Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 34, No. 3, Autumn 2024 ORIGINAL ARTICLE

The bereavement experience of those who have recovered from the corona virus during the corona epidemic period: a qualitative study

Arya Momeni[1], Farnaz Keshavarzi Arshadi[2], Shirin Kooshki[2], Mahnaz Askarian[3]
[1] *PhD student in health psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*
[2] *Associate Professor, Department of Psychology, central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*
[3] *Assistant professor, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran*

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

Abstract

Background: Due to the prevalence of corona deaths in the world and the bereavement experience of the bereaved, this study was conducted with the aim of understanding the experiences of surviving family members who were themselves infected with Corona.
Materials and methods: In this qualitative study, data were collected using a semi-structured in-depth interview. The research community included people referred to Masih Daneshvari Hospital who were infected with Corona and lost a loved one. The study sample was 19 bereaved people suffering from corona, who were selected purposefully and voluntarily until reaching the saturation point .The data were analyzed by the content analysis approach and using Granheim and Lundman's method.
Results: The main physical effects included shortness of breath, physical weakness, sleep problems, and anorexia. Cognitive-emotional effects included depression, suicidal thoughts, confusion and memory problems, ambiguity and despair, mood swings, stress, despair, rumination and guilt, anger, and unanswered questions. Social effects included social stigma and blame, loneliness, cessation of social activities-personal growth, loss of freedom due to restricted movement. Behavioral effects included loss of energy, obsessions, and lifestyle changes. Spiritual effects included self-knowledge, prayer and remembrance, submission and contentment, charity, living in the moment-gratitude for life, and performance of religious rituals.
Conclusion: The results of this study highlight the importance of social and emotional support for the bereaved.
Keywords: *Corona disease, Bereavement, Qualitative study.*

Cited as: Momeni A, Keshavarzi Arshadi F, Kooshki SH, Askarian M. The bereavement experience of those who have recovered from the corona virus during the corona epidemic period: a qualitative study. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2024; 34(3): **310-323.**

Correspondence to: Farnaz Keshavarzi Arshadi
Tel: *+98 9112911915*
E-mail: f.keshavarzi@iauctb.ac.ir
ORCID ID: 0000-0003-4705-8579
Received: 15 Sep 2023; **Accepted:** 23 Jan 2024

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۳۱۰ تا ۳۲۳

Original Article

تجربه سوگ بهبود یافتگان کرونا از تاثیر کرونا در دوره همه‌گیری کرونا: مطالعه کیفی

آریا مومنی[۱]، فرناز کشاورزی ارشدی[۲]، شیرین کوشکی[۲]، مهناز عسکریان[۳]

[۱] دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳] استادیار، گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *با توجه به شیوع مرگ‌های کرونایی در جهان و تجربه سوگ در داغدیدگان، این مطالعه با هدف درک تجارب اعضای خانواده داغدیده که خود نیز به کرونا مبتلا شده‌اند، انجام شد.*

روش بررسی: *در این مطالعه کیفی، داده‌های پژوهش با ابزار مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته جمع آوری شد. جامعه پژوهش شامل افراد مراجعه کننده به بیمارستان مسیح دانشوری بود که به کرونا مبتلا شده بودند و عزیزی را از دست داده بودند. نمونه مورد مطالعه ۱۹ فرد سوگوار مبتلا به کرونا بودند که به صورت هدفمند و داوطلبانه تارسیدن به حد اشباع انتخاب شدند. داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوا و با استفاده از روش گرانهایم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته‌ها: *درون مایه تاثیرات جسمانی شامل تنگی نفس ضعف بدنی، مشکل خواب و بی اشتهایی بود. تاثیرات شناختی-عاطفی شامل افسردگی، فکر خودکشی، گیجی و مشکل حافظه، ابهام و استیصال، بدخلقی، استرس، ناامیدی، نشخوار فکری و احساس گناه، عصبانیت و سوالات بی پاسخ بود. تاثیرات اجتماعی شامل انگ اجتماعی و سرزنش، تنهایی، توقف فعالیت های اجتماعی - رشد فردی، از دست دادن آزادی در نتیجه محدودیت آزادی رفت و آمد بود. تاثیرات رفتاری شامل از دست دادن انرژی، وسواس و تغییر سبک زندگی بود. تاثیرات معنوی شامل خودشناسی، دعا و ذکر، تسلیم و رضا، دادن خیرات، در لحظه زندگی کردن-قدردان زندگی بودن و انجام مناسک مذهبی بود.*

نتیجه‌گیری: *نتایج این پژوهش اهمیت حمایت اجتماعی وروانی سوگواران را مورد تاکید قرار می‌دهد.*

واژگان کلیدی: *بیماری کرونا، سوگ، مطالعه کیفی.*

مقدمه

جامعه بین‌المللی یکی از بحرانی‌ترین شرایط نامطلوب بهداشتی را در دهه‌های اخیر به دلیل همه‌گیری کرونا و پیامدهای آن، از جمله تأثیر گذاشتن بر صدها هزار نفر و مرگ ده‌ها هزار نفر، تجربه کرد (۱)؛ به طوری‌که شیوع کرونا به عنوان یک تهدید جهانی نقش مهمی در افزایش نرخ مرگ و میر جهانی ایفا کرده است (۲). به منظور کاهش اثرات کرونا بر جمعیت، اقدامات ایمنی مانند فاصله گذاری اجتماعی و محدودیت های ملاقات در موسسات بهداشتی به طور کلی اعمال شد که این تغییرات هزینه های زیانباری در سلامت روان داشته است (۳).

مطالعات تنهایی، اضطراب، کسالت، خشم، انکار، افسردگی، بی خوابی، مصرف مواد مضر، ناامیدی، خودآزاری و خودکشی را در افراد قرنطینه شده گزارش کرده اند (۴، ۵). علاوه بر این، علائم فیزیکی کرونا (مانند سرفه، هیپوکسی و تب) همراه با عوارض جانبی داروهای توصیه شده ممکن است منجر به

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، فرناز کشاورزی ارشدی
(email: f.keshavarzi@iauctb.ac.ir)
ORCID ID: 0000-0003-4705-8579
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۳

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

پریشانی و اضطراب روانی بیشتر شود(۵). همچنین طبق یک بررسی منتشر شده از شروع همه گیری، قرنطینه اغلب با یک اثر روانی منفی از جمله سوگ مرتبط بوده است (۶).

سوگ یک فرآیند چند بعدی ناشی از فقدان است که شامل انطباق جنبه‌ها و حوزه‌های مختلف فرد مانند: عاطفی، شناختی، رفتاری و معنوی است (۷،۸). پنج مرحله سوگ عبارتند از انکار، خشم، چانه زنی، افسردگی و پذیرش که زمانی که یکی از عزیزان فوت می شود، ممکن است یکی از اعضای خانواده که بازمانده است، در ابتدا انکار آنچه اتفاق افتاده است را تجربه کند. این فرآیند اعضای خانواده را از واقعیت و شوک مرگ محافظت می کند و به آنها کمک می‌کند تا با این رویداد کنار بیایند. پس از مدتی، زمانی که تصور مرگ یکی از عزیزان مطرح می‌شود، افراد عصبانی می‌شوند. مرحله بعدی مرحله چانه‌زنی است که در آن فرد با افکاری مانند «اگر فقط بتوانم همسرم را برگردانم، ساعت‌های طولانی کار نمی‌کنم. " مرحله بعدی غم و اندوه افسردگی است. در این مرحله، فرد احساس غم و اندوه عمیقی را تجربه می کند که بامعنای کامل از دست دادن و پیامدهای ناشی از آن آغاز می شود. پذیرش، آخرین مرحله غم و اندوه است که منجر به درک این موضوع می شود که عزیز رفته است و دیگر برنمی گردد. فرد به ادامه زندگی تمایل پیدا می کند و شروع به سازگاری برای زندگی در غیاب عزیز متوفی می‌کند (۹).

