

تجارب زیسته زنان از فرزندآوری در همه‌گیری کووید ۱۹ Women's lived experiences of childbearing in the Covid-19 pandemic

Mojtaba Haghani Zemydani

PhD candidate of counselling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Zohreh Salehbeigi

Master of family Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Samaneh Khazaei*

Assistant Professor., Departement 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.

مجتبی حقانی زمیدانی

کاندیدای دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

زهوه صالح بیگی

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

سمانه خزاعی (نویسنده مستنول)

استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.

مصطفیہ اسمعیلی

استاد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

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.

چکیده

همه‌گیری COVID-19 ارائه خدمات بهداشتی در سراسر جهان را با چالش‌های جدی مواجه نموده و تغییرات زیادی را در دستورالعمل‌های مراقبت بداری 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. مشارکت کنندگان این پژوهش شامل ۱۱ نفر از زنانی بودند که در دوره شیوع ویروس کرونا، تجربه بارداری و زایمان داشتند. انتخاب مشارکت کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ملکی و بر اساس معیارهای ورود و خروج از استان‌های تهران، گیلان و لرستان در سه‌ماهه پاییز ۱۴۰۰ صورت گرفت و تا زمان اشتعاب اطلاعات ادامه یافت. گردآوری داده‌ها، با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق انجام شد و پس از ضبط هر مصاحبه، محتواهای استخراج شده به صورت واژه به واژه نوشته شد. کدگذاری داده‌ها، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش گلایزی (هفت مرحله) انجام شد. مجموعاً 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 قابل توجهی برای ایجاد اضطراب، ترس و پریشانی روان‌شناختی داشته و این گروه از زنان در انطباق با این شرایط با دشواری‌های زیادی روبرو بودند.

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

واژه‌های کلیدی: بارداری، فرزندآوری، کووید-۱۹، پدیده‌رشناسی.

ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۱

پذیرش: خرداد ۱۴۰۱

دریافت: بهمن ۱۴۰۰

نوع مقاله: کیفی

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 جمله 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، 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 اندخته است، چالش‌های بهداشتی زیادی را برای همه اشار اجتماع و به ویژه برای زنان باردار به وجود آورده است (وسیلیا^۴، ۲۰۲۰). مطابق با یافته‌های شواتر 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 آسیب‌های ناشی از آن در بارداری در نظر گرفته می‌شوند. شیوع سریع، طبیعت کشنده، ایجاد نالمنی روانی، پریشانی روان‌شناختی و سایر تأثیرات منفی، این بیماری را برای این گروه بسیار ترسناک نموده است (ساهین و کاباکسی^۶، ۲۰۲۱). مطالعات قلی 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 (لیل و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۰). طبق یافته‌های هورش و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۰)؛ پورسلیمان و صادقی^{۱۲} (۱۳۹۹) و افروز و همکاران^{۱۳} (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 حریمان مدام اخبار ضدونقیض در ارتباط با افزایش تعداد ابتلا و مرگ‌ومیر (خصوص در جمعیت زنان باردار) است (مرتضوی و قاراداشی، ۲۰۲۱). اگرچه عوامل استرس‌زا مرتب با بیماری همه‌گیر (به عنوان مثال، انزواه اجتماعی، قرنطینه، ماسک صورت، اطلاعات نادرست و عدم اطمینان) منحصر به این جمعیت بالینی نیست، تغییر در سیاست‌های بیمارستانی و متخصصان زنان و زایمان (به عنوان مثال، تعلیق نامطلوب فرزندآوری، افسردگی و پیامدهای نامطلوب سلامت روان شوند (رینگلد و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۰؛ استفنز و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۰).

در حقیقت 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 رو هستند (draaganowicz و همکاران، ۲۰۲۱). محققان بر این باورند که داشتن تجربه ای منفی از فرزندآوری، تغییر ناگهانی در برنامه‌های زایمان و عدم حمایت‌های اجتماعی و مراقبتی مناسب در طول بارداری و زایمان با اختلال استرس پس از سانحه^{۱۶} مرتبط است و مشکلات سلامت روان در این دوره، پیامدهای نامطلوب مدام‌العمری را بر مادر و فرزند به

1 . Altman et al.

2 . Yue et al.

3 . Fan et al.

