were extracted 6 main themes and 24 sub-themes according to the purpose and question of the research. Death anxiety, the experience of stigma, the experience of ambiguity, the positive emotional experiences, the emotions experienced in relation to family members and the emotions caused by quarantine were the main themes. Painful emotional experiences in these patients can lead to delays and difficulties in the recovery process of these people and in addition to the pain of the disease, it can also impose psychological suffering. Awareness of the disease to reduce the experience of ambiguity, psychological strategies to control death anxiety and social stigma, and strategies to manage the behavior and excitement of family members can be considered in the specific psychological interventions of these patients and reduce negative emotions and possibility better deal with the disease and psychological suffering caused by it.

تجربهٔ زیستهٔ بیماران مبتلا به کروناویروس (کووید-۱۹): یک مطالعهٔ پدیدارشناسی

پروین رحمتی‌نژاد[۱]، مجید یزدی[۲]، زهره خسروی [۳]، فاطمه شاهی صدرآبادی[۴*]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۲. کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.
۳. گروه روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س) تهران، تهران، ایران.
۴. (نویسندهٔ مسئول). دکترای روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان یزد، یزد، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۹/۱/۱۸

تاریخ پذیرش
۱۳۹۹/۳/۲۹

واژگان کلیدی
تجربه زیسته، کرونا ویروس (کووید ۱۹)، پدیدارشناسی

یافته‌های اصلی

- اضطراب مرگ، تجربه انگ بیماری، تجربه ابهام، تجربه‌های هیجانی مثبت، هیجان‌های تجربه‌شده در رابطه با اعضای خانواده و هیجان‌های ناشی از قرنطینگی مضمون‌های اصلی بودند.

چکیده

ابتلا به بیماری جدید و ناشناخته کووید ۱۹ علاوه بر مخاطرات سلامت جسمانی، به دلیل ماهیت و ویژگی‌های خاص بیماری به تجربه‌های روانی دشوار و متفاوتی نیز منجر می‌گردد. بیماران علاوه بر علائم جسمانی، واکنش‌های روان‌شناختی مختلفی دارند که می‌تواند به‌عنوان مانعی در فرایند سیر و بهبودی بیماری عمل کرده و بر رنج آنان در دوران بیماری بیفزاید. بنابراین پژوهش حاضر با هدف فهم تجربه زیسته این افراد برای کمک به کاهش رنج این بیماران صورت گرفته است. روش مطالعه به‌صورت کیفی با رویکرد پدیدارشناختی بود. تعداد شرکت‌کنندگان ۱۵ نفر بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. تحلیل داده‌ها نیز از طریق روش کلایزری صورت گرفت. برای اطمینان و اعتبار یافته‌ها نیز از روش بازنگری و نظارت شرکت‌کنندگان، خودبازبینی پژوهشگر در فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده و ثبت تمامی پیش‌فرض‌های ذهنی خود از قبل و در نظر نگرفتن آن‌ها در فرایند تحلیل و بازنگری و کدگذاری مجدد مصاحبه‌ها توسط دو پژوهشگر دیگر استفاده شد. یافته‌های پژوهش شامل ۲۷۸ کد اولیه بود که با توجه به هدف و سؤال پژوهش ۶ مضمون اصلی و ۲۴ زیرمضمون استخراج شد. اضطراب مرگ، تجربه انگ بیماری، تجربه ابهام، تجربه‌های هیجانی مثبت، هیجان‌های تجربه‌شده در رابطه با اعضای خانواده و هیجان‌های ناشی از قرنطینگی مضمون‌های اصلی بودند. تجارب هیجانی دردناک در این بیماران می‌تواند به تأخیر و دشواری در روند بهبودی این افراد منجر گردیده و علاوه بر درد بیماری، رنج روانی را نیز تحمیل کند. کسب آگاهی بیشتر درباره این بیماری برای کاستن تجربه ابهام، راهبردهای روان‌شناختی برای کنترل اضطراب مرگ و انگ اجتماعی و راهکار برای مدیریت رفتار و هیجان اعضای خانواده می‌تواند در مداخلات روان‌شناختی ویژه این بیماران در نظر گرفته شده و به کاهش هیجان‌های منفی و امکان مقابله بهتر با بیماری و رنج روانی ناشی از آن منجر گردد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

مقدمه

اوایل ژانویه ۲۰۲۰ یک کروناویروس جدید به نام کووید-۱۹ به‌عنوان عامل عفونی شناخته شده و باعث شیوع یک ذات‌الریه ویروسی شد که اولین مورد آن در ووهان چین در دسامبر ۲۰۱۹ اعلام شد (۱). این ویروس تازه کشف‌شده باعث بیماری حاد تنفسی می‌شود و مربوط به سندرم حاد تنفسی[1] و سندرم تنفسی خاورمیانه[2] است اما از هر دو این‌ها متفاوت و متمایز است (۲). بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی نیز شیوع این بیماری همچنان در حال افزایش بوده و تا سال ۲۰۳۰ به سومین علت مرگ در جهان تبدیل خواهد شد. این بیماری دارای پیچیدگی خاصی بوده و ابعاد و پیامدهای چندگانه‌ای دارد که می‌تواند در ایجاد هزینه‌های قابل‌توجه در حوزه سلامت، اجتماعی و اقتصادی برای افراد، جوامع و خدمات بهداشت نقش داشته باشد (۱). پیدایش این بیماری هم‌اکنون به‌عنوان یک بحران سلامت عمومی است (۳) که چالش‌های بسیاری با خود به همراه دارد. در این زمینه شکاف علمی قابل‌توجهی وجود دارد که باید تعاریف و اطلاعات درباره آن هرلحظه به‌روز شده و اطلاعات آن منعکس گردد (۴). این بیماری اضطراب زیادی را با خود به همراه دارد و به تغییر و کاهش کیفیت زندگی افراد منجر می‌شود (۲). علاوه بر این یکی از داده‌های قطعی درباره این بیماری انتقال انسان به انسان و شیوع بسیار بالای آن است (۵) که خود مخاطرات اجتماعی و روانی خاصی را به همراه دارد.

هم‌اکنون این بیماری در ایران نیز شیوع گسترده‌ای پیدا کرده و باعث ایجاد سردرگمی، آشفتگی و تغییر شرایط زندگی شده است. بر اساس آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران تا ۱۶ خرداد ۱۳۹۹، تعداد ۱۶۷ هزار و ۱۵۶ نفر تاکنون به این بیماری مبتلا شده‌اند (۶). همچنین به دلیل شیوع بالای بیماری تمرکز عمده کادر درمانی و متخصصان بر روی درمان بیماری است و فرصت کمتری برای پرداختن به شرایط روان‌شناختی این بیماران وجود دارد. اما ازآنجایی‌که سیر و پیش‌آگهی این بیماری در افراد مختلف ناشناخته است و اطلاعات کافی در مورد ماهیت آن وجود ندارد می‌تواند (۲) همانند بیماری‌های مخاطره‌آمیز دیگر که امید به زندگی را کاهش می‌دهند، تأثیرات روان‌شناختی مهمی از قبیل ترس از مرگ، اضطراب، افسردگی و استرس بر روی افراد مبتلا بگذارد و سیر و روند بهبودی را متأثر سازد. لازم به ذکر است بیماری‌هایی مانند سرطان دیگر ناشناخته نیست اما چنانچه بیان شد از جهت مخاطره‌آمیز بودن پیامدهای روان‌شناختی که مورد بررسی درباره بیماری کرونا نیز است، یافته‌های مرتبط با آن‌ها ذکر می‌گردد. برای مثال در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان، نتایج یک تحقیق نشان داد که حدود ۵۴ درصد از بیماران علائم جسمانی‌سازی و یا افسردگی را گزارش می‌دهند (۷). در مطالعه دیگری نشان داده شد که اضطراب مرگ بالا در بیماران مبتلا به سرطان و ایدز با کاهش کیفیت زندگی به‌ویژه در بیماران مبتلا به ایدز همراه است (۸). پژوهش‌های دیگر مؤید این نتایج بودند که زنان مبتلا به سرطان سینه زنانی که از مدیریت استرس کافی برخوردار هستند فعالیت فیزیکی بیشتری نیز در دوره بیماری دارند. همچنین از دیگر نتایج مطالعه این بود که احساس خستگی با فعالیت فیزیکی کمتر و تغذیه نامناسب همراه است و بیمارانی که اضطراب زیادی را گزارش دادند نسبت به بیمارانی که اضطراب کمتری داشتند، نمرات کمتری در رشد معنوی و روابط بین فردی کسب کردند (۹). پژوهش صورت گرفته در بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی[3] نیز نشان داد که این بیماران اغلب علائم اختلال استرس پس از سانحه را گزارش می‌دهند (۱۰) و اضطراب و افسردگی در این بیماران با افزایش خطر تشدید علائم تنفسی، بستری شدن و مرگ‌ومیر ارتباط دارد (۱۱). مطالعه دیگر با هدف بررسی چالش‌های درمانی و نیازهای حمایتی بیماران مبتلا به سرطان ریه و سر و گردن نشان داد که این بیماران اغلب در چهار حوزه پزشکی، مالی، فرهنگی-اجتماعی و سلامت روان نیاز به حمایت دارند. علی‌رغم اینکه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی مسائل اصلی این بیماران را در دو حوزه مالی و پزشکی می‌دانستند، بیماران و مراقبان