اگرچه سوگ در جوامع مختلف یک پدیده طبیعی تلقی می‌شود، اما واکنش افراد به این پدیده و پیامدهای ناشی از سوگ در جوامع مختلف متفاوت است. میزان و دامنه مشکلات روانی ناشی از پدیده سوگ به عوامل متعددی از سابقه مشکلات روانپزشکی، عدم حمایت اجتماعی، مرگ ناگهانی یا آسیب زا، عدم آمادگی برای مرگ، مرگ در بیمارستان، و مرگ در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) و بسیاری عوامل دیگر بستگی دارد که ممکن است در طولانی شدن و افزایش عزاداری و عمق ماتم و اندوه نقش داشته باشد (۱۰). غیرمنتظره بودن بیشتر مرگ‌های ناشی از کرونا، عدم دسترسی و تماس فیزیکی با اقوام در زمان مرگ و محدودیت‌های پیرامون تشییع جنازه، برای بستگان داغدیده بسیار ناراحت‌کننده بوده است و تأثیرات بلندمدت بالقوه‌ای بر روند سوگواری داشته است (۱۱، ۱۲).

سطوح بالایی از تنهایی، انزوای اجتماعی و نیازهای حمایت عاطفی نیز در میان شرکت‌کنندگان سوگوار، همراه با مشکلات دسترسی به منابع غیررسمی و رسمی مشاهده شده است (۱۳). همچنین واکنش به مرگ‌های تروماتیک معمولاً شامل نشخوار فکری، اجتناب، اشتیاق شدید برای بودن با فرد مورد علاقه و مهمتر از همه، دشواری در پذیرش از دست دادن است (۱۴). به عبارت دیگر ویژگی اصلی عزاداری انکار طولانی مدت از دست دادن است، به صورتی که عواطف ابراز نشده سوگ را پیچیده می‌کند و منجر به مشکلات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی، اختلال وسواس فکری-اجباری، اختلالات خواب، اختلالات خوردن، عصبانیت، احساس گناه و خودکشی می‌شود (۱۵). علاوه بر این، سیاست دولت برای کاهش شیوع کرونا (به عنوان مثال، فاصله گذاری اجتماعی، قرنطینه) ممکن است استرس بیشتری ایجاد کند، زیرا ممکن است بر مراسم سوگواری و حمایت اجتماعی تأثیر بگذارد و در نتیجه روند غم و اندوه را مختل کند (۱۶)؛ به طوری که انجام ندادن مراسم سوگواری در همه‌گیری کرونا احساس انزوا، از دست دادن و ناامیدی را در افراد سوگوار افزایش داد (۱۷). به گفته Carr و همکارانش (۱۸)، همچنین مرگ‌های ناشی از کرونا به دلیل درد یا ناراحتی فیزیکی (مانند مشکلات تنفسی)، انزوای اجتماعی از عزیزان، ناراحتی روانی، عدم آگاهی یا آمادگی، درمان عجولانه و انکار درمان‌های پزشکی در دسته مرگ‌های بد قرار می‌گیرند (۱۹).

به طور کلی در مرگ های بر اثر کووید برخی مفاهیم سنتی و اصلی زندگی انسان‌ها تغییر کرده است. این تغییرات تمام بخش‌های جامعه مانند متخصصان بهداشت عمومی، متخصصان سلامت روان و سیاست‌گذاران را به چالش کشید. همه‌گیری کرونا منجر به چالش‌ها و نیازهای بهداشت روانی در حال ظهور و بی‌سابقه شد. در دوران پس از کرونا، اگر بخواهیم از وقوع رویدادهای پیش بینی نشده جلوگیری کنیم و برای مواجهه با رکود و افسردگی (۲۰) آماده باشیم، ماموریت متخصصان بهداشت روان برای بحران سوگ وارد مرحله بسیار مهمی خواهد شد. به علاوه از دست دادن یکی از عزیزان به دلیل کرونا باعث شد این نوع سوگ از جنبه های مهم با سایر انواع سوگ متفاوت باشد. اول، خانواده هایی که به دلیل کرونا داغدار شده بودند، نمی توانستند از اعضای خانواده خود مراقبت کنند و در کنار عزیزان در حال مرگ باشند (۲۱). ثانیاً این خانواده‌ها نه می‌توانستند با عزیزان خود خداحافظی کنند و نه می‌توانستند غم و اندوه خود را از طریق تشییع جنازه ابراز و رسیدگی کنند (۲۲). علاوه بر این، این خانواده ها باید ترس از آلوده شدن (۲۳) و قرار گرفتن در معرض انگ و تبعیض اجتماعی را تجربه می‌کردند (۲۴). این دلایل منجر به تجربیات منحصر به فرد سوگ کرونا در مقایسه با سوگ عادی شد؛ لذا هدف این مطالعه درک معانی افرادی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

بود که خود مبتلا شده بودند و از دست دادن عزیزانشان را در زمینه همه‌گیری کرونا تجربه کردند.

مواد و روشها

این پژوهش از روش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای استفاده شد. روش کیفی بر درک عمیق، پیچیدگی و جزئیات پدیده های مورد مطالعه تاکید دارد و محقق به طور فعال در فرآیند تحقیق مشارکت دارد. در تحلیل محتوا، بیشتر داده‌ها از طریق مصاحبه به دست می‌آیند و مصاحبه با افراد به ما این امکان را می‌دهد که تجربیات و ادراکات شرکت‌کنندگان را درک کنیم و داده‌های غنی‌تری از تجربیات آنها به‌دست آوریم. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته جمع آوری شد. مصاحبه های عمیق نیمه ساختاریافته با یک سوال باز آغاز شد، "تجربه خود از کرونا را چگونه توصیف می کنید؟" سوالات اکتشافی به تدریج با توجه به گفتگوی شرکت کنندگان برای استخراج جزئیات بیشتر و روشن شدن توضیحات و مثال های مصاحبه شوندگان استفاده شد. این سؤالات همچنین به طور خاص با هدف استخراج اطلاعات در مورد درک شرکت کنندگان از فرایند سوگ و اثرات آن بر زندگی‌شان بود.

جامعه پژوهش به‌صورت دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شد. حجم نمونه یا مشارکت‌کنندگان تا رسیدن به حد اشباع بود. معیار ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن برای پر کردن رضایت اخلاقی، مبتلا شدن به ویروس کرونا و تجربه بحران سوگ بود و معیار خروج نیز عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود.

جمع‌آوری داده‌ها پس از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق (شناسه اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.117) آغاز شد. مصاحبه ها بین خرداد تا آذر ۱۴۰۱ به زبان فارسی انجام شده است. با ۱۹ زن مصاحبه شد. به دلیل اشباع داده ها، داده جدیدی وجود نداشت؛ لذا فرایند اتخاذ مصاحبه ها به پایان رسید. مشخصات دموگرافیک شامل: شغل، تحصیلات، سن، نسبت با متوفی، و طول مدت ابتلا آنها بود که در جدول ۱ آمده است. هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۱۴۰ دقیقه به طول انجامید و تمامی مصاحبه ها توسط محققی که تجربه حرفه ای به عنوان مشاور داشت انجام شد. محقق همچنین تلاش کرد تا در جلسات فردی ارتباط خوبی با شرکت کنندگان ایجاد کند. مصاحبه ها به صورت تلفنی انجام شد و به منظور رعایت اصول اخلاقی تحقیق، هدف تحقیق و محرمانگی توضیح داده شد و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش اخذ شد. تحقیق و رضایت برای ضبط گفتگوها از طریق رضایت آگاهانه به دست آمده و توسط هر یک از شرکت کنندگان به صورت آنلاین امضا شد.

داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش تحلیل محتوا (Graneheim & Lundma) تجزیه‌وتحلیل شدند؛ برای این کار از روش گرانهایم و لاندمن (۲۵) استفاده شد. در آغاز هر مصاحبه، در زمینه‌ی اهداف مطالعه و چگونگی انجام آن توضیحاتی ارائه شد و رضایت آنها به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید و همه‌ی ملاحظات اخلاقی این مطالعه از جمله داوطلبانه بودن مشارکت، حفظ حریم شخصی و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان و ادامه ندادن همکاری در هر زمان از انجام پژوهش به آنها اطمینان داده شد. در این روش جهت تحلیل داده ها در گام اول، متن مصاحبه ها کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. در گام دوم، متن به واحدهای معنایی که خلاصه و کوتاه شده بودند، تقسیم‌بندی شد. در گام سوم، طراحی نمودن واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. باتوجه‌به تجارب مشارکت کنندگان، مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آنها و کدهای دلالت‌کننده مشخص گردید، سپس کدگذاری و خلاصه‌سازی انجام گرفت. در گام چهارم، بر اساس مقایسه مداوم شباهت‌ها، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که دال بر موضوع بودند، در یک طبقه قرار گرفت و زیرطبقات و طبقات دسته‌بندی شد و کدهای محوری شکل گرفت. در گام پنجم در سطح تفسیری، طبقات تلخیص و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شد. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی باتوجه‌به کل داده‌ها مورد بازبینی قرار گرفت. پس از پایان این مراحل، همه موارد در قالب یک جدول کلی ارائه گردید (جدول ۲). جهت صحت و سقم داده ها از معیارهای گوبا و لینکن (۲۶) استفاده شد. بدین جهت پژوهشگر با شرکت طولانی مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت کنندگان، به جمع آوری داده-های معتبر و تایید اطلاعات توسط مشارکت کنندگان به تایید اعتبار (Credibility) تحقیق پرداخت. تکرار گام به گام جمع آوری و تحلیل داده ها، و بهره گیری از بازبینی اساتید راهنما، مشاور و پژوهشگران دیگر، جهت افزایش قابلیت اعتماد (Dependability) داده‌ها انجام گرفت. جهت معیار تاییدپذیری داده‌ها (Confirmability)، از تایید اساتید هیئت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان بهره گرفته شد. قابلیت انتقال (Transferability) تحقیق با ارائه توصیف غنی ازگزارش، به منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه ها، صورت پذیرفت.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه تجربیاتی از دست دادن حداقل یکی از عزیزان خود در طول همه‌گیری داشتند. در این مطالعه کیفی پدیده ۱۹ عضو (۸ مرد و ۱۱ زن) شرکت کردند؛ در ابتدای مصاحبه اطلاعات دموگرافیک خود را ارائه کردند. از شرکت کنندگان اطلاعات دموگرافیک به عنوان مجموعه ای از سوالات باز در ابتدای جلسه پرسیده شد. این فرآیند به شرکت کنندگان اجازه داد تا از زبان خود برای توصیف خود استفاده کنند. جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد.

شش موضوع اصلی و ۲۸ مضمون فرعی از داده‌های جمع‌آوری‌شده پدید آمدند. این مطالعه تجربیات مشترک را نشان داد و مضامین و موضوعات فرعی را بین شرکت کنندگان مصاحبه شده برجسته کرد. مضامین با خواندن مکرر رونوشت ها و کدگذاری کلمات و عبارات قدرتمند شناسایی شدند. مضامین فرعی بر اساس حداقل دو تا هفت شرکت‌کننده که نقل قول‌های مشابهی دارند، ایجاد شده‌اند.

چندین موضوع مهم دارای مضامین فرعی هستند که در طول تجزیه و تحلیل داده ها برجسته شدند و این موضوعات فرعی در کانون توجه قرار گرفتند. در جدول ۲ درون مایه های این پژوهش ذکر شده است. درون مایه ی تاثیرات جسمانی شامل تنگی نفس ضعف بدنی، مشکل خواب و بی اشتهایی بود. تاثیرات شناختی-عاطفی شامل افسردگی، فکر خودکشی، گیجی و مشکل حافظه، ابهام و استیصال، بدخلقی، استرس، ناامیدی، نشخوار فکری و احساس گناه، عصبانیت و سوالات بی پاسخ بود. تاثیرات شامل انگ اجتماعی و سرزنش، تنهایی، توقف فعالیت های اجتماعی - رشد فردی، از دست دادن آزادی در نتیجه محدودیت آزادی رفت و آمد بود. تاثیرات رفتاری شامل از دست دادن انرژی، وسواس و تغییر سبک زندگی بود. تاثیرات معنوی شامل خودشناسی، دعا و ذکر، تسلیم و رضا، دادن خیرات، در لحظه زندگی کردن-قدردان زندگی بودن و انجام مناسک مذهبی بود.

جدول۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان

	جنسیت	سن		شغل	نسبت با متوفی	طول مدت ابتلا
۱	زن	۳۵	کارشناسی	خانه دار	پدر	۶۰ روز
۲	مرد	۳۷	کارشناسی ارشد	مشاور	مادر	۲۱ روز
۳	زن	۴۸	کارشناسی	خانه دار	مادر	۲۰ روز
۴	زن	۴۲	دیپلم	خانه دار	پدر	۱۴ روز
۵	زن	۲۴	کارشناسی	خانه دار	پدربزرگ	۱۰روز
۶	زن	۳۹	کارشناسی	خانه دار	همسر	۳۰روز
۷	مرد	۴۹	کارشناسی ارشد	مشاور	همسر	۳۰روز
۸	مرد	۳۹	کارشناسی ارشد	مدرس کنکور هنر	پدر	۳۵ روز
۹	مرد	۳۵	کارشناسی ارشد	مدرس دانشگاه	مادر	۷ روز
۱۰	مرد	۵۲	دیپلم	بارنشسته آپ	همسر	۷روز
۱۱	زن	۳۲	دیپلم	خانه دار	همسر	۶۰روز
۱۲	مرد	۵۳	کارشناسی ارشد	بارنشسته آپ	خواهر	۳۰ روز
۱۳	زن	۳۹	دیپلم	آرایشگر	دختر	۱۲روز
۱۴	مرد	۲۶	کارشناسی ارشد	پرستار	عمو	۱۲ روز
۱۵	مرد	۵۰	کارشناسی	معلم	همسر	۱۰ روز
۱۶	زن	۳۹	کارشناسی ارشد	خانه دار	پدر	۱۳ روز
۱۷	زن	۲۷	دکتری	روانشناس	پدر	۳۰ روز
۱۸	مرد	۳۹	دکتری	کارمند	مادر	۷ روز
۱۹	زن	۶۵	کارشناسی	خانه دار	همسر	۱۲روز

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

جدول۲. درون مایه های به دست آمده ازنتایج پژوهش

کدهای باز	محوری	انتخابی
تاثیرات کرونا	جسمی۴	تنگی نفس
		ضعف بدنی
		مشکل خواب
		بی اشتهایی
	شناختی-عاطفی۹	افسردگی
		فکر خودکشی
		گیجی و مشکل حافظه
		ابهام و استیصال
		بدخلقی
		استرس
		ناامیدی
		نشخوار فکری
		احساس گناه، عصبانیت و سوالات بی پاسخ
	اجتماعی۵	انگ اجتماعی و سرزنش
		تنهایی
		توقف فعالیت های اجتماعی - رشد فردی
		از دست دادن آزادی در نتیجه محدودیت آزادی رفت و آمد
		ترس از ازدست دادن
	رفتاری۳	از دست دادن انرژی
		وسواس
		تغییر سبک زندگی
	معنوی۶	خودشناسی
		دعا و ذکر
		تسلیم و رضا
		دادن خیرات
		انجام مناسک مذهبی
		در لحظه زندگی کردن-قدردان زندگی بودن

جسمی: به طور کلی، ابتدای داستان‌های شرکت کنندگان بیان می‌کردند که چگونه تب، تنگی نفس و ضعف بدنی بلافاصله به عنوان علائم خطرناک شناسایی می‌شدند؛ با این حال، بلافاصله پس از اولین علائم، به دلیل وخامت ناگهانی وضعیت سلامتی خود مجبور شدند به سرعت در بیمارستان بستری شوند.