4 . Vaslyyeva

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)

همراه خواهد داشت (آیز و همکاران^۱، ۲۰۱۶). در گانوویج و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان 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. باوری و فرزندآوری مفهومی طبیعی و بی‌چون و چرا و امری صرفاً پژشکی 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 - فرهنگی مرتبط و متأثر از باورها، نظام ارزشی و عناصر فرهنگی و یک برگشت اجتماعی است (عنایت و پرنیان، ۱۳۹۲؛ چمنی و همکاران، ۱۳۹۵؛ میرایی 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)؛ ازین‌رو 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 می‌تواند به هدایت اقدامات بالینی و طراحی دستورالعمل‌های مراقبتی مناسب‌تر تجربه‌ای مثبت از فرزندآوری 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^۲ ون مانن^۳ (۲۰۱۶) انجام شده است. پدیدارشناسی تفسیری، رویکردی نظام‌مند برای بررسی و تفسیر پدیده‌های است که به هنگام نیاز محقق در آشکارسازی پدیده‌های ناشناخته یا کمتر شناخته شده، با بررسی تجربه عمیق عناصر درگیر در پدیده مورد استفاده قرار می‌گیرد (داولینگ^۴؛ 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 ملأکی، 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. ملأک‌های 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 کاملاً 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 مشارکت‌کنندگان 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 سوالات 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

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

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 باداری در دوره کرونا، به تأمل 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 فرض‌های خود را در پرانتر قرار داده (براکتینگ^۱) 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 مجدداً بیان کرد. با هر فرد یک جلسه مصاحبه انجام شد و مدت زمان مصاحبه از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه، به طول انجامید. جهت تجزیه و تحلیل 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-ام). پس از آن محتوای کتبی مجدداً 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 (هنون، ۲۰۱۵).

جهت دستیابی به صحت و اعتبار پژوهش، معیارهای اعتبارپذیری^۲ و اعتمادپذیری^۳ با استفاده از روش لینکلن و گوبا^۴ (۱۹۹۴)، به نقل از کوب^۵، (۲۰۱۴) مورد بررسی قرار گرفت. با تأکید بر برگزیدن بستر و بافت مناسب، سه سویه‌سازی^۶ داده‌های حاصل از مصاحبه با پژوهش‌های قبل در حوزه تجارت 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 روش‌تر مراحل و فرایندها به منظور تسهیل در بررسی و درک تجارت صورت گرفت. با توجه به اینکه مصاحبه‌ها به صورت برخط^۷، در فضای اسکای روم^۸ - 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 می‌یافتد 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^۹ استفاده شد (اسپیزیل و همکاران، ۲۰۱۱). جهت ارزیابی روایی، رابطه‌ای اعتمادآمیزی با مشارکت کنندگان برقرار شد. برای اعتبار و تاییدپذیری^{۱۰}، 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 لحظه گردید. برای انتقال‌پذیری^{۱۱} از بررسی کارشناسی، نمونه‌گیری هدفمند و ناهمگن استفاده شد.

یافته‌ها

- 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

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	۷۷ه ته بارداری	دوم
۴	۳۳	کارشناسی ارشد	۳	زایمان کرده	سوم
۵	۲۷	کارشناسی ارشد	۲	۱۵ه بارداری	دوم
۶	۲۸	کارشناسی	۲	۵ه 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	۱۷ه بارداری	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 مضمین اصلی و فرعی شد. مجموعاً ۳۸۵ کد اولیه، ۴۳ مفهوم، ۹ مضمون فرعی و ۲ مضمون اصلی به دست آمد. مضمین اصلی و فرعی در جدول شماره (۲) به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۲. مضمین اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه‌ها

