

Research Paper

The Experiences of Grief in Bereaved Women Following the Death of Their Husbands During the COVID-19 Pandemic in Qom, Iran: A Phenomenological Study Hoda Ahmari Tehran¹ , *Esmat Jafarbegloo² , Zohre Khalajinia¹ , Zahra Abedini³ , Ashraf Khoramirad³ 

1. Department of Medical Education, Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

2. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

3. Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.



Citation Ahmari Tehran H, Jafarbegloo E, Khalajinia Z, Abedini Z, Khoramirad A. [The Experiences of Grief in Bereaved Women Following the Death of Their Husbands During the COVID-19 Pandemic in Qom, Iran: A Phenomenological Study (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2023; 17:E195.2. <https://doi.org/10.32598/qums.17.195.2>

 <https://doi.org/10.32598/qums.17.195.2>



Received: 28 Jun 2023

Accepted: 24 Jul 2023

Available Online: 24 Dec 2023

ABSTRACT

Background and Objectives The death of a loved one is one of the most difficult and stressful life events in the world. The effects of death caused by COVID-19 on the mental health of individuals and families are of great importance. This study aims to elucidate the experience of grief in bereaved women following the death of their husbands due to COVID-19 in Qom, Iran.

Methods In this phenomenological study, 12 bereaved women were selected using a purposive sampling method. The information was collected using semi-structured interviews until reaching data saturation.

Results The data analysis led to the extraction of 3 main themes and 10 sub-themes: Complicated grief (ambiguous loss, farewell with no embrace, grieving alone), unconventional grief (strange death, deviation from religious burial customs, virtual mourning), and grief outcome (spiritual experiences, moral panic, social stigma, distrust in healthcare providers).

Conclusion The grief of bereaved women due to the death of their husbands by COVID-19 differs from their mourning for the death caused by other diseases in two aspects. Firstly, according to the majority of women, the cause of death was unclear. This situation intensified their grieving and mourning. Secondly, due to the specific nature of COVID-19 and the necessity of quarantine, they were restricted from having funeral and religious mourning rituals according to the prevalent culture, which resulted in an incomplete mourning process. Gaining spiritual experiences is one positive aspect of grief in women. It is recommended to provide support and care by the healthcare system during pandemics for families, especially bereaved women, to reduce the negative effects of grief.

Keywords:

Grief, Women, Bereavement, COVID-19

*** Corresponding Author:**

Esmat Jafarbegloo

Address: Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Tel: +98 (912) 6134090

E-Mail: jafarbegloo@muq.ac.ir

Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

In late December 2019, the outbreak of a new infectious disease was reported in Wuhan, China. This disease was caused by a novel coronavirus and was later named “COVID-19” by the [World Health Organization \(WHO\)](#). The spread of COVID-19 led to a global health emergency situation within a few months across countries worldwide. Due to the high mortality rate of this disease, many families have suffered the loss of members. To prevent the spread of this virus, social gatherings for funerals and religious and cultural events were restricted. Therefore, infected individuals and their families experienced social stigma. Individuals who lost a family member during this pandemic are at risk of experiencing complicated grief and other psychological disorders.

Generally, grief refers to emotional responses that individuals show due to the loss of loved ones. While grief is a natural response in all humans, the expression of grief varies among different individuals. The process of adaptation to loss can affect an individual's future life. Most of bereaved individuals show relative disruption in functioning in the first year after a loss. Studies conducted on bereaved individuals have identified some factors that determine the intensity of grief in them. According to Parks, the loss of a spouse is among the most difficult experiences and stressful events in life. Within six months after the death of a spouse, individuals may experience heart problems, high blood pressure, and suicidal ideation.

Mourning and grief are strongly influenced by cultural traditions. Cross-cultural findings indicate that the manifestation of grief in response to the death of a loved one depends on Eastern and Western cultural-social differences. For example, unlike in the United States, grief mourning for the loss of a child is not common in Korea and Taiwan. Similarly, in Iranian culture, there are differences in the expression of grief and mourning for the loss of family members, based on the degree of kinship. The restrictions imposed due to the COVID-19 pandemic, changed the nature of grief and mourning. Therefore, this study aims to investigate the mourning and grief experience of bereaved women in Qom, Iran, who lost their husbands during the COVID-19 pandemic.

Methods

This is a qualitative study with a phenomenological approach. Twelve bereaved women who had experienced the loss of their husbands during the COVID-19 pandemic in Qom City were selected based on the inclusion criteria (experience of husband loss during the pandemic, at least 6 months had passed since their mourning period, willingness to share their experiences, and having literacy for interviews) and using a purposive sampling method. The interviews were used to collect information. After their transcription, the data were analyzed using Colaizzi's seven-step method.

Results

The data analysis led to the extraction of 3 main themes and 10 sub-themes: Complicated grief (ambiguous loss, farewell with no embrace, grieving alone), unconventional grief (strange death, deviation from religious burial customs, virtual mourning), and grief outcome (spiritual experiences, moral panic, social stigma, distrust in health-care providers).

Conclusion

Exploring the lived experiences of bereaved women who had lost their husbands showed that the grief for the loss caused by COVID-19 differ from other losses in two aspects. Firstly, according to the majority of participants, the cause of death was unclear. This situation intensified the grieving and mourning of the bereaved women. Secondly, due to the specific nature of COVID-19 and the necessity of quarantine, they were restricted from having funeral and religious mourning rituals according to the prevalent culture, which resulted in an incomplete mourning process. Gaining spiritual experiences was one of the positive aspects of bereaved women. Considering the possibility of the outbreak of emerging diseases in the future and the necessity of preparedness and early confrontation with the resulting psychological and social traumas, it seems essential to examine the various dimensions of the COVID-19 pandemic.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Qom University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MUQ.REC.1400.213). Each individual signed an informed consent form.

Funding

This study was funded by [Qom University of Medical Sciences](#).

Authors contributions

The authors contributed equally to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of [Qom University of Medical Sciences](#) and all participants for their support and cooperation.

مقاله پژوهشی

تجربه سوگ ناشی از همه‌گیری کرونا در زنان داغ‌دیده از مرگ همسر: یک مطالعه پدیدارشناسی

هدی احمري طهران^{۱*}، عصمت جعفریگلو^۲، زهره خلجی‌نیا^۱، زهرا عابدینی^۳، اشرف خرمی‌راد^۳

۱. گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Ahmari Tehran H, Jafarbegloo E, Khalajinia Z, Abedini Z, Khoramirad A. [The Experiences of Grief in Bereaved Women Following the Death of Their Husbands During the COVID-19 Pandemic in Qom, Iran: A Phenomenological Study (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2023; 17:E195.2. <https://doi.org/10.32598/qums.17.195.2>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.17.195.2>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۷ تیر ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۲ مرداد ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۰۳ دی ۱۴۰۲

زمینه و هدف: مواجهه با مرگ عزیزان ناشی از همه‌گیری کرونا، به‌ویژه مرگ‌های نابهنگام و بدون علت خاص به عنوان یکی از واقعیت‌های اجتماعی، از سخت‌ترین مواجهات اخیر دنیا قلمداد شد. آثار روان‌شناختی مرگ ناشی از این بیماری و ویروسی بر بهداشت سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه، به‌ویژه خانواده از اهمیت بسزایی برخوردار بود. این مطالعه با هدف تبیین تجربه سوگ ناشی از پاندمی کرونا در زنان داغ‌دیده از مرگ همسر در شهر قم انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش از رویکرد پدیدارشناسی استفاده شد. ۱۲ زن داغ‌دیده ناشی از سوگ همسر در پاندمی کرونا به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته تا رسیدن داده‌ها به اشباع کامل انتخاب شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به ۳ مضمون اصلی و ۱۰ مضمون فرعی شد که شامل سوگ پیچیده (مرگ مبهم، وداع بی‌آغوش و سوگواری در تنهایی)، سوگواری نامتعارف (مرگ غریبانه، به حاشیه رفتن آداب دینی تدفین و مجلس مجازی) و پیامد سوگ (تجارب معنوی، هراس اخلاقی، استیگمای اجتماعی و بی‌اعتمادی به کادر درمان) بود.