تنگی نفس: یکی از علائم برجسته کووید، تنگی نفس بوده است که به عنوان یک گرفتگی شدید در قفسه سینه و احساس خفگی توصیف می‌شود. اغلب شرکت کنندگان تنگی نفس را از متوسط تا شدید گزارش کردند، به طوری که حتی بعد از ترخیص از بیمارستان و بهبودی همچنان تنگی نفس را داشته اند. شرکت کنندگان شماره ۶،۹ و ۱۱ به طور برجسته تنگی نفس را گزارش کرده‌اند:

بیماریم خیلی اذیتم کرد که هنوزم هستش و فکر میکنم نفس کم میارم، زمانی‌که صبح می‌شد اصلاً گلوم کاملاً خشک میشد که اصلاً نمی‌تونستم هرچقدرم آب و مایعات می‌خوردم حالت عطش داشتم و رفع نمی‌شد (شماره ۶).

ضعف بدنی: ضعف و بی حالی از اولین و ماندگارترین علائم بیماری کرونا بوده است. هر چند این نشانه باعث نمی‌شود بیمار را در بیمارستان بستری کنند اما تا مدت‌ها انجام کارهای روزمره را دشوار می‌کند. شرکت کنندگان شماره ۷ و ۱۷ ضعف بدنی را گزارش کرده‌اند:

چهار قدم راه میرفتم سرم گیج میرفت و حالم خراب میشد و باید دراز میکشیدم و باید میخابیدم حتی بعد از مدت دوماه بعد هم رفتیم با بچه‌هام فروشگاه و مغازه ها را نگاه کنیم نمیتونستم زیاد سرپا وایسم و فوری می‌نشستم (شماره ۷).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

مشکل خواب: ویروس کووید-۱۹ می‌تواند زمینه را برای اختلالات خواب مانند بی‌خوابی، خواب‌آلودگی، تنگی نفس در خواب و ... فراهم سازد؛ به طوری که گزارش چرخه خواب آنها دچار اختلال شده است. شرکت کنندگان شماره۱۸،۱۷،۱۲،۱۱و۱۹ را گزارش کرده‌اند:

در بحث خواب من کاملاً شب‌ها نمی‌تونستم بخوابم تا دو هفته‌ای که علایم خیلی زیاد بود من نمی‌تونستم شبها بخوابم،و اشتهامم کم شده بود بطوریکه تو بیماری خودم ده کیلو وزن کم کردم و اشتهایی برای خوردن نداشتم (شماره ۱۷).

بی اشتهایی: بی اشتهایی مشکلی است که ضعف شدید، سوء تغذیه و افزایش دوره بهبودی را نیز در پی داشته است. شرکت کنندگان شماره ۱۲ و ۱۹ بی اشتهایی را گزارش کرده‌اند:

هفته اول که همسرم فوت کرد یک هفته من و دخترم هیچی نخوردیم اون اون طرف افتاده بود من این ور، اصلاً فکر نمی‌کردیم باید چیزی بخوریم باور می‌کنین یه دفعه احساس کردم که چقدر ضعف داریم و به دخترم گفتم و یه چیزی بخوریم (شماره ۱۹).

عاطفی-شناختی: اکثر شرکت کننده بیان کردند که پس از ابتلا به ویروس کرونا، همه آنها دچار عواقب عاطفی-شناختی شدند که از این میان بیشترین اختلالات مربوط به افسردگی وفکر خودکشی، استرس بدخلقی، ابهام و استیصال، گیجی و مشکل حافظه، ناامیدی، نشخوار فکری، احساس گناه، عصبانیت و سوالات بی‌پاسخ بود.

افسردگی: افرادی که به ویروس کووید دچار می‌شوند، حتی پس از بهبودی کامل علائم، باز هم احساس خوبی ندارند و حس می کنند از لحاظ جسمی و روحی، همان آدم قبل از کرونا نیستند و دچار افسردگی نیز می شوند. شرکت کنندگان شماره۶، ۷، ۱۳ و ۱۹ افسردگی را گزارش کرده-اند:

چون من عادت ندارم خونه بشینم و کارنکردن من رو مریض میکنه به همین خاطر دچار افسردگی شدم ، به تلویزیون و فیلم نگاه کردن پناه بردم (شماره ۱۳).

فکر خودکشی: مرگ یک خویشاوند مهم‌ترین دلیل فکرخودکشی بود؛ به طوریکه بعضی از شرکت کنندگان (شماره‌های ۱۱ و ۱۳) سوگوار خودکشی را راهی برای پیوستن به عزیز از دست رفته می‌دانستند.

بعد از مرگ دخترم حالت افسردگی پیدا کردم، حس خودکشی داشتم، دخترم ترسو و استرسی بود و ترسو بودنش پرستارها را ذله کرده بود (شماره ۱۳).

گیجی و مشکل حافظه (مه مغزی): مه مغزی نیز یکی از علائم رایج کرونا بود که ماه‌ها پس از گذر از بیماری همچنان ادامه دار بود. در کنار کرونا سوگ از دست دادن عزیز نیز به تشدید آن کمک کرد. شرکت کنندگان شماره ۷ و ۸ مه مغزی را گزارش کرده‌اند:

از نظر حافظه هم غم شوهرم یه جوری گیج بودم نه که خیلی شدید ولی انگار تو این دنیا نیستم یه جور دیگه هستم (شماره ۷).

ابهام و استیصال: نگرانی از علائم کرونا و نگرانی نسبت به آینده سبب شده بود تا چرخه زندگی روزمره افراد تغییر کند و احساس ابهام و استیصال داشته باشند. شرکت کنندگان شماره ۹، ۱۳ و ۱۹ ابهام و استیصال را تجربه کرده بودند.

اینکه آگاهی نسبت به این بیماری نداشتم و هر روز یه داستانی از بیماری کرونا برایمان تعریف میکردن، داستان های مختلف پیشگیری از این بیماری. یه بیماری بود که همه رو غافلگیر کرد از یه لحاظ همه خونواده ها رو گزید و این آزار دهنده بود (شماره ۱۳).

بدخلقی: برخی از شرکت کنندگان (شماره‌های ۳ و ۶) اذعان داشتند به دلیل شرایط پیش آمده از جمله تجربه سوگ، عدم برگزاری مراسم عذاداری و عدم همدردی دیگران نسبت به دیگران احساس خشم را تجربه کرده بودند (شماره‌های ۳ و ۶).

من کاملاً یه آدم عصبی شدم حتی مثلا دخترمو میزدم، حتی نمی‌تونستم بهش آموزش بدم، که بردمش مدرسه غیرانتفاعی ثبت نامش کردم معلم براش گرفتم که بچه‌ام آسیب نبینه ولی این‌قدر روی روح و روان من تأثیر گذاشته بود (شماره ۶).

استرس: درزمینه کووید ناشناخته بودن استرس رادرافراد بیمار و حتی سالم افزایش می‌داد. شرکت کنندگان شماره-های ۱، ۵، ۷، ۸، ۱۲ و ۱۶ استرس را گزارش کرده‌اند:

استرس و نگرانی داشتم، منتظر خبر بد برای خودم. من غم رو اونم فقط اون اول اولش که پدرم فوت کرد خب این بیماری چون ناشناخته بود اول ترس داشتم یه ترس طبیعیه، دیگه تو اون یه چیز ناشناخته است (شماره ۸).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

ناامیدی: شرکت کنندگان اذعان داشتند که با از دست دادن عزیز احساس کرده‌اند تمام آرزوهایشان را از دست داده‌اند. شرکت کنندگان شماره‌های ۲، ۱۱ و ۱۸ ناامیدی را گزارش کرده‌اند:

تمام امید و آرزوهام از دست رفت، هیچ چیزی در دنیا دیگر برایم مهم نیست، جز زنده شدن همسرم هیچ چیز دیگری در دنیا مرا خوشحال نمی‌کند (شماره ۱۱).

نشخوار فکری: شرکت کنندگان اذعان داشتند، نشخوار فکری و اشتغال ذهنی شدید نسبت به فرد متوفی و اقداماتی که باید برایش انجام می‌دادند و نپذیرفتن مرگ او دارند. شرکت کنندگان شماره‌های ۶ و۱۱ نشخوار فکری را گزارش کرده‌اند:

می‌گفتم کاش اصلا نمی‌بردیمش بیمارستان یا کاش زودتر می‌بردیمش بیمارستان یا یه بیمارستان بهتر می‌بردیمش، اینا چیزاییه که همش تو ذهنم تکرار می‌شه (شماره ۶).