مضامین اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم اولیه
نگرانی‌های بارداری و زایمان	نگرانی از احتلال در مراقبت‌های بارداری معمول، نگرانی از سلامت خود و جنین، اضطراب ابتلاء به بیماری برای خود و اطرافیان، پرسشانی روانی (نگرانی، ترس، اضطراب، افسردگی و وسواس)، فشار عصبی از شنیدن مرگ حامله‌ها (افزایش اضطراب مرگ)، کاهش مراجعه برای چکاپ بارداری	احساس تنهایی و انزوا، کاهش لذت از بارداری، اختلال در مراقبت‌های بارداری معمول
محظوظیت‌ها	محظوظیت در روابط و کاهش ارتباطات اجتماعی، محدودیت‌های تحرک، کاهش حمایت‌های فیزیکی (بقل کردن، نوازش و...)، محدودیت در برنامه‌های تفریحی (سفر، گردش و...)، احساس محرومیت از حمایت‌های اعضا خانواده پدری	احساس ناکامی از لغو برنامه‌ها، لغو برخی از مراسمات (جشن تولد، جشن بارداری و...)، تغییر در برگزاری برنامه‌ها و مراسمات، کاهش حمایت‌های اجتماعی (واکنش منفی اطرافیان به بارداری، حساب نکردن روی کمک دیگران)
ترس از ناشناخته‌ها	چالش‌های متدالوبل مرتبط با کرونا	ترس از ویروس، مراقبت‌های سلامتی ضعیف، نگرانی‌های اقتصادی، فقدان منبع اطلاعاتی دقیق
تغییرات سبک زندگی و اختلال در روال‌های زندگی	تجارب منفی بیمارستانی	احساس ناکامی از لغو برنامه‌ها، لغو برخی از مراسمات (جشن تولد، جشن بارداری و...)، تغییر در برگزاری برنامه‌ها و مراسمات، کاهش حمایت‌های اجتماعی (واکنش منفی اطرافیان به بارداری، حساب نکردن روی کمک دیگران)
پذیرش موقعیت و خود آرامسازی و اطمینان‌بخشی	تجارب منفی بیمارستانی	تجارب بیمارستانی استرس زا، سردی و عدم همدلی برخی از کادر بیمارستانی، سردی روابط در بیمارستان، واکنش‌های منفی برخی از کادر پرسنلی به دلیل ترس از ابتلای خود، زایمان سخت و تجربه تنهایی
تلاش برای به خود سازگاری	پذیرش موقعیت و خود آرامسازی و اطمینان‌بخشی	سپری کردن با کیفیت زمان با خانواده، خودگویی مثبت و مشبّت اندیشه‌ی، به اشتراک گذاری و گسترش خوبی‌بینی، 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

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

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

الف) ترس از ناشناخته‌ها

زنان باردار و زایمان کرده در دوره همه گیری شیوع ویروس کرونا، بسیاری از نگرانی‌ها و ترس‌های رایج در ارتباط با کووید-۱۹ را با مصاحبه کننده به اشتراک گذاشتند. روایت‌های آنان نشان می‌دهد 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 - به ویژه برای کسانی که در چند ماه اول پس از شیوع بیماری، زایمان کرده با باردار شده‌اند - به عنوان چیزی لذت‌بخش و خارق العاده نبوده، بلکه به عنوان پدیده ای استرس‌زا و پوشیده شده با ترس، عدم اطمینان و عدم قطعیت تجربه شده است («به نظرم من یک دوران شیرینی رواز 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 دستورالعمل‌های بهداشتی، پیشنهاد کردنده که تا حد امکان ملاقات‌های حضوری با پشتیبانی از راه دور جایگزین شود.

افرادی که در دوران کرونا باردار شده و زایمان داشتند احساسات منفی زیادی مانند احساس تنها و عدم حمایت، اضطراب، ترس، ناکامی، پرخاشگری و نگرانی را تجربه کرده‌اند («همیشه استرس و نگرانی را داشتم به خاطر همین بیرون نمی‌رفتم جایی و بیشتر تو خونه بودم» / مشارکت کننده شماره ۴). ترس از ایجاد مشکل برای سلامت جنین از نگرانی‌های شایع در این گروه از زنان بود («در بارداری استرس و نگرانیم زیاد شد که الان من بدینم ضعیفه برای بچه اتفاقی نیافتد» / مشارکت کننده شماره ۸). ترس از ناشناخته‌ها، محدود به این موارد نبود و نگرانی‌های مختلفی را شامل می‌شد و زنان دغدغه مسائل زیادی را داشتند؛ برای مثال توضیح دادن یک «هنجر 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 من تو زاد رو به خطر بندازه» / مشارکت کننده شماره ۱۰)، دغدغه‌ای جدی به شمار می‌رفت. همچنین آنها نگران سایر تاثیرات نامطلوب بر سلامتی خود/ نوازد و سایر اعضای خانواده بودند («من خیلی ترسیده بودم، ما هیچی در مورد ویروس نمی‌دونستیم، می‌گفتند مرگباره و آدمواز بین می‌بره، و اسه همین من مدام آرامیخش مصرف می‌کردم و خوب غذا نمی‌خوردم و این رو وزن نوزاد برای زایمان اثر می‌داشت» / مشارکت کننده شماره ۱۱).

