رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۶، شماره پیاپی ۷۵، شهریور ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(6), 2022

تجارب زیسته زنان از فرزندآوری در همه‌گیری کووید ۱۹

Women's lived experiences of childbearing in the Covid-19 pandemic

مجتبی حقانی زمیدانی
کاندیدای دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
زهره صالح بیگی
دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
سمانه خزاعی (نویسنده مسئول)
استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.
معصومه اسمعیلی
استاد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Mojtaba Haghani Zemydani
PhD candidate of counselling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
Zohreh Salehbeigi
Master of family Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
Samaneh Khazaei*
Assistant Professor., Departemant of psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran. s.khazaei@birjand.ac.ir
Masoumeh Esmaeili
Professor of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

چکیده

همه‌گیری COVID-19 ارائه خدمات بهداشتی در سراسر جهان را با چالش‌های جدی مواجه نموده و تغییرات زیادی را در دستورالعمل‌های مراقبت بارداری و زایمان زنان ایجاد کرده است. هدف پژوهش، بررسی تجارب زیسته زنان از فرزندآوری در همه‌گیری کووید ۱۹ بود. پژوهش حاضر از نوع کیفی و با استفاده از پدیدارشناختی توصیفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۱۱ نفر از زنانی بودند که در دوره شیوع ویروس کرونا، تجربه بارداری و زایمان داشتند. انتخاب مشارکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ملاکی و بر اساس معیارهای ورود و خروج از استان‌های تهران، گیلان و لرستان در سه‌ماهه پاییز ۱۴۰۰ صورت گرفت و تا زمان اشباع اطلاعات ادامه یافت. گردآوری داده‌ها، با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق انجام شد و پس از ضبط هر مصاحبه، محتوای استخراج شده به صورت واژه به واژه نوشته شد. کدگذاری داده‌ها، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش کُلایزی (هفت مرحله) انجام شد. مجموعا از تعداد ۱۱ مصاحبه، ۳۵۸ کد اولیه، ۴۳ مفهوم، ۹ مضمون فرعی و ۲ مضمون اصلی به دست آمد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که همه‌گیری ویروس کرونا، پتانسیل قابل‌توجهی برای ایجاد اضطراب، ترس و پریشانی روان‌شناختی داشته و این گروه از زنان در انطباق با این شرایط با دشواری‌های زیادی روبرو بودند. .

واژه‌های کلیدی: *بارداری، فرزندآوری، کووید- ۱۹، پدیدارشناسی.*

Abstract

The COVID-19 epidemic has posed serious challenges to health care worldwide and led to numerous changes in obstetric and gynecological care guidelines. This study aims to investigate women's lived experiences of childbearing during the COVID-19 epidemic. The present study was a qualitative study using descriptive phenomenology. Participants in the study comprised 11 women who had experienced pregnancy and childbirth during the coronavirus outbreak. The researcher selected participants using a purposive sampling method based on inclusion and exclusion criteria and continued until data saturation. Data collection was done using semi-structured and in-depth interviews, and after recording each interview, the extracted content was transcribed word by word. Data coding ran in parallel with data collection and it was analyzed using the Colaizzi method (seven steps). In total, among the 11 interviews, 358 initial codes, 43 concepts, 9 sub-themes, and 2 main themes were obtained. Based on the results of this study, the COVID-19 epidemic had a significant potential to cause anxiety, fear, and psychological distress, and this group of women faced many difficulties in adapting to these conditions.

Keywords: *Pregnancy, Childbearing, Covid-19, Phenomenological.*

نوع مقاله : کیفی **دریافت : بهمن ۱۴۰۰** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

مقدمه

بارداری یکی از بحران‌های رشدی در زندگی زنان محسوب می‌شود که در طی آن تغییرات عاطفی، جسمانی و اجتماعی زیادی رخ می‌دهد (آلتمن و همکاران[۱]،۲۰۲۰). پدیده‌های زیادی بر درک این تجربه از سوی زنان تأثیر می‌گذارد که از جملهٔ آن‌ها می‌توان به پدیده‌های بهداشتی، از جمله طی کردن فرایند بارداری و زایمان در دوره شیوع بیماری‌های همه‌گیری هم‌چون کووید-۱۹ اشاره کرد (یو و همکاران[۲]، ۲۰۲۱؛ فن و همکاران[۳]، ۲۰۲۱). اگرچه اکثر زنان با خوشحالی در انتظار بارداری و مادر شدن هستند؛ انجام این کار در طول این بیماری همه‌گیر می‌تواند هم استرس‌زا و هم چالش‌برانگیز باشد. همه‌گیری ویروس کرونا که از سال ۲۰۱۹ بر جهان سایه انداخته است، چالش‌های بهداشتی زیادی را برای همه اقشار اجتماع و به ویژه برای زنان باردار به وجود آورده است (وسیلیا[۴]،۲۰۲۰). مطابق با یافته‌های شواتز و گراهام[۵] (۲۰۲۰)، زنان باردار به عنوان یکی از در معرض خطرترین افراد نسبت به بیماری کرونا به دلیل بیماری‌زایی شدید این ویروس و آسیب های ناشی از آن در بارداری در نظر گرفته می شوند. شیوع سریع، طبیعت کشنده، ایجاد ناامنی روانی، پریشانی روان‌شناختی و سایر تاثیرات منفی، این بیماری را برای این گروه بسیار ترسناک نموده است (ساهین و کاباکسی[۶]، ۲۰۲۱). مطالعات قبلی نیز نشان داده‌اند که در همه‌گیری‌های گذشته، زنان باردار جز آسیب‌پذیرترین افراد بوده و آسیب‌های زیادی را متحمل شده‌اند (راسموسن و همکاران[۷]، ۲۰۲۰).

زنان باردار مبتلا به کووید- ۱۹ در معرض افزایش خطر بیماری شدید و پیامدهای نامطلوب بارداری مانند زایمان زودرس، داشتن نوزاد کم‌وزن و نوزادانی با اختلال رشدی-عصبی هستند (وودورث و همکاران[۸]، ۲۰۲۰؛ دراگانوویچ و همکاران[۹]، ۲۰۲۱). افزایش سطح استرس و اضطراب نیز در بین زنان باردار به دلیل شیوع بیماری گزارش شده است (لبیل و همکاران[۱۰]، ۲۰۲۰). طبق یافته‌های هورش و همکاران[۱۱] (۲۰۲۰)؛ پورسلیمان و صادقی (۱۳۹۹) و افروز و همکاران (۱۴۰۰) زنان باردار و مادران استرس بیشتری را در رابطه با معاینه‌های پیش از تولد، زایمان و مراقبت‌های پس از زایمان به دلیل تقاضای زیاد برای مراقبت‌های بهداشتی،کمبود منابع و تجهیزات درمانی و کمبود خدمه و همراهان (مراقبان)به دلیل وجود کرونا تجربه خواهند کرد. بیشترین نگرانی این گروه در زمینه جریان مداوم اخبار ضدونقیض در ارتباط با افزایش تعداد ابتلا و مرگ‌ومیر (بخصوص در جمعیت زنان باردار) است (مرتضوی و قارداشی، ۲۰۲۱). اگرچه عوامل استرس‌زای مرتبط با بیماری همه‌گیر (به عنوان مثال، انزوای اجتماعی، قرنطینه، ماسک صورت، اطلاعات نادرست و عدم‌اطمینان) منحصر به این جمعیت بالینی نیست، تغییر در سیاست‌های بیمارستانی و متخصصان زنان و زایمان (به عنوان مثال، تعلیق یا لغو مراقبت‌های حضوری قبل از زایمان و محدودیت وجود بازدیدکنندگان در حین زایمان و تولد) ممکن است منجر به ایجاد تجربیات نامطلوب فرزندآوری، افسردگی و پیامدهای نامطلوب سلامت روان شوند (رینگلد و همکاران[۱۲]، ۲۰۲۰؛ استفنز و همکاران [۱۳]، ۲۰۲۰).

درحقیقت زنان باردار علاوه بر تغییرات فیزیکی و هورمونی و سیستم ایمنی مرتبط با بارداری و تحولات عاطفی این دوران با ترس ناشی از کرونا برای خودشان و جنین شان نیز روبه روهستند (دراگانوویچ و همکاران، ۲۰۲۱). محققان بر این باورند که داشتن تجربه ای منفی از فرزندآوری، تغییر ناگهانی در برنامه های زایمان و عدم حمایت‌های اجتماعی و مراقبتی مناسب در طول بارداری و زایمان با اختلال استرس پس از سانحه[۱۴] مرتبط است و مشکلات سلامت روان در این دوره، پیامدهای نامطلوب مادام‌العمری را بر مادر و فرزند به

1 . Altman et al.
2 . Yue et al.
3 . Fan et al.
4 . Vasylyeva
5 . Schwartz & Graham
6 . Sahin & Kabakci
7 . Rasmussen et al.
8 . Woodworth et al.
9. Draganović et al.
10 . Lebel, MacKinnon, Bagshawe, Tomfohr-Madsen & Giesbrecht
11 . Horsch et al.
12 . Reingold et al.
13 . Stephens et al.
14 . posttraumatic stress disorder (PTSD)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

همراه خواهد داشـــت (آیرز و همکاران[1]، ۲۰۱۶). درگانوویچ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشـــان داده‌اند که زنان باردار به طور یکسان احساسات منفی و مثبت را در مورد بارداری و مادری در طول همه‌گیری کووید-۱۹ (مانند ترس و امید) توصیف کرده‌اند.