نتیجه‌گیری: واکاوی تجارب زیسته زنان داغ‌دیده از مرگ همسر نشان داد تجارب سوگ پاندمی کرونا با تجارب سوگ سایر مرگ‌ها از ۲ جنبه تفاوت داشت: نخست این‌که در بیشتر تجربه شرکت‌کنندگان، علت مرگ ناشی از این بیماری در هاله‌ای از ابهام بوده است. این وضعیت موجب تشدید فرایند سوگ و آسیب‌پذیری زنان داغ‌دیده شده بود. دوم این‌که به علت ماهیت خاص بیماری کرونا و الزام به رعایت قرنطینه، محروم شدن از اجرای مراسم معمول و آیین‌های مذهبی سوگواری بر اساس فرهنگ رایج و به تبع آن، سوگ ناتمامی را به دنبال داشت. کسب تجارب معنوی از جنبه‌های مثبت تجارب زنان بود. تدابیر و خطمشی مراقبتی در نظام سلامت در چنین بحران‌هایی برای حمایت از خانواده‌ها، به‌ویژه زنان و پیشگیری از آثار سوء آن توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

سوگ، زنان، سوگواری، کووید-۱۹

* نویسنده مسئول:

عصمت جعفریگلو

نشانی: قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی.

تلفن: ۰۹۸ (۹۱۲) ۶۱۳۴۰۹۰

رایانامه: jafarbegloo@muq.ac.ir



Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

در پایان دسامبر ۲۰۱۹، گسترش یک بیماری عفونی جدید در شهر ووهان چین گزارش شد که توسط یک کروناویروس جدید ایجاد شده و رسماً توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان کووید-۱۹ نام گذاری شد. باید اذعان داشت گسترش کووید-۱۹ به دلیل سرعت انتقال آن منحصر به فرد بوده که باعث ایجاد یک وضعیت اورژانس در بهداشت جهانی طی کمتر از چند ماه در سراسر کشورهای جهان شد [۱]. مطابق با آمار ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی تا تاریخ دوم می ۲۰۲۰ در کل جهان ۲۲۹۹۷۱ نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست داده اند که این آمار در ایران برابر با ۶۰۹۱ بوده است [۲].

در پی میزان مرگومیر بالای این بیماری بسیاری از خانواده ها دچار فقدان و مرگ اعضای خانواده خود شدند. از سوی دیگر، به منظور جلوگیری از شیوع این ویروس، تجمعات بسیاری مانند مراسم مربوط به خاکسپاری و سایر مراسم مذهبی و فرهنگی مربوط به شدت محدود شد و خانواده ها از دریافت حمایت های اجتماعی محروم شدند. در دوران شیوع بیماری کووید-۱۹، افراد دچار این بیماری و خانواده های آنها آنگ اجتماعی^۱ خوردند که چنین رفتاری می تواند بر سایر افراد مبتلا به این بیماری، دیگر اعضای خانواده، دوستان و حتی اجتماع آنها به شکل منفی تأثیر بگذارد [۳]؛ بنابراین افرادی که در جریان این بیماری یکی از اعضای خانواده خود را از دست می دهند، در معرض خطر سوگ پیچیده^۲ و سایر بیماری های روانی قرار می گیرند [۴].

پدیده سوگ از نظر واکنش های روانی پیچیده ای که پس از تجربه مرگ عزیزان ایجاد می کند، حائز اهمیت است [۵]. به طور کلی، سوگ شامل مجموعه ای از احساسات، افکار و رفتارهایی است که افراد در مواجهه با فقدان یا تهدید فقدان تجربه می کنند. ضمن طبیعی و فراگیر بودن پدیده سوگ در تمام جوامع انسانی، ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است و افراد مختلف فقدان، داغدیدگی و پیامدهای آن را به شیوه های متفاوتی می پذیرند [۶]. روند سازگاری یا فقدان می تواند زندگی آینده فرد را تحت تأثیر قرار دهد [۸]. به طوری که بیشتر افراد داغدیده در سال نخست پس از فقدان، آشفتگی نسبی در عملکرد نشان می دهند [۹].

بیشتر پژوهشگران بیان کرده اند سوگ ممکن است به مشکلات جسمی و روانی، از جمله افسردگی منجر شود [۱۰]. نحوه تجربه این سوگ به عواملی مانند ویژگی های شخصیتی افراد، جنسیت، سن، میزان دلبستگی به متوفی و چگونگی وقوع مرگ بستگی دارد و دارای شدت و ضعف است [۱۱]. لوینگر درباره ماهیت فقدان ها تمایزی بارز قائل است. به باور او پس از مرگ عزیزان، چگونگی ادراک فقدان توسط فرد بازمانده به عواملی مانند میزان نزدیکی (همبستگی و نوع ارتباط) و غیرمنتظره بودن فقدان بستگی دارد [۱۲].

بررسی های انجام شده بر افراد داغدیده، برخی عوامل تعیین کننده شدت سوگ را شناسایی کرده اند. پارکس معتقد است چگونگی رابطه عاطفی با متوفی در سوگواری فرد نقش بسزایی دارد [۱۳]. طبق نظر پارکس فقدان همسر، از جمله دشوارترین فقدان هاست. به طور کلی، مطالعات انجام شده سوگ همسر را بالاترین رویداد تنیدگی زا می دانند [۱۴].

پژوهش های انجام شده در این زمینه، واکنش ها و آسیب های شدیدی را پس از مرگ همسر گزارش کرده اند [۱۵]. پریگرسون و همکاران نشان دادند در ۶ ماه پس از مرگ همسر، افراد مشکلات قلبی، فشار خون بالا و تفکر خودکشی نشان می دهند [۱۶]. در بررسی دیگر حتی ۱۲ سال پس از مرگ همسر، احساس غمگینی، فکر کردن به او و همچنین مکالماتی درباره او با دیگران گزارش شد [۱۷].

به دلیل این که سلامت زنان، مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی باکیفیت برای همگان است، در نتیجه ظرفیت سازی و توانمندسازی روحی و روانی آنان پیش نیازهای اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه است. از طرفی، پدر نقش مهمی در خانواده دارد و حضور او در رشد عاطفی اجتماعی کودکان بسیار مؤثر است؛ بنابراین از دست دادن همسر و پدر می تواند لطمات جبران ناپذیری بر سلامت روانی زنان و کودکان آنان وارد کند. می توان گفت این مسئله کارکرد طبیعی و بهنجار خانواده را تهدید می کند [۱۸].