احساس گناه، عصبانیت و سوالات بی پاسخ: بعضی از شرکت کنندگان که در مرحله انکار بودند و انتظار از دست دادن را نداشتند از خداوند شاکی بودند (شماره‌های ۲، ۵، ۱۵، ۱۹ و ۱۸).

اوایل خیلی از دست خدا شاکی بودم که چرا همسر من رو کشت، در حالی که برادر همسرم بارها تحت عمل جراحی قرار گرفته بود ولی همسر من هیچ بیماری نداشت و حتی دو هفته قبل از کرونا می‌رفت دریا و ماهیگیری می‌کرد (شماره ۱۵).

اجتماعی: اکثر شرکت کنندگان در این تحقیق بیان کردند که آلودگی به ویروس کرونا به وضوح باعث طرد شدن توسط دیگران و کاهش مشارکت و فعالیت های اجتماعی شده است.

انگ اجتماعی و سرزنش: افزایش سریع تعداد بیماران کرونا همراه با عدم آگاهی عمومی در مورد این ویروس باعث ایجاد ترس و نگرانی در بین مردم شده است که منجر به چالش‌هایی مانند انگ اجتماعی شده است. شرکت کنندگان شماره‌های ۶ و ۱۴ انگ را گزارش کرده‌اند:

ارتباطم با اقوام و دوستان را کم کردم چون از برچسب کرونا بدم میومد. خانواده بیشتر سرزنشم میکردن که تو حتما سیستم ایمنیت ضعیفه و خوب غذا نخوردی، فست فود اینا خوردی که بیمار شدی (شماره ۱۴).

تنهایی: شرکت کنندگان بر این باور بودند که فقدان تشریفات و حضور تعداد کمی از مردم در تشییع جنازه منجر به تنهایی مرگ فرد متوفی می‌شود و از این بابت ابراز تاسف می‌کردند. شرکت کنندگان شماره‌های ۴، ۱۰، ۱۴، ۱۵ و ۱۹ تنهایی را گزارش کرده‌اند:

فقط زمان که شب هفت پدرم رفتم شهرمون، اون موقع خیلی عذاب کشیدم، وقتی رفتم حس کردم رفتم جایی که نه هیچ‌کس می‌شناسم نه اصلاً کسی رو تو اون شهر دارم (شماره ۴).

توقف فعالیت‌های اجتماعی - رشد فردی: بسیاری از کشورها نیز در جهت جلوگیری از انتشار ویروس نیز به توقف فعالیت‌های مراکز آموزشی رسمی و غیررسمی پرداختند. شرکت کنندگان شماره‌های ۵ و ۱۸ توقف فعالیت‌های اجتماعی - رشد فردی را گزارش کرده‌اند:

از همون موقع که اعلام شد به طور رسمی که کرونا اومده من چهار روز قبلش باید امتحان سطح شیش یوگا رو می‌دادم برای مربیگری که اون کلا کنسل شد و تو این دوسال اصلا پیگیرشم نشدم (شماره ۵).

از دست دادن آزادی در نتیجه محدودیت آزادی: دردوران شیوع بسیاری از کارهای روزمره به دلیل انزوا و اقدامات قرنطینه که افراد را از رفتن به مدرسه یا محل کار یا داشتن تعاملات روزمره و اجتماعی بازمی‌داشت، آزادی خود را از دست دادند. شرکت کنندگان شماره‌های ۴، ۹، ۱۰، ۱۳ و ۱۸ از دست دادن آزادی در نتیجه محدودیت آزادی را گزارش کرده‌اند:

بچه‌هامم نتونستم بیان برای مراسم پدرشون به‌خاطر این‌که از اون ورم کرونا ممنوعیتی داشت که اجازه نمی‌داد اونا از کشور خارج بشن (شماره ۱۰).

ترس از ازدست دادن: شرکت کنندگان به دلیل از دست دادن عزیزانی که پس از ابتلا به ویروس یا در نتیجه آن فوت کرده اند، ترس ازاز دست دادن اعضای دیگر خانواده را داشتند. شرکت کنندگان شماره‌های ۶، ۱۵ و ۱۸ ترس از ازدست دادن را گزارش کردند.

الان یکیو از ته دل خیلی دوس داشته باشم میترسم بگم و از دستش بدم چون مامانمو خیلی دوست داشتم، خیلی دوست ندارم معاشرت کنم گوشه گیر شدم سرد شدم دوستام دعوتم میکنن نمیرم (شماره ۶).

رفتاری: تغییرات رفتاری افراد سوگوار با عناوین از دست دادن انرژی و فعالیت، وسواس و تغییر سبک زندگی پدیدار شد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

از دست دادن انرژی و فعالیت: شرکت کنندگان به دلیل سوگ و نتایج ناشی از آن از جمله افسردگی انرژی خود را برای فعالیت‌های اجتماعی از دست داده‌اند. شرکت کنندگان شماره‌های ۷ و ۱۵ از دست دادن انرژی و فعالیت را گزارش کرده‌اند:

احساس می‌کنم اون موقع‌ها خیلی بیشتر انرژی داشتم حتی می‌رفتم باشگاه، ورزش و اینا ولی بازم به کارهام می‌رسیدم. الان کلا میشینم کتابامو می‌خونم. قبلا محرک و هم صحبتم بود. اون اولا وقتی صبح پا میشدم و میدیدم نیست خیلی اذیت میشدم یا می‌خاستیم بخوابیم می‌دیدم نیست (شماره ۷).

وسواس: در پی شیوع کرونا و نگرانی از ابتلا به آن و در جهت جلوگیری از انتقال این ویروس، شست و شوی دست‌ها به صورت مکرر راهی برای جلوگیری از انتشار کرونا از طرف سازمان‌های رسمی اعلام شد، که باعث بروز رفتارهای وسواس‌گونه شد. شرکت کنندگان شماره‌های ۶، ۷، ۱۳ و ۱۸ وسواس را گزارش کرده‌اند:

چون میوه‌ای خریدی چیزی بیرون می‌آوردیم خونه حدود یک ربع باید می‌نشستی با پارچه و الکل تک تکشون رو ضدعفونی می‌کردیم (شماره ۱۸).

تغییر سبک زندگی: یکی از تأثیرات مهم شیوع کرونا بر جوامع، ایجاد تغییراتی در سبک زندگی افراد، به‌ویژه آنهایی است که با مرگ عزیزان خود مواجه بودند. مهم‌ترین این تغییرات تغییر درروابط اجتماعی بود. شرکت کنندگان شماره‌های ۱۳ و ۱۵ تغییر سبک زندگی را گزارش کرده‌اند:

کرونا باعث شد جشن‌ها کمتر شود و جشن‌ها کمتر مختلط و غیر اسلامی و غیر مذهبی شود و مردم در جشن‌ها پوشیده‌تر شوند و از نظر بهداشتی مردم بیشتر رعایت کردند و بهداشتی‌تر شدند و مثلا هنگام سرماخوردن ماسک می‌زدند و اطلاعات بهداشتی مردم بیشتر شد (شماره ۱۵).

معنوی: در این مطالعه شرکت کنندگان خود را نیازمند کمک قدرت مطلق می‌دانستند و از او شدیدا درخواست کمک می‌کردند و از مقابله معنوی برای مقابله و سازگاری با بیماری استفاده می‌کنند. همچنین شرکت کنندگان بیان کردند که به ارزیابی خود، در لحظه زندگی کردن و قدردان زندگی بودن، انجام مناسک مذهبی، دادن خیرات، تسلیم و رضا، دعا و ذکر پرداخته‌اند.

خودشناسی: در این زمینه شرکت کنندگان به ارزیابی خود واشتباهاتی که در زندگی مرتکب شده‌اند پرداختند و همچنین به تغییرات شخصیتی اقدام کردند. شرکت کنندگان شماره‌های ۷، ۱۳ و ۱۴ خودشناسی را گزارش کرده‌اند:

سعی کردم بیشتر خودمو بشناسم و در حال حاضر بیشتر می‌تونم تنها در خونه بمونم. من قبلا ادم این مدلی نبودم بی‌قرار میشدم و حتما باید سر خودمو گرم می‌کردم، ولی الان نه. ترجیح می‌دم تنها باشم. خیلی چیزای جدید رو تونستم درک کنم که قبلا بهشون فکر نمی‌کردم (شماره ۱۳).