باروری و فرزندآوری مفهومی طبیعی و بی‌چون و چرا و امری صرفا پزشکی نیست؛ بلکه زنان باورها و تجارب زیسته گوناگونی از این پدیده دارند که در هر موقعیت و بافت خاص، به شکل کنشی ویژه، ساخته و پرداخته می‌شود (شرف‌الدین و چراغی‌کوتیانی، ۱۳۹۳). این پدیده با فرایندها و تحولات اجتماعی ـ فرهنگی مرتبط و متاثر از باورها، نظام ارزشی و عناصر فرهنگی و یک برساخت اجتماعی است (عنایت و پرنیان، ۱۳۹۲؛ چمنی و همکاران، ۱۳۹۵؛ میرابی و همکاران، ۱۳۹۹). علاوه بر این، چالش‌های عظیم کووید ۱۹ برای بهداشت عمومی و نظام سلامت ایران، تجربه بارداری و فرزندآوری متفاوتی را برای زنان رقم زده است (پورسلیمان و صادقی، ۱۳۹۹)؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر در نظر دارد تا با بررسی تجربه زیسته زنان از بارداری و زایمان در دوره همه‌گیری کووید ۱۹، به این سوال پاسخ دهد که تجربه زیسته این گروه از زنان در بافت فرهنگی-اجتماعی ایران و چالش‌های ایجاد شده برای نظام مراقبت چگونه است. کشف تجربیات زنان باردار می تواند به هدایت اقدامات بالینی و طراحی دستورالعمل های مراقبتی مناسب‌تر جهت ایجاد تجربه‌ای مثبت از فرزندآوری در در طول همه‌گیری کووید-۱۹ کمک نماید و منجر به ایجاد پاسخ‌های مطلوب‌تری از سوی اطرافیان شود.

روش

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است که با روش پدیدارشناسی تفسیری[2] ون مانن[3] (۲۰۱۶) انجام شده است. پدیدارشناسی تفسیری، رویکردی نظام‌مند برای بررسی و تفسیر پدیده‌هاست که به هنگام نیاز محقق در آشکارسازی پدیده‌های ناشناخته یا کمترشناخته شده، با بررسی تجارب عمیق عناصر درگیر در پدیده مورد استفاده قرار می‌گیرد (داولینگ[4]، ۲۰۰۷؛ ون مانن، ۲۰۱۶). مشارکت‌کنندگان پژوهش، ۱۱ نفر از زنان دارای تجربه بارداری یا زایمان، در دوره همه‌گیری کووید ۱۹ بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ملاکی، در بازه زمانی سه ماهه پاییز ۱۴۰۰ جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. به لحاظ موقعیت مکانی، آنها از استان‌های تهران، گیلان و لرستان بودند. نمونه‌گیری تا حد اشباع اطلاعات ادامه پیدا کرد. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به پژوهش عبارت بودند از: داشتن تجربه بارداری یا زایمان در دوره شیوع ویروس کرونا؛ عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمی و روانی مشهود و مداخله‌گر در تجربه بارداری؛ توانایی جهت بیان احساس‌ها، عقاید و نظرات خود (سیالی کلامی) و تمایل به شرکت کاملا آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش. معیارهای خروج، شامل نامفهوم بودن صوت ضبط شده یا انصراف از ادامه همکاری در هر نقطه از فرایند پژوهش بود. قبل از انجام مصاحبه، برای شرکت‌کنندگان یک رونوشت از دستورالعمل مصاحبه ارسال شد تا به آن‌ها فرصت فکر کردن در مورد سوالات داده شود.

ابزار سنجش

جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، ترکیبی از مصاحبه‌های ساختاریافته و بدون ساختار است؛ در حالی که چند سوال از قبل تعیین شده است، بقیه سوالات برنامه‌ریزی نشده‌اند (هومن، ۱۳۹۴). طی این پژوهش، تمامی سوالات اصلی بازپاسخ بوده تا مشارکت کنندگان بتوانند هرآنچه را که به ذهن شان می‌رسد بیان کنند؛ به طوری که یک مجموعه استاندارد از سوالات وجود داشت، اما مصاحبه‌کننده مختار بود تا متناسب با روند مصاحبه از سوالات کاوشی استفاده کند. نمونه‌ای از سؤالات شامل: «تجربه تان از بارداری در دوره کرونا را توضیح دهید»، «دغدغه‌ها و چالش‌های اصلی شما به هنگام بارداری در این دوره شامل چه مواردی بود؟»، "فکر می‌کنید بارداری و زایمان در این دوره چه تفاوت‌هایی با شرایط معمولی دارد؟» و «چه چیزی به شما قدرت تحمل این شرایط را داد؟» بود. زمانی که مصاحبه‌شونده در توصیف تجربه‌اش به مشکل بر می‌خورد، پژوهشگر از سوالات پیگیرانه و کاوشی (برای مثال «بیشتر در مورد آن به من بگویید و منظور شما از آن چیست؟ بیشتر توضیح دهید؟») مناسب با بحث بهره می‌گرفت تا به او فرصت کافی برای به تصویر کشاندن دقیق تر تجربه‌اش داده شود.

1 . Ayers et al.
2 . Interpretive phenomenology
3 . Van Manen
4 . Dowling

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

در زمینه آموزش مصاحبه‌گر برای داشتن صلاحیت لازم برای انجام مصاحبه‌ها، لازم به ذکر است که مصاحبه‌کننده مقالات و کتاب‌های روش تحقیق پدیدارشناسی را مطالعه کرده است. مصاحبه‌گر قبل از انجام مصاحبه‌ها در مورد باورها، انتظارات، تعصبات و پیش‌فرض‌های خود در مورد بادراری در دوره کرونا، به تامل پرداخت و آنها را در دفترچه‌ای یادداشت کرد. به عنوان مثال، در مورد باورهایی که بر اساس مطالعه و بررسی ادبیات و پیشینه پژوهش‌ها و اندیشه در مورد سوالات مصاحبه در ذهن وی شکل گرفته بود. این کار در طول فرایند تحقیق ادامه پیدا کرد و مصاحبه‌گر، سعی کرد تا پیش فرض های خود را در پرانتز قرار داده (براکتینگ[1]) و تعلیق نماید. همچنین مصاحبه‌کننده در کارگاه آموزش روش تحقیق کیفی و نحوه انجام مصاحبه شرکت کرده و گواهی حضور دریافت کرده است؛ از این رو مصاحبه‌کننده صلاحیت انجام مصاحبه را داشته است.

در اول هر مصاحبه محقق به معرفی خود پرداخته و موضوع تحقیق را مجددا بیان کرد. با هر فرد یک جلسه مصاحبه انجام شد و مدت زمان مصاحبه از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه، به طول انجامید. جهت تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، تمامی محتوای مصاحبه‌ها به صورت کلامی و غیرکلامی (همچون مکث‌ها و لبخندها) بر روی کاغذ پیاده شد. اما حداقل رفتارهای کلامی حذف شد (به عنوان مثال ام و ام-امم). پس از آن محتوای کتبی مجددا با مطالب ضبط شده، مقایسه و در موارد ابهام، دوباره، به شرکت‌کننده مورد نظر، مراجعه می‌شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش ۶ مرحله‌ای رویکرد پدیدارشناسی تفسیری ون مانن (۲۰۱۶) انجام شد که شامل این موارد بود: ۱- بررسی و روی‌آوری به ماهیت تجربه ۲- بررسی عمیق تجربه ۳- تأمل بر درون مایه‌های ذاتی پدیده ۴ - نگارش و بازنویسی تفسیری ۵- حفظ رابطه مستحکم و جهت دار با پدیده و ۶- مطابقت بافت مطالعه با در نظر گرفتن اجزا و کل آن (هنونن[2]، ۲۰۱۵).

جهت دستیابی به صحت و اعتبار پژوهش، معیارهای اعتبارپذیری[3] و اعتمادپذیری[4] با استفاده از روش لینکلن و گوبا[5] (۱۹۹۴؛ به نقل از کوپ[6]، ۲۰۱۴) مورد بررسی قرار گرفت. با تاکید بر برگزیدن بستر و بافت مناسب، سه سویه‌سازی[7] داده‌های حاصل از مصاحبه با پژوهش های قبل در حوزه تجارب بارداری و زایمان در دوره شیوع ویروس کرونا و تعامل نزدیک و مستمر و درگیر کردن مشارکت کنندگان در امر تفسیر، مراجعه مجدد به آنها و مشخص ساختن هر چه روشن تر مراحل و فرایند ها به منظور تسهیل در بررسی و درک تجارب صورت گرفت. با توجه به اینکه مصاحبه ها به صورت برخط[8]، در فضای اسکای‌روم[9] - که یک بستر برگزاری سمینار و جلسات مجازی است - به صورت تصویری انجام شد. فرم رضایت آگاهانه به صورت شفاهی و کتبی در بستر برخط از مشارکت کنندگان اخذ شد.

