

The Phenomenological Identification of the Marital Interactions of People with Coronavirus Disease

Rezaei Farahabadi M, Khodadadi Sangdeh J*, Imanian Najafabadi S

Department of Counseling, School of Psychology and Educational sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +98 938 714 0872, Fax: +982148393299, E-mail: Javad.khodadadi7@gmail.com

Received: Apr 5, 2021 Accepted: Jun 20, 2021

ABSTRACT

Background & objective: Despite of significant advances in medicine, infectious diseases still threaten the health of society. A new type of Coronavirus called Covid-19 has become increasingly common in the world. Because of quarantine, the interactive patterns between family members, especially couples with Corona was affected and changed. The main goal of this research is to study the factors affecting interactive patterns between couples in the Corona period according to the conditions of the disease and home quarantine.

Methods: This study is a qualitative research and was done by Phenomenological method. The Participants included 15 men and women coronavirus survivors in 2020 that were selected by targeted sampling method. Semi-structured interviews were used to collect data.

Results: This research findings indicated that 5 main themes included: Changing roles, experiencing negative emotions, Coping behaviors, Support and Communication problems and 22 sub-themes.

Conclusions: The results showed that the performance of couples can play an effective role in the transition from crisis and disease and the type of their behaviors in this period can affect marital satisfaction or dissatisfaction.

Keywords: Interactive Patterns; Corona; Couples; Phenomenology

شناسایی پدیدارگرایانه تعاملات زناشویی افراد مبتلا به ویروس کرونا

محدثه رضائی فرح آبادی، جواد خدادادی سنگده*، سپیده ایمانیان نجف آبادی

گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۳۸۷۱۴۰۸۷۲، فاکس: ۰۲۱۴۸۳۹۳۲۹۹، پست الکترونیک: Javad.khodadadi7@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: با وجود پیشرفت‌های قابل ملاحظه در زمینه پزشکی هنوز بیماری‌های واگیردار سلامتی جامعه را تهدید می‌کنند. نوع جدید ویروس کرونا با نام کووید-۱۹ به صورت فزاینده‌ای در جهان شیوع پیدا کرد و راهکار دولت‌ها برای مقابله با آن قرنطینه بود که به دلیل قطع ارتباطات اجتماعی، نوع الگوهای ارتباطی بین اعضای خانواده به خصوص زوجین درگیر بیماری کرونا تحت تأثیر قرار می‌گیرد و هدف پژوهش حاضر مطالعه عوامل موثر بر الگوهای روابط زوجین در دوره کرونا با توجه به شرایط بیماری و قرنطینه خانگی است.

روش کار: این پژوهش به صورت کیفی و با طرح پدیدارشناسی صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان ۱۵ نفر از بهبودیافتگان ویروس کرونا در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران از هر دو جنس بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته و سپس برای تحلیل داده‌ها از روش کلایزی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از ۵ مضمون اصلی شامل تغییر نقش‌ها، تجربه عواطف منفی، رفتارهای مقابله‌ای، حمایت و مشکلات ارتباطی و ۲۲ مضمون فرعی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان داد چگونگی عملکرد زوجین در کیفیت گذار از شرایط بحران و بیماری می‌تواند نقش موثری را ایفا کند و نوع رفتارهای آنان در این دوران می‌تواند بر رضایتمندی و یا عدم رضایت زناشویی تأثیرگذار باشد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای تعاملی، کرونا، زوجین، پدیدارشناسی

پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۳۰

دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱۶

مقدمه

انسان می‌شود کرونا ویروس است [۲]. نسخه‌های قبلی این ویروس شامل بیماری‌های سارس و مرس بوده است که با استفاده از منابع عظیم بین‌المللی اقدام به شناسایی، قرنطینه، درمان و ردیابی تماس با شیوع این بیماری‌ها شد [۳]. سازمان بهداشت جهانی در تاریخ ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ شیوع کووید-۱۹ را ششمین عامل وضعیت اضطراری بهداشت عمومی در سرتاسر جهان اعلام کرد و بهترین راهکار مقابله با آن را انجام اقدامات بهداشتی شخصی دانست و یکی از روش‌هایی که برای برقراری سیستم نظارت بهداشتی به اماکن شیوع بیماری به کار می‌رود قرنطینه است

خانواده نهاد اصلی و مهم جامعه بوده و برقراری ارتباط سالم و درست بین اعضای آن مهم‌ترین عامل سلامت و ثبات خانواده است [۱]. امروزه با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه پزشکی هنوز راه‌های مقابله با بیماری‌های واگیردار به طور قطعی کشف نشده و این بیماری‌ها دشمنان سلامت خانواده و جامعه هستند؛ چرا که ابتلای یک عضو به بیماری مسری خطر انتشار در دیگر اعضای خانواده و جامعه را به همراه دارد. یکی از بیماری‌های ویروسی که چندان ناشناخته نیست و باعث آلودگی شدید دستگاه تنفسی

[۴]. در فرهنگ معین قرنطینه به جایی اطلاق می‌شود که در آن مسافران و عابران را بررسی و از ورود بیماران جلوگیری می‌کنند و بهترین معادل فارسی برای قرنطینه را «حصار بهداشتی» می‌دانند [۵]. لذا «قطع ارتباطات اجتماعی» ویژگی منحصر به فرد قرنطینه قلمداد می‌شود که متناسب با میزان شیوع بیماری محدودده آن تعیین می‌گردد. قرنطینه اگرچه راه ابتلای تعداد افراد بیش‌تر را مسدود می‌کند اما در عین حال می‌تواند پیامدهای پیش‌بینی نشده ناخوشایندی را نیز با خود به همراه داشته باشد و افراد دچار اضطراب شوند و روی به افکار منفی آورند [۶]. راهکار عمده به کار گرفته شده بین المللی برای جلوگیری از کووید-۱۹ قرنطینه خانگی بود و دولت‌ها پس از اعمال محدودیت مسافرت برون‌مرزی، تردد بین شهری و در مواردی میان محله‌ای؛ مردم را به در خانه ماندن تشویق کردند. در این شرایط که کانون ارتباط اجتماعی «خانواده» است مسلماً الگوهای ارتباطی تحت تاثیر قرار می‌گیرند [۷]. سلامت خانواده از کیفیت ارتباط بین همسران ناشی می‌شود. الگوهای ارتباطی سازنده یکی از مهم‌ترین عوامل رضایت‌مندی زناشویی و الگوهای ارتباطی معیوب یکی از دلایل ایجاد مشکلات زناشویی و نارضایتی است [۸]. همین‌طور اپستاین، بالدوین و بیشاپ معتقدند که کارآیی خانواده بیش‌تر به ویژگی‌های نظام خانواده، شیوه‌های نظام‌دار و الگوهای تبادلی بین اعضای آن مربوط است و نه به ویژگی‌های درون روانی اعضا [۹].