[1] SARS
[2] MERS
[3] Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

آنان اظهار داشتند، نیازهای شدیدی به حمایت روان‌شناختی و درمان مشکلاتی از قبیل افسردگی و اضطراب دارند (۱۲). به‌طور کلی بر اساس مشاهدات بالینی و تحقیقات صورت گرفته بر روی بیماران مبتلا به بیماری‌های مخاطره‌آمیز می‌توان این‌چنین استنباط کرد که سلامت روان در این بیماران با متغیرهای روانی‌اجتماعی مختلفی از قبیل کیفیت زندگی (۱۳، ۱۴)، رفتارهای ارتقادهنده سلامت (۹)، سلامت روان‌شناختی (۱۰، ۱۱، ۷)، روابط بین‌فردی (۹)، تجارب معنوی (۱۵، ۱۶) و سبک‌های مقابله‌ای (۱۷) رابطه قوی دارد.

با توجه به موارد فوق، افزایش درک ما از تجارب هیجانی بیماران مبتلا به کرونا ویروس و درنتیجه کاربرد بالینی یافته‌های تحقیقاتی در مداخلات روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا هدف از این مطالعه فهم و توصیف تجارب زیسته بیماران بستری مبتلا به ویروس کووید-۱۹ با استفاده از مطالعه پدیدارشناسانه بود. بررسی چالش‌هایی که این بیماران با آن روبه‌رو هستند می‌تواند زیربنای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات روان‌شناختی و مددکاری اجتماعی برای کمک به این افراد جهت ارتقای سلامت جسمی، اجتماعی و روان‌شناختی قرار گیرد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است. این روش سامانمند بوده و برای توصیف تجربه‌های درونی افراد و معنای آن‌ها به کار می‌رود (۱۸). شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۱۵ بیمار مبتلا به کووید ۱۹ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، هدفمند و با حداکثر اختلاف انتخاب شدند. ملاک ورود بیمارانی بودند که با روش آزمایشگاهی مبتلا به کووید ۱۹ تشخیص داده شده و در بیمارستان فرقانی شهر قم در اسفندماه ۹۸ و فروردین ۹۹ بستری بودند و توانایی و تمایل برای شرکت در پژوهش را داشتند. این بیماران بستری و تحت درمان بوده، تمامی بیماران بنا به اظهار خودشان بعد از چند روز مبتلا که حال عمومی‌شان رو به وخامت گذاشته توسط خود و بستگان به بیمارستان منتقل شده بودند. همه بیمارانی که در مصاحبه شرکت کردند در بخش عمومی بستری بودند. تعداد شش نفر از این بیماران چند روز پس از مصاحبه به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شدند. از زمان بستری هر بیمار مدت متفاوتی گذشته بود اما به‌طور میانگین ۱۰ روز از زمان بستری شدن آن‌ها می‌گذشت. از تعداد کل شرکت‌کنندگان پنج نفر بیماری زمینه‌ای داشتند که این بیماری‌ها دیابت، فشارخون و ناراحتی قلبی بود. اما مرحله بیماری آن‌ها بنا به اظهارات پزشکان متخصص بخش به دلیل عدم شناخت کافی بر روند بیماری و مراحل بیماری مشخص نبوده است.

ب) ابزار و مواد

برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان هدف و ماهیت پژوهش برای آن‌ها توضیح داده و بعد از کسب رضایت مورد مصاحبه قرار گرفتند. مدت‌زمان مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. سؤال اصلی و محور مصاحبه بنا به هدف پژوهش، سؤال و روش پژوهش این بود که «شما هم‌اکنون از ابتلا به این بیماری چه احساسی دارید و تجربه ابتلای خود به این بیماری را بیان کنید». به دنبال پاسخ‌های داده شده سؤالات پیگیرانه نیز از بیماران پرسیده می‌شد. برخی از این سؤالات درباره واکنش اطرافیان به ابتلای فرد، هیجان‌های اعضای خانواده، موضوعات مورد نگرانی و موارد دیگر بود. سپس هر کدام از مصاحبه‌های ضبط‌شده بر روی کاغذ پیاده شده و به روش کلایزری[4] مورد تحلیل قرار می‌گرفتند. پس از تحلیل هر مصاحبه و شکل دادن به مفاهیم سازمان‌دهی شده، مصاحبه بعدی انجام می‌شد. این روش تا اتمام تمامی مصاحبه‌ها ادامه داشت.

ج) شیوهٔ تجزیه‌وتحلیل داده‌ها: تحلیل داده‌ها به این صورت بود که ابتدا مصاحبه‌ها برای درک فضای مصاحبه و شرکت‌کنندگان چندین بار بازخوانی شد. اطلاعات مکتوب مربوط به مصاحبه‌ها چندبار خوانده شد تا محتوای کلی درک شود، این کار همراه با گوش دادن به بخش‌هایی از

[4] Colaizzi

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

اطلاعات ضبط شده بود. در مرحله بعد کدهای اصلی و عبارت‌های مهم هر مصاحبه استخراج شد. به این صورت که جملات و عبارت‌های مرتبط با سؤالات در مصاحبه‌ها جدا و در فایل دیگری نگهداری شد. این کار به این دلیل بود که اطلاعاتی که اهمیت کمتری هم دارند از دست نروند چون ممکن بود در مراحل بعدی اهمیت آن‌ها مشخص شود. در سومین مرحله معنای هر عبارت توضیح و با مفهوم بخشی به آن، خلاصه گردید. به این صورت که برای هر جمله مهم یک توصیف کوتاه از معانی پنهان آن نوشته شد و این کار توسط دو نفر انجام گرفت. سپس معانی استخراج‌شده از جملات با هم ترکیب‌شده تا معنی مشترک حاصل شود. در مرحله چهار معانی به‌صورت دسته‌هایی از کدها، سازمان‌دهی شدند. یعنی معانی حاصل در مرحله قبل در خوشه‌های جداگانه‌ای گذاشته و مورد بحث قرار گرفتند. در پنجمین مرحله کدها به‌صورت دسته‌های مرتبط با یکدیگر در یک دسته کلی‌تر و سپس خوشه‌هایی قرار گرفتند که از آن‌ها مفاهیم محوری حاصل شد. در مرحله ششم یافته‌ها مورد بحث و توصیف قرار گرفته و نهایتاً به ساختار پدیده پاسخ دادیم.

جهت اطمینان از دقت و اعتبار پژوهش، با استفاده از روش کنترل و نظارت اعضا، تحلیل‌ها و نتایج به شرکت‌کنندگان ارائه شد و مورد تأیید قرار گرفت. پژوهشگر در داده‌ها غوطه‌ور و کاملاً درگیر بوده که خود روش دیگری برای تأیید اعتبار یافته‌ها است. برای بررسی قابلیت اطمینان تمامی مصاحبه‌ها توسط همکاران نیز مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت که ضریب همبستگی تم‌های حاصل از دوبار کدگذاری توسط دو پژوهشگر ۰/۷۶ به دست آمد. علاوه بر این برای افزایش قابلیت انتقال‌یافته‌ها، نمونه‌های پژوهش دارای تنوع حداکثری بودند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر نیز شامل کسب رضایت آگاهانه، حق انصراف از پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و تعیین زمان و موقعیت مصاحبه توسط شرکت‌کنندگان بود.

یافته‌ها

در این مطالعه شرکت‌کنندگان شامل ۱۵ بیمار مبتلا به کرونا ویروس شامل ۸ زن و ۹ مرد بودند و دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۷۶ سال و میزان تحصیلات آن‌ها از بی‌سواد تا لیسانس بود. از تحلیل مصاحبه‌ها و استخراج کدها، ۲۷۸ عبارت مهم حاصل شد. از این تعداد ۶ مضمون اصلی و ۲۴ زیرمضمون استخراج شد.