جهت رفع هر گونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرایند برگشت به متون مصاحبه‌ها به طور مرتب و مکرر ادامه می‌یافت تا زمانی که مضامین و درون‌مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن با هم ارتباط پیدا کنند. برای افزایش دقت و صحت مطالعه، از معیارهای چهارگانه گوبا و لینکلن[10] استفاده شد (اسپیزیل و همکاران[11]، ۲۰۱۱). جهت ارزیابی روایی، رابطه‌ای اعتمادآمیزی با مشارکت‌کنندگان برقرار شد. برای اعتبار و تاییدپذیری[12]، درگیری طولانی مدت محققان با داده‌ها صورت گرفت. همچنین بررسی همتا و بررسی کارشناسان اعمال شد. برای تایید داده‌ها، پس از تجزیه و تحلیل، متن مصاحبه به شرکت‌کنندگان بازگردانده شد و نظرات آنها در فرایند کار لحاظ گردید. برای انتقال‌پذیری[13] از بررسی کارشناسی، نمونه‌گیری هدفمند و ناهمگن استفاده شد.

یافته ها

1 . bracketing
2 . Heinonen
3 . Credibility
4 . Dependability
5 . Lincoln & Guba
6 . Cope
7 . triangulation
8 . online
9 . Skyroom
10 . Goba & Lincoln
11 . Speziale et al.
12 . Confirmability
13 . Transferability

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

در این پژوهش ۱۱ نفر از زنان شرکت کردن که محدوده سنی آنها بین ۲۲ تا ۳۴ سال بود (M =28/54 و SD =3/55). به لحاظ موقعیت تحصیلی، ۲ نفر از آنها در سطح دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم، ۵ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد بودند. از نظر طبقه اجتماعی- اقتصادی، به ترتیب ۵، ۴ و ۲ نفر متعلق به طبقات کارگری، متوسط و ممتاز اقتصادی شناسایی شدند.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان پژوهش

ردیف	سن	تحصیلات	تعداد فرزند	وضعیت فرد (باردار/زایمان کرده)	فرزند چندم
۱	۳۲	کارشناسی	۱	زایمان کرده	اول
۲	۲۴	کارشناسی	۱	زایمان کرده	اول
۳	۳۰	کارشناسی	۲	هفته ۲۷ بارداری	دوم
۴	۳۳	کارشناسی ارشد	۳	زایمان کرده	سوم
۵	۲۷	کارشناسی ارشد	۲	هفته ۱۵ بارداری	دوم
۶	۲۸	کارشناسی	۲	هفته ۵ بارداری	دوم
۷	۲۲	دیپلم	۱	زایمان کرده	اول
۸	۳۰	کارشناسی	۳	زایمان کرده	سوم
۹	۳۴	دیپلم	۲	زایمان کرده	دوم
۱۰	۲۸	دیپلم	۱	زایمان کرده	اول
۱۱	۲۶	فوق دیپلم	۲	هفته ۱۷ باداری	دوم

به طور کلی تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه کیفی با ۱۱ نفر از زنانی که دارای تجربه بارداری و زایمان در دوره شیوع ویروس کرونا بودند، منجر به استخراج مضامین اصلی و فرعی شد. مجموعا ۳۸۵ کد اولیه، ۴۳ مفهوم، ۹ مضمون فرعی و ۲ مضمون اصلی به دست آمد. مضامین اصلی و فرعی در جدول شماره (۲) به نمایش گذاشته شده است.

جدول۲. مضامین اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه‌ها

مضامین اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم اولیه
ترس از ناشناخته‌ها	**نگرانی‌های بارداری و زایمان**	احساس تنهایی و انزوا، کاهش لذت از بارداری، اختلال در مراقبت های بارداری معمول، نگرانی از سلامت خود و جنین، اضطراب ابتلا به بیماری برای خود و اطرافیان، پریشانی روانی (نگرانی، ترس، اضطراب، افسردگی و وسواس)، فشار عصبی از شنیدن مرگ حامله ها (افزایش اضطراب مرگ)، کاهش مراجعه برای چکاپ بارداری
	محدودیت‌ها	محدودیت در روابط و کاهش ارتباطات اجتماعی، محدودیت های تحرک، کاهش حمایت های فیزیکی (بقل کردن، نوازش و...)، محدودیت در برنامه های تفریحی (سفر، گردش و...)، احساس محرومیت از حمایت های اعضای خانواده پدری
	چالش‌های متداول مرتبط با کرونا	ترس از ویروس، مراقبت های سلامتی ضعیف، نگرانی های اقتصادی، فقدان منبع اطلاعاتی دقیق
	تغییرات سبک زندگی و اختلال در روال‌های زندگی	احساس ناکامی از لغو برنامه ها، لغو برخی از مراسمات (جشن تولد، جشن بارداری و...)، تغییر در برگزاری برنامه ها و مراسمات؛ کاهش حمایت های اجتماعی (واکنش منفی اطرافیان به بارداری، حساب نکردن روی کمک دیگران)
	تجارب منفی بیمارستانی	تجارب بیمارستانی استرس زا، سردی و عدم همدلی برخی از کادر بیمارستانی، سردی روابط در بیمارستان، واکنش های منفی برخی از کادر پرستاری به دلیل ترس از ابتلای خود، زایمان سخت و تجربه تنهایی
پذیرش موقعیت و تلاش برای سازگاری	**خود آرام‌سازی و اطمینان‌بخشی به خود**	سپری کردن با کیفیت زمان با خانواده، خودگویی مثبت و مثبت اندیشی، به اشتراک گذاری و گسترش خوشبینی، مقابله مذهبی (حفظ ایمان، دعا کردن و نماز)، سرگرم سازی خود (کارهای هنری، آشپزی، شرکت در کلاسهای آنلاین، بازی کردن)، القای امید، حفظ شور و اشتیاق برای ورود عضو جدید خانواده، دوری و اجتناب از پیگیری اخبار منفی کرونا، ایجاد آمادگی ذهنی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

تشدید مراقبت‌ها	مراقبت های پزشکی خاص (بیمارستان خصوصی)، رعایت دستورالعمل های بهداشتی، استفاده بیشتر از فناوری (خرید برخط – تماس تصویری)، آموختن فنونی برای کنترل وزن بچه و... (شرکت در کلاس)
تشدید حمایت اجتماعی	حمایت های همسرانه (تزریق آرامش، اطمینان بخشی، همراهی از سوی همسر)، حمایت خانواده اصلی (پخت غذا، هدایای نقدی، ارتباط آنلاین)
تجارب مثبت بیمارستانی	حمایت های پزشک متخصص، حمایت های همدلانه کادر پزشکی

الف) ترس از ناشناخته‌ها

زنان باردار و زایمان کرده در دوره همه گیری شیوع ویروس کرونا، بسیاری از نگرانی ها و ترس های رایج در ارتباط با کووید-۱۹ را با مصاحبه کننده به اشتراک گذاشتند. روایت های آنان نشان می دهد که در معرض استرس شدید و احساسات منفی بوده اند و این بیماری همه گیر، احساس واقعیت (حس واقعی بودن) را در آنها متزلزل کرده است. بارداری معمولاً تجربه‌ای خوشایند است؛ با این حال بارداری، زایمان و مادر شدن - به‌ویژه برای کسانی که در چند ماه اول پس از شیوع بیماری، زایمان کرده یا باردار شده‌اند - به‌عنوان چیزی لذت‌بخش و خارق‌العاده نبوده، بلکه به‌عنوان پدیده ای استرس‌زا و پوشیده شده با ترس، عدم اطمینان و عدم قطعیت تجربه شده است («*به نظرم من یک دوران شیرینی رو از دست دادم*» / مشارکت کننده شماره ۲ - « *به دلیل کرونا فقط تونستیم یک جشن ساده داشته باشیم به خاطر بارداری من و خب من کلی برنامه جشن برای بارداری و تولد بچه داشتم که به خاطر کرونا کنسل شد*» / مشارکت کننده شماره ۱). خدمات مراقبت‌های پیش از زایمان مانند مراقبت‌های پزشکی، غربالگری و آموزش زنان باردار در ایران اغلب از طریق قرار ملاقات رو در رو (به طور متوسط ۱۴ پی‌گیری در طول بارداری) ارائه می‌شود. به منظور کاهش خطر ابتلا به این بیماری همه‌گیر، سیاست‌های ملی و دستورالعمل های بهداشتی، پیشنهاد کردند که تا حد امکان ملاقات های حضوری با پشتیبانی از راه دور جایگزین شود.