دعا و ذکر: دعا سبب می‌شود که آرامش عمیق در وجود انسان نهادینه شود و سبب تسکین استرس نیز می‌شود. شرکت کنندگان شماره‌های ۲، ۹ و ۱۵ دعا و ذکر را گزارش کردند.

ذکر کردم دعا کردم اطرافیان زنگ می‌زدن میگفتن دعا بخون ذکر بگو قران بخون و داشتن ذهن من را منحرف می‌کردن که برای مامانم ثواب جمع کنم و الان که نگاه می‌کنم میبینم اون چهل روز من همش داشتم قران می‌خوندم هرچند یه وقتاییم نمی‌تونستم (شماره ۲).

تسلیم و رضا: شرکت کنندگان یکی از راه‌های مقابله با بیماری و سوگ از دست دادن عزیز را تسلیم و رضا ذکر کردند. شرکت کنندگان شماره‌های ۹ و ۱۳ تسلیم و رضا را گزارش کرده‌اند:

این رو به عنوان یک امتحان از طرف خداوند در نظر گرفتم و گفتم خدایا الان نوبت توست که در عوض گرفت دخترم به من چیزی بدهی و الان احساس می‌کنم به خدا نزدیک‌تر شدم (شماره ۱۳).

دادن خیرات و انجام مناسک مذهبی: شرکت کنندگان بیان کردند یکی از راه‌هایی که از طریق آن تسکین می‌یافتند دادن خیرات برای عزیز از دست رفته بود که به شکل‌های مختلف از جمله نذری دادن و ختم قرآن صورت گرفت. شرکت کنندگان شماره‌های۶، ۹ و ۱۹ دادن خیرات و انجام مناسک مذهبی را گزارش کرده‌اند:

به نیت همسرم و چند بارم مثلاً مراسم خاصی که مثلاً احیاها اینا پول‌دادم غذا دادم گفتم مثلاً اینو بگیم که فاتحه بخونن برای همسرم این کار رو کردم و باز این کارهای خرده ریز یه ذره به قلبم آرامش می‌ده (شماره ۱۹).

در لحظه زندگی کردن-قدردان زندگی بودن: شرکت کنندگان با زندگی در لحظه و در نتیجه قدردان زندگی بودن با چالش‌های ناشی از سوگ مبارزه کردند. شرکت

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

کنندگان شماره‌های ۱، ۵، ۹، ۱۰ و ۱۲ در لحظه زندگی کردن-قدردان زندگی بودن را گزارش کرده‌اند:

کرونا باعث شد که بفهمیم واقعاً دنیا ارزش خیلی از حرص خوردنا رو نداره، چیزی که تو بیماری خودمم تجربه کرده بودم و حالا فهمیدم که قرار نیست همه چیو اون‌قدر سفت بگیریم که نشه ازش رد شد، یعنی یه مقدار رها کردن یه سری چیز ها خیلی به من کمک کرد، حداقل از جنبه روانی و این جنبه مثبتش برام بود (۵).

بحث

مطالعه حاضر تجربیات مرتبط با تاثیر کرونا را در افرادی که یکی از عزیزان خود را به دلیل کرونا از دست داده بودند و خود نیز به کرونا مبتلا شده بودند را مورد بررسی قرار داد. بر اساس یافته‌های ارزیابی شده، سه مولفه اصلی یعنی تاثیر جسمی، شناختی-عاطفی، اجتماعی، رفتاری،معنوی و مالی استخراج شد. پس از آن، برای هر جزء اصلی، چندین زیرمجموعه یافت شد.

تاثیرات جسمی شامل تنگی نفس، ضعف بدنی، مشکل خواب و بی اشتهایی بود. مطالعات مختلفی نشان داده اند که تنگی نفس، سردرد، درد قفسه سینه، سرگیجه، و انرژی/خستگی کم ممکن است علائم اصلی کووید باشد که طولانی نیز می باشد (۲۷-۲۹). همچنین، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخی افراد در طول زمان ویروس را به طور کامل رفع نمی شود، که منجر به بار ویروسی مداوم در بدن و علائم مزمن می‌شود. این یافته‌ها اهمیت نظارت مستمر و کاهش علائم فیزیکی را، حداقل در طی ۲ سال اول پس از تشخیص، در میان افرادی که از اشکال شدید کرونا رنج می‌برند، برجسته می‌کند. در این میان افراد سوگوار که خود مبتلا بودند علاوه بر درد و رنج سوگ باید با علائم ناشی از کرونا دست و پنجه نرم می کردند. به طوری که مطالعات نیز نشان داده اندکه اثرات روانشناختی منفی مانند اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، استرس، اختلالات خواب و خشم در پرسنل درمان و مبتلایان به کرونا به طور قابل توجهی در طول همه‌گیری آن افزایش یافته است (۳۰).

درون مایه شناختی-عاطفی شامل افسردگی، فکر خودکشی، گیجی و مشکل حافظه، ابهام و استیصال، بدخلقی، استرس، ناامیدی، نشخوار فکری و احساس گناه، عصبانیت و سوالات بی پاسخ بود. با توجه به سیاست‌های فاصله‌گذاری اجتماعی، در صورت بستری شدن فردی در بیمارستان، بستگان نمی‌توانند در لحظات پایانی فوت وی ملاقات و در کنار وی باشند. علاوه بر این، به دلیل فاصله گذاری اجتماعی، داغدیدگان نتوانستند برای یکی از اعضای خانواده خود تشییع جنازه کنند و از این رو دچار عصبانیت و عذاب وجدان، افسردگی، استرس و احساس گناه می شوند. خشم یکی دیگر از بخش های طبیعی غم است که باید به درستی حل شود. اکثریت شرکت کنندگان اعلام کردند که اگر در کنار بیماران خود بودند، برای آنها کار مفیدی انجام می دادند یا اگر در خانه از آنها مراقبت می کردند، می توانستند بهتر شوند. چنین کلماتی نشان دهنده تمایل افراد داغدیده به توسل به چانه زنی به عنوان مکانیزم دفاعی است. با این حال، اگر این گونه خودگویی های منفی ادامه یابد، فرد را از پذیرش سوگ باز می دارد. یکی دیگر از تأثیرات منفی این بیماری بر سلامت روان افراد جامعه، تأثیرات روانی سوگواری عزیزان و همچنین اضطراب و نگرانی از ابتلا و پیامدهای احتمالی آن بود. بنابراین ترس و انگ اجتماعی از موضوعات مهم در این مقوله است. افراد آلوده خود را بخشی از چرخه انتقال بیماری می دانند، در نتیجه در نهایت احساس ترس، گناه، سرزنش خود و حتی فکر خودکشی می کنند (۳۱، ۳۲).

تاثیرات اجتماعی شامل تنهایی، انگ اجتماعی و سرزنش، توقف فعالیت‌های اجتماعی - رشد فردی، از دست دادن آزادی در نتیجه محدودیت آزادی رفت و آمد و ترس از ازدست دادن بود. سیستم‌های حمایت اجتماعی تاب‌آوری در برابر فشار روانی و جسمی را افزایش می‌دهند، به جلوگیری از فقر، بیکاری و غیررسمی کمک می‌کنند، و تثبیت‌کننده‌های قدرتمند اقتصادی و اجتماعی هستند که می‌توانند به بهبودی سریع از کرونا کمک کنند. کرونا اهمیت حمایت اجتماعی را برای محافظت در برابر پیامدهای اجتماعی-اقتصادی بحران-های بهداشتی برجسته کرده است.