طبق پژوهش های انجام شده سوگواری و نحوه ابراز سوگ، به شدت با آیین های فرهنگی ارتباط دارد. بر پایه یافته های بین فرهنگی (ابراز واکنش های سوگ در برابر مرگ فرزند و والدین) به تفاوت های فرهنگی اجتماعی شرق و غرب بستگی دارد. برای مثال، یک مطالعه نشان داد در کره و تایوان بر خلاف ایالات متحده آمریکا، ابراز احساسات در سوگ فرزند، مثل سوگواری برای والدین آشکارا صورت نمی گیرد [۱۷].

آنچه مشهود است در فرهنگ ما نیز تفاوت هایی از نظر ابراز واکنش های سوگ و سوگواری برای خویشاوندان درجه ۱ وجود دارد و از نظر شدت واکنش های مربوط به سوگ بر حسب درجه خویشاوندی، تفاوت هایی دیده می شود. علت مرگ همواره به عنوان عامل مؤثری در واکنش سوگ شناخته شده است و شواهد زیادی وجود دارد که مرگ غیرمنتظره و ناگهانی به واکنش شدیدتر در بازماندگان منجر می شود [۱۹].

متخصصان بالینی در کار حرفه ای خویش، کمابیش با مراجعان دچار سوگ روبه رو می شوند و متون تخصصی بالینی بر این امر تصریح دارند که درمان افراد داغدیده به جوانب مختل سوگواری بستگی دارد. آزمایش بالینی باید به تفاوت های فرهنگی در سوگواری توجه داشته باشد؛ بنابراین بررسی و شناسایی تفاوت ها و واکنش های افراد در برابر مرگ خویشاوندان درجه ۱ از منظر بالینی نیز اهمیت دارد [۱۹].

1. Stigma Social
2. Complicated Grief

مصاحبه و پاسخ‌های هر فرد خواهد داشت. راهنمای مصاحبه این اطمینان را می‌دهد که محقق داده‌های مشابه از شرکت‌کنندگان را جمع‌آوری می‌کند.

فرم مصاحبه شامل ۲ دسته از سؤالات بود: ۱. سؤالات اساسی مصاحبه و ۲. سؤالات پیگیری. سؤالات اساسی در این تحقیق، دایره وسیع کاوش، سؤالات پیگیری و دایره محدود کاوش را شامل شد. سؤالات اساسی شامل «تجربیات و احساسات خود را از دوران مرگ و سوگ همسران تعریف کنید» و «چگونه اندوه ناشی از کرونا را تجربه کردید؟» سؤالات دیگر این بود: «چه مشکلات جدیدی پس از مرگ همسران ایجاد شده است؟»، «در زندگی خانوادگی شما چه اتفاقی افتاد و چه چیزی تغییر کرد؟» و سؤالات کاوشی مانند «آیا منظورت این است که... چگونه... و غیره» و به نظر تان «آیا سؤال دیگری هست که من باید مطرح می‌کردم؟» و «آیا از من سؤالی دارید؟» بود، چرا که هدف، رسیدن به عمق تجربه آنان بود. مصاحبه از نوع باز و نیمه ساختار یافته و متعامل بود که ضبط و در اسرع وقت پیاده، کدبندی و تجزیه و تحلیل شد تا بازخورد لازم برای مصاحبه‌های بعدی یا کفایت و اشباع داده‌ها فراهم شود.

پاسخ شرکت‌کننده‌ها راهنمای سؤالات بعدی را تشکیل می‌داد. از قبل رضایت کامل از شرکت‌کنندگان و اجازه ضبط مصاحبه‌ها اخذ شد. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. بدین معنا که مطلب جدیدی به اطلاعات جمع‌آوری شده اضافه نشود. برای شرکت‌کننده توضیح داده شد که می‌تواند هر چیزی مانند (اندیشه‌ها، احساسات، ادراکات و انتظارات) را که در ارتباط با مرگ همسر یا میزبان و تجربیات آن به ذهنش می‌رسد و در چارچوب سؤالات گنجانده نشده، عنوان کند. متن مصاحبه‌ها عیناً دست‌نویس شد. زمان مصاحبه نامحدود بود و بستگی به وضعیت شرکت‌کننده داشت (بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه).

پس از اولین مصاحبه و دست‌نویس کردن اطلاعات، مطالب از نظر ناقص بودن یا نامفهوم بودن بررسی شد. در ضمن اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، شغل و از این قبیل موارد نیز ثبت شد که صرفاً برای توصیف بهتر شرکت‌کنندگان استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از روش ۷ مرحله‌ای کلاسی استفاده شد. در مرحله اول، پژوهشگر چندین بار بیانات ضبط‌شده شرکت‌کنندگان را گوش داده، سپس تمام بیانات آن‌ها را به دقت روی کاغذ پیاده کرده و حاصل کار چندین بار مرور می‌کرد تا کاملاً شرکت‌کنندگان را درک و با آن‌ها هم احساس شود. در مرحله دوم، پژوهشگر واژه‌ها و جملات مهم و مرتبط با پدیده مورد نظر را از متن مصاحبه‌ها استخراج کرد.

در مرحله سوم، پژوهشگر تلاش کرد تا به هر یک از جملات استخراج‌شده مفاهیم خاصی ببخشد. هالوی و ویلر، حاصل این مرحله از کار را دست یافتن به «مفاهیم فرمول‌بندی‌شده»

با توجه به این که انتشار کووید-۱۹ به دلیل سرعت انتقال آن، باعث ایجاد یک وضعیت اورژانس در بهداشت جهانی در کمتر از چند ماه در سراسر کشورهای جهان شد، این بیماری واگیردار نه تنها سبب نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامت جسمی همگانی، بلکه باعث بروز تعدادی از بیماری‌های روان‌شناختی نیز شد [۲۰].

محدودیت‌هایی که این بیماری با توجه به ماهیت ناشناخته آن و لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی، تجربه فقدان و روند سوگواری در طی این بیماری تغییر ماهیت داد؛ بنابراین این مطالعه با هدف دستیابی به درک عمیق از تجربه عزاداری در طول همه‌گیری کووید-۱۹ با بررسی تجربیات زنان داغ‌دیده از مرگ همسران آن‌هاست [۲۱]. با توجه به مطالب بیان‌شده و تفاوت تجارب درک‌شده توسط افراد آسیب‌دیده از سوگ خویشاوندان، پژوهش حاضر قصد دارد تجربه سوگ زنان داغ‌دیده از مرگ همسر را در همه‌گیری کرونا بررسی کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه کیفی به شیوه پدیدارشناسی بود. پژوهش حاضر به روش پدیدارشناسی (فنونولوژی) با هدف کسب فهم تجارب زنان داغ‌دیده از مرگ همسر در همه‌گیری کرونا پس از اخذ کد اخلاق در شهر قم انجام شد. این روش مطالعه کیفی می‌کوشد تا تجربیات انسان را در متن و زمینه‌ای که در آن روی می‌دهد، توصیف کند، چرا که بسیاری از پدیده‌ها در مراقبت‌های بهداشتی کمی نبوده و قابل اندازه‌گیری نیستند [۲۲].