افرادی که در دوران کرونا باردار شده و زایمان داشتند احساسات منفی زیادی مانند احساس تنهایی و عدم حمایت، اضطراب، ترس، ناکامی، پرخاشگری و نگرانی را تجربه کرده‌اند («*همیشه استرس و نگرانی را داشتم به خاطر همین بیرون نمی رفتم جایی و بیشتر تو خونه بودم*» / مشارکت کننده شماره ۴). ترس از ایجاد مشکل برای سلامت جنین از نگرانی های شایع در این گروه از زنان بود («*در بارداری استرس و نگرانیم زیاد شد که الان من بدنم ضعیفه برای بچه اتفاقی نیافته*» / مشارکت کننده شماره ۸). ترس از ناشناخته ها، محدود به این موارد نبود و نگرانی های مختلفی را شامل می شد و زنان دغدغه مسایل زیادی را داشتند؛ برای مثال توضیح دادن یک «هنجار جدید» به فرزندان شان («*چطور باید به پسر ۷ ساله ام توضیح بدم که اجازه نداره با دوستاش بره بیرون، چون اگه بهش اجازه بدم، ممکنه منو نوزاد رو به خطر بندازه*» / مشارکت کننده شماره ۱۰)، دغدغه ای جدی به شمار می رفت. همچنین آنها نگران سایر تاثیرات نامطلوب بر سلامتی خود/ نوزاد و سایر اعضای خانواده بودند («*من خیلی ترسیده بودم. ما هیچی در مورد ویروس نمی دونستیم. می گفتن مرگبار و آدمو از بین می بره؛ واسه همین من مدام آرامبخش مصرف می کردم و خوب غذا نمی خوردم و این رو وزن نوزاد برای زایمان اثر می داشت*» / مشارکت کننده شماره ۱۱).

زنان از کاهش معاینه ها و چکاپ های پزشکی هم صحبت کردند («*واسه ترس از کووید، چکاپ ها و معاینه های زیاد و منظم رو لغو کردیم. من می ترسیدم ولی چاره ای نداشتیم. خیلی تحت فشار بودیم. ایزوله کرده بودم خودمو تا بچه م در امن باشه؛ تا به خطر نیفته*» / مشارکت کننده شماره ۳ - «*سر بارداری اول با کوچکترین دردی سریع پزشک میرفتم اما الان چون بارداری دومم هست و ترس از کرونا کمتر می رم مثلا هر زمان که نیاز باشه میرم*» / مشارکت کننده شماره ۵). آن‌ها همچنین از برخی خدمات بهداشتی، از جمله دسترسی به مراقبت‌های معمول پیش از تولد محروم بودند. متخصصین زنان و زایمان خصوصی در طول مدت قرنطینه (در اوایل دوره شیوع کرونا) به طور منظم کار نمی‌کردند و متخصصان زنان و زایمان عمومی معاینات منظم را به تعویق انداخته و تعداد تست‌های معمول ارائه‌شده را کاهش می‌دادند. به شوهران و اقوام اجازه داده نمی شد که در معاینات، در طول باداری و زایمان شرکت کنند، و در طول چند ماه اول پاندمی حتی وارد مطب یا بیمارستان شوند.

احساس کلی از دست دادن تجربه بارداری و زایمان در شرایط عادی (به عنوان مثال، وضع حمل و زایمان تنهایی؛ حمام کردن نوزاد یا حضور خانواده پس از زایمان) موضوع رایجی بود که در مصاحبه ها به آن اشاره شد. این احساس، مادران را در مورد تجربه بارداری و سلامت کودک شان دچار استرس، نگرانی و اضطراب می کرد («*دوره کرونا، نمی شه خیلی از کارای روتین رو انجام داد. مثال خیلی ساده اش اینه که نمی تونی بری بیرون و...*» / مشارکت کننده شماره ۱). به همین ترتیب، ناتوانی در ملاقات اعضای خانواده با نوزاد، پس از

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

تولد نیز احساس فقدان را چندبرابر می کرد. همچنین از آنجایی که حضور مراقب و ملاقات کنندگان (از جمله مادر زائو، همسر و شریک زندگی) در حین زایمان مجاز نبود، احساس تنهایی، بی کسی و فقدان در مشارکت کنندگان این پژوهش مشاهده می شد («*واسه کرونا، هیچکی به جز همسرم اجازه بودن همراه منو تو بیمارستان نداشت، بنابراین پدربزرگ و مادربزرگ بچه ام مجبور شدن از طریق واتساپ نوزادمو ببینن. روزی هم که مرخص شدیم، خیلیا تلفنی تماس گرفتن و تبریک گفتن و بعضیا هم که تماس تصویری گرفتن. الانم بعضیا ندیدن بچه رو از نزدیک. چون می ترسیدن به بچه کرونا بدن. واسه همین نیومدن*» / مشارکت کننده شماره ۱۰).

برخی از فعالیت‌های روزمره این زنان به دلیل روند پاندمی، مسدود شده و یا تغییر کرده بود. به خصوص در دوران بارداری، آن‌ها نمی‌توانستند فعالیت‌های پیاده‌روی روزانه خود را انجام دهند، که به نظر آن‌ها برای سلامتی آن‌ها مهم است، چون نمی‌توانستند بیرون بروند؛ سفر و گردش و تفریحات معمول روزمره که در شرایط عادی وجود داشت در این دوره کاهش چشمگیری داشته یا اصلا وجود نداشت که این امر در روحیه این زنان تاثیرگذار بود («بیشتر در خانه هستیم و خب خیلی سخته من ادمی هستم خیلی بیرون برو و مسافرتی هستم اما خیلی کم شده الان در کرونا / مشارکت کننده شماره ۳ - «از وقتی که باردار شدم حتی خونه ی مادرشوهر و نزدیک ها نمی ریم خیلی محدود تر شده روابط» ؛ «من دوست داشتم جشن تعیین جنسیت بگیرم و برای پسرم که می خواست بره کلاس اول جشن بگیرم که به خاطر کرونا کنسل شد» / / مشارکت کننده شماره ۵).

نگرانی‌های اقتصادی نیز رایج بود و تقریباً به اتفاق، زنان از مشکلات مالی گلایه می کردند («*تو شرایط عادی آدم جرات نمی کنه بچه بیاره؛ چه برسه به دوره کرونا؛ راستش گاهی می گم شاید اشتباه کردم. کسب و کارا بهم ریخته. تامین زندگی سخت شده. هزینه های بچه هم رفته بالا*» / مشارکت کننده شماره ۵). نبود منابع اطلاعاتی قابل اعتماد و اطمینان بخش نیز به این نگرانی ها دامن می زود و ترس از ناشناخته ها را پر رنگ تر می کرد («*می گفتیم پس این [ویروس] چیه؟ مردم شایعات درست می کردند، دروغ و دونگ در مورد خیلی زیاد بود، چیزای مختلفی می شنیدیم در موردش. نمی دونستیم کی راست می گه، کی دروغ! واسه همین خیلی گیج شده بودیم. پر ابهام بودیم. می ترسیدیم*» / مشارکت کننده شماره ۲). مهم‌ترین منابع اطلاعاتی زنان باردار در طول این فرآیند اینترنت، شبکه های مجازی و تلویزیون بودند و این باعث می شد که احساس کنند، اطلاعات و دانش کاملی در مورد این ویروس و نحوه عملکرد آن (بخصوص در ابتدای شیوع) در دسترس نیست. گرچه آنها این آگاهی را داشتند که ویروس به جنین و نوزاد منتقل نمی شود؛ با این حال به دلیل ناشناخته بودن ویروس و جهش هایی که در آن رخ می داد، ابهام های موجود در زمینه ویروس، به اضطراب ها دامن می زد.

با توجه به همه‌گیری، بیمارستان‌ها روند پذیرش خود را تغییر دادند. این تغییرات برخی از مادران را در مورد تجربه زایمان خود در بیمارستان مضطرب و نگران می کرد. اکثر خانم‌ها وقتی به بیمارستان می رسیدند مجبور می شدند از یک ورودی خاص وارد شوند؛ همچنین به محض ورود با پرستاری که از سر تا پا با لباس‌های محافظ پوشیده شده بود، مورد استقبال قرار می گرفتند. پرستاران مادران را برای اندازه گیری دمای بدن متوقف می کردند و پس از معاینه اولیه (وارسی و چک کردن چشم ها و...)، آنها را به بخش پذیرش ارجاع می دادند. بیمارستان ها همچنین روش ها و دستورالعمل های ویژه دیگری را نیز برای آزمایش و غربالگری بیماران احتمالی اجرا کردند. با این حال، این دستورالعمل ها در بیمارستان ها متفاوت بود و به طور مداوم در حال تغییر بودند. از آنجایی که وضعیت دائما در حال تغییر بود، ناهماهنگی‌هایی نیز وجود داشت. این تغییرات و سیاست های نامشخص بیمارستانی چالش هایی را برای مادران ایجاد می کرد. زنان باردار تجربیات خود در ارتباط با پرستاران، ماماها و متخصصان زنان و زایمان را به شیوه ای خاص بیان کردند («*به محض اینکه وارد شدیم، ماسک به ما دادن و تو تمام مدتی که اونجا بودیم مجبور بودیم ماسک بزنیم. تنها استثنا زمانی بود که ما تو اتاق ریکاوری بودیم یا تنها بودیم. اما هر بار که پرستاری وارد می شد، مجبور بودیم ماسکو بذاریم. من مجبور شدم توی تمام مدت سزارین ماسک بزنم، که، خدای من، انصافاً خیلی سخت بود*» / مشارکت کننده شماره ۱۰).