زنان از کاهش معاینه‌ها و چکاپ‌های پزشکی هم صحبت کرند («اواسه ترس از کووید، چکاپ‌ها و معاینه‌های زیاد و منظم رو لغو کردیم. من می‌ترسیدم ولی چاره‌ای نداشتم، خیلی تحت فشار بودیم. ایزوله کرده بودم خودم تو بچه م در امن باشه؛ تا به خطر نیفته» / مشارکت کننده شماره ۳ - «سیز بارداری اول با کوچکترین دردی سریع پزشک میرفتم اما الان چون بارداری دوم هست و ترس از کرونا کمتر می‌رم مثل 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 نمی‌شد که در معاینات، در طول بارداری 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 تنها؛ حمام کردن نوزاد یا حضور خانواده پس از زایمان) موضوع رایجی بود که در مصاحبه‌ها به آن اشاره شد. این احساس، مادران را در مورد تجربه بارداری و سلامت کودک شان دچار استرس، نگرانی و اضطراب می‌کرد («دوره کرونا، نمی‌شه خیلی از کارای روتین رو انجام داد. مثال خیلی ساده اش اینه که نمی‌تونی برى بیرون و...» / مشارکت کننده شماره ۱). به همین ترتیب، ناتوانی در ملاقات اعضای خانواده با نوزاد، پس از

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 تنها یی، 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 پدربرزگ و مادربرزگ بهم ام مجبور شدن از طریق واتساب نوزادمو ببین. روزی هم که مرخص شدیم، خیلی تلفنی تماس گرفتن و تبریک گفتمن و بعضی هم که تماس تصویری گرفتن. الان بعضیا ندیدن بهمچه 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 باشد و 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 خونه‌ی مادرشوهر و نزدیک ها نمی‌ریم خیلی محدود تر شده روابط»؛ «من دوست داشتم جشن تعیین جنسیت بگیرم و برای پسرم که می‌خواست 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 می‌کردند («نو شرایط عادی آدم جرات نمی‌کنه بچه بیاره؛ چه برسه به دوره کرونا؛ راستش گاهی می‌گم شاید اشتباه کردم، کسب و کارا بهم ریخته. تامین زندگی سخت شده. هزینه‌های بچه هم رفته بالا» / مشارکت کننده شماره ۵). نبود منابع اطلاعاتی قابل اعتماد و اطمینان بخش نیز به این نگرانی‌ها دامن می‌زود و ترس از ناشناخته‌ها را پر رنگ تر می‌کرد («می‌گفتیم پس این [اویروس] چیه؟ مردم شایعات درست می‌کردند، دروغ و دونگ در مورد خیلی زیاد بود، چیزی مخفی می‌شندیم در موردش. نمی‌دونستیم کی راست می‌گه، کی دروغ! واسه همین خیلی گیج شده بودیم، پر ابهام بودیم، می‌ترسیدیم» / مشارکت کننده شماره ۲). مهم‌ترین منابع اطلاعاتی زنان باردار در طول این فرآیند اینترنت، شبکه‌های مجازی و تلویزیون بودند و این باعث می‌شد 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 نمی‌شود؛ با این حال به دلیل ناشناخته بودن ویروس و جهش‌هایی که در آن رخ می‌داد، ابهام‌های موجود در زمینه ویروس، به اضطراب‌ها دامن می‌زد.

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 می‌کرد. اکثر خانم‌ها وقتی به بیمارستان می‌رسیدند مجبور می‌شدند از یک ورودی خاص وارد شوند؛ همچنین به محض ورود با پرستاری که از سر تا با لباس‌های محافظ پوشیده شده بود، مورد استقبال قرار می‌گرفتند. پرستاران مادران را برای اندازه گیری دمای بدن متوقف می‌کردند و پس از معاینه اولیه (وارسی و چک کردن چشم‌ها و...)، آنها را به بخش پذیرش ارجاع می‌دادند. بیمارستان‌ها همچنین روش‌ها و دستورالعمل‌های ویژه دیگری را نیز برای آزمایش و غربالگری بیماران احتمالی اجرا کردند. با این حال، این دستورالعمل‌ها در بیمارستان‌ها متفاوت بود و به طور مداوم در حال تغییر بودند. از آنجایی که وضعیت دائماً در حال تغییر بود، ناهمانگی‌هایی نیز وجود داشت. این تغییرات و سیاست‌های نامشخص بیمارستانی چالش‌هایی را برای مادران ایجاد می‌کرد. زنان باردار تجربیات خود در ارتباط با پرستاران، ماماها و متخصصان زنان و زایمان را به شیوه‌ای خاص بیان کردند («به محض اینکه وارد شدیم، ماسک به ما دادن و تو تمام مدتی که اونجا بودیم مجبور بودیم ماسک بزنیم. تنها استثنای زمانی بود که ما تو اتاق ریکاوری بودیم یا تنها بودیم، اما هر بار که پرستاری وارد می‌شد، مجبور بودیم ماسکو بذرایم، من مجبور شدم توى تمام مدت سزارین ماسک بزنم، که، خدای من، انصافاً خیلی سخت بود» / مشارکت کننده شماره ۱۰).