در این پژوهش، از زنانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند (مشارکت‌کنندگان تجربه مرگ همسر خود را در همه‌گیری کرونا داشته باشند، حداقل ۶ ماه از مدت سوگ در آن‌ها سپری شده باشد، یعنی بعد از ۶ ماه سوگ آن‌ها تداوم داشته باشد، علاقه‌مند و متمایل به در اختیار گذاشتن تجربیات خود باشند و حداقل سواد شناختی را برای مصاحبه در اختیار داشته باشند) انتخاب شدند که پس از انتخاب و برقراری ارتباط و بازگو کردن هدف مطالعه برای مصاحبه آماده شدند. تک‌تک افراد به شکل جداگانه فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کرده و رضایت خود را برای انجام مطالعه اعلام کردند. پس از اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان درخواست شد زمان و مکان مورد نظر خود را برای انجام مصاحبه تعیین کنند.

در پژوهش حاضر نیز معیار حجم نمونه، اشباع داده‌ها در نظر گرفته شد. به این معنا که مصاحبه با نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. این تعداد در پژوهش حاضر ۱۲ نفر بود. استراتژی جمع‌آوری داده‌ها استفاده از مصاحبه عمیق فردی و نیمه ساختار یافته باز عمیق بود. سؤالات با تمرکز بر مطالب تحت پوشش در یک راهنمای مصاحبه آورده شد. توالی آن‌ها برای هر شرکت‌کننده متفاوت بود، زیرا فرایند سؤالات بستگی به فرایند

یافته‌ها

پس از مشخص شدن مفاهیم، ۴۷۵ کد اولیه از مصاحبه‌ها استخراج و سپس چندین بار مرور، خلاصه‌سازی و بر اساس تشابهات و تناسبات طبقه‌بندی شد. کدهای اولیه با مرور بیشتر و مقایسه طبقات، معنای درونی آن‌ها به صورت مضامین اولیه شناسایی و این مضامین نیز بر اساس ماهیت آن‌ها به صورت مفهومی و انتزاعی نام‌گذاری شد.

تحلیل داده‌ها منجر به ۳ مضمون اصلی و ۱۰ زیرمضمون شد که شامل سوگ پیچیده (مرگ مبهم، وداع بی‌آغوش و سوگواری در تنهایی)، سوگواری نامتعارف (مرگ غربانه، به حاشیه رفتن آداب دینی تدفین و مجلس مجازی) و پیامد سوگ (تجارب معنوی، هراس اخلاقی، استیگمای اجتماعی و بی‌اعتمادی به کادر درمان). در جدول شماره ۱ مشخصات جمعیتی مشارکت‌کنندگان ارائه شده است.

سوگ پیچیده

این مضمون از ۳ مضمون فرعی مرگ مبهم، مرگ بی‌آغوش و سوگواری در تنهایی تشکیل شد که شرکت‌کنندگان را در تبیین تجارب سوگ ناشی از کرونا سهیم می‌کرد. مرگ مبهم یکی از اساسی‌ترین مضامینی بود که در صحبت‌های تمام شرکت‌کنندگان به روش‌ها و واژه‌های گوناگون به آن اشاره شد. در ذیل نتایج تحلیل داده‌های کیفی همراه با نقل قول مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود.

مرگ مبهم

عوامل متفاوتی بر نوع و شدت تجربه سوگ بازماندگان تأثیر می‌گذارند که از آن جمله می‌توان به ناگهانی بودن تجربه سوگ و چگونگی دریافت و ادراک علت مرگ نام برد [۲۴]. بعضی از شرکت‌کنندگان بیان داشتند علت مرگ همسرشان برای آنها شفاف و واضح نبوده و از زبان پزشکان و پرستاران یک علت مشخص برای آنان بیان نشده است.

شرکت‌کننده شماره ۴ که خانه‌دار بود و تحصیلات راهنمایی داشت، گفت: «من متوجه نشدم شوهرم چی شد که مُرد. تا سر شب نفس می‌کشید، اما یه دفعه تو ۲ ساعت تموم کرد. بعدش هم که هی سؤال می‌کردم، می‌گفتن نفس نداشته. از پرستارا می‌پرسیدم خب چی شده که یه دفعه این‌طور شد؟، اما اونا خیلی سرشون شلوغ بود و فقط می‌گفتن هنوز مشخص نیست چی شده، اما خب ریه‌هاش از کار افتادن. من بهش می‌گفتم آخه شما به من بگو چه جوری ۲ ساعته ریه‌ها از کار می‌افته؟»

می‌نامند. در مرحله چهارم، کلایزی سازماندهی معانی فرموله‌شده حاصل به تم‌های موضوعی انجام شد. به این منظور پژوهشگر پس از بازخوانی مکرر کدها، اقدام به دسته‌بندی آن‌ها کرد. در مرحله پنجم، تجزیه و تحلیل کلایزی، پژوهشگر همه عقاید استنتاج‌شده را به درون یک توصیف جامع و کامل شامل همه جزئیات از پدیده تحت مطالعه ترکیب کرد.

حضور مداوم این سؤال در ذهن پژوهشگر که چه چیزی ماهیت تجربه مرگ همسر را تشکیل می‌دهد، در تمام فرایند مطالعه منجر به استخراج مضمون‌ها و تفسیر آن‌ها شد. تحلیل مضمونی نیز به صورت جدا کردن مضمون‌های ذاتی از فرعی انجام و از رویکرد انتخابی استفاده شد. به این صورت که چند بار متن خوانده یا شنیده شد و جملات و واحدهای معنادار که به نظر پژوهشگر توصیف‌کننده پدیده مورد نظر بود، جدا شد.

این روش در نهایت موجب جدا شدن عبارت یا پاراگراف مضمونی شد که با توجه به وجوه اشتراک در قالب مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها سازماندهی انجام شد و سرانجام با خواندن مکرر هر مصاحبه و غوطه‌ور شدن پژوهشگر در مصاحبه‌ها، درونمایه‌ها استخراج شد.

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، انجام مصاحبه حضوری عمیق بین محقق و شرکت‌کننده، ضبط صدا و سپس پیاده کردن روی کاغذ بود.

برای دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای ارائه‌شده توسط گوبا و لینکلن، یعنی مقبولیت، اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری و تصدیق‌پذیری مورد توجه و استفاده قرار گرفت [۲۳]. در همین راستا با تأکید بر انتخاب بستر مناسب، منابع اطلاعاتی و مشارکت‌کنندگان واجد شرایط، مشارکت و تعامل نزدیک، دقیق و طولانی مدت، مکرر و مستمر، درگیر کردن مشارکت‌کنندگان، اتخاذ رویکرد تیمی با استفاده از نظرات جمعی تیم تحقیق، مراجعه مجدد به شرکت‌کنندگان و نیز بهره‌گیری از نظرات تأییدی افرادی خارج از مطالعه، اما مطلع و مشرف بر ابعاد مختلف پدیده تحت مطالعه سعی شد از صحت و اعتبار یافته‌های مطالعه اطمینان لازم حاصل شود.

اصول اخلاقی محقق در پژوهش شامل انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم، توضیح اهداف و روش‌های استفاده‌شده در پژوهش برای مشارکت‌کنندگان، اخذ رضایت کتبی آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن همه مطالب مطرح‌شده، توضیح هدف از استفاده از ضبط صوت، یادآوری اختیاری بودن شرکت در پژوهش، امکان اعلام انصراف در هر مرحله، رعایت اصول امانتداری در نقل قول‌ها و حقوق مؤلفان بود.