الگوی تعاملی زناشویی عبارت است از فرآیندی که طی آن زوجین به صورت کلامی و غیر کلامی در قالب گفتگو، گوش دادن، حالت چهره و ژست‌های مختلف به تعامل و تبادل احساسات و افکار می‌پردازند. کریستنسن و سالووی الگوهای ارتباطی بین زوجین را به سه دسته تقسیم کرده‌اند: ۱. الگوی سازنده متقابل که طی این الگو، طرفین به راحتی درباره مسائل و تعارضات خود گفتگو می‌کنند. ۲. الگوی توقع/کناره

گیری که این الگو به شکل یک چرخه بوده و با افزایش یکی دیگری نیز افزایش یافته و تشدید این الگو منجر به مشکلات دائم زناشویی می‌شود و ۳. الگوی اجتنابی متقابل که در این الگو تعارض بین زوجین شدید است به گونه ای که بحث و جدل تبدیل به یک الگوی دائمی و مخرب در این خانواده‌ها شده‌است و زوجین از برقراری ارتباط با یکدیگر خودداری می‌کنند و ارتباط آن‌ها در حداقل میزان ممکن است و یا اصلاً وجود ندارد [۱۰]. مسلماً الگوهای تعاملی در زمان بروز بحران دستخوش تغییرات می‌شوند. به عنوان مثال اگر این بحران مبتلا به بیماری باشد نقش اعضای خانواده و وظایف آن‌ها غیر خواهد کرد. چنانچه از پژوهش‌ها برمی‌آید یکی از وظایفی که اعضای خانواده و به‌طور اخص همسر فرد مبتلا به بیماری برای خود تعریف می‌کنند وظیفه «مراقبت‌گری» است [۱۱]. واتسون مراقبت را فرآیند بین فردی شامل عوامل مراقبتی می‌داند که موجب رفع نیازهای انسان می‌شود و مراقبت‌کننده دارای ویژگی پذیرش باشد و بیمار را به بیان احساسات و عواطف مثبت و منفی‌اش تشویق کند و بتواند یک محیط حمایتی، حفاظتی و یا اصلاحی برای تمام ابعاد روحی، اجتماعی، جسمی و ذهنی بیمار ایجاد نماید و به‌طور کلی التیام‌بخش فرد مبتلا به بیماری باشد [۱۲].

مراقبت‌گری در روابط صمیمانه بزرگسالی، به طیف وسیعی از رفتارهایی اشاره دارد که متمم به رفتار دلبستگی شریک هستند؛ مانند مساعدت، ارائه آسایش و اطمینان‌دهی مجدد، فراهم آوردن یک اساس ایمن و تشویق خود مختاری، به این معنا که رفتارهای مراقبت‌گری در خدمت ارضای نیازهای دلبستگی شریک و کاهش آشفتگی او، در زمانی است که نظام دلبستگی وی فعال شده باشد [۱۳]. پژوهش‌های گوناگون حاکی از وجود رابطه میان ابعاد و سبک‌های دلبستگی فرد با ابعاد مراقبت‌گری خود و شریک در روابط عاشقانه بزرگسالی می‌باشند. طبق این پژوهش‌ها الگوی ارائه مراقبت توسط مردان بسیار متفاوت‌تر

از زنان است. زنان مراقب نسبت به مردان استرس بیش‌تری را تجربه می‌کنند. برایندهای منفی مانند فشار و بار مراقبتی در زنان بیش‌تر از مردان گزارش شده‌است به طوری که آنان با مشکلات جسمی و روان‌شناختی بیش‌تری روبرو می‌شوند [۱۴]. چنانچه از نتایج پژوهش‌ها برمی‌آید قرنطینه یکی از موثرترین روش‌ها برای جلوگیری از شیوع بیماری است. از این رو بررسی و چستی الگوهای تعاملی زوجین مبتلا به کرونا در ایام قرنطینه و ویژگی‌های آن به عنوان نخستین قدم برای هرگونه اقدام اساسی در جهت حفظ بهداشت روانی خانواده در شرایط بحران مهم و ضروری است. لذا این پژوهش با استفاده از رویکرد پدیدارشناسانه و مبتنی بر تجارب مستقیم و دسته اول زوجین مبتلا به کرونا در پی بررسی تجربه زیسته آنان از تاثیر شرایط قرنطینه بر الگوهای تعاملی‌شان است.