جدول ۱- مضمون‌های اصلی و زیرمضمون‌ها

مضمون‌های اصلی	زیرمضمون‌ها
اضطراب مرگ	اشتغال ذهنی با مرگ، ترس از کیفیت خاکسپاری، ندیدن عزیزان قبل از مرگ، مشاهده مرگ اطرافیان، خواب‌دیدگی با محتوای مرگ، ابهام در مورد موارد منجر به فوت، اضطراب مرگ با تشدید علائم جسمانی، به‌ویژه تنگی نفس
تجربه انگ بیماری	سرزنش ناشی از عدم مراعات و ابتلا، فاصله‌گیری دیگران، چگونگی فوت و خاکسپاری، احساس انگشت‌نمایی
تجربه ابهام	ابهام در مورد چگونگی و چرایی ابتلا، ابهام در مورد امکان و زمان بهبودی، ابهام در مورد وضعیت اعضای خانواده، ابهام در مورد دلیل فوت برخی از افراد بیمار و بهبودیافته
تجربه‌های هیجانی مثبت	ادراک حمایت اجتماعی، هیجان مثبت ناشی از اعتقادات مذهبی و معنوی، مثبت‌اندیشی (شامل اعتقاد به حفظ روحیه و مقابله، اعتقاد به تأثیر منفی ترس و اضطراب بر بهبودی و احساس کنترل بر بیماری) ، احساس قدردانی
هیجان‌های تجربه‌شده در رابطه با اعضای خانواده	اضطراب در مورد ابتلای اعضای خانواده، نگرانی در مورد تنها ماندن اعضای خانواده، نگرانی در مورد آینده اعضای خانواده، دلتنگی برای اعضای خانواده، بی‌حوصلگی از واکنش‌های هیجانی منفی اعضای خانواده
هیجان‌های ناشی از قرنطینگی	احساس تنهایی (ناشی از کم کردن ارتباط خود با سایرین و برعکس)، بی‌حوصلگی، تجربه ابهام از مدت قرنطینگی و تمایل به ماندن در بیمارستان برای جلوگیری از ابتلای دیگران

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

۱- **اضطراب مرگ:** یکی از مفاهیم و مضمون‌های اصلی ترس از مرگ بود که شامل زیرمضمون‌های اشتغال ذهنی با مرگ، ترس از کیفیت خاکسپاری، ندیدن عزیزان قبل از مرگ، مشاهده مرگ اطرافیان، خواب‌دیدگی با محتوای مرگ، ابهام در مورد موارد منجر به فوت و اضطراب مرگ با تشدید علائم جسمانی به‌ویژه تنگی نفس بود.

بیماران بستری، از احتمال بالای مرگ در این بیماری شنیده و به‌ویژه افراد کهنسال، ترس بیشتری داشتند. علاوه بر این موارد ابتلا در بیمارستان و هم‌تختی‌های آن‌ها که فوت شده بودند باعث نگرانی و ترس بیشتر بیماران بودند. بیماران در موارد زیادی اظهار داشتند که مشخص نیست چه کسانی فوت می‌کنند و در بین فوت‌شوندگان افراد جوان، پیر، با سابقه بیماری زمینه‌ای و بدون سابقه بیماری زمینه‌ای وجود دارد و همین پیش‌بینی‌ناپذیری بر برآورد امکان مرگ و در نتیجه اضطراب مرگ آن‌ها می‌افزود. زمانی که تجربه علائم بیماری در این افراد شدت می‌گرفت به‌ویژه تجربه علائم تنگی نفس اضطراب مرگ بیماران را بیشتر می‌کرد و با تجربه تنگی نفس، مرگ را نزدیک‌تر به خود برآورد می‌کردند.

وجه افتراق این بیماری با دیگر بیماری‌های تهدیدکننده حیات در اضطراب مرگ، یک مورد پیش‌بینی‌ناپذیری مرگ در افراد مبتلا و دلیل آن (مشخص نیست چه کسانی بیشتر فوت می‌کنند و افراد از هر سن و سابقه بیماری زمینه‌ای و سلامت) و به‌ویژه فوت افراد جوان‌تر و بدون سابقه بیماری و سپس برجسته‌تر بودن اضطراب ناشی از نحوه خاکسپاری افراد فوت شده بود. اکثر این بیماران دل‌مشغولی‌های فکری شدید دراین‌باره داشته و بسیاری از آن‌ها اذعان داشتند که نگرانی و مشغولیت فکری زیادی دربارهٔ نحوه مرگ و خاکسپاری خود دارند. برخی از بیماران تصویرهای ذهنی واضحی از نحوه مرگ، غسل و شستشوی جسد و تدفین گزارش می‌دادند.

شرکت‌کننده شماره ۴: از فکر کردن به اینکه منو تنها خاک می‌کنن و می‌ندازن توی قبر هفت متری و روم سیمان می‌ریزن و می‌رن، عذاب می‌کشیدم.

شرکت‌کننده شماره ۱۳: مرگش هم لامصب خودش مصیبته. لباس بپوشن بذارنت توی تابوت، نه نمازی، نه غسلی بعدش بذارنت زیرخاک. این فکرها فیل رو از پا می‌ندازه خب. ما که بشریم.

شرکت‌کننده شماره ۱۱: شوهرم میگه جوون‌ترها نمی‌میرن. اما خاله‌ام می‌گفت همسایه‌شون یه زنه سی ساله بوده از این مریضی گرفته و مرده. خودشون بردن خاکش کردن جنازشو ندادن به خونواده‌ش. هیچکی هم بالا سر جنازه‌ش نرفته. هیچکی رو نذاشتند بره سر خاکش. نمی‌خوام این جوری بمیرم.

شرکت‌کننده شماره ۱۲: خواب دیدم مامانم خدا بیامرز می‌گه وقتشه بابات بیاد پیشم، دوباره خواب دیدم مامانم می‌گفت چرا تنهایی راهی‌ش کردین بیاد. یه بار دیگه خواب دیدم شوهرمو دارن خاک می‌کنن... هر کاری می‌کردم داد می‌زدم می‌گفتم زنده هست کسی گوش نمی‌داد.

شرکت‌کننده شماره ۱۵: یه بار خواب دیدم که توی یه کوچه گم شده بودم دنبال راه خونه بودم... اما یه دفعه افتادم توی یه چاله. یه بولدزر اومد خاک ریخت رو سرم خاک‌های سفید و طلایی.

۲- **تجربه انگ بیماری:** مضمون دیگر انگ اجتماعی بیماری و استیگمای ناشی از آن بود. در برخی موارد توصیف بیماران از ابتلا به این بیماری به گونه‌ای بود که از نظر اجتماعی برای خود و سایرین قابل قبول و به نوعی جامعه‌پسندانه نبود. زیرمضمون‌های آن شامل سرزنش ناشی از عدم مراعات و ابتلا، فاصله‌گیری دیگران، چگونگی فوت و خاکسپاری و احساس انگشت‌نمایی به خاطر ابتلا به بیماری بود. ترس از انگشت‌نما شدن در این بیماران حتی در مورد آنچه بعد از مرگ اتفاق می‌افتد یعنی درباره نحوه خاکسپاری و تدفین نیز دیده می‌شد. دراین‌باره شرکت‌کنندگان اظهارات زیادی داشتند.

شرکت‌کننده شماره ۴: به حضرت فاطمه التماس کردم و گفتم قربونت برم تو رو غریب و تنها خاک کردن می‌فهمی من چی می‌گم... نذار این جوری رو زبون‌ها بیفتم. بگن فلانی رو این جوری خاک کردن... .

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

شرکت‌کننده شماره ۱: اولش که بستری شدم و چند روز موندم بیمارستان و برگشتم خونه، دوستامم رابطه‌شون رو با من کم کردن. هیچ کدوم نیومدن دیدنم. البته می‌دونم این مریضی خیلی واگیرداره، اما می‌شد بیان دم در اتاق از پشت در باهام حرف بزنن، اما نیومدند. یکی دو بار تلفنی باهم صحبت کردیم. انگار ایدز گرفتم.

شرکت‌کننده شماره ۶: بعضی‌ها می‌گن چون خودت مراعات نکردی مریض شدی. اما من خودم مطمئن هستم که خیلی مراقب خودم بودم.

۳- تجربه ابهام: از دیگر مضمون‌های تجربه‌شده ابهام درباره برخی وضعیت‌ها بود. ابهام در مورد چگونگی و چرایی ابتلا، ابهام در مورد امکان و زمان بهبودی، ابهام در مورد وضعیت اعضای خانواده و ابهام در مورد چگونگی و چرایی فوت برخی از افراد بیمار و بهبودیافته از زیرمضمون‌های تجربه ابهام بودند. سردرگمی درباره موارد ذکر شده و عدم اطلاع در مورد آن احساس گیجی و ابهام را برای فرد داشته که باعث تجربه اضطراب در این افراد نیز می‌شود. ماهیت پیچیده، مبهم و ناشناخته این بیماری، ادراک بیماران از آن را تحت‌تأثیر قرار داده و در اکثر آن‌ها پاسخ‌های هیجانی و شناختی منفی به‌صورت احساس ترس، اضطراب، بی‌قراری، احساس فقدان کنترل، غیر قابل درک بودن بیماری، ابهام در مورد بهبودی، مشغولیت فکری در مورد مدت زمان بستری و زمان ترخیص، را موجب می‌گردید.

شرکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد: خدا لعنت کنه کسانی که این ویروس رو ساختند و انداختند به جون مردم، همه چی رو رعایت می‌کردم چرا مریض شدم؟! نمی دونم از کجا افتاد به جون من این مرض.

شرکت‌کننده شماره ۱۰: نمی‌دونم دیگه چی شد. خدا خواست. خانومم خیلی مراقب من و بچه‌ها بود. همه‌ش دستامونو می‌شستیم... از یه ماه پیش. هی خوب می‌شم هی حالم بد می‌شه. بالا و پایین می‌شه حالم. اما تنگی نفس چیز کوفتیه... تنگی‌نفس... انگار هر چقدر هم مراقب باشی باز میاد یقه تو می‌گیره.

شرکت‌کننده شماره ۷: من چند وقت پیش رفتم مجلس ترحیم یکی از بستگان. فکر کنم اونجا گرفتم... شنیدم چند نفر دیگه که توی همون مجلس بودند مریض شدند. همکار داداشم که جوون بود مرد. مادرزنمم که گرفته بود از این مریضی‌ها. اونم بستری شد. بردنش آی‌سی‌یو. چند روز بعدش مرد.

۴- تجربه‌های هیجانی مثبت: مضمون اصلی کسب شده دیگر بود. ادراک حمایت اجتماعی، هیجان مثبت ناشی از اعتقادات مذهبی و معنوی، مثبت‌اندیشی (شامل اعتقاد به حفظ روحیه و مقابله، اعتقاد به تأثیر منفی ترس و اضطراب بر بهبودی و احساس کنترل بر بیماری) و احساس قدردانی از زیرمضمون‌های این مفهوم اصلی بودند. در برخی موارد بیماران مهارت‌های مقابله‌ای نیرومند در مواجهه با شرایط استرس‌زا داشتند و باعث افزایش مقابله آن‌ها در برابر بیماری بود. حمایت‌های کادر درمانی، وجود نیروهای داوطلبانه و خدمت به بیماران از مواردی بود که به تجربه احساس مورد حمایت واقع شدن در این بیماران منجر شده و حمایت اجتماعی را برای آن‌ها به همراه داشت. اعتقادات مذهبی بیماران نیز باعث توسل و توکل آن‌ها شده و برای آن‌ها آرامش‌دهنده بود. علاوه بر این اعتقاد داشتند تجارب سخت آن‌ها می‌تواند کاهنده غذاب اخروی آن‌ها باشد.

شرکت‌کننده شماره ۹ بیان کرد: آدم نباید بترسه. اگه خدا بخواد و اجلت رسیده باشه می‌میری دیگه. اگه هم عمرت به دنیا باشه، خوب می‌شی. آدم باید فکرای خوب کنه. آخه ترس فایده نداره. من فکرمو گذاشتم رو اینکه خوب می‌شم. اگه زندگیتو دوست داشته باشی فکرای بد نمی‌کنی.

شرکت‌کننده شماره ۴: روانشناس‌ها هم که میان و قوت قلب می‌دن. حرفهاشون آدمو آروم می‌کنه. سعه صدر می‌ده... نمی‌دونید ما که اینجا نشستیم دلمون شکسته، همه‌ش می‌گن پیرزن پیرمردها می‌میرن.... بعدش می‌آیم بیمارستان وقتی می‌بینیم انقدر هوامون دارن همه. فرقی نمی‌کنه دکترش... پرستارش... روانشناس که میاد بالا سرمون آدم می‌فهمی که بقیه منتظر نیستن که تو بمیری، آدم دلش گرم می‌شه.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

شرکت‌کننده شماره ۳: خدا این نیروهای جهادی رو هم عاقبت بخیر کنه. خیلی مهربونن. خیلی به مریض‌ها می رسن. وقتی دلتنگ می‌شه آدم یا وقتی چیزی لازم داری نمی‌تونی از جات بلند بشی با کمال میل این کار رو انجام می‌دن واسه‌ت. اصلاً غر نمی‌زنن. انگار خواهر و برادرتن، به خدا خواهر و برادر من انقدر مهربون و خوش اخلاق نیستند که اینها هستند. پشت آدم گرمه به اینها... خدا خیرشون بده.

شرکت‌کننده شماره ۱۴: می‌دونم هر کی مریض بشه و بمیره چه جوری دفنش می‌کنند اما شاید به خاطر همین دردهایی که آدم کشیده خدا گناهاشو ببخشه و اون دنیا رو سفید باشه پیش پیامبر و ائمه و امام زمان... .

شرکت‌کننده شماره ۶: اصلاً به مرگ فکر نمی‌کنم. چون ترس برادر مرگه. اصلاً به خودم ترس راه نمی‌دم. آدم باید مراقب سلامتی خودش باشه. روح و روان آدم خیلی مهمه. اگه نترسم بدنم کم کم این ویروس‌ها رو می‌کشه. آدم باید به خودش انرژی مثبت بده.

۵- هیجان‌های تجربه‌شده در رابطه با اعضای خانواده: یکی دیگر از عمده‌ترین مضمون‌های تجربه شده بود. اضطراب در مورد ابتلای اعضای خانواده، نگرانی در مورد تنها ماندن اعضای خانواده، نگرانی در مورد آینده اعضای خانواده، دلتنگی برای اعضای خانواده و بی‌حوصلگی از واکنش‌های هیجانی منفی اعضای خانواده از زیرمضمون‌های تجربه شده بودند.

موارد فوق عمدتاً مصادیقی بودند که از حیطه کنترل بیماران خارج بود. مطالب بیان‌شده در جریان مصاحبه‌های صورت گرفته حاکی از آن بود که بیماران خود را در یک موقعیت غیرقابل کنترل و دشوار تصور می‌کردند که تسلطی بر آن ندارند. به علت احساس فقدان کنترل بر وقایع حال زندگی و تصویر آینده مبهم در مورد اعضای خانواده، نگرانی از ابتلای خانواده به بیماری، از جمله فرزندان این بیماران اغلب در معرض احساس درماندگی، ناامیدی، آشفتگی و اضطراب قرار داشتند.

شرکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: از خدا خواستم که زنده بمونم خیالم از پسر و دخترم راحت بشه بعد بمیرم. من براشون هم پدر بودم هم مادر. من بمیرم اونها تنها می‌مونن.

شرکت‌کننده شماره ۵: نگران هستم برم خونه و نوه‌ام هم از من بگیره و مریض بشه. من با همسر و نوه‌ام زندگی می‌کنم. من از نوه‌ام مراقبت می‌کنم. اون ۵ سالشه و خیلی میاد توی بغلم. همه‌ش منو بغل می‌کنه. می‌ترسم اون هم مریض بشه.

شرکت‌کننده شماره ۱۴: فکرهای بدی میاد سراغم. فکرم میره پیش مادر و پدرم... اون‌ها هم خودشون ترسیدن نگران منن. منم نگران اونها هستم که خدای نکرده یه وقت نگیرن. این فکرها اعصابمو به هم می‌ریزه.

۶- هیجان‌های ناشی از قرنطینگی: شامل زیرمضمون‌های احساس تنهایی (ناشی از کم کردن ارتباط خود با سایرین و بر عکس)، بی‌حوصلگی، تجربه ابهام از مدت قرنطینگی و تمایل به ماندن در بیمارستان برای جلوگیری از ابتلای دیگران است. بیماران از قرنطینه در خانه و بیمارستان احساس‌های مختلفی تجربه کردند. در برخی موارد هیجان‌ها منفی بوده و افراد دلتنگی، بلاتکلیفی و سررفتن حوصله را بیان داشتند. در برخی دیگر از موارد افراد قرنطینه را باعث آرامش خود دانسته و مطمئن بودند از این طریق باعث آلودگی دیگران نخواهند شد. همچنین در برخی موارد قرنطینه در بیمارستان و نقاهتگاه را به دلیل حضور بقیه بیماران و سرگرم بودن و هم‌صحبت داشتن ترجیح دادند.

شرکت‌کننده شماره ۱ بیان کرد: من دوست و رفیق زیاد دارم. همه‌ش با دوستام بیرون هستم. الان که ترخیصم کنن برم خونه باید همه‌ش تو خونه باشم. من به تنهایی عادت ندارم. آخه آدم چقدر فیلم ببینه، چقدر کتاب بخونه.