جدول ۱. ویژگی‌های شخصی مشارکت‌کنندگان

ردیف	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت اقتصادی
۱	۴۲	کارشناسی	معلم	خوب
۲	۳۶	کارشناسی ارشد	خانه‌دار	متوسط
۳	۳۸	دیپلم	خانه‌دار	متوسط
۴	۴۳	راهنمایی	خانه‌دار	ضعیف
۵	۵۳	کارشناسی	بازنشسته	متوسط
۶	۵۱	ابتدایی	خانه‌دار	ضعیف
۷	۶۱	ابتدایی	خانه‌دار	ضعیف
۸	۲۹	کارشناسی	کارمند	متوسط
۹	۳۱	کارشناسی	کارمند	خوب
۱۰	۳۲	دیپلم	خانه‌دار	متوسط
۱۱	۳۹	کارشناسی	کارمند	متوسط
۱۲	۲۶	کارشناسی ارشد	دانشجو	متوسط

وداع بی‌آغوش

جلوه‌های سوگ حاصل از کرونا به دلایل متعدد نظیر قرنطینه، زمان انتظار همراهان برای حضور بر بالین بیمار، ترخیص فرد بستری‌شده و سپس دریافت ناباورانه خبر فوت شرایط دشوار و سختی برای بازماندگان ایجاد کرد [۲۵].

یکی از تجارب زنان داغ‌دیده از مرگ همسر مرگ بی‌آغوش بود. شرکت‌کننده شماره ۸ که زن باردار ۸ هفته بود، چنین بیان داشت: «دردناک‌ترین لحظه عمرم، مرگ همسرم بود. من نمی‌تونم بگم چقدر تلخ بود. من جیغ می‌زدم که می‌خوام اونو بغل کنم برای آخرین بار، اما به من اجازه ندادن. می‌گفتن تو حامله‌ای و اصلاً نباید نزدیک بشی. می‌توننی حس کنی من چی کشیدم. همسرم تک و تنها مُرد و خاک شد. حتی نتونستم بدنشو برای آخرین بار ببینم. اون بدون خداحافظی رفت. پشت شیشه‌های اون اتاق من فقط نگاه می‌کردم و گریه می‌کردم.»

سوگواری در تنهایی

درک دردی عمیق از عزاداری در تنهایی و به دور از سایرین در تجارب داغ‌دیدگان ناشی از سوگ کرونا در مطالعات به چشم می‌خورد [۲۶].

شرکت‌کنندگان بیان داشتند تا مدت‌ها در سکوت و انزوا غم از دست دادن همسرشان را تحمل کردند. احساس بی‌پناهی، تنهایی به علت شرایط قرنطینه و فرو رفتن در اندوه طولانی از

دیگر هیجانات تجربه‌شده توسط زنان داغ‌دیده از مرگ همسر بود.

ملیحه، شرکت‌کننده شماره ۱۱ ابراز داشت: «باورم نمی‌شه سعید رفته. هر شب خوابشو می‌بینم. می‌بینم زنده‌ست. یادش می‌افتم گریه‌ام می‌گیره. سر مزارش نمی‌رم. چون اصلاً مطمئن نیستم اونجا باشه. کسی نمی‌فهمه من چی کشیدم. نه روز مرگش کسی پیشم بود نه روز خاک کردنش. همه غم‌ام مونده تو دلم. من منتظر بودم مرخص بشه، اما مُرد و منو تنها گذاشت.»

سوگواری نامتعارف

این مضمون از ۳ مضمون فرعی مرگ غریبانه، به حاشیه رفتن آداب دینی تدفین و عزاداری مجازی تشکیل شد که شرکت‌کنندگان را در تبیین تجارب سوگ زنان داغ‌دیده سهیم می‌کرد.

مرگ غریبانه

ممنوعیت تشریفات سوگواری برای متوفی غالباً منجر به عدم رضایت و از دست دادن شناخت اجتماعی و فرهنگی شده و به طولانی شدن فرایند پذیرش سوگ دامن می‌زند. ثابت شده است که ابراز همدلی اطرافیان و گریه و زاری در مراسم سوگواری به تخلیه هیجانی و تنظیم خلق بازمانده کمک می‌کند [۲۷]. محرومیت بازماندگان از همراهی دوستان و نزدیکان در مراسم مرسوم خاکسپاری، حس خاکسپاری غریبانه‌ای برای

پیامد سوگ

این مضمون از ۳ مضمون فرعی تجارب معنوی، استیگمای اجتماعی و دشواری در اعتماد به کادر درمان تشکیل شد که شرکت‌کنندگان را در تبیین عوامل دخیل در سوگ سهیم می‌کرد.

تجارب معنوی

یکی از تجارب کسب‌شده توسط زنان داغدیده از مرگ همسر، تجارب معنوی بود. زنان شرکت‌کننده بارها از تجربه خود در ارتباط با خدا، توکل به او و ائمه، راز و نیاز برای پذیرش و تطابق با فرایند سوگ صحبت می‌کردند.

«تو مریضی شوهرم و بعد مرگش کلی به خدا نزدیک شدم. اولش خیلی چرت و پرت می‌گفتم. ازش گله می‌کردم که مثلاً چرا شوهر من باید بمیره؟ چرا این بلا باید سر من بیاد؟ زندگی‌م پوچ شده بود. من همش ۲ سال بود که رفته بودم سر خونه زندگی‌م. دیگه امیدی نداشتم، اما یه شب با خودم گفتم خب دیدی تنها موندی و فقط خدا کنارت. بعدش پاشدم یه نمازی خوندم و کلی گریه کردم. بعد از اون کمی آرام شدم. بعدش هم یه جورایی بهتر تونستم با مرگ همسرم کنار بیام. اگر نه نمی‌شد زنده بمونم. امید و توکل به خدا منو نگه داشت.»

شرکت‌کننده شماره ۳ که خانم ۳۶ ساله شاغل بود، بیان داشت: «راز و نیازی که با خدا می‌کردم یه چیزی رو تو وجود من مثل یه شمع روشن نگه می‌داشت. فکر کنم کورسوی امیدی بود در میون اون همه غم. زمانایی که باهاش حرف می‌زدم، قرآن می‌خوندم، حس می‌کردم تنها نیستم. بالاخره یه چیزی هست یه چیز چه جوری بگم، یه چیز الهی، ماورایی که پشتت مثل کوه وایساده و نمی‌ذاره بریزی. کرونا شوهرمو ازم گرفت، اما خدا رو تو دل من قوی‌تر کرد.»

هراس اخلاقی

هراس اخلاقی مفهومی است که به دلیل سطره بیش از حد رسانه‌ها بر فرهنگ و اجتماع ما باب شده است. در بحران کرونا به علت خطر سرایت بالا و سریع بیماری، رعایت فاصله اجتماعی به صورت یک الزام اخلاقی و بهداشتی از سوی رسانه‌ها توصیه عمومی شد و ارتباطات نزدیک به صورت یک خطر بالقوه اعلان شد. فرد مبتلا یا مشکوک به بیماری باید از سایرین جدا می‌شد. فرد مبتلا نزدیک‌ترین، عمیق‌ترین و شخصی‌ترین روابط خود را محدود کرده و خود را پای‌بند به اصول اخلاقی می‌کرد [۲۹].