برخی از مادران ارتباط ضعیف با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خود را گزارش کردند. در برخی موارد دریافتیم که تیم پزشکی ارتباط موثری در طول فرآیند زایمان با مادر برقرار نکردند («*نمی دونستم. بی خبری بود. از همه سوال می کردم کسی میتونه بهم بگه اینجا چه خبره. اما کسی [پرستارا] بهم چیزی نمی گفتن. با هم پچ پچ می کردن. این آدمو اذیت می کرد. ما نیاز به دلگرمی بیشتری داشتیم*» / مشارکت کننده شماره ۴ – «*موقع زایمان هم زایمان سختی داشتم و بچه ام هم زردی گرفت و چندروزی در بیمارستان بود. همین [ترس و اضطراب] باعث شد بعد از زایمان اصلا شیر نداشتم و فقط در حد دو ماه تونستم بهش شیر بدم و بعدش شیرم قطع شد*» / مشارکت کننده شماره ۲ - «*در بیمارستان پرسنل اصلا دوست نداشتن انگار به تو دست بزنن و یه طور با فاصله که مریض نشن و برخورد بدی داشتن. مردم سرد بودن و هیچکس به هیچکس کاری نداشت*» / مشارکت کننده شماره ۸).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

ترس از دسترسی به بیمارستان و مراقبت های بهداشتی و درمانی با کیفیت، یکی دیگر از تجارب منفی بیمارستانی بود («*من فقط از خود ویروس نبود که می ترسیدم. از سیستم بهداشتی و هرج و مرجی که اتفاق افتاده بود هم می ترسیدم. می ترسیدم چه اتفاقی می افته وقتی بریم بیمارستان. اگه خودم یا نوزادم آلوده می شدیم چی می شد. آیا کسی بود به داد ما برسه یا نه؟*» / مشارکت کننده شماره ۱۱).

عدم پشتیبانی و حمایت خانواده به دلیل کرونا، نیز مشکلی بود که برخی از زنان به آن اشاره کردند («*باردار*یم که سخت بود. *می ترسیدم محدودیت ها مانع از حضور مادرم بعد زایمان بشه و این دقیقاً همون چیزی بود که برام اتفاق افتاد. مادرم نمی تونست بیاد و در مورد بچه کمکم کنه. تقریباً ۳ ماه پس از زایمان، کسی جز شوهرم رو ندیدم، واقعاً سخت بود*» / مشارکت کننده شماره ۱ - «*وقتی به مادرم هم گفتم اونم گفت که چرا برای چی تو توان نداری دیگه روی من حساب نکن و این باز خیلی حال منو بد کرد*» / مشارکت کننده شماره ۸ - «*حس نا امیدی از این که هیچ کسی و هیچ کمکی نیستش داشتم*» / مشارکت کننده شماره ۳).

انجام کارهای روزمره همراه با نوزاد تازه متولد شده برای نومادران، بسیار چالش بر انگیز بوده و موجب شده تا بسیاری از آنها در خانه خود را ایزوله کنند؛ با این حال برخی از آنها که برای انجام کارهای جزئی و مدت زمان بسیار کوتاهی که در بیرون از منزل بودند با دشواری های زیادی روبرو شدند («*می خواستم برم مغازه برای بچه پوشک بگیرم، همش می ترسیدم کسی، آشنایی بیاد بچه مو ببوسه. لمسش کنه. نگران بودم. واسه همین هر آشنایی، در و همسایه ای، چیزی رو می دیدم، بدو بدو می رفتم و دور می کردم خودمو. شایدم از دستم ناراحت شده باشن که مطمئنا شدن، ولی من واسه سلامتی بچه ام این کار رو می کردم*» / مشارکت کننده شماره ۴).

ب) پذیرش موقعیت و تلاش برای سازگاری

پاندمی ویروس کرونا، زندگی روزانه و روابط اجتماعی زنان باردار را تحت‌تاثیر قرار داد. زنان باردار اظهار داشتند که برنامه روزانه آن‌ها در این فرآیند تغییر کرده و به دلیل انزوای اجتماعی از اطرافیان، دوستان و حتی اعضای خانواده پدری خود جدا شده‌اند. در این دوران، زنان باردار دوران سختی را پشت سر گذاشتند و روش‌های مختلفی را برای مقابله با نگرانی و اضطراب خود ابداع کردند. درواقع علیرغم ناملایمات فراوان، زنان راهبردهای مقابله ای فعال و انعطاف پذیری را به کار گرفته بودند تا بتوانند با بارداری و زایمان سخت در این دوره پرخطر کنار آیند. به نظر می رسد مسئولیت پذیری و عشق به نوزاد تازه متولد شده یا در شرف تولد به صیانت از نفس در آنها کمک کرده است («*وقتی نوزادم بهم می خنده، بهم قدرت می ده؛ تحملم می ره بالاتز. اوایل مات و مبهوت بودم. فلج شده بودم. مادرم همه کارها رو می کرد برای نوزادم. ولی بعدش به خودم گفتم زندگی ادامه داره. من تعهد دارم. نباید منتظر معجزه باشم*» / مشارکت کننده شماره ۱۱).

ایمان به خدا و سایر مهارت های مقابله معنوی (توکل، توسل، دعا، نماز و نیایش و...) نیز راهکار دیگر زنان برای کاهش استرس و نگرانی ها بود («*خدا خیلی خوبه؛ برای بنده هاش دل می سوزنه. ممکن بود هر اتفاقی بیفته. اما خدا رو شکر همه چی خوب پیش رفت. من از خدا خیلی ممنونم. خیلی شکر می کنم. خدا به اندازه ای هر کس رو امتحان می کنه که بتونه تحملش کنه. ما باید تلاشمونو بکنیم تا سالم بمونیم؛ نهایتا همه چیز دست خداست*» / مشارکت کننده شماره ۱۰). این امر اغلب با حمایت خانواده و دوستان نزدیک ترکیب می شد. حمایت خانواده و دوستان نزدیک، به زنان کمک کرد تا قدرت درونی خود را برای سازگاری پیدا کنند («*سازگار با بارداری اونم توی این شرایط خیلی سخت بود. اما شوهرم همیشه کنارم بود. مادرم، خواهرام؛ دوستای نزدیکم؛ حتی همسایه هامون سر می زدن. رعایت می کردن؛ ماسک می زدن؛ باهام روبوسی نمی کردن. خلاصه اگه اینا نبودن شرایط برام خیلی سخت تر می شد*» / مشارکت کننده شماره ۷ - «*همسرم سعی می کرد که منو به آروم بودن تشویق کنه و بیشتر با من صحبت می کرد*» / *مشارکت کننده شماره ۴).*

استفاده از تماس تصویری برای صحبت با اعضای خانواده در طول حضور در بیمارستان، پس از زایمان یا دیدن نوزادان آنها که در بخش مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) بود، موجب می شد تا زنان بتوانند حمایت های روانی از خانواده شان دریافت نمایند. آمادگی ذهنی برای بدترین نتیجه ممکن (مثلاً زایمان به تنهایی، ابتلاء به کرونا) نیز به زنان این امکان را می داد که مقابله سالم تری با احساسات منفی و اضطراب های خود داشته باشند («*من از قبل خودمو برای شرایط آماده کرده بودن و به خودم قوت قلب می دادم و می گفتم تو قوی هستی، تو تحمل این شرایط رو داری. به خودم همیشه جمله های مثبت می گفتم*» / مشارکت کننده شماره ۶).

زنان باردار گزارش دادند که حمایتی که در حین زایمان دریافت کردند در ارائه یک تجربه مثبت کلیدی بود. برای برخی از مشارکت کنندگان از تجارب مثبت خود در حین زایمان صحبت کردند («*یه پرستار بالاسرم بود که ایکاش اسمش یادم نمی رفت. این خانم فوق العاده بود، خیلی خوشحالم که اون اونجا باهام بود. خیلی عالی بود*» / مشارکت کننده شماره ۴ - «*مامای من منو مدام چک می کرد؛ می گفت چیزی نمی خوای و حواسش بهم بود. بهم آرامش می داد و بهم قوت قلب می داد با حرفاش*» / مشارکت کننده شماره ۹). حمایت پزشک متخصص و تزریق آرامش به زنان باردار هم در مصاحبه ها مورد اشاره قرار گرفت («*دکترم خیلی ارامش میده و خونسرد هست و*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

در مورد کرونا استرس به من وارد نمی کند و فقط می گه ارتباطاتون رو کمتر کنید / مشارکت کننده شماره ۵ - دکتر سعی می کرد بیشتر منو آروم کنه که اگر کرونا بگیری هم جنین مشکلی پیدا نمی کند – مشارکت کننده شماره ۴).