شرکت‌کننده شماره ۸: من هیچ وقت از شوهرم جدا نبودم. همیشه پیش هم بودیم. هیچ وقت تنهایی جایی نرفتم. هر جا که رفتم اونم بوده.

شرکت‌کننده شماره ۲: حوصله‌شون رو ندارم. یک دقیقه که حرف می‌زنم کلافه میشم. دخترم گریه می‌کنه، انگار من رو گذاشتن تو قبر.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تجربه زیسته بیماران مبتلا به کرونا ویروس بود. از تحلیل داده‌ها ۶ مضمون اصلی حاصل شد که در این قسمت مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است تاکنون پژوهشی با این عنوان و موضوع صورت نگرفته است و برای تحلیل از پژوهش‌های مرتبط با سایر بیماری‌ها استفاده گردیده است.

یکی از مضامین اصلی ترس از مرگ یا اضطراب مرگ بود. ترس از مرگ شامل ترس از خود مرگ و اتفاقاتی است که پس از آن رخ می‌دهد. این سازه به‌عنوان واکنش هیجانی به ادراک نشانه‌های واقعی یا خیالی خطر و تهدید به هستی فرد تعریف می‌شود که می‌تواند با محرک‌های محیطی و موقعیتی و نیز محرک‌های درونی در رابطه با مرگ خود فرد یا دیگران برانگیخته شود (۱۹، ۲۰). در یک دیدگاه اضطراب مرگ به‌طور معمول به‌عنوان احساس ناراحتی توام با ترسی که معطوف به مرگ خود یا دیگران است و با در نظر گرفتن مرگ به‌عنوان پایان حیات یا تجسم مراسم تدفین و جسد برانگیخته می‌شود تعریف شده است (۲۱).

اگرچه انسان شیوه‌های سازگارانه‌ای را برای مواجهه با اضطراب مرگ در اختیار دارد، اما برخی افراد زمانی که با واقعه شدیداً تنش‌زا و یا تهدیدی خطرناک برای سلامتی خود و یا عزیزانش روبه‌رو می‌شوند ممکن است از روش‌های ناسازگارانه و بیمارگون برای مقابله با اضطراب مرگ استفاده نمایند (۲۲). شواهد بسیاری وجود دارد که شرایط پایانی عمر ممکن است با اضطراب مرگ، افسردگی و آشفتگی روان‌شناختی همراه باشد (۲۳، ۲۴، ۲۵). بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته که اغلب تجربه امید به زندگی محدودی دارند، عمدتاً از آشفتگی وجودی بالا و نگرانی‌های به‌خصوصی در مورد مرگ و مردن رنج می‌برند (۲۶). برای مثال بیماران مبتلا به سرطان‌های پیشرفته، ایدز و بیماری‌های قلبی، میزان بالاتری از اضطراب مرگ در مقایسه با گروه سالم، خانواده و سایر بیماران گزارش می‌دادند (۸، ۲۷). نشخوارهای فکری و فاجعه‌سازی علائم بدنی در این بیماران، اغلب با سطوح بالایی از اضطراب همراه است و در نهایت به راهبردهای ناسازگارانه و تشویش بیشتر در مواجه با شرایط بیماری و افزایش اضطراب مرگ منجر می‌شود. برای مثال مطالعاتی صورت گرفت که نشان داد تنگی نفس در بیماران مبتلا به سرطان ریه باعث القای اضطراب و ترس در این بیماران می‌شود (۲۸، ۲۹). از سوی دیگر برخی پژوهشگران بیان می‌کنند که خستگی باعث محدودیت‌های جسمی و اجتماعی و هم باعث ایجاد احساس انزوا در این بیماران می‌گردد. به‌علاوه این بیماران اغلب احساس تنهایی را نیز گزارش می‌دهند (۳۰). در پژوهش دیگری درباره تجربه زیسته بیماران مبتلا به سرطان از مرگ نیز مضامین فاجعه‌سازی و نشخوار ذهنی با مرگ حاصل شد (۳۱).

ترجیحات و باورهایی که فرد در مورد مرگ و فرایند مردن دارد می‌تواند در ایجاد اضطراب مرگ نقش داشته باشد (برای مثال احساس تنهایی در هنگام مرگ و یا اینکه بعد از مرگ چه بر سر جسمم خواهد آمد). نگرانی این بیماران در مورد نحوه مرگ، تدفین و خاکسپاری را شاید بتوان در چهارچوب مفهوم مرگ خوب[1] و مرگ بد[2] تفسیر نمود. در این رابطه می‌توان به یک مطالعه پدیدارشناسانه (۳۲) اشاره نمود که به بررسی دیدگاه افراد در مورد مرگ بد و مرگ خوب پرداختند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شش عنصر کلی مرگ خوب را شامل مدیریت درد و علائم، کنترل روی تصمیم‌گیری، آماده بودن برای مرگ، احساس تمامیت[3] و کمال در زندگی، ارتباط داشتن با دیگران و درک شدن به‌عنوان یک فرد کامل[4] (توجه به تمام وجوه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار) بیان کردند. از بین مضامین به‌دست‌آمده پنج مضمون مربوط به وضعیت مناسب جسمانی بود که شامل نبود درد، فقدان اضطراب، فقدان تنگی نفس، تمیز بودن، داشتن تماس فیزیکی می‌شد. چهار مضمون مربوط به آمادگی برای مرگ نیز احساس آمادگی برای مرگ، احساس اینکه اعضای خانواده فرد برای مرگ او آماده هستند، انتظارات مربوط به شرایط فیزیکی و تکمیل مسائل مالی بود. سه نگرش مربوط به احساس تمامیت و کمال در زندگی نیز عبارت بودند از خداحافظی کردن،

[1] Good Death
[2] Bad Death
[3] sense of completion
[4] whole person

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

رسیدگی به موضوعات حل‌نشده و تأمل بر روی دستاوردهای شخصی. دو مورد نیز مربوط به تصمیم‌گیری بوده که مستندکردن ترجیحات مربوط به درمان و مشخص کردن یک فرد به‌عنوان تصمیم‌گیرنده درصورتی‌که خود قادر به تصمیم‌گیری نبود را شامل می‌شد. نهایتاً احساس عزت، شوخ‌طبعی، حضور دوستان، تنها نمردن، داشتن افرادی برای شنیده شدن و داشتن پزشکی که بیمار را کاملاً درک می‌کند، هفت زیرمضمون مرتبط با مضمون فرد کامل بود.

بیمار مبتلا به کرونا ویروس (کووید-۱۹) در شرایطی وارد بیمارستان می‌شود که در مورد مرگ یا ادامه حیات او ابهام وجود دارد. در تمام طول مدت بستری قادر به دیدار با اعضای خانواده خود، دوستان و بستگانش نیست، مسئله‌ای که نگرانی از مرگ در تنهایی را دامن می‌زند. شاهد مرگ و چه‌بسا مرگ ناگهانی سایر بیماران بستری است. از شبکه‌های اجتماعی، دوستان، خانواده و بستگان اطلاعاتی هرچند ناقص در مورد نحوه خاکسپاری و تدفین فوت‌شدگان به دست آورده است، از نظر شرایط جسمی در وضعیت مناسبی نیست و علائم تنگی نفس برای وی پیش‌بینی از مرگ قریب‌الوقوع است که به اضطراب، تنش و بی‌قراری در وی منجر می‌شود. احساس آمادگی برای مرگ وجود ندارد زیرا علائم بیماری در عرض چند روز شروع شده، نگرانی زیادی در مورد آینده اعضای خانواده و عزیزان تجربه می‌کند. از طرف دیگر تصویرسازی‌های مداوم گاهی در حد مشغولیت‌های فکری، از مراسم و مناسک خاکسپاری‌اش که بدون حضور خانواده و بستگان و برخلاف انتظارات و باورهای دینی بدون اجرای نماز میت، غسل و کفن و تلقیح صورت می‌گیرد، در ذهن می‌پرورد. همگی موارد بالا عواملی هستند که احساس "تمامیت" و درک شدن به‌عنوان یک "فرد کامل" را در بیمار مخدوش ساخته و انتظار و تصورات او از مرگ خوب را به هم می‌ریزند.