فرزانه، شرکت‌کننده شماره ۴ بیان داشت: «بیماری و مرگ همسر برای ما خیلی دردناک بود. از ترس این‌که بقیه بگیرن تا چند وقتی هیچ جایی نمی‌رفتیم. هر کسی می‌خواست بیاد خونمون، مخالفت می‌کردم. عذاب وجدان داشتم. با خودم

همسران داغدیده به جا گذاشته بود. یکی از تجارب درک‌شده از مرگ همسر، خاکسپاری غریبانه بود.

معصومه، شرکت‌کننده شماره ۱۰ که یک خانم ۳۲ ساله و خانه‌دار بود، گفت: «اجازه نمی‌دادن که به جنازه‌اش نزدیک بشیم. فقط به دو سه نفرمون اجازه دادن سر خاک باشیم، اونم از راه دور. نتونستم چشاشو نگاه کنم و صورتشو لمس کنم. فقط یه لحظه تو بیمارستان از دور دیدمش. مادرش یک هفته‌ای که مریض بود، اونو ندید. بعدش هم که نتونست سر خاکش بیاد. هیچ کسی درست ندیدش.»

به حاشیه رفتن آداب دینی تدفین

آیین‌ها به‌طور عمومی بنیادی‌ترین ارزش‌های جامعه را بازتاب می‌دهند. در این میان، آیین‌های تدفین، مواجهه افراد را با بحران مرگ هموار می‌کند [۲۸]. رو به قبله کردن و تلقین شهادتین برای محتضر و همچنین خواندن نماز بر متوفی نمونه‌ای از آداب دینی محتضر و تدفین است. این آداب کمک می‌کند تا فرد با آرامش دنیا را ترک کند. همچنین بازماندگان احساس می‌کنند که وظایف خود را نسبت به فرد متوفی انجام داده‌اند. با این حال، این شیوه از برگزاری مراسم تدفین دستخوش تغییراتی شد و بسیاری از آن‌ها نیز به علت شیوه سرایت، شرایط قرنطینه و رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی تعلیق شد [۲۸].

یکی از زنان داغدیده، شرکت‌کننده شماره ۵، تجربه خود را چنین بازگو کرد: «اصلاً مطمئن نیستم جنازه علی را غسل داده باشن. نماز که نخوندن. تند تند دفن کردن. نمی‌دونم اصلاً دعایی خوندن. تلقینی بهش گفتن. من از دور وایساده بودم، نگاه می‌کردم. جنازه رو تو پلاستیک پیچیده بودن. مرتب با آهک ضد عفونی می‌کردن. روی جسد وایتکس ریختن. بوی بدی می‌اومد. هنوز خاطره‌اش قلبمو به درد می‌یاره.

عزاداری مجازی

عزاداری مجازی ناشی از قرنطینه تجربه ناخوشایندی برای مشارکت‌کنندگان این تحقیق بود. سمیه، شرکت‌کننده شماره ۷ می‌گوید: «باورش خیلی سخت بود. همسرم همیشه مجلس ختم اقوام و دوستان می‌رفت. می‌گفت من میرم تا اگر یه روزی مردم تو مجلسم بیان، اما من حتی نتونستم یه مراسم تو مسجد محل بگیرم. ما خیلی ساده تو خونه خودمون با چند نفری که از نزدیکامون بودن، مراسم گرفتیم. اون هم خیلی سریع. بیشتر اقواممون به صورت مجازی و اینترنتی تسلیت گفتن. حتی ختم قرآن را مجازی براش گرفتیم. یه گروه واتس‌آپی زدن. بهم تسلیت می‌گفتن، اما تصویری یا با استیکر و ایموجی. باورش خیلی سخته. سر مزار که هیچی، حتی خونه هم خیلی کم اومدن، چون می‌ترسیدن بیان و اونا هم مریض بشن. یه فیلم از شوهرم تو گروه گذاشتن و براش ختم دعا گرفتن.»

کنید. بهش اکسیژن بدید، اما اونا فقط فکر این بودن که تند تند مرده‌ها رو بفرستن بیرون. بعید می‌دونم براش کاری کرده باشن. اصلاً نمی‌داشتن من نزدیک بشم. می‌گفتن دارو نیست و همین جمله‌ها که این مریضی درمون نداره و کاریش نمی‌شه کرد. راستش فکر نمی‌کنم کار زیادی براش کرده باشن. خب حق داشتن. حتماً می‌ترسیدن خودشون بگیرن. می‌دیدم که با خودشون حرف می‌زنن، اما به من چیزی نمی‌گفتن. فقط اومدن گفتن تموم کرده.»

بحث

سوغ پیچیده، سوگواری نامتعارف و پیامدهای سوگ از مضامین استخراج‌شده تحقیق حاضر بود. مضامین استخراج‌شده از مطالعه حاضر تا حدود زیادی به لحاظ واکنش‌های عاطفی و تغییر در روابط اجتماعی با نتایج مطالعه پورشهریار و همکاران با عنوان «بررسی پدیدارشناختی تجربه زیسته همسران عزادار در جریان ویروس کرونا» همسو بود. در مطالعه این محققان ۴ مضمون اصلی نگرانی (نگرانی درباره بقا و کودکان و نیز نگرانی مالی)، واکنش‌های شخصی (واکنش‌های عاطفی و رفتاری)، تغییرات در روابط اجتماعی (ارتباط با بستگان و همکاران)، تغییر دیدگاه (به سوی جهان و نسبت به اطرافیان) شناسایی شد [۲۶].

سوغ پیچیده در مطالعه حاضر یکی از مضامین اصلی بود. مطالعه مروری مؤمنی و همکاران با عنوان «مروری بر سوگ: پیچیدگی‌های سوگ طی شیوع کووید-۱۹» نتایج نشان داد در همه‌گیری کرونا، سوگ پیچیده افزایش یافته است. محققان نتیجه گرفتند با توجه به افزایش چنین نوع سوگی ضروری است هنگام بیماری افرادی که از سوگ پیچیده رنج می‌برند، شناسایی و درمان شوند. در این راستا برای کمک به بیماران ارائه خدمات سلامت روان حتی از راه دور در شرایط قرنطینه می‌تواند به عنوان یکی از راه‌های احتمالی درمان در شرایط بروز و شیوع بیماری صرف نظر از موقعیت جغرافیایی فرد کمک‌کننده باشد [۳۰].

شهیداد و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «آثار روان‌شناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری» بیان داشتند شواهد قوی در تحقیقات برای بروز نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی در سطوح مختلف جامعه در زمان همه‌گیری کرونا دیده شده است [۲۰].

مرتضوی و همکاران در سال ۲۰۲۱ یک مطالعه پدیدارشناسی روی پدیده تجربه‌شده سوگ ناشی از کرونا در بازماندگان در جمعیت ایرانی انجام دادند. در این مطالعه تجارب ۹ خانم و ۶ آقا با مصاحبه نیمه ساختارمند وارد مطالعه شدند. با تجزیه و تحلیل به شیوه کلایزی محققان به ۵ درونمایه اصلی و ۱۶ درونمایه فرعی دست یافتند. درونمایه‌های ابهام و ناامیدی، روایت‌های ناگفته، حس تنهایی، تعارض بین ترس و نیاز و نیز تسلی با شیوه‌های جایگزین ۵ درونمایه اصلی مطالعه بود [۲۱].