روش کار

کد اخلاق طرح IR.ATU.REC.1400.009 می‌باشد. پژوهش حاضر از نوع کیفی بوده و از بین رویکردهای مختلف روش تحقیق کیفی به سبب بررسی تجارب زیسته افراد از رویکرد پدیدارشناسی استفاده شده است که به شناخت مبتنی بر زمان و مکان دست می‌یابد. هدف این مطالعه درک معانی پدیده‌های متداولی بود که مسلم پنداشته شده، اما آگاهانه مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفته‌اند [۱۵]. در پژوهش کیفی جمعیت پژوهش مطابق بود با مشارکت‌کنندگان پژوهش که زوجین مبتلا به کرونا در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ را شامل می‌شد. افرادی که ملاک‌های ورود به مطالعه شامل ۱- تشخیص قطعی کرونا، ۲- متاهل بودن، ۳- قادر به بیان و انتقال تجارب و ۴- تمایل به مشارکت در پژوهش را داشتند؛ به شیوه هدفمند انتخاب شدند. همچنین برای پژوهش ملاک‌های خروج از مطالعه نیز در نظر گرفته شدند که عبارت بودند از: ۱- عدم تمایل به شرکت در

مطالعه، ۲- ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی و بیان تجارب در مصاحبه. به دلیل پرمخاطره بودن مراجعه به مراکز درمانی به صورت مجازی اطلاعیه‌ای مبنی بر همکاری در پژوهش در فضای مجازی منتشر شد و افراد واجد شرایط، مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه نیمه ساختار تا رسیدن به اشباع نظری و تکراری بودن تجارب ادامه پیدا کرد که در مصاحبه ۱۳ داده‌ها به اشباع رسید و ۲ مصاحبه تکمیلی و تاییدی نیز صورت گرفت که در نهایت ۱۵ مشارکت‌کننده شامل ۹ مرد و ۶ زن نمونه پژوهش را شکل دادند. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

روند مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. اشباع داده‌ها رویکردی در پژوهش کیفی برای تعیین کفایت نمونه‌گیری است و زمانی رخ می‌دهد که داده بیش‌تری که سبب توسعه، بزرگ‌تر شدن یا اضافه شدن به مفاهیم موجود گردد، به پژوهش وارد نشود [۱۶]. قبل از انجام مصاحبه، به شرکت‌کنندگان در مورد رعایت اصول اخلاقی پژوهش توضیحات لازم ارائه گردید و پس از کسب رضایتشان، به آن‌ها پیرامون حق انصراف از مصاحبه و محرمانه بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش اطمینان داده شد. هم‌چنین درمورد ضبط مصاحبه از شرکت‌کنندگان اجازه گرفته شد. کلیه مصاحبه‌ها به شکل تلفنی و با تعیین وقت و توافق قبلی انجام شد. به دلیل ماهیت اکتشافی پژوهش، از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته فردی استفاده شد. مصاحبه‌ها با سوالات کلی شروع شده و سپس با تکیه بر سؤالاتی که در تعامل مصاحبه‌شونده و مصاحبه‌کننده پدید می‌آمد، ادامه یافت. اولین سؤال این بود که «نحوه تعاملات و ارتباطات با هم (همسر) در دوره قرنطینه چگونه بود؟» در ادامه، سؤال بعدی مبتنی بر پاسخ‌های مشارکت‌کننده پرسیده می‌شد. زمانی که مشارکت‌کننده از موضوع اصلی فاصله می‌گرفت، با طرح جمله‌های هدایت‌کننده، سعی می‌شد به موضوع

دسته‌بندی شدند. در ادامه، پژوهشگران برای استخراج مضامین به مشارکت و تبادل نظر پرداختند. با تداوم مصاحبه‌ها، مضمون قبلی روشن‌تر و تکامل می‌شد و گاه مضمون جدید شکل می‌گرفت. جهت روشن‌سازی، مقوله بندی و رفع تناقض‌های موجود در تفسیر، فرایند بازگشت مکرر به متون صورت گرفت. به منظور صحت و اعتبار داده‌های پژوهش از چهار شاخص اعتبار گابا و لینکلن [۱۷] استفاده شد. برای تضمین قابلیت اعتبار داده‌ها پس از تحلیل، هر مصاحبه مجدداً به شرکت‌کننده مراجعه و صحت و سقم مطالب تایید و تغییرات لازم اعمال گردید. جهت تضمین قابلیت تصدیق سعی بر آن بود که پژوهشگر پیش‌فرض‌های پیشین خود را تا حد امکان در فرایند جمع‌آوری اطلاعات دخالت ندهد.

یافته‌ها

جدول ۱ جدول جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش است و اطلاعات ۱۵ نفر اعضای نمونه شامل ۹ مرد و ۶ زن شرکت‌کننده به تفصیل بیان شده است. وضعیت اقتصادی به‌طور میانگین متوسط رو به بالا ارزیابی شد.

اصلی برگردد. جهت کسب اطلاعات بیشتر و روشن‌سازی مطالب مطرح شده، در طول مصاحبه از سؤالات کاوشی مانند «می‌توانید در این باره بیشتر توضیح دهید؟»، «یا می‌شود منظورتان را واضح‌تر بیان کنید؟»، «می‌توانید مثالی بزنید؟»، استفاده شد. مصاحبه‌ها حداکثر ۶۰ دقیقه به طول انجامید. برای آنالیز داده‌ها از مراحل رویکرد پدیدارشناسی کلایزی استفاده شد. این رویکرد شامل مراحل ذیل است:

۱. خواندن دقیق کلیه توصیف‌ها و یافته‌های مهم شرکت‌کنندگان، ۲. استخراج عبارات مهم و جملات مرتبط با پدیده، ۳. مفهوم‌بخشی به جملات مهم استخراج‌شده، ۴. مرتب‌سازی توصیفات شرکت‌کنندگان و مفاهیم مشترک در دسته‌های خاص، ۵. تبدیل کلیه عقاید استنتاج شده به توصیفات جامع و کامل، ۶. تبدیل توصیفات کامل پدیده به یک توصیف واقعی خالص و مختصر، ۷. معتبرسازی نهایی. مصاحبه‌های ضبط شده، بلافاصله بعد از انجام، چند بار بررسی و خوانده می‌شد. هم‌چنین مصاحبه‌ها پس از تحلیل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌گرفت و بر اساس نظرات آنان اصلاحات لازم اعمال می‌شد. سپس داده‌ها کدگذاری و در قالب مضامین اصلی،