اضطراب بالای این افراد از مرگ را می‌توان در محتوای رؤیاهای آنان مورد توجه قرار داد. اغلب این بیماران رؤیاهایی با مضامین مرگ، مردن و نیستی گزارش می‌دادند. بر اساس یافته‌های یک پژوهش افرادی که اضطراب خودآگاه بسیار بالا یا پایینی از مرگ دارند بیشتر رؤیاهایی با محتوای مرگ می‌بینند. اضطراب خودآگاه شدید نشانگر آن است که سطح اضطراب ناخودآگاه به‌قدری بالا رفته است که به درون رؤیاها راه یافته است (۳۳). هم‌چنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند (۲۰) در شرایط بیماری تهدیدکننده حیات و با نزدیک‌تر شدن مرگ افراد نقش حمایت اجتماعی از جمله اعضای خانواده پررنگ‌تر می‌شود و با حضور اعضای خانواده در کنار بیمار اضطراب مرگ وی کاهش می‌یابد. درحالی‌که این بیماران در زمان بستری قادر به دیدار با اعضای خانواده و دوستان و نزدیکان نبودند؛ عاملی که خود اضطراب مرگ را در این بیماران افزایش می‌داد. بر اساس شواهد کاهش آشفتگی روان‌شناختی و اضطراب مرگ یکی از مؤلفه‌های اساسی مراقبت و درمان در بیماران مبتلا به بیماری‌هایی با تشخیص مخاطره‌آمیز است (۳۴). بر این اساس درمان‌هایی که شامل سه رویکرد اساسی حمایت اجتماعی، ابراز هیجان و مدیریت علائم شناختی هستند می‌توانند در این زمینه مؤثر باشند (۳۵). این رویکردها می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با مرگ، یعنی اضطراب مرگ را در برگیرند و با استناد به نتایج اغلب تحقیقات و مشاهدات بالینی با بهبودی روان‌شناختی نظیر کاهش افسردگی و اضطراب، بهبود کیفیت زندگی، کاهش درد و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای (۳۶، ۳۴، ۸) همراه هستند.

درباره تجربه انگ، برخی از بیماران اذعان می‌کردند، مواجهه با نگرش منفی دیگران، سرزنش و مقصر شمرده شدن از سوی جامعه به دلیل ابتلا به بیماری، برایشان دشوار و چالش‌برانگیز بوده است. نگرانی در مورد قضاوت جامعه و حتی خانواده ممکن است به آشفتگی‌های روان‌شناختی، انزوای اجتماعی، احساس تنهایی و حتی عدم گزارش علائم بیماری از سوی بیماران منجر گردد. مسئله بسیار مهم دیگر این است که تاکنون تحقیقات راه شکست این بیماری را در خانه ماندن و قطع زنجیره انتقال آن دانسته‌اند. با تجربه انگ و احساس انگشت‌نمایی افراد بیماری را در خود پنهان کرده و روال عادی زندگی خود را داشته و در نتیجه به افزایش انتقال این بیماری منجر می‌شوند. بنابراین توجه ویژه به این مسئله می‌تواند از بین برنده یکی از موانع قطع زنجیره انتقال و کاهش شیوع بیماری باشد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

استیگما به‌عنوان یک نگرش یا اسناد آشکار یا پنهان تعریف می‌شود که با نگاه تحقیرآمیز و منفی جامعه بر فردی که به دلیل داشتن ویژگی‌هایی که مقبول جامعه نیست آغاز می‌شود و به‌تدریج فرد در جامعه خود مطرود و بی‌اعتبار می‌گردد. (۳۷، ۳۸). نتایج تحقیقات بیانگر این مطلب است که استیگما به‌عنوان یک مسئله اجتماعی چالش‌برانگیز به ایجاد ادراک منفی از خود، نرخ پایین خودافشایی بیماری، کاهش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و آزمایش‌های پزشکی لازم، کاهش اتحاد درمانی و پیروی از درمان منجر می‌شود (۳۹). همچنین استیگما با عزت نفس پایین (۴۰) و تأخیر در گزارش علائم (۴۱) ارتباط مستقیم دارد.

مطالعات مختلفی به بررسی اثرات استیگما و انگ در بیماران مختلف از جمله بیماران مبتلا به ایدز و سرطان پرداخته‌اند (۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۰، ۳۹). برای مثال نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در میان بیماران مبتلا به سرطان ریه ترس از استیگما به تأخیر در گزارش علائم و افزایش احساس آشفتگی (۴۳) و احساس گناه و افسردگی منجر می‌شود (۴۴). مطالعه پدیدارشناسانه دیگری (۴۵) که با هدف بررسی استیگما در بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن صورت گرفت نشان داد که استیگما و هویت اجتماعی بی‌اعتبارشده[1] در این بیماران عمدتاً به دو عامل بستگی دارد. اول این‌که نوع مذکور سرطان با رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و سیگار مرتبط است که می‌تواند به ایجاد احساس گناه و تقصیر و خودسرزنش‌گری در فرد منجر شود و دوم درمان اغلب منجر به بدشکلی‌های خفیف یا شدید در ناحیه سروصورت بیماران می‌گردد.

در رابطه با تجربه ابهام، بر اساس الگوی خودگردانی بیماری (۴۶) آگاهی و ادراک افراد از محرک‌های درونی بیماری (تجارب مربوط به علائم بیماری) و نیز محرک‌های محیطی آن (برای مثال، مشاهده سیر و فرجام بیماری در افراد دیگر)، پاسخ‌های هیجانی، شناختی و رفتاری آن‌ها از بیماری را شکل می‌دهد. لذا برحسب اینکه ادراک فرد از بیماری چیست ممکن است واکنش‌های مختلفی از خود بروز دهد. ادراک فرد از چرایی ابتلا، شدت بیماری، فرجام احتمالی بیماری و انتظارات وی در مورد قابل‌کنترل و درمان‌پذیر بودن بیماری می‌تواند در واکنش شناختی و هیجانی فرد بیمار نقش داشته باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که عوامل متعددی خصوصاً تجارب معنوی، مثبت اندیشی و ادراک حمایت اجتماعی، در هر یک از مراحل مربوط به تشخیص، درمان و بستری در بیمارستان بر دیدگاه بیماران نسبت به این بیماری و نحوه برخورد با آن تأثیر می‌گذارد و با سازگاری روان‌شناختی بیشتر با شرایط بیماری همراه است. تجارب معنوی و مذهبی به‌عنوان یک منبع نیرومند سازگاری، خوش‌بینی، امیدواری و معنایابی فرد را قادر می‌سازد تا تنش‌ها و رنج‌های ناشی از تجارب تلخ بیماران از بیماری را تخفیف دهند. متوسل شدن به اعتقادات مذهبی و معنوی تسلیم در برابر خواست و مشیت الهی و اطمینان به الطاف خداوندی به‌عنوان یک منبع مهم حمایتی و امیدبخش برای غلبه بر بیماری و شرایط غیرقابل‌کنترل و راهی برای مقابله و کنار آمدن با مفهوم مرگ تلقی می‌گردد.

در حقیقت تجارب مذهبی و معنوی از طرق مختلفی به ایجاد فضای ذهنی مثبت در بیماران منجر می‌شود که نتیجه آن تخفیف درد ناشی از تجارب دردناک و سازگاری بهتر با وقایع تنش‌زا است. در این راستا پژوهشگران با تکیه بر مطالعات مروری منسجم در رابطه با عوامل مؤثر در بهزیستی معنوی‌روانی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته دریافتند که مذهب از شش مسیر خودآگاهی[2] مقابله و سازگاری مؤثر با استرس، ارتباطات و تعاملات با دیگران، احساس نیرومندی، ایمان‌مداری[3] اطمینان و زندگی با معنی[4] و امید می‌تواند در بهزیستی این بیماران تأثیرگذار باشد (۴۷). همچنین اعتقادات مذهبی موجب شکل‌گیری باورهای مربوط به احساس آرامش و دریافت پاداش از سوی خداوند (به علت رنج ناشی از بیماری) بعد از مرگ می‌شود. نگرش‌های معنوی/ مذهبی به‌عنوان منبعی مؤثر در نحوه برخورد افراد با حقیقت اجتناب‌ناپذیر مرگ نیز با معناآفرینی

[1] Invalided social identity

[2] self-awareness
[3] Sense of Faith
[4] Meaning

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

و بازتعریف از مرگ موجب کاهش رنج و تخفیف اضطراب مرگ و مقابله موفق با تجربیات مربوط به بیماری می‌شود (۴۸).

تجارب معنوی می‌تواند به‌عنوان راهبرد مقابله و تنظیم هیجانی نیز باشد. از دیدگاه روان‌شناسان شناختی، مکانیسم‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی[1] نقش کلیدی در کارکرد سازگارانه با شرایط تنش‌زا ایفا می‌کنند (۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳). در حقیقت تنظیم هیجان به‌عنوان یک عامل واسطه‌ای بین استرس و پیامدهای فیزیکی و روانی بیماری عمل کرده و به‌نوبه خود باعث کاهش خطرات فیزیکی و روان‌شناختی استرس در بیمار می‌گردد (۵۴).