اکثر زنان باردار اظهار داشتند که سرگرمی‌های مختلفی را در خانه به دست آورده‌اند و ترجیح می‌دهند به جنبه‌های مثبت این فرآیند به منظور مقابله با اضطراب و نگرانی ناشی از این روند همه‌گیر نگاه کنند («*سعی می‌کنم خودمو آروم کنم، کتاب می خونم، سعی می‌کنم حواسو با چیزهای دیگه پرت کنم*» / مشارکت کننده شماره ۱ - «*من تو خونه برای خودم کیک و کوکی و عروسک درست می کنم و کار هنری می کنم تا روزها بگذره و فکر و خیال نداشته باشم*» / مشارکت کننده شماره ۵ - «*سراغ اخبار نمی رفتم / با پسرم سعی می کردم بازی کنم بیشتر/ تو حیاط قدم بزنم فیلم می بینم*» / مشارکت کننده شماره ۳). مثبت اندیشی و خودگویی های مثبت هم به آنها در ایجاد و حفظ آرامش شان کمک کرده است («*سعی می کنم زیاد بهش فکر نکنم به به چیزهای مثبت فکر کنم*»/ مشارکت کننده شماره ۵ - «*افکارم رو به سمت مثبت می بردم و به خدا توکل می کردم پیش خودم می گفتم من رعایت می کنم ماسک می زنم دست هام رو همیشه می شورم پس برای من اتفاقی نمی افته*- مشارکت کننده شماره ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

مضامین به دست‌آمده از مصاحبه با شرکت‌کنندگان، تلاشی در جهت رسیدن به هدف اصلی مطالعه یعنی جستجو، کشف و تفسیر تجارب زیسته زنان از فرزندآوری در همه‌گیری کووید ۱۹ بود. زنان باردار مصاحبه‌شده توضیح دادند که چگونه همه‌گیری کووید ۱۹ فرآیند بارداری و زندگی آن‌ها را به طور غیرمنتظره‌ای تغییر داده است. آن‌ها نگرانی و ترس خود را در مورد سلامتی نوزادان، خود و خانواده‌هایشان ابراز کردند. با توجه به شک و تردید و سردرگمی در مورد خطراتی که ممکن بود سلامتی نوزادانشان در طول دوره همه‌گیری را تحت تاثیر قرار دهد (چه در دوره بارداری و چه در حین زایمان و چه نوزاد تازه متولد شده)، احساس عدم قطعیت را تجربه کردند؛ این یافته‌ها منجر به ظهور اولین مضمون اصلی این پژوهش با عنوان «ترس از ناشناخته ها» شد که بیانگر وضعیت ابهام آلود و عدم‌قطعیت است. این یافته با نتایج پژوهش‌های زیادی (وسیلیا، ۲۰۲۰؛ ساهین و کاباکسی، ۲۰۲۱؛ راسموسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ دراگانوویچ و همکاران، ۲۰۲۱؛ وودورث و همکاران ، ۲۰۲۰؛ لیبل و همکاران، ۲۰۲۰؛ هورش و همکاران، ۲۰۲۰؛ مرتضوی و قارداشی، ۲۰۲۱؛ رینگلد و همکاران، ۲۰۲۰ و استفنز و همکاران، ۲۰۲۰) همسو است. اضطراب، ابهام و عدم قطعیت را برای انسان‌ها، به ویژه در مواردی هم‌چون بارداری برای زنان به همراه دارد (بروکس و همکاران[1]،۲۰۲۰؛ ساساکی و همکاران[2]، ۲۰۱۳)؛ و متعاقبا مشخص شده‌است که عدم‌قطعیت، ترس و اضطراب را افزایش می‌دهد (گیورگسگو و همکاران[3]، ۲۰۰۶). زنان باردار مصاحبه شده اظهار داشتند که اغلب اطلاعاتی را از تلویزیون و رسانه‌های اجتماعی دریافت می‌کنند؛ البته اطلاعات متناقضی در مورد این موضوع وجود دارد که موجب می شود تا آن‌ها از تماشای اخبار اجتناب کنند؛ زیرا این اطلاعات متناقض باعث نگرانی می‌شود عدم مشاوره متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مورد اینکه در دوران بارداری چه کاری انجام دهند و پیام‌های متناقض و به سرعت در حال تغییر در رسانه‌ها این عدم‌قطعیت را در زنان باردار بیشتر می‌کند (آسموندسون و تیلور[4]، ۲۰۲۰). آنها در معرض استرس‌های مرتبط با احساس عدم‌آمادگی برای زایمان (استرس آمادگی[5]) و استرس مربوط به ترس از عفونت کووید-۱۹ نیز هستند (پریس و همکاران[6]، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهش مرتضوی و قارداشی (۲۰۲۱) نیز نشان می‌دهد که احساسات اضطراب، تنهایی، افسردگی، نگرانی وترس در بین زنان باردار در دوره شیوع کرونا به صورت جدی وجود دارد. یافته‌های پژوهش لبیل و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده است که زنان باردار در مقایسه با گروه‌های دیگر نگرانی‌هایی علاوه بر سلامت خودشان دارند؛ آن‌ها نگران سلامت جنین‌شان هستند و اینکه زایمان سالمی داشته باشند.

در طی همه‌گیری کرونا، کارها و امور روزمره، زندگی اجتماعی و فعالیت‌های اوقات فراغت زنان باردار به دلیل فاصله اجتماعی و شیوه‌های جداسازی تغییر می‌کند (بروکس و همکاران، ۲۰۲۰). درواقع برخی از فعالیت‌های روزمره آنها در داخل و خارج از خانه، مسدود

1 .Brooks et al.
2 . Sasaki et al.
3 . Giurgescu et al.
4 . Asmundson & Taylor
5 . preparedness stress
6 . Preis et al

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

شده و یا تغییر کرده‌است. در حالی که زنان باردار قادر به انجام فعالیت‌های پیاده‌روی روزانه، خرید، گردش و سایر فعالیت‌ها در بیرون از خانه نبودند؛ کاره‌ای عادی تمیز کردن و نظامت منزل نیز به دلیل ترس از عفونت با ویروس با اختلال مواجه شد. این گروه از زنان ترس از خطر احتمالی عفونت، محدودیت در دسترسی به مراقبت‌های معمول بارداری و زایمان، یا جدایی از خانواده‌ها و مراقبان و شبکه‌های حمایتی گسترده‌تر را تجربه می‌کنند (دیاموند و همکاران[۱]، ۲۰۲۰؛ بوکهورست و همکاران[۲]، ۲۰۲۱) با توجه به همه‌گیری، تغییر در رویه‌های روزمره زندگی اجتماعی، فعالیت‌های اوقات فراغت و محدودیت‌های سفر بر نحوه تعامل زنان باردار و همسران آنها با خانواده‌هایشان- از طریق مسایلی همچون فاصله‌گذاری اجتماعی و انزوا در خانه - تأثیر گذاشته است (ساهن و کاباکسی، ۲۰۲۱). انزوا و کاهش تعاملات اجتماعی می‌تواند منجر به احساس تنهایی شود و روند بارداری را پیچیده کند. مشخص شده است که حمایت اجتماعی برای افزایش تاب‌آوری در مواقع بحران ضروری است و حمایت اجتماعی ضعیف با پیامدهای روانی منفی مانند احساس تنهایی در بیماری‌های همه‌گیر همراه است (بروکز و همکاران[۳]، ۲۰۲۰). با توجه به دو برابر شدن مسئولیت‌های سلامتی زنان باردار (توجه به سلامتی خود و نوزادان شان) اقدامات حفاظتی شخصی مانند اقدامات بهداشتی که آن‌ها برای جلوگیری از عفونت به کار می‌برند، افزایش یافت (بروکس و همکاران، ۲۰۲۰؛ فکاری و سیمبر، ۲۰۲۰). اگر چه چنین اقداماتی توصیه می‌شوند، مطالعاتی وجود دارند که گزارش می‌دهند برخی از زنان باردار ممکن است این اقدامات را به دلیل استرس و اضطراب بالا در برابر خطر انتقال ویروس، افزایش دهند و شدت‌بخشی به این اقدامات به شکلی وسواس‌گونه ممکن است پیامدهای منفی برای ذهن داشته باشد (مکلیش و ردشو، ۲۰۱۷؛ قیردهار و سیرویستاوا[۴]، ۲۰۲۰)

دومین مضمون اصلی پژوهش حاضر «پذیرش موقعیت و تلاش برای سازگاری» بود. در واقع در کنار تمامی آسیب‌های جسمی و روانی و محدودیت‌های همراه کووید-۱۹، زنان باردار و زایمان‌کرده، سعی در سازگاری با این شرایط با توسل به انواع روش‌های مقابله‌ای را داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های مرتضوی و قارداشی (۲۰۲۱)؛ ساهین و کاباکسی (۲۰۲۱)؛ دراگانوویچ و همکاران (۲۰۲۱) و آلتمن و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. درواقع علی‌رغم ترس‌ها و اضطراب‌ها، به نظر می‌رسد مشارکت‌کنندگان همچنان خوش‌بین و امیدوار باقی مانده و مهارت‌های لازم برای مقابله کافی با بحران و شرایط چالش‌برانگیز در طول شیوع را دارند. آن‌ها از ناشناخته‌ها می‌ترسند، اما به آن اجازه نمی‌دهند که آن‌ها را دچار رکود کند. آن‌ها با در آغوش گرفتن ترس بر آن غلبه می‌کنند. این تناقض به توانایی‌های شگفت‌انگیز مردم برای سازگاری با شرایط نامطلوب زندگی مانند همه‌گیری کووید ۱۹ اشاره می‌کند.