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

کد	سن	جنس	تحصیلات	مدت ازدواج (سال)	تحصیلات همسر	شغل
۱	۳۳	مرد	ارشد	۱	لیسانس	آزاد
۲	۳۴	مرد	لیسانس	۱۲	لیسانس	آزاد
۳	۴۵	مرد	ارشد	۲۱	ارشد	آزاد
۴	۳۷	مرد	لیسانس	۱۵	ارشد	کارمند
۵	۵۲	مرد	ارشد	۲۰	ارشد	کارمند
۶	۷۰	مرد	لیسانس	۴۸	دیپلم	کارمند
۷	۴۰	مرد	ارشد	۱۵	لیسانس	پرستار
۸	۴۲	مرد	ارشد	۱۰	لیسانس	کارمند
۹	۳۲	زن	دیپلم	۵	لیسانس	خانه دار
۱۰	۴۳	زن	دکتری	۱۴	فوق تخصص	پزشک
۱۱	۳۶	زن	لیسانس	۸	ارشد	کارمند
۱۲	۳۴	زن	ارشد	۱۲	ارشد	معلم
۱۳	۴۰	مرد	دیپلم	۱۱	دیپلم	آزاد
۱۴	۳۴	زن	لیسانس	۱۲	ارشد	معلم
۱۵	۴۵	زن	لیسانس	۹	لیسانس	خانه دار

مطالعه پیش‌رو با هدف مطالعه عوامل موثر بر الگوهای روابط زوجین در دوره کرونا با توجه به شرایط بیماری و قرنطینه خانگی انجام شد و نتایج مطالعه شامل ۳۲۵ کد اولیه، ۲۲ مضمون فرعی و ۵ مضمون اصلی بود که در جدول ۲ ارائه شده است. سوال پژوهشی: شرایط بیماری و قرنطینه در الگوی تعاملی زوجین چه تاثیری داشته است؟

جدول ۲. مضامین استخراج شده از پژوهش

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مضمون هسته‌ای
انعطاف‌پذیری نقش‌ها	پرستاری و مراقبت‌گری تغییر کلیشه‌های جنسیتی احساس وظیفه و مسئولیت	شرایط بیماری سبب انعطاف‌پذیری در نقش‌های زوجی شده و افراد با رفتارهای مقابله‌ای و حمایت به گذران دوره درمان پرداخته‌اند. اگرچه مشکلات ارتباطی و تجربه عواطف منفی به عنوان ویژگی‌های مهم قرنطینه قلمداد شده است.
تجربه عواطف منفی	دلتنگی به دلیل قطع ارتباط نگرانی از ابتلای بقیه اعضای خانواده اضطراب و نگرانی احساس تنهایی و تک بودن افسردگی خوبی شکایت از دردهای جسمانی	
رفتارهای مقابله‌ای	گفتگو دعا و نیایش ترک محیط قرنطینه هدف‌گذاری و مرور برنامه‌های آینده مرور مشترک خاطرات خوب گذشته سکوت و تمرکز بر خود	
حمایت	آرامش در عین نگرانی آرامش بخشی به همسر امید بخشی	
مشکلات ارتباطی	کم شدن صبر و تحمل گلایه کردن محدودیت ارتباط با خانواده احساس طردشدگی	

انعطاف‌پذیری نقش‌ها

۱. پرستاری و مراقبت‌گری: «رابطه زن و شوهری ما به سمت پرستار و مریض رفته بود و رابطه از حالت تساوی درآمده بود و یک طرفه شده بود. همه زحمات‌ها به دوش همسرم بود و من فقط دریافت‌کننده بودم» (آقا ۳۳ ساله).

۲. تغییر کلیشه‌های جنسیتی: «شوهرم همه امور خانه را انجام می‌داد بدون اینکه سررشته‌ای از آشپزی داشته باشد» (خانم ۳۲ ساله).

۳. احساس وظیفه و مسئولیت: «اگرچه ما در وضعیت طلاق عاطفی هستیم و تا قبل از مریضی من عملاً مثل دوتا هم‌خانه بودیم اما همه زحمت پرستاری به دوش همسرم بود و واقعاً تمام ۲۴ ساعت را از من مراقبت می‌کرد» (آقا ۳۴ ساله).

تجربه عواطف منفی

۱. دلتنگی به دلیل قطع ارتباط: «دلتنگی بزرگترین مشکل بود، دلتنگی که من و پسرم برای همسرم داشتیم و نمی‌توانستیم او را ببینیم» (خانم ۴۳ ساله).

۲. نگرانی از ابتلای بقیه اعضای خانواده: «به شدت نگران سلامتی همسر و بچه‌ها بودم که نکته وقتی برای من غذا یا دارو می‌آورند بیماری به آن‌ها سرایت کند» (آقا ۴۵ ساله).

۳. اضطراب و نگرانی: «چند روز اول اضطراب بسیار بالایی داشتم؛ یک‌سره به این فکر می‌کردم اگر بمیرم بچه‌ام چه می‌شود» (خانم ۳۶ ساله).

۴. احساس تنهایی و تک بودن: «تنها ماندن و عدم ارتباط بیشترین مشکل من بود. واقعا درد جسمانی قابل تحمل بود اما درد تنها ماندن نه» (خانم ۳۲ ساله).

۵. افسردگی خوبی: «من سال‌ها است در روز شانزده ساعت کار می‌کنم؛ حالا اینکه بیش‌تر از چهل روز در خانه بدون هیچ فعالیتی مانده‌ام به من حس بی‌مصرف بودن و بی‌انرژی بودن داده و احساس افسردگی می‌کنم» (آقا ۳۷ ساله).

۶. شکایت از دردهای جسمانی: «به حدی بدن درد داشتم که هر لحظه احساس می‌کردم حتماً همین الان می‌میرم و مدام به خاطر وضعیت بد جسمانی غم می‌زدم» (آقا ۵۲ ساله).

رفتارهای مقابله‌ای

۱. گفتگو: «امکان باهم بودن که نداشتیم و میشه گفت گفتگو کردن از پشت در اتاق یا گاهی تلفنی تنها راه حل ما برای کم کردن فشار روانی بود» (خانم ۳۲ ساله).