ادراک حمایت اجتماعی و روان‌شناختی نیز از سوی خانواده، پرستاران، پزشکان و روان‌شناسان و نیروهای داوطلب حاضر در بخش در بسیاری از این بیماران باعث ایجاد احساس ارزشمندی و قدردانی عمیق می‌شد. این تجارب در نهایت بر تصورات فرد از خود، بیماری و شرایط بیمارستان تأثیر مثبتی می‌گذاشت. مسئله حمایت اجتماعی ادراک‌شده در این بیماران ازآن‌جهت که آن‌ها اجازه دیدار با اعضای خانواده خود را تا هنگامی‌که در بخش بستری بودند، نداشتند اهمیت بیشتری می‌یافت. حمایت اجتماعی یک تسهیلگر عمده برای بهزیستی روان‌شناختی در شرایط استرس‌زا و تغییر و تحولات و دوره‌های انتقالی مهم زندگی است. اگرچه وقایع استرس‌زای زندگی مانند ابتلا به یک بیماری مخاطره‌آمیز می‌تواند اثرات تخریب‌کننده روی سلامت روان‌شناختی افراد داشته باشد، حمایت اجتماعی همانند سپری میان فرد بیمار و استرس‌های ناشی از شرایط بیماری قرار گرفته و اثرات منفی آن را محدودتر می‌سازد (۵۵). از سوی دیگر حمایت اجتماعی نیازهای اساسی اجتماعی انسان از قبیل نیاز به عشق، عزت نفس، وفاداری و احساس تعلق به گروه را برآورده می‌سازد (۵۶، ۵۷). همچنین نیاز به ارتباط به‌عنوان نیاز ذاتی انسان به پذیرش و مورد عشق و احترام قرار گرفتن تعریف شده است. در نبود فیزیکی اعضای خانواده بیمار و فقدان همراهی آن‌ها در بیمارستان که می‌تواند ارضای نیاز بنیادین ارتباط را برای بیمار در شرایط استرس‌زای بیماری با اشکال مواجه سازد حمایت اجتماعی کارکنان بیمارستان زمینه لازم برای ارضای این نیاز اساسی را فراهم می‌سازد.

در رابطه با هیجان‌های تجربه‌شده به‌ویژه اضطراب درباره اعضای خانواده نیز می‌توان گفت وجه بارز آن ابهام درباره شرایط و احساس عدم کنترل بوده است. در این راستا مدل عدم تحمل ابهام[2] و بلاتکلیفی که از دیدگاه‌های نوین در تبیین اضطراب است (۵۸) بیان می‌کند افراد مضطرب اغلب موقعیت‌های نامعین و مبهم را آشفته‌کننده و تنش‌زا ادراک می‌کنند لذا در مواجهه با چنین شرایطی دچار اضطراب و نگرانی شدید می‌گردند. اضطراب در چنین شرایطی به اجتناب شناختی و یا نشخوار فکری و دیگر راهبردهای غیرانطباقی در رابطه با مسئله منجر می‌شود.

علاوه بر علائم بیماری که تا بهبودی کامل باعث ایجاد آشفتگی روان‌شناختی و فیزیکی در فرد مبتلا می‌شود. تجربه قرنطینه شدن به علت کاهش فعالیت‌های اجتماعی و محدودسازی روابط و تعاملات انسانی احساس تنهایی را در فرد برمی‌انگیزد. به علت کاهش مشارکت در اجتماع و انزوا، فرد بیمار احساس غم و اندوه یا کسالت و بی‌حوصلگی را تجربه می‌کند. از طرفی دیگر قرنطینه شدن ممکن است به‌نوعی با احساس طردشدگی، شکست در برآورده شدن نیازهای خود و دیگران، احساس انزوای اجتماعی، فقدان کنترل بر امورات زندگی روزمره همراه باشد و به عزت‌نفس آسیب‌دیده منجر شود. در فرایند بیماری، روند عادی زندگی فرد مختل می‌شود. تجربه قرنطینه شدن و وابستگی فرد به دیگران در طول درمان ممکن است احساس عدم کنترل و مخدوش شدن حس خودمختاری و استقلال را در فرد ایجاد نماید. ارتباط با دیگران و تعاملات منظم اجتماعی از ابزارهایی هستند که افراد به‌واسطه آن احساس خود[3] و هویت اجتماعی خویش را حفظ می‌کنند. وقتی این ارتباطات به علت انزوا و دوری‌گزینی تغییر می‌یابند. کیفیت زندگی فرد نیز مختل می‌شود. درعین‌حال بعضی از بیماران به علی‌رغم دلتنگی شدید برای اعضای خانواده، به علت

[1] Emotion Regulation Mechanisms (ERM)

[2] Intolerance of Uncertainty

[3] Sense of Self

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]

[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

نگرانی از ابتلای سایر اعضای خانواده، رویکرد مثبتی به قرنطینه شدن داشتند و ترجیح می‌دادند که تا بهبودی کامل در بیمارستان قرنطینه باشند.

قابل ذکر است، ازآنجاکه جنبه‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی این بیماری هنوز تا حد بسیار بالایی ناشناخته است مقایسه این یافته‌ها با نتایج مطالعات پدیدارشناختی از سایر بیماران مانند بیماران مبتلا به سرطان و ایدز می‌تواند ویژگی‌های روان‌شناختی اختصاصی‌تر و عمومی‌تر این بیماری را مشخص سازد. در بیماران مبتلا به سرطان نیز ترس از مرگ از تجربه‌های برجسته بوده و نگرانی از آینده خانواده وجود دارد (۳۱) اما در رابطه با بیماران مبتلا به کرونا اضطراب ناشی از ابهام درباره بیماری و چگونگی و کیفیت مردن به‌طور برجسته‌ای وجود دارد. هم‌چنین تجربه انگ در این بیماران را می‌توان باتجربه انگ در بیماران مبتلا به ایدز مقایسه کرد. تجربه انگ در بیماران مبتلا به ایدز از تجربه‌های غالب آن‌ها بوده و به‌صورت برچسب‌های نامناسب مانند آدم فاسد و لکه ننگ، طرد از سوی دیگران، بی‌ارزشی و از دست دادن حمایت تجربه می‌شود (۵۹) درحالی‌که تجربه انگ در بیماری کرونا بیش از آن‌که مربوط به نحوه مبتلا باشد در رابطه با خاکسپاری و چگونگی فوت آن‌ها بود.

به‌طور خلاصه این‌که نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ترس از مرگ، استیگما، تجربه ابهام، تجارب معنوی و ادراک حمایت اجتماعی، هیجانات مربوط به خانواده، هیجان‌های ناشی از تجربه قرنطینه از جمله تجارب زیسته بیماران بستری مبتلا به کرونا ویروس (کووید -۱۹) در گروه نمونه تحقیق بودند. پدیدارشناسی تجربه زیسته بیماران مبتلا به کروناویروس (کووید-۱۹) نشان داد تجربه‌های هیجانی خاص در حین درمان می‌تواند در تسریع درمانی اثرگذار باشد. به علاوه این افراد با مسائل روان‌شناختی خاصی دست‌به‌گریبان هستند که می‌توانند مدت‌ها حتی پس از بهبودی ادامه یافته و یا تشدید شوند. این یافته‌ها به جهت افزایش ادراک و شناخت عمیق‌تر ما از نیازهای روان‌شناختی و پیش‌بینی مشکلات بالقوه این بیماران می‌توانند در راستای ارتقای سلامت روان این گروه و خانواده‌های آن‌ها و با طراحی مداخلات روانی‌اجتماعی عمده و اجرای آن مؤثر باشند. علاوه بر این یافته‌های حاصل به‌ویژه موارد مربوط به انگ اجتماعی به رفتارشناسی بیماران کمک کرده و مداخله‌های مربوط به انگ‌زدایی می‌تواند به کاهش انتقال بیماری از طریق مدیریت رفتار افراد منجر شود. لازم به ذکر است، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که بسیاری از بیماران مبتلا به کرونا ویروس (کووید-۱۹) در شرایط جسمی مناسب برای پاسخگویی به سؤالات و مصاحبه نبودند که این عامل می‌تواند در کیفیت پاسخگویی بیماران مؤثر بوده باشد. همچنین طول مدت مصاحبه‌ها برای رعایت حال و وضعیت جسمانی بیماران کوتاه بود. البته سعی شد در زمانی‌هایی که افراد شرایط مناسبی دارند این مصاحبه صورت گیرد که بااین‌وجود ممکن است این مسئله اثرگذار بوده باشد.