در این زمینه می‌توان گفت انعطاف‌پذیری به طور گسترده‌ای در رابطه با سازگاری، تغییرات مثبت روانی و ادامه رشد و تکامل، به دنبال ناملایمات مورد تحقیق قرار گرفته‌است (برمولت – فلیپس و همکاران[۵]، ۲۰۲۰؛ کیدل و همکاران[۶]، ۲۰۲۰؛ راپکه و سلیگمن[۷]، ۲۰۱۵؛ شافر و همکاران[۸]، ۲۰۲۱). سازگاری و تغییرات مثبت در مطالعه‌ای با زنان باردار مبتلا به دیابت نوع ۱ نیز گزارش شده و در سوابق پژوهشی به قدرت انسان‌ها در انطباق با شرایط ناگوار اشاره شده است (فلوکو و همکاران[۹]، ۲۰۲۰؛ سپرود-لوندین و برگ[۱۰]، ۲۰۱۱). یافته‌های این مطالعه همراستای مطالعه استالارد و همکاران[۱۱] (۲۰۲۱) است که شواهدی از رشد پس از سانحه در چندین حوزه از جمله قدردانی بیشتر از زندگی و تغییر مثبت معنوی را نشان می‌دهد.

از سوی دیگر حمایت اجتماعی از طرف همسر، مادر، سایر اعضای خانواده و همسالان زن باردار در دوره پس از زایمان برای کاهش استرس، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، پیشگیری از افسردگی و سازگاری با نقش جدید (به عنوان مادر) در دوران قبل، حین و بعد از زایمان ضروری است (مک لیش و ردشاو[۱۲]، ۲۰۱۷). داشتن یک شریک یا بستگان و فامیل حمایت کننده هم برای حمایت عاطفی و هم حمایت ابزاری به محافظت از مادران در برابر اثرات منفی استرس در طول بارداری و دوره پس از زایمان بسیار موثر است (رازورل و همکاران[۱۳]،

1 . Diamond et al.
2 . Boekhorst et al.
3 . Brooks et al.
4 . Girdhar & Srivastava
5 . Brémault-Phillips et al.
6 . Cheadle et al.
7 . Roepke & Seligman
8 . Schaefer et al.
9 . Flocco et al
10 . Sparud-Lundin & Berg
11 . Stallard et al.
12 . McLeish & Redshaw
13 . Razurel et al.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

۲۰۱۳). همچنین داشتن خانواده حمایتی و به ویژه مادران به عنوان یک عامل مهم تاب‌آوری، موثرترین عامل در جلوگیری از اثرات مخرب استرس به شمار می‌رود (روس و همکاران[1]، ۲۰۲۱). همچنین ذکر این نکته ضروری می‌نماید که کادر درمانی، به ویژه پزشکان، ماماها و پرستاران به طور منحصر به فردی برای حمایت از زنان و خانواده های آنها در طول این فرآیند مناسب هستند. ارتباط دلسوزانه و بیمارمحور که اطلاعات واضح و جاری را ارائه می‌کند، برای کاهش اضطراب زنان در مورد تغییرات نامشخص و غیرقابل پیش‌بینی خط‌مشی های مربوط به روند کووید-۱۹ و محدودیت‌های بازدیدکنندگان از اهمیت بالایی برخوردار است. پزشکان می توانند حس استقلال و قدرت زنان را با توانمندسازی آنها برای مشارکت در تصمیم گیری‌های مربوط به مراقبت و یافتن قدرت درونی از طریق باورهای معنوی شان تقویت کنند و آنها را مورد حمایت روانی خود قرار دهند (آجای و همکاران[2]، ۲۰۲۱). همچنین بسیاری از شرکت‌کنندگان امید و آرامش را از اعتقادات دینی و معنویت به دست آوردند. شاید بتوان از راهبردهای مذهبی مثبتی که رهبران مذهبی از آن‌ها حمایت می‌کنند، همراه با سایر فنون روانشناسی را برای بهبود تاب‌آوری و بهزیستی در این گروه از زنان استفاده کرد (هاشمی و همکاران، ۲۰۲۰)؛ مقابله مذهبی به پاندمی کووید-۱۹ ممکن است پیامدهای مهمی برای رفاه و بهزیستی در مناطق آسیب‌پذیر داشته باشد که در آن چالش‌های مسائل ساختاری - اجتماعی طولانی‌مدت (به عنوان مثال فقر) توسط بحران سلامت عمومی تقویت شده است (کانتد و همکاران[3]، ۲۰۲۰).

محدودیت‌های مرتبط با پژوهش حاضر این است که در انتخاب مشارکت‌کنندگان سعی شد افرادی برگزیده شوند که مهارت‌های کلامی نسبتا بالایی دارند؛ لذا افراد باهوش متوسط به بالا در مطالعه شرکت داده شدند؛ بنابراین ممکن است مشارکت‌کنندگان نماینده جمعیت متنوع زنان باردار نباشند. گرچه مصاحبه‌کننده در طول فرایند تحقیق، سعی داشت تا پیش‌فرض‌ها و باورهای خود را در مورد موضوع پژوهش، مصاحبه‌شوندگان و روند مصاحبه‌ها به حالت تعلیق[4] درآورد و از سوگیری جلوگیری نمایید؛ با این حال در پژوهش‌های کیفی تاثیر واقعی مصاحبه‌کننده بر روند پژوهش به طور دقیق مشخص نیست و بدون شک این سوگیری‌ها و انتظارات بر فرایند مصاحبه تاثیر داشته‌اند. مانند هر مطالعه مقطعی، این بررسی نیز تنها تصویری از زندگی زنانی ارائه می‌دهد که ممکن است متغیرهای دیگری که بر تجربیات کلی فرزندآوری آنها تأثیر گذاشته باشد را منعکس نکند. هم‌چنین انجام مصاحبه بصورت آنلاین (در فضای اسکای‌روم[5]) به دلیل شرایط حاکم ناشی از کووید ۱۹ و لزوم فاصله‌گذاری اجتماعی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا با بررسی تجارب زیسته زنان در سایر نقاط کشور، مولفه‌های فرهنگی- اجتماعی دخیل در تجربه بارداری را مورد بررسی بیشتری قرار دهند. انجام پژوهش‌های تطبیقی در همین زمینه با سایر کشورها و مناطق جغرافیایی می‌تواند مختصات خاص فرهنگ ایرانی-اسلامی در تجربه بارداری را برای زنان پررنگ سازد. از طریق افزایش آگاهی کادر بیمارستانی در مورد تجارب زنان از فرزندآوری در دوره همه‌گیری، کادر درمانی می‌توانند به نیازهای این گروه که ممکن است در شرایط فوق‌العاده خاصی باشد، حساس‌تر شده و پاسخگوتر باشند. اگر زنان به منابع معمول حمایت اجتماعی دسترسی نداشته باشند و در انزوا قرار بگیرند، ممکن است در دوران پس از زایمان به لحاظ روانی آسیب‌پذیر شوند؛ از این رو کادر درمانی باید تماس مکرر و زودتر با مادران جدید را در روزها و هفته‌های پس از زایمان جدی بگیرند. غربالگری افسردگی و اضطراب برای شناسایی زنانی که نیاز به ارجاع برای دریافت درمان‌های روان‌شناختی و مراقبت‌های سلامت روان دارند ضروری است. پس از زایمان، دوره‌ای است که باید صدای زنان شنیده شود و به آنها زمان و مکان کافی برای به اشتراک گذاشتن داستان‌های تولد خود داده شود. همچنین در زمان همه‌گیری، حفظ ارتباط شفاف، مؤثر و به‌موقع با زنان در دوران بارداری، تولد و دوره پس از زایمان برای ارتقای مراقبت‌های محترمانه زایمان ضروری است که می‌تواند تجارب موفق زایمان را بهبود بخشد. از آنجا که شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که استرس، افسردگی و تعارض پاسخ ایمنی سالم به عفونت‌های ویروسی را کاهش می‌دهند، یافته‌های ما می‌تواند به عنوان یک منبع مهم برای سیاست گذاران بهداشت عمومی محلی به کار آید. همچنین توصیه می‌شود تا تلاش‌های مداوم باید برای قدرتمند کردن زنان باردار و به طور کلی بهبود سلامت روانی آن‌ها صورت گیرد.

1 . Roos et al.
2 . Ajayi et al.
3 . Counted et al.
4 . epoché
5 . skyroom

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

منابع

افروز، غ. ع.، علوی نژاد، س. ث.، ولایی، م.، ضابطی آرانی، م.، و بوتیماز، س. (۱۴۰۰). واکاوی عوامل مؤثر در ادراک زنان نسبت به فرزندآوری در دورهٔ کووید-۱۹. فصل‌نامه *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲(۳)، ۵۹-۸۴.

پورسلیمان، ل.، و صادقی، م. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر کووید ۱۹ بر وضعیت زنان باردار و عوارض آن بر جنین و نوزادان متولد شده از آن‌ها (در دوره زمانی اسفند ۹۸ تا بهمن ماه ۹۹). *علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی*، ۱۵ (۳)، ۶۵-۷۲.

چمنی، س.، شکربیگی، ع.، و مشفق، م. (۱۳۹۵). مطالعه تعیین‌کننده جامعه‌شناختی فرزندآوری (مورد کاوی: زنان متاهل شهر تهران). *راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۵ (۲۰)، ۱۳۷-۱۶۵.

شرف‌الدین، س. ح.، و چراغی کوتیانی، ا. (۱۳۹۳). نقش فرهنگ و ساختارهای فرهنگی در تحولات جمعیتی. *معرفت فرهنگی اجتماعی*، ۶ (۱)، ۵۱-۷۱.