۲. دعا و نیایش: «در حالت بیماری به نظر من آدم اینقدر ضعیف و شکننده می‌شود که انگار باید به یک قدرت برتری متصل باشد برای احیای دوباره و در این زمان توکل به خدا و دعا کردن برای من به‌شخصه بسیار موثر واقع شد» (خانم ۳۶ ساله).

۳. ترک محیط قرنطینه: «کارهای مختلفی انجام دادم اما واقعاً هیچ کدام تاثیر از خانه بیرون رفتن و تغییر فضا را نداشت. من الان حدوداً ۱۰ روز است روزی دو ساعت به محل کار می‌روم واقعاً متوجه تغییر روحیه‌ام شده‌ام» (آقا ۷۰ ساله).

۴. هدف‌گذاری و مرور برنامه‌های آینده: «همسر و چنین چیزهایی می‌گفت: باید زودتر خوب بشی بریم

سراغ فلان کار و بیش‌تر مرور اهداف و تفریحات مشترکی که از قبل برنامه‌ریزی کرده‌ایم و هنوز محقق نشده‌اند» (آقا ۴۰ ساله).

۵. مرور مشترک خاطرات خوب گذشته: «خیلی دلتنگ خاطراتمان بودم. فیلم‌های داخل گوشی‌ام را می‌دیدم و به این فکر می‌کردم که چقدر خوش بودیم کاش باز هم به روزهای خوب برگردیم» (آقا ۳۳ ساله).

۶. سکوت و تمرکز بر خود: «سکوت و تنهایی باعث می‌شد روی ذهنم متمرکز شوم و یا خودم را به کاری مشغول کنم؛ اخبار مربوط به حوزه کاری‌ام را می‌خواندم یا چند دقیقه در سکوت چشمم را می‌بستم و معمولاً چند دقیقه بعد به آرامش نسبی می‌رسیدم» (آقا ۳۷ ساله).

حمایت

۱. آرامش در عین نگرانی: «همسر بسیار خونسرد و امیدوارانه از وضعیت من به دیگران خبر می‌داد هرچند من از نگاهش نگرانی خیلی زیادش را می‌دیدم» (آقا ۵۲ ساله).

۲. آرامش بخشی به همسر: «من از ناراحتی‌هایم زیاد برایش می‌گفتم و او جملات امیدوارانه به من می‌گفت مثلاً زیاد می‌گفت: میدونم خیلی داری اذیت میشی؛ به کم دیگه تحمل کن» (خانم ۴۳ ساله).

۳. امید بخشی: «همسر من بیش‌تر احوال پرسشی می‌کرد و جملات امیدبخش می‌گفت. «بهتری؟» «زود خوب میشی» «منتظر دیدارت هستم» واقعا با شنیدن این‌ها انگار جان تازه می‌گرفتم» (خانم ۳۶ ساله).

مشکلات ارتباطی

۱. کم‌شدن صبر و تحمل: «آستانه تحمل من بسیار پایین آمده بود، عصبی می‌شدم و با هر تلنگری سریعاً بهم می‌ریختم و داد می‌زدم و جو خانه متشنج می‌شد. شاید اگر در حالت معمول خانمم حرفی مخالف عقیده من می‌زد در سکوت از کنارش می‌گذشتم و اهمیت چندانی برایم نداشت اما این پایین آمدن آستانه تحمل باعث می‌شد سریعاً واکنش منفی نشان بدهم» (آقا ۳۴ ساله).

۲. گلایه کردن: «بهانه‌گیر شده بودم و مدام به همسرم گلایه می‌کردم که کاش سر کار نری و پیش ما بمونی» (خانم ۴۳ ساله).
۳. محدودیت ارتباط با خانواده: «اینکه نمی‌توانستم با همسر و فرزندانم مستقیماً ارتباط بگیرم واقعاً برایم لذت‌کننده بود» (آقا، ۶۰ ساله).
۴. احساس طردشدگی: «حتی بعد از طی دوره قرنطینه و جواب آزمایش که نشان می‌داد دیگر بهبودی پیدا کردم؛ همسایه‌ها یا همکاران از من دوری می‌کنند» (آقا ۳۷ ساله).

بحث

مضمون نخست پژوهش انعطاف‌پذیری نقش‌ها است. با توجه به شرایط بیماری و ضعف ناشی از آن و اینکه فرد مبتلا نباید هیچ‌گونه تماس فیزیکی با اطرافیان داشته باشد، بسیاری از فعالیت‌های روزمره پیشین را نمی‌تواند انجام دهد و طرف مقابل این وظیفه را بر عهده می‌گیرد و نسبت به وظایف فرد بیمار احساس مسئولیت می‌کند. هم‌چنین پذیرش نقش پرستاری و وظایف مربوط به آن توسط فرد مراقبت‌کننده که با فراوانی بالا در فرایند مصاحبه‌ها به این مسئله اشاره شده است. این مضمون را می‌توان این‌طور تبیین کرد که ابتلا به بیماری، شرایطی خاص و غیرقابل پیش‌بینی در خانواده به وجود می‌آورد که الگوهای رفتاری، نقش‌ها و وظایف اعضا را تغییر خواهد داد و سیستم حمایتی از طرف خانواده به‌خصوص همسر باید فعال شود. به‌خصوص در شهر تهران که در چند سال اخیر به دلیل شرایط اقتصادی حاکم و هزینه‌های زندگی آمار زوجین هر دو شاغل افزایش یافته است و به تبع آن نقش افراد در خانواده نسبت به گذشته دستخوش تغییر می‌شود و شرایط بیماری نیز این تغییرات را گسترده‌تر خواهد کرد. به عبارت دیگر انعطاف‌پذیری نقش‌ها در رهبری کردن و چگونگی مدیریت شرایط پیش آمده، جلوگیری از افزایش تنش‌ها کمک می‌کند و نشان می‌دهد خانواده چگونه در عین تغییرات