تشکر و قدردانی

ضمن آرزوی سلامتی برای تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، از همه عزیزان که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. World Health Organization. (2020). WHO statement regarding cluster of pneumonia cases in Wuhan, China. Beijing; WHO: 9 Jan 2020.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. N Engl J Med. 2020; 382(8): 727-733.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

3. Dong XY, Wang L, Tao YX, Suo XL, Li YC, Liu F, Zaho Y, Zhang Q. Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017; 12: 49-58.
4. Ryu S, Chun BC. An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. Epidemiol Health. 2020; 42.
5. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 2020; 395 (10223): 514-523.
6. https://behdasht.gov.ir/: 5 June 2020.
7. Seyyed Tabaei R, Rahmatinejad P, Sehat R. (2015). The Prevalence of Behavioral Symptoms of Psychological Disorders in Cancer Patients. J of Thou & Behav in Clin Psychol, 9(36): 27-36. [Persian].
8. sherman DW, Norman R & Mc Sherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. J Assoc Nurses AIDS Care. 2010; 21: 99–112.
9. Kelly DL, Yang GS, Starkweather AR, Siangphoe U, Alexander-Delpech P, Lyon DE. Relationships among fatigue, anxiety, depression, and pain and health-promoting lifestyle behaviors in women with early-stage breast cancer. Cancer Nurs. 2020; 43(2):134-46.
10. Teixeira PJ, Porto L, Kristensen CH, Santos AH, Menna-Barreto SS, Prado-Lima PA. Post-traumatic stress symptoms and exacerbations in COPD patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015; 12(1):90-5.
11. Pooler A, Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014; 9: 315-330.
12. Borrayo EA, Scott KL, Drennen A, Bendriss TM, Kilbourn KM, Valverde P. Treatment challenges and support needs of underserved Hispanic patients diagnosed with lung cancer and head-and-neck cancer. J Psychosoc Oncol. 2020; 9:1-4.
13. Hurst JR, Skolnik N, Hansen GJ, Anzueto A, Donaldson GC, Dransfield MT, Varghese P. Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations on patient health and quality of life. Eur J Intern Med. 2020; 73: 1-6.
14. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2019; 53.
15. Agarwal K, Fortune L, Heintzman JC, Kelly LL. Spiritual Experiences of Long-Term Meditation Practitioners Diagnosed with Breast Cancer: An Interpretative Phenomenological Analysis Pilot Study. J Relig Health. 2020; 34: 15:1-7.
16. Rudaz M, Ledermann T, Grzywacz JG. The influence of daily spiritual experiences and gender on subjective well-being over time in cancer survivors. Archive for the Psychology of Religion. 2019; 41(2):159-71.
17. SeyedTabaee R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. (2017). The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. J Qazvin Univ Med Sci. 21 (2): 41-49. [Persian].
18. Smith J A. Qualitative psychology: a practical guide to research methods. London; Sage Publications. 1996.
19. Uribe-Rodríguez AF, Valderrama L, Durán Vallejo DM, Galeano-Monrroy C, Gamboa K. Developmental Differences in Attitudes Toward Death Between Young and Older Adults. Acta Colomb Psicol. 2008; 11(1):119-126.
20. Lehto H, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Res Theory Nurs Pract. 2009; 23(1):23-41.
21. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. J Psychosoc Oncol. 2012; 30(3):347-58.
22. Yalom, ID. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. San Francisco: Jossey-Bass. 2008.
23. Barrera I & Spiegel D. Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. Int Rev Psychiatry. 2014; 26, 31–43.
24. Lagerdahl AS K, Moynihan M & Stollery B. An exploration of the existential experiences of patients following curative treatment for cancer: Reflections from a UK sample. J Psychosoc Oncol. 2014; 35 (5); 555- 75.
25. Royal KD & Elahi F. Psychometric properties of the Death Anxiety Scale (DAS) among terminally ill cancer patients. J Psychosoc Oncol. 2011; 29: 359–371.
26. Engelmann D, Scheffold K, Friedrich M, Hartung TJ, Schulz-Kindermann F, Lordick F, Mehnert A. Death-related anxiety in patients with advanced cancer: validation of the German

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

version of the death and dying distress scale. J Pain Symptom Manage. 2016; 52 (4): 582-587.
27. Clarke DM, Cook KE, Coleman KJ & Smith GC. A qualitative examination of the experience of depression in hospitalized medically ill patients. Psychopathology. 2006; 39: 303-312.
28. Henoch I, Bergman B, Gustafsson M, Gaston-Johansson F, Danielson E. The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. J Pain Symptom Manage. 2007; 34 (4): 370-379.
29. Broberger E, Tishelman C, Von Essen L, Doukkali E, Sprangers MAG. Spontaneous reports of most distressing concerns in patients with inoperable lung cancer: at present, in retrospect and in comparison with EORTC-QLQ-C30+LC13. Qual Life Res. 2007; 16(10): 1635-1645.
30. Thygesen KH, Esbensen BA. A rehabilitation trajectory for patients with lung cancer: part ii. Klinisk Sygeplege. 2008; 22(2): 64 -77.
31. Imanzadeh A, Sharifi F. (2019). Lived Experiences of Cancer Patients from Death Anxiety Based on Jaspers Borderline Situations. Iran J Psychiatry nurse. 6 (6): 36-41. [Persian].
32. Steinhauser K, Alexander S, Byock I, George L, Tulsky J. Seriously ill patients; discussions of preparation and life completion: an intervention to assist with transition at the end of life. Palliat Support Care. 2009; 7: 393-404.
33. Yalom ID, Existential Psychotherapy, Trans: Sepideh Habib. Tehran, Ney publication. 2011. [Persian].
34. Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): Phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. J Palliat Med. 2014; 28 (3): 234- 242.
35. Spiegel D. Essentials of psychotherapy intervention for cancer patients. Support Care Cancer. 1995; 3: 252–256.
36. Lo C, Hales S, Zimmermann C, Gagliese L, Rydall A, Rodin G. Measuring death-related anxiety in advanced cancer: Preliminary psychometrics of the Death and Dying Distress Scale. J Pediatr Hematol Oncol. 2011; 33: 140-145.
37. Jones EE, Farina A, Hastorf AH, defrench R S. Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships. New York: Freeman WH. 1984.
38. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall. USA: Englewood Cliffs.1963.
39. Colbert AM, Kim KH, Sereika SM, Erlen JA. An examination of the relationships among gender, health status, social support and HIV-related stigma. J Assoc Nurses AIDS Care. 2010; 21(4): 302-313.
40. Fife BL, Wright ER. The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. J Health Soc Behav. 2000; 41: 50-67.
41. Tod AM, Craven J, Allmark P. Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. J Adv Nurs. 2008; 61: 336–343.
42. Naji SA, Abedi HA, Sasani L. 2014. The experience of social stigma in AIDS patients: a phenomenological study. Quarterly J of Sabzevar Univ of Med Sci. 20 (4): 487-495. [Persian].
43. Raleigh ZT. A biopsychosocial perspective on the experience of lung cancer. J Psychosoc Oncol. 2010; 28: 116–125.
44. Kuo TT, Ma F C. Symptom distresses and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. Cancer Nurs. 2002; 25: 309–317.
45. Threader j, McCormack L. Cancer-related trauma, stigma and growth: the lived experience of head and neck cancer. Eur J Cancer Care. 2015; 25(1): 157-169.
46. Leventhal H, Diefenbach M. The active side of illness cognition. In: Skelton JA, Croyle RT, eds. Mental Representation in Health and Illness. New York: Springer Verlag. 1991; 247–72.
47. Lin H, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature. J Adv Nurs. 2003; 44:69–80.
48. Harmon-Jones E, Simon L, Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S, McGregor H. Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. J Pers Soc Psychol. 1997; 72(1): 24-36.
49. Cumberland-Li A, Eisenberg N, Champion C, Gershoff E, Fabes RA. The relation of parental emotionality and related dispositional traits to parental expression of emotion and children's social functioning. Motiv Emot. 2003; 27: 27–56.
50. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010; 30(2): 217-237.
51. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Rev Gen Psychol. 1998; 2(3): 271-299.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]

52. Aldao A. The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. Perspec on Psychol Sci. 2013; 8(2): 155-172.
53. Goldin P R, McRae K, Ramel W, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. Biol Psychiatry. 2008; 63(6): 577-586.
54. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. Annu Rev Clin Psychol. 2007; 3: 377-401.
55. Cohen S, Wills T A. Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985; 98(2): 310-357.
56. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer Nurs. 2005; 28: 236-240.
57. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976; 38: 300-314.
58. Dugas MJ, Buhr K, Ladouceur R. The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance, in: R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice. New York: Guilford. 2004: 143-163.
59. Sassani L, Naji A, Abedi HA, Taery K. The experience of social stigma in AIDS patients: a phenomenological study. Quarterly J of Sabzevar Uni of Med Sci. 2014; 20 (4): 487-495.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.2.5]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.71]