می‌گفتم اگر برم بیرون کار درستی نمی‌کنم. بهتره از بقیه دور باشم. می‌ترسیدم آلوده باشم و بقیه بگیرن.»

شرکت‌کننده دیگری که زن ۳۷ ساله و خانه‌دار بود، بیان داشت: «فکر می‌کنم همیشه این ترس تو وجود ماهایی که یکی از نزدیکامون این مریضی را گرفتن و مردن تا مدت‌ها بمونه. این که نکنه بقیه بگیرن. حالا خودمون جهنم، اما بقیه چی. مثلاً خود من. پدرم دیابت داره و مادرم فشار خون. همش تو دلم دلشوره داشتم نکنه مامانم بمیره، نکنه بابام مریض بشه و هزار تا فکر و خیال. نکنه همسایه‌ها از من بگیرن.»

استیگمای اجتماعی

داغ ننگ به صورت احساس بدنام‌کننده اجتماعی از یک شخص تعریف می‌شود. فردی که ممکن است در آمیزش اجتماعی عادی به آسانی پذیرفته شود، اما به سبب خصیصه‌ای که دارد ممکن است روی درک دیگران از خودش تأثیر منفی بگذارد. استیگمای اجتماعی می‌تواند درک عمومی از خطر را مخدوش کرده و اوضاع اپیدمیک را بدتر کند. کارکرد استیگمای اجتماعی، تبعیض است و پیامدهای اجتماعی، جسمی و روانی را به دنبال دارد [۲۹].

شرکت‌کننده ۱۲ گفت: «خودم و بچه‌هام کلی حالمون بد بود. هر کسی هم ما رو می‌دید، می‌گفت خونه ما نیایید، چون ما هم می‌گیریم. شماها کرونا گرفتید. انگاری مرض بی‌درمون داشتیم. حس بدیه که ببینی تو رو نشونه گرفتن که عامل مریضی. خب من و بچه‌ها رفتیم و تست ازمون گرفتن. با این که جواب تستمون منفی بود، اما گفتن جایی نریم. تازه راهمون هم نمی‌دادن که بخوایم بریم. تا مدت‌ها گریه می‌کردم. حس طرد شدن داشتم. خیلی سخته که شوهرت بمیره، بعدش هم به جای این که کسی کنارت باشه، حرف از این و اون بشنوی.»

شرکت‌کننده شماره ۲ ابراز داشت: «خیلی خاطرات بدی دارم. تا جایی می‌رفتم یا منو می‌شناختن که همسرم کرونا داشته و ازش مرده، منو با چشم و ابرو نشون هم می‌دادن که شوهرش کرونا داشته. حتی درمانگاه محل. خب داشتم که داشتم. به جای همدردی کردن باهام تازه یه انگی هم بهم می‌چسبوندن. این کلمه کرونا یه تا مدت‌ها بدجوری روی مخم بود. جوری بود انگاری از طرف همه طرد شدی.»

بی‌اعتمادی به کادر درمان

یکی از تجارب درک‌شده توسط زنان داغ‌دیده از سوگ همسر، حس بدبینی نسبت به کادر درمان بود. هر چند بیان این حس در تمام صحبت‌های شرکت‌کنندگان پررنگ جلوه نمی‌کرد، اما یک حس تجربه‌شده بود. شرکت‌کننده شماره ۱۱ که یک خانم ۲۸ ساله بود، ابراز داشت: «هو قعی که گفتن قلب شوهرم وایساده و دیگه نفس نمی‌کشه، من ضجه می‌زدم که کمکش

در پژوهش نواح و همکاران، مضمون آنگ اجتماعی از مضامین اصلی استخراج شده از تجارب زنان مبتلا به کرونا بود. در مطالعه این محققان از استیگمای اجتماعی به عنوان یک تجربه مخدوش کننده در دریافت خدمات مراقبتی و بدتر کردن اوضاع اپیدمی بیان شده است. شرکت کنندگان بیان داشته بودند که هراس از واگیری حتی در اخذ شرح حال گرفتن و درخواست آزمایش ها توسط مراقبین سلامت تأثیرگذار بوده و پیامدهای منفی اجتماعی و روانی برای مبتلایان داشته است [۲۹].

نتیجه گیری

با بررسی پژوهش های انجام شده درباره بحران کرونا به نظر می رسد که پژوهش های اندکی در حوزه پیامدهای روحی، روانی و اجتماعی این بیماری انجام شده و بیشتر تحقیقات انجام شده با رویکرد پزشکی در این زمینه بوده است. از این رو، با توجه به امکان بروز بیماری های نوظهور در آینده و لزوم آمادگی و مواجهه با تروماهای روانی اجتماعی زودرس و دیررس ناشی از آن لزوم بررسی ابعاد مختلف بحران کرونا ضروری به نظر می رسد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1400.213 دانشگاه علوم پزشکی قم تصویب شده است.

حامی مالی

حامی مالی این پژوهش معاونت فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی قم است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از معاونت فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی قم برای تأمین منابع مالی پژوهش و همچنین از زنان داغیده شرکت کننده برای همکاری در پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

از دیگر مضامین شناسایی شده در مطالعه حاضر، سوگواری غیرمتعارف بود. شرکت کنندگان ابراز داشتند به علت قرنطینه و پیروی از پروتکل های بهداشتی در زمان همه گیری کرونا اجازه برگزاری مراسم حضوری را نداشتند. تجربه زیسته زنان داغیده از مرگ همسر نشان داد تدفین غیرمتعارف و مراسم سوگ مجازی در فرایند سوگ ناتمام تأثیرگذار بوده است. جوادی و همکاران در یک نامه به سردبیر از پاندمی کرونا به عنوان یک عامل سوگ تأخیری در بازماندگان ذکر می کنند. این محققان اظهار می دارند مسئله مهم، اثرات روان شناختی خانواده های بازمانده از مرگ عزیزان از دست رفته است. در دوران همه گیری کرونا بازماندگان اجازه مراسم سوگواری، تخلیه هیجانات و ابراز غم و ناراحتی را به شیوه مرسوم نداشتند، به ویژه در زمان قرنطینه که بعد از مرگ عزیز از دست رفته حتی خویشاوندان نیز تا مدت ها با یکدیگر ارتباط نمی توانند داشته باشند [۳۱].

نارضایتی از چگونگی مراسم برگزاری تدفین، آداب و رسوم مرتبط با آن در دوران کرونا و همچنین غم و تنهایی ناشی از سوگ بازماندگان در مطالعه کیفی آگویی آر و همکاران نیز گزارش شده است. در مطالعه این محققان، شرکت کنندگان بیان داشتند که مهم تر از خود فقدان، این واقعیت بود که آن ها نمی توانستند عزاداری کنند، نمی توانستند در مراسم شرکت کنند و قادر به دلداری خانواده و دوستان سوگوار خود نبودند [۳۲]. در اهمیت این مضمون می توان به مطالعاتی اشاره داشت که از اهمیت برگزاری مراسم سوگواری و انجام آداب و رسوم متعارف اشاره کردند. در این مطالعات نشان داده شد حضور اقوام و خویشان در مراسم سوگواری به بازماندگان کمک می کند تا فقدان پیش آمده را باور کنند و بدون فراموش کردن فرد از دست رفته به زندگی عادی خود برگردند [۳۳].