می‌تواند پایداری خود را حفظ کند. به دلیل نسبتاً جدید بودن مقوله بیماری کووید-۱۹ محقق پژوهشی مبنی بر همسویی نتایج به‌دست آمده از تحقیق پیش رو به‌طور مستقیم به‌دست نیاورد. اما پژوهش‌ها در زمینه نقش اعضای خانواده در شرایط بیماری یکی از اعضا فراوان هستند؛ آنچنان که محمدی‌نژاد و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به سرطان با تنش‌های مختلف جسمی و روانشناختی مواجه هستند. در این بین برای سازگاری با بیماری سرطان این افراد نیاز به حمایت از سیستم بهداشت و درمان و خانواده و اطرافیان دارند [۱۸]. در پژوهشی دیگر سلمانی و همکاران دریافتند که دنبال تشخیص بیماری و شروع فرآیند درمان، در اعضای خانواده بیمار، برای ارائه مراقبت، احساس مسئولیتی به وجود می‌آید [۱۹]؛ هم‌چنین در پژوهش انجام شده توسط پارک و همکاران نتایج نشان داد اعضای خانواده مراقبت‌کنندگان غیررسمی هستند که به بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از قبیل تغذیه، جابجایی، حمایت روانی و عاطفی و اجتماعی، ارتباط برقرار کردن با تیم مراقبتی در رابطه با تغییر شرایط، دارودرمانی و فراهم آوردن منابع مالی کمک می‌کنند [۲۰]؛ و نهایتاً اعتمادی‌فر و همکاران در پژوهش خود خانواده را به‌عنوان بهترین منبع برای مراقبت از بیماران معرفی کردند [۲۱].

دومین مضمون پژوهش که زیرمقوله‌های بسیاری را به خود اختصاص داده و با فراوانی بالا در روند مصاحبه‌ها تکرار شده است تجربه عواطف منفی بود. ابتلا به بیماری به خودی خود استرس‌زا است و دردهای جسمانی نیز مضاف بر فشار روانی خواهند بود. طبق تبیین محقق مسلماً تجربه اضطراب در بیماری‌های مسری چندین برابر است؛ چرا که فرد مبتلا اجازه ارتباط با خانواده خود را نیز ندارد. نگرانی از ابتلای اطرافیان، دلتنگی برای آنان، احساس تهایی و مواردی از این قبیل از جمله هیجانات منفی هستند که

به طور معمول بیماران به خصوص مبتلایان به امراض مسری آنان را تجربه می‌کنند. به عبارت دیگر عاطفه منفی با شکایات ذهنی، اضطراب و توانایی مقابله پایین با فشار و استرس ارتباط دارد و افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم انرژی هستند و از سوی دیگر حساسیت آن‌ها نسبت به اتفاقات پیرامون خود بیش‌تر می‌شود. پس می‌توان گفت علی‌رغم طبیعی بودن بروز هیجانات منفی در دوره بیماری، گسترش بیش از حد این قبیل هیجانات می‌تواند ثمرات مخربی از جمله تضعیف سیستم دفاعی بدن و ناامیدی بیمار از روند درمانی داشته باشد. از این رو نتایج پژوهش در باب بروز هیجانات منفی همسو با پژوهش بالجانی و همکاران بود که دریافتند: تشخیص سرطان، باعث یاس و ناامیدی در بیماران شده و آن‌ها احساس می‌کنند در یک موقعیت غیرقابل کنترل و سخت شبیه غلتیدن یک سنگ بزرگ در دریا، گیر کرده‌اند [۲۲]. هم‌چنین ابراهیمی و همکاران در پژوهشی به مطالعه بیماران مبتلا به بیماری مسری ایدز پرداختند و معتقد بودند وضعیت خلقی افراد مبتلا به ایدز از احساس اندوه، اضطراب و عصبانیت تا بروز اختلالات شدید افسردگی و اضطرابی متغیر است. افسردگی، شیدایی، اندوه و سوگواری، اضطراب، احساس گناه و تغییر در عواطف جنسی از جمله اختلالات خلقی‌اند که فرد مبتلا با آنان درگیر است [۲۳].

راهبردهای مقابله‌ای سومین مضمون به‌دست آمده است. اساساً استرس مشکلی نافذ با تأثیرات مشخص بر سلامت جسم و روان است و چنانچه گفته شد تجربه ابتلا به بیماری با استرس فراوان همراه است؛ علاوه بر آن در رابطه با بیماری کووید-۱۹ و شرایط حاکم بر قرنطینه و قطع ارتباطات اجتماعی این استرس دوچندان می‌شود. لذا افراد برای رهایی از فشار روانی و راحت‌تر گذراندن دوره قرنطینه رو به مهارت‌های مقابله‌ای می‌آورند. طبق تبیین محقق، نقش خانواده و به‌خصوص همسر در این مضمون نیز به‌طور پررنگ

دید می‌شود. مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که گفتگو مهم‌ترین عامل رهایی آنان از حال بد است. این گفتگو اگرچه به‌دلیل شرایط قرنطینه از راه دور و با تلفن صورت می‌گرفت اما در کاهش اضطراب بیمار، کاهش شکایت‌های جسمانی، کاهش افسردگی و پرخاشگری، کاهش افکار منفی و ایجاد خلق مثبت در بیمار نقش اساسی ایفا می‌کرد. منابع مقابله با استرس به عنوان اقدامات پیشگیری‌کننده اجتماعی و روانی هستند که می‌توانند احساس آسیب‌پذیری ناشی از استرس را کاهش دهند و یا به فرد کمک کنند تا در مواجهه با حوادث استرس‌زا نشانه‌های مرضی کمتری داشته باشد [۲۴]. نتایج پژوهش اشمیت و همکاران نشان داد که بین حمایت اجتماعی با توان مقابله با استرس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یعنی با افزایش حمایت، توان مقابله شخص در برابر استرس افزایش می‌یابد. هم‌چنین می‌توان گفت حمایت اجتماعی بر ارزیابی افراد از محرک‌های بالقوه استرس‌زا اثر می‌گذارد. وجود اطرافیان او را در انتخاب روش‌های مقابله‌ای مناسب توانمند می‌سازد. هم‌چنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، از راهبردهای مؤثرتری برای مقابله با استرس استفاده می‌کنند. در واقع دریافت حمایت اجتماعی از سوی افراد نزدیک و به‌ویژه همسر به عنوان یک روش مقابله‌ای می‌تواند اثر استرس‌ها را کاهش دهد [۲۵].