عنایت، ح.، و پرنیان، ل. (۱۳۹۲). مطالعه رابطه جهانی شدن فرهنگی و گرایش به فرزندآوری. *زن و جامعه (جامعه شناسی زنان)*، ۴ (۲)، ۱۰۹-۱۳۶.

میرابی، س.، میرزائی، ح.، و حسنی‌درمیان، غ. ر. (۱۳۹۹). بررسی پدیدارشناسانهٔ آگاهی زنان متأهل از فرزندآوری، *جامعه شناسی کاربردی*، ۳۱(۳)، ۱-۲۰.

هومن، ح.ع. (۱۳۹۴). راهنمای عملی پژوهش کیفی. تهران: سمت، چ ۸.

Ajayi, K. V., Harvey, I. S., Panjwani, S., Uwak, I., Garney, W., & Page, R. L. (2021). Narrative Analysis of Childbearing Experiences during the COVID-19 Pandemic. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, *46*(5), 284. https://doi:10.1097/NMC.0000000000000742

Altman, M. R., McLemore, M. R., Oseguera, T., Lyndon, A., & Franck, L. S. (2020). Listening to women: recommendations from women of color to improve experiences in pregnancy and birth care. *Journal of midwifery & women's health*, *65*(4), 466-473. https://doi.org/10.1111/jmwh.13102

Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, *70*, 102196. https://doi:10.1016/j.janxdis.2020.102196

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, *46*(6), 1121-1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706

Battat, R., Seidman, G., Chadi, N., Chanda, M. Y., Nehme, J., Hulme, J. ... & Brewer, T. F. (2010). Global health competencies and approaches in medical education: a literature review. *BMC Medical Education*, *10*(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-94

Boekhorst, M. G., Muskens, L., Hulsbosch, L. P., Van Deun, K., Bergink, V., Pop, V. J., & van den Heuvel, M. I. (2021). The COVID-19 outbreak increases maternal stress during pregnancy, but not the risk for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 1-7. https://doi.org/10.1007/s00737-021-01104-9

Brémault-Phillips, S., Pike, A., Olson, J., Severson, E., & Olson, D. (2020). Expressive writing for wildfire-affected pregnant women: Themes of challenge and resilience. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, *50*, 101730. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101730

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, *395*(10227), 912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Brooks, S. K., Weston, D., & Greenberg, N. (2020). Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: rapid evidence review. *Public health*, *189*, 26-36. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.09.006

Cheadle, A. C., Ramos, I. F., & Schetter, C. D. (2020). Stress and Resilience in Pregnancy. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 717-723. https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch124

Cope, D. G. (2014, January). Methods and meanings: Credibility and trustworthiness of qualitative research. In *Oncology nursing forum* (Vol. 41, No. 1, pp. 89-91). https://doi:10.1188/14.ONF.89-91

Counted, V., Pargament, K. I., Bechara, A. O., Joynt, S., & Cowden, R. G. (2020). Hope and well-being in vulnerable contexts during the COVID-19 pandemic: does religious coping matter?. *The Journal of Positive Psychology*, 1-12. https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1832247

Diamond, R. M., Brown, K. S., & Miranda, J. (2020). Impact of COVID-19 on the perinatal period through a biopsychosocial systemic framework. *Contemporary family therapy*, *42*(3), 205-216. https://doi.org/10.1007/s10591-020-09544-8

Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International journal of nursing studies*, 44(1), 131-142. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026

Draganović, S., Bosankić, N., & Ramic, J. (2021). The Lived Experiences of Pregnancy and Motherhood in Bosnian Women during COVID-19. *European Journal of Psychology Open*. https://doi.org/10.1024/2673-8627/a000004

Fakari, F. R., & Simbar, M. (2020). Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. *Archives of academic emergency medicine*, *8*(1), e21-e21. https://doi.org/10.22037/aaem.v8i1.598

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

Fan, S., Guan, J., Cao, L., Wang, M., Zhao, H., Chen, L., & Yan, L. (2021). Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, *56*, 102533. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102533

Flocco, S. F., Caruso, R., Barello, S., Nania, T., Simeone, S., & Dellafiore, F. (2020). Exploring the lived experiences of pregnancy and early motherhood in Italian women with congenital heart disease: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ open*, *10*(1), e034588. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034588

Freitas-Jesus, J. V., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). The experience of women infected by the COVID-19 during pregnancy in Brazil: a qualitative study protocol. *Reproductive Health*, *17*(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s12978-020-00958-z

Girdhar, R., Srivastava, V., & Sethi, S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *J. Geriatr. Care Res*, *7*, 32-35. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/63475639/JGCR_2020_7_120200530-128369-1

Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing research*, *55*(5), 356-365. https://doi.org/10.1097/00006199-200609000-00008

Hashmi, F. K., Iqbal, Q., Haque, N., & Saleem, F. (2020). Religious cliché and stigma: A brief response to overlooked barriers in COVID-19 management. *Journal of religion and health*, *59*(6), 2697-2700. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01063-y

Heinonen, K. (2015). Van Manen's method and reduction in a phenomenological hermeneutic study. *Nurse researcher*, *22*(4). https://doi.org/10.7748/nr.22.4.35.e1326

Horsch, A., Lalor, J., & Downe, S. (2020). Moral and mental health challenges faced by maternity staff during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S141. https://doi.org/10.1037/tra0000629

Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, *277*, 5-13. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126

McLeish, J., & Redshaw, M. (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, *17*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1220-0

Mortazavi, F., & Ghardashi, F. (2021). The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC pregnancy and childbirth*, *21*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03691-y

Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., & Lobel, M. (2020). Vulnerability and resilience to pandemic-related stress among US women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. *Social Science & Medicine*, *266*, 113348. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113348

Rasmussen, S. A., Smulian, J. C., Lednicky, J. A., Wen, T. S., & Jamieson, D. J. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *American journal of obstetrics and gynecology*, *222*(5), 415-426. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017

Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & health*, *53*(1), 74-99. https://doi.org/10.1080/03630242.2012.732681

Reingold R. B., Barbosa I., Mishori R. (2020). Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 151(3), 319–321. https://doi.org/10.1002/ijgo.13376

Roepke, A. M., & Seligman, M. E. (2015). Doors opening: A mechanism for growth after adversity. *The Journal of Positive Psychology*, *10*(2), 107-115. https://doi.org/10.1080/17439760.2014.913669

Roos, L. E., Salisbury, M., Penner-Goeke, L., Cameron, E. E., Protudjer, J. L., Giuliano, R. ... & Reynolds, K. (2021). Supporting families to protect child health: Parenting quality and household needs during the COVID-19 pandemic. *Plos one*, *16*(5), e0251720. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251720

Sahin, B. M., & Kabakci, E. N. (2021). The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*, *34*(2), 162-169. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.022

Sasaki, T. K., Yoshida, A., & Kotake, K. (2013). Attitudes about the 2009 H1N1 influenza pandemic among pregnant Japanese women and the use of the Japanese municipality as a source of information. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, *44*(3), 388-99. https://doi.org/10.1503/cmaj.210151

Schaefer, L. M., Howell, K. H., Sheddan, H. C., Napier, T. R., Shoemaker, H. L., & Miller-Graff, L. E. (2021). The road to resilience: Strength and coping among pregnant women exposed to intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, *36*(17-18), 8382-8408. https://doi.org/10.1177/0886260519850538

Schwartz, D. A., & Graham, A. L. (2020). Potential maternal and infant outcomes from coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) infecting pregnant women: lessons from SARS, MERS, and other human coronavirus infections. *Viruses*, *12*(2), 194. https://doi.org/10.3390/v12020194

Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lippincott Williams & Wilkins. https://doi.org/10.1565/mmwr.mm694e2

Stallard, P., Pereira, A. I., & Barros, L. (2021). Post-traumatic growth during the COVID-19 pandemic in carers of children in Portugal and the UK: cross-sectional online survey. *BJPsych Open*, *7*(1). https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]

Stephens, A. J., Barton, J. R., Bentum, N. A. A., Blackwell, S. C., & Sibai, B. M. (2020). General guidelines in the management of an obstetrical patient on the labor and delivery unit during the COVID-19 pandemic. *American journal of perinatology*, *37*(08), 829-836. https://doi.org/10.1055/s-0040-1710308

Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315421056

Vasylyeva, O. (2020). Pregnancy and COVID-19, a brief review. *International Journal of Integrative Pediatrics and Environmental Medicine*, *5*, 8-13. https://doi.org/10.36013/ijipem.v5i1.71

Werchan, D., Hendrix, C., Ablow, J., Amstadter, A., Austin, A., Babineau, V., & Brito, N. (2021). Behavioral coping phenotypes and psychosocial outcomes in a national US sample of pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-185357/v1

Woodworth, K. R., Olsen, E. O., Neelam, V., Lewis, E. L., Galang, R. R., Oduyebo, T., ... & Meane, T. V. (2020). Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team (PILOT). *Birth and Infant Outcomes Following Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy*. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e2

Yue, C., Liu, C., Wang, J., Zhang, M., Wu, H., Li, C., & Yang, X. (2021). Association between social support and anxiety among pregnant women in the third trimester during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic in Qingdao, China: The mediating effect of risk perception. *The International journal of social psychiatry*, *67*(2), 120. https://doi.org/10.1177/0020764020941567

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.8.5]