کیانی و همکاران، برگزاری آیین های دینی و مذهبی برای محتضر و هنگام مراسم تدفین را امکانی برای عبور بازماندگان از بحران مرگ می دانند. آنان بیان داشتند آیین های مذهبی مراسم سوگواری، به جای در انزوا قرار دادن انسان، رویداد مرگ را برای او قابل قبول تر می کند. همچنین این آیین ها به بیان احساسی کمک می کنند که در صورت نبود آن ها، احساسات بازمی ماندند [۲۸]. البوکوارک و همکاران از پیامدهای همه گیری کرونا، بی ارزش شدن مراسم عمومی تدفین را برشمردند [۳۴].

هراس اخلاقی و استیگمای اجتماعی ۲ مورد از مضامین مهم پژوهش حاضر بودند. مواجهه با نگرش منفی آشنایان به همراه مقصر شمرده شدن از سوی فرد و همچنین افراد جامعه به دلیل سرایت پذیری و مبتلا کردن مردم برای شرکت کنندگان دردناک و چالش برانگیز بوده است. طبق تفاسیر مشارکت کنندگان نوع نگاه مردم در مراودات اجتماعی موجب بروز دشواری هایی در دریافت خدمات مراقبتی نیز شده بود.

References

- [1] Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infections-more than just the common cold. *JAMA*. 2020; 323(8):707-8. [DOI:10.1001/jama.2020.0757] [PMID]
- [2] World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2023 [Updated 2023 November 15]. Available from: [Link]
- [3] Unicef. Social stigma associated with the coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [Updated 2023 November 15]. Available from: [Link]
- [4] Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry*. 2007; 48(5):395-9. [DOI:10.1016/j.comppsych.2007.05.002] [PMID]
- [5] Bailey SE, Dunham K, Kral MJ. Factor structure of the Grief Experience Questionnaire (GEQ). *Death Stud*. 2000; 24(8):721-38. [DOI:10.1080/074811800750036596] [PMID]
- [6] Kaviani M. [Psychology of mourning (Persian)]. Tehran: Mohammad Kaviani; 2003. [Link]
- [7] Morris SE. Overcoming grief: A self-help guide using cognitive behavioral techniques. New York: Basic Books; 2008. [Link]
- [8] Didaran S. [Death, grief, loss: Guidelines for the transition from bereavement (Persian)]. Tehran: Ghatreh Publications; 2010. [Link]
- [9] Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21(5):705-34. [DOI:10.1016/S0272-7358(00)00062-3] [PMID]
- [10] Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company; 2009. [DOI:10.1891/9780826101211]
- [11] Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(7):786-94. [DOI:10.1176/appi.ajp.2009.08081244] [PMID]
- [12] Khosravi Z, Akbarzadeh N, Hadjian F. [The role of pathological and normal grief in the prevalence of mental disorders among adolescents (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 1997; 3(1 & 2):32-39. [Link]
- [13] Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychol Med*. 2007; 37(6):779-94. [DOI:10.1017/S0033291707009865] [PMID]
- [14] Harvey JH. Give sorrow words: Perspectives on loss and trauma. [A. Sheykhoslamzadeh, Persian trans]. Tehran: Yazdani publication; 2005. [Link]
- [15] Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. How they died, time since loss and bereavement outcomes. *J Death Dying*. 2009; 58(4):251-73. [DOI:10.2190/OM.58.4.a] [PMID]
- [16] Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(5):616-23. [DOI:10.1176/ajp.154.5.616] [PMID]
- [17] Martinson IM, Lee H, Kim S. Culturally based interventions for families whose child dies. *Illness Crisis Loss*. 2000; 8(10):17-31. [DOI:10.1177/10541373000800102]
- [18] Bar-Nadav O, Rubin SS. Love and bereavement: Life functioning and relationship to partner and spouse in bereaved and nonbereaved young women. *OMEGA J Death Dying*. 2016; 74(1):62-79. [DOI:10.1177/0030222815598035]
- [19] Esmaeilpour K, Bakhshalizadeh Moradi S. [The severity of grief reactions following death of first-grade relatives (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2015; 20(4):363-71. [Link]
- [20] Shahyad SH, Mohammadi MT. [Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: A narrative review (Persian)]. *J Mil Med*. 2020; 22(2):184-92. [DOI:10.30491/JMM.22.2.184]
- [21] Mortazavi SS, Shahbazi N, Taban M, Alimohammadi A, Shati M. Mourning during corona: A phenomenological study of grief experience among close relatives during COVID-19 pandemics. *Omega*. 2023; 87(4):1088-108. [DOI:10.1177/00302228211032736] [PMID]
- [22] vanManenM. Phenomenology in its original sense. *Qual Health Res*. 2017; 27(6):810-25. [DOI:10.1177/1049732317699381] [PMID]
- [23] Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publication; 2005. [Link]
- [24] Rias YA, Rosyad YS, Chipojola R, Wiratama BS, Safitri CI, Weng SF, et al. Effects of spirituality, knowledge, attitudes, and practices toward anxiety regarding COVID-19 among the General Population in INDONESIA: A cross-sectional study. *J Clin Med*. 2020; 9(12):3798. [DOI:10.3390/jcm9123798] [PMID]
- [25] Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020; 66(4):317-20. [DOI:10.1177/0020764020915212] [PMID]
- [26] Pourshahriar H, Baharshanjani S, Dindoost M. [Phenomenological study of the lived experience of mourning spouses during the corona virus pandemic (Persian)]. *J Psychol Sci*. 2022; 20(107):1931-43. [DOI:10.52547/JPS.20.107.1931]
- [27] Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain Behav Immun*. 2020; 87:80-1. [DOI:10.1016/j.bbi.2020] [PMID]
- [28] Kiani M, Hashemi Nassab F. [A phenomenological study of mourning in coronavirus deaths (Persian)]. *J Iran Soc Stud*. 2020; 14(4):106-27. [DOI:10.22034/jss.2020.246367]
- [29] Navah A, Shahryari M, Boudaghi A. Study of women's living experiences of corona a phenomenological study. *Women's Stud Sociol Psychol*. 2021; 19(3):79-112. [DOI:10.22051/JWSPS.2022.35891.2434]

- [30] Momeni J, Sahab Negah S. [A review on grief process: Complication of grief during COVID-19 pandemic (Persian)]. *Navid*. 2020; 23:51-64. [DOI:10.22038/NNJ.2020.48585.1208]
- [31] Javadi SMH, Sajadian M. [Coronavirus pandemic a factor in delayed mourning in survivors: A letter to the editor (Persian)]. *J Arak Univ Med Sci*. 2020; 23(1):2-7. [DOI:10.32598/JAMS.23.1.4578.3]
- [32] Cardoso ÉAO, Silva BCAD, Santos JHD, Lotério LDS, Accoroni AG, Santos MAD. The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28:e3361. [DOI:10.1590/1518-8345.4519.3361] [PMID]
- [33] Aguiar A, Pinto M, Duarte R. A qualitative study on the impact of death during COVID-19: Thoughts and feelings of Portuguese bereaved adults. *Plos One*. 202; 17(4):e0265284. [DOI:10.1371/journal.pone.0265284] [PMID]
- [34] Albuquerque S, Teixeira AM, Rocha JC. COVID-19 and disenfranchised grief. *Front Psychiatry*. 2021; 12:638874. [DOI:10.3389/fpsyt.2021.638874] [PMID]