چهارمین مضمون حمایت است که نشان می‌دهد شرکت‌کنندگان در مصاحبه هرکدام بر اساس ویژگی‌های شخصیتی خود، نوعی از رفتار خاص را حمایت تلقی می‌کنند. در تبیین این مضمون می‌شود به این نکته اشاره کرد که حمایت اعضای خانواده و به‌خصوص همسر باعث ایجاد آرامش و امید در مبتلایان می‌شود و آنان را از نظر روانی تامین می‌کند و برای بهبود جسمانی آماده‌تر می‌سازد. به عبارت دیگر آنان احساس می‌کنند تحت حمایت خانواده هستند و سلامتی و حال خوب آنان برای خانواده حائز

اهمیت است و مورد توجه اعضای خانواده هستند و این احساس مثبت روند بهبود بیمار را تسریع می‌بخشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد حمایت برای کنترل و کاهش استرس ناشی از شرایط بیماری در مبتلایان موثر واقع شده‌است و این مهم با نتایج پژوهش‌ها همخوانی دارد. نتایج تحقیقات به طور ثابت بر نقش تعدیل‌کننده حمایت بر استرس تأکید داشته‌اند. یافته‌های پژوهش بردلی^۱ و همکاران نشان داد افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان‌فردی کمتری هستند، در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند؛ به‌طور مؤثر با آنان مقابله می‌نمایند و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی روانی را نشان می‌دهند [۲۶]. از سوی دیگر نتایج پژوهش دلونگی و همکاران مشخص کرد افرادی که عضو شبکه اجتماعی گسترده‌ای هستند، کمتر تحت تأثیر رویدادهای فشارزای زندگی قرار می‌گیرند و احتمالاً کمتر دچار مشکلات ناشی از فشار روانی می‌شوند [۲۷]. هم‌چنین بال و همکاران در پژوهش خود اظهار داشتند که استفاده از استراتژی مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی با کمبود حمایت اجتماعی همراه است [۲۸].

مشکلات ارتباطی آخرین مضمون اصلی پژوهش بود. به دلیل مسری‌بودن بیماری، فرد مبتلا ملزم به قطع ارتباط و حضور در شرایط قرنطینه فردی بوده است. حق ارتباط با همسر و فرزندان خود و دیگر افراد را نداشته و این مسئله فشار روانی بسیاری را برای مبتلایان ایجاد می‌کرد. طبق تبیین محقق، انسان موجودی است بالذات اجتماعی و سرچشمه تشکیل تمدن‌های بشری ارتباط انسان‌ها با یکدیگر و مناسبات انسانی بین آنان بوده است. قطع ارتباطات اجتماعی به‌خصوص ارتباط با اعضای خانواده و دوری از محل کار و همکاران منجر به ایجاد هیجانات منفی و ایجاد

^۱ Bradley

فشار روانی در افراد می‌شود. به‌طوری که فرد بیمار بی‌حوصله، کم‌طاقت و زودرنج می‌شود؛ و از سوی دیگر در خانه ماندن و دوری از محل کار احساس بی‌کفایتی و غیرمفید بودن در فرد ایجاد می‌کند، به‌طوری که انگار نشانگان بیماری در او افزایش پیدا می‌کند. نتایج پژوهش رضائی و همکاران بر روی الگوهای ارتباطی زوجین در جانبازان مبتلا به اختلال پس‌سازحه ای، مویید مشکلات ارتباطی بیمار و همسرش بود. آنان دریافتند تجربه مکرر ضربه روانی، رزمنده و همسرش را آشفته می‌کند. ممکن است کابوس‌های شبانه و از خواب پریدن‌های پی‌پی آنان را مجبور کند تا در بستر جداگانه‌ای بخوابند و این مسئله می‌تواند صمیمیت جنسی و هیجانی آن‌ها را کم کند و به تبع آن ارتباط زناشویی آنان کاهش یابد و یا قطع گردد [۲۹]. به‌علاوه مسئله‌ای که در چند مصاحبه به‌طور مکرر به آن اشاره شد؛ طردشدگی است. افراد اذعان داشتند نگاه اجتماعی با وجود بهبودیافتگی هم‌چنان منفی است و افراد جامعه آنان را بیماران کرونا می‌دانند و سعی در فاصله‌گرفتن دارند. چنانچه نتایج تحقیق با پژوهش ملاسمعیل و همکاران که نشان داد زنان مبتلا به عفونت HIV مثبت به عنوان یک بیماری مسری تا آنجا که امکان دارد آلوده‌شدن خود به یک بیماری اجتماعی را مخفی می‌کنند تا برچسب ناپهنجاری نخورده و از سوی جامعه و دیگران تحریم و طرد نشوند؛ چراکه به تجربه به آنان ثابت شده است افشای بیماری باعث طردشدن آنان از سوی اجتماع خواهد شد و در آن صورت مجبور خواهند بود انزوای طبیعی را برگزینند؛ همسو است [۳۰].

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد زوجین در کیفیت گذار از شرایط بحران و بیماری می‌توانند نقش موثری را ایفا کنند و نوع رفتارهای آنان در این دوران می‌تواند بر رضایتمندی و یا عدم رضایت

است. از طرف دیگر به دلیل اینکه پژوهش بلافاصله بعد از بهبودی صورت گرفت ممکن است در نظرات مصاحبه‌شوندگان تغییراتی صورت گرفته باشد. به دلیل وجود شرایط خاص مصاحبه حضوری امکان‌پذیر نبود و مصاحبه‌ها تماما به صورت تلفنی انجام شد.