به طور کلی از دست دادن آزادی در نتیجه قرنطینه می‌تواند منجر به زیان‌های ثانویه مانند از دست دادن روابط، تفریح و حمایت اجتماعی شود. فاصله گذاری اجتماعی صمیمیت عاطفی و فیزیکی را به حداقل می رساند، که منجر به از بین رفتن روابط صمیمی شامل شرکا، خانواده و دوستان می‌شود. همچنین با توجه به مضامین شناسایی شده در اینجا، بهتر می‌توانیم ببینیم که چرا محدودیت های اجتماعی در طول همه‌گیری ممکن است با توصیفات بالینی اختلال غم طولانی مدت شبیه است. اگرچه تجارب غم و اندوه و محدودیت‌های اجتماعی هر دو متنوع هستند، تاثیرات اجتماعی شامل: (الف) فرد از تعاملات بین فردی و اجتماعی محروم است که معمولا

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

این تعاملات پشتیبانی تفسیری و عملی برای درک آنچه برای شخص اتفاق افتاده و تطبیق ساختار زندگی او با واقعیت فعلی فراهم می‌کند. (ب) دنیای تجربی فرد نه تنها با سوگواری مختل می شود؛ عمیقاً تغییر می یابد. به دلیل ترکیبات بالا، نه دنیای شخص و نه رابطه فرد با متوفی به روش های معمول سازماندهی مجدد نمی‌شود تا آنچه اتفاق افتاده است مورد پذیرش واقع شود. علاوه بر این، با توجه به یک اختلال طولانی و فراگیر در ساختار زندگی، انتقال زمانی در جهت به فعلیت رساندن توسعه و دگرگونی تجربه نمی شود و چشم‌اندازی برای فراتر رفتن از وضعیت مخمصه فعلی یا ایجاد زمینه مجدد از دست دادن خود به تاخیر می افتد. با تأمل بر چنین تجربیاتی، به طور فزاینده ای آشکار می شود که سوگ صرفاً یک واکنش عاطفی نیست که به طور قابل پیش بینی در طول زمان آشکار شود. در عوض، این یک فرآیند بسیار متغیر است که توسط تعاملات بین فردی شکل می گیرد و تنظیم می شود، که خود در یک جهان اجتماعی مشترک تعبیه شده است. غم و اندوه در فرد سوگوار با محرومیت از دنیایی که ممکن است در طول زمان با فقدانش سازگار شود و از فرآیندهایی که ادغام آن را تسهیل می کند، بی بهره می‌شود. از این رو، اندوه شدید و تغییرناپذیر را نباید منحصراً یا حتی اساساً بر حسب فرآیندهایی که درونی فرد هستند تفسیر کرد. شناخت فرآیندهایی که ماهیت بین فردی و اجتماعی دارند نیز مهم است. بنابراین معلوم می شود که اندوه همه گیر از نظر پدیدارشناختی با توجه به ساختار گسترده و شکننده تجربه عاطفی، وابستگی ما به افراد دیگر آشکار می شود. به همین ترتیب، یک دیدگاه پدیدارشناختی که بر تجربه جهانی و وابستگی آن به روابط بین فردی و اجتماعی تأکید می‌کند، می‌تواند به ما در مفهوم‌سازی چالش‌های قابل‌توجهی که در طول همه‌گیری کووید-۱۹ و فراتر از آن با آن‌ها مواجه هستند، کمک کند.

تاثیرات رفتاری شامل از دست دادن انرژی و کاهش فعالیت، وسواس، تغییر سبک زندگی بود.. گسترش سریع کرونا تقریباً در تمام مناطق جهان چالش‌های زیادی را در زمینه سلامت، زیست محیطی، اقتصادی و اجتماعی به همراه داشته است. فاصله گذاری اجتماعی، ماسک های جراحی، شستن دست ها و سایر اقدامات احتیاطی تنها راه مبارزه با شیوع ویروس در نظر گرفته می شود که در این زمینه برخی از مطالعات افزایش بیشتر علائم اختلال وسواس را در پی وضعیت کرونا گزارش کرده اند (۳۳، ۳۴). همه این عوامل می‌توانند منجر به تغییر در سبک زندگی فرد و تغییرات رفتاری شوند. به دنبال قفل‌های شدید و محدودیت‌ها در فعالیت‌های خارج از خانه، جای تعجب نیست که در سطح جهانی، سطح تحرک مردم به طور چشمگیری کاهش یابد. به‌طوری که مطالعه‌ای نشان داد که در دوره کوید، کانادایی‌ها کاهش در فعالیت بدنی را گزارش کردند (۳۵). یک نظرسنجی چند قاره‌ای از نوجوانان (n=۱۰۴۷) نشان داد که در طول همه گیری کرونا، زمان نشستن روزانه ۲۸/۶ درصد افزایش یافت و دفعات و مدت فعالیت بدنی به ترتیب ۲۴ درصد و ۳۳/۵ درصد کاهش یافت (۳۶). در مطالعه‌ای دیگر، تغییرات عمده‌ای که مشاهده شد، شامل تغییرات در رفتار غذا خوردن، فعالیت بدنی، و شستن مداوم دست‌ها بود. همچنین تغییراتی را در خواب، سلامت روان و نگرش سبک زندگی مشاهده شد (۳۷). به نظر می‌رسد محدودیت‌های کرونا تأثیر زیادی بر فعالیت بدنی و رفتاری افراد تاثیر داشته است.

تاثیرات معنوی شامل خودشناسی، دعا و ذکر، تسلیم و رضا، دادن خیرات، انجام مناسک مذهبی، در لحظه زندگی کردن- قدردان زندگی بودن بود. شرکت کنندگان گزارش کردند با همه‌گیری کروناویروس که پیامدهای مضری برای سلامت روان و بهزیستی آنها داشت از طریق یافتن معنا، با این رویداد کنار آمدند و گزارش دادند که مقابله مبتنی بر معنا تأثیر استرس ویروس کرونا و سوگ را کاهش دادند و اکثر شرکت کنندگان معنویت و دینداری را منبعی برای تقویت تاب آوری خود می دانستند. برعکس، شوک ناشی از مرگ‌های ناگهانی و درد ناشی از تلفات باعث بحران عمیق ایمان و سوالات بی‌پاسخ شده بود؛ به طوری‌که از خدا عصبانی بودند. اگرچه افراد سعی می‌کنند ایمان و فضیلت خود را مطابق با اعتقادات خود حفظ کنند، اما گاهی - مانند دوره کووید – باورهای افراد پاسخگو نیست (۳۸). پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که مقابله مبتنی بر معنویت باعث می‌شود افراد از نظر روانی در پاسخ به رویدادهای آسیب زا انعطاف پذیرتر شوند و به محافظت از سلامت روانی در برابر پاسخ های عصبی و ایمنی ناکارآمد به استرس مزمن که می‌تواند منجر به بیماری شود، کمک می- کند. همچنین معنا نقش مهمی در مقابله با استرس و ضربه ایفا می کند که به نوبه خود منجر به عملکرد روانشناختی بهتر و کاهش پریشانی می‌شود (۳۹، ۴۰). با توجه به توانایی یافتن معنی در سوگ، و در راستای مطالعات اخیر در مورد تاب آوری در طول همه گیری، برخی از شرکت کنندگان اظهار داشتند که با این باور که خود به دنبال آرامش هستند؛ مرگ یکی از عزیزان هدف بزرگ‌تری داشت و به زندگی‌شان معنا داد. همچنین نیاز به سپردن معنایی اصیل و انسان دوستانه به

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

مرگ عزیزشان باعث تسکین آنها شد (۴۱). مطالعات نشان می‌دهند که این استراتژی برای مقابله با سوگ آسیب‌زا، استرس و خطر ابتلای فرد سوگوار به سوگ پیچیده را کاهش می‌دهد (۲۴، ۴۲).