همچنین پژوهش در سطح شهر تهران صورت گرفته و مسلما پاسخ‌های ارائه شده توسط افراد متناسب با فرهنگ و امکانات موجود است؛ لذا نمی‌توان نتایج حاصل را به‌طور گسترده تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از دکتر علیرضا اسلامی‌نژاد، دکتر صلاح اسمعیلی، دکتر شکبیا ابوترابی، دکتر فهیمه باهنر و کلیه عزیزانی که در طول این پژوهش مساعدت نمودند، قدردانی می‌شود.

زناشویی تاثیرگذار باشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق به نظر می‌رسد زوجین نیازمند آموزش بیشتر در زمینه چگونگی تعامل هستند. لذا پیشنهاد می‌شود رسانه ملی علاوه بر پوشش خبری گسترده در رابطه با بیماری‌ها و آموزش شیوه‌های مراقبتی، برنامه‌هایی را در جهت آموزش الگوهای تعاملی خانواده و شیوه‌های کارآمد گفتگو، همراهی و امیدبخشی در شرایط بحران، و ساز و کارهای کاهش فشار روانی و اضطراب در خانواده، تهیه و تدوین نماید.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر به نوبه خود دارای محدودیت‌هایی نیز بود. از جمله اینکه تنها زوجینی که در قرنطینه و درگیر بیماری کووید-۱۹ بودند مورد مطالعه قرار گرفتند و تعمیم نتایج آن به افراد در قرنطینه که مبتلا به بیماری‌هایی با سرایت متفاوت هستند، مستلزم احتیاط

References

- 1- Birshak B. Humanization in family Psychology. Satir V, 11nd ed. Tehran: Roshd 2019; 43-44. [Full text in Persian]
- 2- Seifried O. Histopathology of infectious. Laryngotracheitis in chickens. J Exp Med. 1931 Nov; 54 (6): 817-826.
- 3- Gerberding L. Faster but fast enough? Responding to the epidemic of severe acute respiratory syndrome. N Engl J Med. 2003 May; 348(20):2030-31.
- 4- Zhou P, Yang X, Wang X, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020 Feb; 579:270-73.
- 5- Moin M. A Persian dictionary. 3rd ed. Tehran, Dabir Publications, 2001; 1879. [Full text in Persian]
- 6- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry. 2020 Mar; 7(3):228-29.
- 7- Chinazzi M, Davis J, Ajelli M, Gioannini C, Litvinova M, Merler S, et al. The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (covid-19). Science. 2020 Apr 24; 368(6489):395-400.
- 8- Ansari P. The relationship between inconsistent schemas, love style, couple communication patterns with marital quality [dissertation]. Razi Uni: 2014. [Full text in Persian]
- 9- Epstein, NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device (FAD). J Marital Fam Ter. 1983 Apr; (9):171-180.
- 10- Christensen A, Sullaway M. Communication patterns questionnaire, University of California In press. 1984 May; 59:459-463.
- 11- Schultz AA, Bridgham C, Smith ME, Higgins D. Perceptions of caring. Comparison of antepartum and postpartum patients. Clin Nurs Res. 1998 Nov; 7(4): 363-78.
- 12- Watson WT, Marshall ES, Fosbinder D. Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. J Emerg Nurs. 1999 Apr; 25(2): 88-92.

- 13- Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*. 1982 Oct; 52(4), 664-678.
- 14- Hequembourg A, Brallier S. Gendered stories of parental caregiving among siblings. *J Aging Stud*. 2005 Dec; 19(1):53-71.
- 15- Abolmaali kh. Qualitative research from theory to practice. Science Publications. 2011 Apr; 120-123. [Full text in Persian]
- 16- Dehghan Nayeri N, Tayebi Z, Silani Kh, Farsi Z, Nursing research methods, evaluate, combine and produce evidence. Bronze N, Grouf S, Gray J, 2nd ed. Tehran, Andishe Rafi Publications; 2018 Oct; 170-172.
- 17- Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation, Newbury Park, CA: Sage; 1919 Feb; 330-333.
- 18- Torkmandi H, Heidaranlu E, Firouzbakht M, Tahmasbi B, Ziyari M, Yaghoobzadeh A, et al. The relationship between social support and quality of life in Iranian clients with Cancer. *Iran J Cancer Care*. 2020 Summer; 1(2):9-15. [Full text in Persian]
- 19- Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The burden of caregiver and related Factors of Oncology. *J Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2014 Jan; 24(84): 73-92. [Full text in Persian]
- 20- Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs*. 2015 Aug; 19(4):376-82.
- 21- Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Rre*. 2014 Apr; 19(3): 217-230.
- 22- Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. *Hayat*. 2011 Autumn; 17(3):27-37. [Full text in Persian]
- 23- Ebrahimi SM, Madani HM, Moradi Akbari M, Javadi J. Educational and ethical issues in the AIDS patients care. *J Health Care*. 2011 Summer; 13(2): 57-70. [Full text in Persian]
- 24- Inzlicht M, Aronson J, Good C, McKay L. A particular resiliency to threatening environments. *J Exp Soc Psychol*. 2006 May; (42): 323-336.
- 25- Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Hum Reprod*, 2005 Apr; 20(4): 1044-1052.
- 26- Bradley JR, Cartwright S. Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in United Kingdom. *Int J Stress Manag*. 2002 Jul; 9(3): 163-182.
- 27- DeLongis A, Holtzman S. Coping in context the role of stress, social support, and personality in coping. *J Pers*. 2005 Dec; 73(6):1633-1656.
- 28- Bal S, Crombez G, Van Oost P, Debourdeaudhuij I. The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse Neg*. 2003 Dec; 27(12):1377-1395.
- 29- Rezaee M, Younsi SJ, Ahmadi Kh, Asgari A, Mirzaee J. The impact of emotionally focused couple therapy on improving communication patterns in combat-related PTSD veterans & their wives. *J Fam Res*; 2010 Spring; 6(1):43-58. [Full text in Persian]
- 30- Mulla Ismaeel Shirazi N, Noorbakhsh SM, Mohraz M. The hot consequences of stigma and labeling in women with HIV. *Positive: A qualitative study*. *Bioethics J*. 2012 Autumn; 2(5): 99-128. [Full text in Persian]