این مطالعه کیفی در طول موج اول همه‌گیری کرونا، تجارب اعضای خانواده داغدار بیماران را مورد مطالعه قرار داد و دریافت که این بیماری دارای تاثیرات جسمی،شناختی-عاطفی، رفتاری، اجتماعی و معنوی است. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله اینکه پاسخ دهندگان یک جمعیت همگن را تشکیل می‌دادند؛ بنابراین نماینده همه فرهنگ‌ها و آداب و رسوم سوگواری آنها نبودند. این مطالعه از طریق تلفن انجام شد که دارای معایب خاص خود مانند از دست دادن نشانه‌های بصری و غیرکلامی با از دست دادن احتمالی داده‌های متنی است. مطالعات آینده را می‌توان از طریق مصاحبه‌های حضوری از جمله جمعیت نمونه بزرگ‌تر و متنوع برای رفع این محدودیت‌ها انجام داد. به لحاظ کاربردی، برای رفع نیازهای روانی افراد سوگوار، شناسایی وضعیت روانی آنها و ارائه مداخلات روانشناختی به موقع، باید راهبردهایی توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشت روانی اجرا شود. در سطح جامعه، آگاهی و اطلاعات مناسب در رابطه با این بیماری باید در بین عموم مردم پخش شود تا درک منفی و انگ مرتبط با آن کاهش یابد تا مردم حداقل همه در این دوران سخت نسبت به نیازهای عاطفی دیگران حساس شوند و به یکدیگر کمک کنند. به طور کلی این پژوهش اهمیت ابعاد اجتماعی را نشان داد و اینکه چقدر مهم است که مردم به گونه‌ای بالغ شوند که بتوانند از دیگران در مواقع سختی و سوگ حمایت کنند. همچنین شرکت کنندگان بیان کردند که معنویت و دینداری در مواجهه با چنین بحران عمیقی از عوامل محافظ بوده است. از آنجایی که همه گیری هنوز ادامه دارد، یافته‌ها نیاز به انجام اقدامات پیشگیرانه را نیز روشن می-کند. در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود بررسی اینکه آیا ایمان در طول زمان به تاب آوری چگونه کمک کننده است، همچنین برررسی تجربه کسانی که ایمان خود را به دلیل بیماری همه گیر از دست داده اند مفید خواهد بود.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت کنندگان که تجربیات خود را در اختیار پژوهشگران گذاشتند، کمال تشکر را داریم.

REFERENCES

1. Allahverdipour H. Global Challenge of Health Communication: Infodemia in the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. J Edu Com Health 2020; 7:65-67. [In Persian]

2- Hamid W, Jahangir MS. Dying, Death and Mourning amid COVID-19 Pandemic in Kashmir: A Qualitative Study. Omega (Westport). 2022; 85:690-715.

3- Rubin GJ, Wessel S. The psychological effects of quarantining a city. BMJ 2020; 368:313.

4-Li JB, Yang A, Dou K, Wang LX, Zhang MC, Lin XQ. Chinese public's knowledge, perceived severity, and perceived controllability of COVID-19 and their associations with emotional and behavioural reactions, social participation, and precautionary behaviour: a national survey. BMC Public Health 2020; 20:1589.

5- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health 2020; 17:1729.

6- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020; 395:912–20.

7- Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. J Pain Sympt Manage 2020; 60:e70-e76.

8- Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. Brain Behav Immun 2020; 87:80-81.

9- Bryant R A. Grief as a psychiatric disorder. Br J Psychiatry 2012; 201: 9-10

10- Aoun SM, Breen LJ, Howting DA, Rumbold B, McNamara B, Hegney D. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. PLoS One 2015; 10:0121101.

11- Pearce C, Honey JR, Lovick R, Zapiain Creamer N, Henry C, Langford A, et al 'A silent epidemic of grief': a survey of bereavement care provision in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic. BMJ Open 2021; 11:e046872.

12- Hanna JR, Rapa E, Dalton LJ, Hughes R, McGlinchey T, Bennett KM, et al. A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic. Palliat Med 2021; 35: 843-851.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

13- Harrop E, Goss S, Farnell D, Longo M, Byrne A, Barawi K, et al. Support needs and barriers to accessing support: Baseline results of a mixed-methods national survey of people bereaved during the COVID-19 pandemic. Palliat Med 2021; 35:1985-1997.

14- Howarth R. Concepts and controversies in grief and loss. J Ment Health Couns 2011; 33: 4–10.

15- Sadock B, Sadock VA, Sussman N, Eds. Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

16- Eisma MC, Boelen PA, Lenferink LIM. Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. Psychiatry Res 2020; 288:113031.

17- Morris SE, Moment A, Thomas JD. Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. J Pain Symptom Manage 2020; 60:e70-e74.

18- Carr D, Boerner K, Moorman S. Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions. J Aging Soc Policy 2020; 32:425-431.

19-Krikorian A, Maldonado C, Pastrana T. Patient's Perspectives on the Notion of a Good Death: A Systematic Review of the Literature. J Pain Symptom Manage 2020; 59:152-164.

20-Koltai J, Stuckler D. Recession hardships, personal control, and the amplification of psychological distress: Differential responses to cumulative stress exposure during the U.S. Great Recession. SSM Popul Health 2019; 10:100521.

21- Sun Y, Bao Y, Lu L. Addressing mental health care for the bereaved during the COVID-19 pandemic. Psychiatry Clin Neurosci 2020; 74:406-407.

22- Burrell A, Selman LE. How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. Omega (Westport) 2022; 85:345-383.

23- 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; 7: 228-229.

24- 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.

25- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24:105-12.

26- Guba EG, Lincoln YS, Eds. Forth generation evaluation. Newbury park, CA: sage; 1989.

27- Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, Cheng V, Dagens A, Hastie C, et al. Stavropoulou C. Characterising long COVID: a living systematic review. BMJ Glob Health 2021; 6: e005427.

28- Fernández-de-Las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Gómez-Mayordomo V, Florencio LL, Cuadrado ML, Plaza-Manzano G, et al. Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: a systematic review and meta-analysis. Eur J Intern Med 2021; 92:55-70.

29- Wu L, Wu Y, Xiong H, Mei B, You T. Persistence of Symptoms After Discharge of Patients Hospitalized Due to COVID-19. Front Med (Lausanne) 2021; 8:761314.

30- Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infect Dis Poverty 2020; 9:29.

31- Horesh D, Brown AD. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. Psychol Trauma 2020; 12:331-335.

32- Usher K, Durkin J, Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. Int J Ment Health Nurs 2020; 29:315-318.

33- Fontenelle LF, Miguel EC. The impact of coronavirus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. Depress Anxiety 2020; 37:510-511.

34- Davide P, Andrea P, Martina O, Andrea E, Davide D, Mario A. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. Psychiatry Res 2020; 291:113213.

35- Tulchin-Francis K, Stevens W Jr, Gu X, Zhang T, Roberts H, Keller J, et al. The impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on physical activity in U.S. children. J Sport Health Sci 2021;10:323-332.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]

[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]

36- Bertrand L, Shaw KA, Ko J, Deprez D, Chilibeck PD, Zello GA. The impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on university students' dietary intake, physical activity, and sedentary behaviour. Appl Physiol Nutr Metab 2021; 46:265-272.

37- Annam S, Fleming MF, Gulraiz A, Zafar MT, Khan S, Oghomitse-Omene PT, et al. The Impact of COVID-19 on the Behaviors and Attitudes of Children and Adolescents: A Cross-Sectional Study. Cureus 2022; 14:29719.

38- Exline JJ. Religious and spiritual struggles. In: Pargament KI, Exline JJ, Jones JW, Eds. APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1): Context, theory, and research. Massachusetts, United States: American Psychological Association; 2013.

39- Halama P. Meaning in life and coping: sense of meaning as a buffer against stress. In: Batthyany A, Russo-Netzer P, Eds. Meaning in positive and existential psychology. New York, NY: Springer; 2014. P.239–250.

40- Arslan G, Yıldırım M. Meaning-Based Coping and Spirituality During the COVID-19 Pandemic: Mediating Effects on Subjective Well-Being. Front Psychol 2021; 12:646572.

41- Walsh F. Loss and Resilience in the Time of COVID-19: Meaning Making, Hope, and Transcendence. Fam Process 2020; 59:898-911.

42- Bekkering HJ, Woodgate RL. The Parental Experience of Unexpectedly Losing a Child in the Pediatric Emergency Department. Omega (Westport) 2021; 84:28-50.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1403.34.3.10.3]
[DOI: 10.61186/iau.34.3.310]