برخی از مادران ارتباط ضعیف با ارائه دهنده‌گان مراقبت‌های بهداشتی خود را گزارش کردند. در برخی موارد دریافتیم که تیم پزشکی ارتباط مؤثری در طول فرآیند زایمان با مادر برقرار نکردند («نمی‌دونستم، بی خبری بود. از همه سوال می‌کردم کسی می‌تونه بهم بگه اینجا چه خبره. اما کسی [پرستار] بهم چیزی نمی‌گفتند. با هم پچ پچ می‌کردند. این آدموازیت می‌کرد. 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 اصلاً شیر نداشتم و فقط در حد دو ماه توانستم بهش شیر بدم و بعدش شیرم قطع شد» / مشارکت کننده شماره ۲ - «در بیمارستان پرسنل اصلاً دوست نداشتن انگار به تو دست بزن و یه طور با فاصله که مریض نشن و بزرخورد بدی داشتن. مردم سرد بودن و هیچکس به هیچکس کاری نداشت» / مشارکت کننده شماره ۸).

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

ترس از دسترسی به بیمارستان و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کیفیت، یکی دیگر از تجارب منفی بیمارستانی بود («من فقط از خود ویروس نبود که می‌ترسیدم، از سیستم بهداشتی و هرج و مر جی که اتفاق افتاده بود هم می‌ترسیدم، می‌ترسیدم چه اتفاقی می‌افته وقتی بریم بیمارستان. اگه خودم یا نوزادم آلوود می‌شدیم چی می‌شد. آیا کسی بود به داد ما برسه یانه؟» / مشارکت کننده شماره ۱۱). عدم پشتیبانی و حمایت خانواده به دلیل کرونا، نیز مشکلی بود که برخی از زنان به آن اشاره کردند («بارداریم که سخت بود. می‌ترسیدم محدودیت‌ها مانع از حضور مادرم بعد زایمان بشه و این دقیقاً همون چیزی بود که برام اتفاق افتاد. مادرم نمی‌تونست 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 او نمی‌گفت 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 دشواری‌های زیادی روپروردند («می‌خواستم برم مغازه برای بچه پوشک بگیرم، همچنان می‌ترسیدم کسی، آشنایی بیاد بچه مو ببوسه. لمسش کنه. نگران بودم، واسه همین هر آشنایی، در و همسایه‌ای، چیزی رو می‌دیدم، بدو بدو می‌رفتم و دور می‌کردم خودمو. شاید از دستم ناراحت شده باشن که مطمئن‌شدن، ولی من واسه سلامتی بچه ام این کار رو می‌کردم» / مشارکت کننده شماره ۴).

ب) پذیرش موقعیت و تلاش برای سازگاری

پاندمی ویروس کرونا، زندگی روزانه و روابط اجتماعی زنان باردار را تحت تاثیر قرار داد. زنان باردار اظهار داشتند که برنامه روزانه آن‌ها در این فرآیند تغییر کرده و به دلیل انزواه 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 مقابله‌ای فعال و انعطاف پذیری را به کار گرفته بودند تا بتوانند با بارداری و زایمان سخت در این دوره پرخطر کنار آیند. به نظر می‌رسد 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 می‌خنده، بهم قدرت می‌ده؛ تحملم می‌ره بالاتر. اولیل مات و مبهوت بودم، فلاح شده بودم، مادرم همه کارها رو می‌کرد 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 مهارت‌های مقابله معنوی (توکل، توصل، دعا، نماز و نیایش...) نیز راهکار دیگر زنان برای کاهش استرس و نگرانی‌ها بود («حدا خیلی خوبه؛ برای بنده هاش دل می‌سوزنه، ممکن بود هر اتفاقی بیفته. اما خدا رو شکر همه چی خوب پیش رفت. من از خدا خیلی ممنونم، خیلی شکر می‌کنم. خدا به اندازه ای هر کس رو امتحان می‌کنه که بتونه تحملش کنه. ما باید تلاش‌منو بکنیم تا سالم بموئی، نهایتاً همه چیز دست خدادست» / مشارکت کننده شماره ۱۰). این امر اغلب با حمایت خانواده و دوستان نزدیک ترکیب می‌شود. 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، خواهرم؛ دوستای نزدیکم؛ حتی همسایه هامون سر می‌زدن، رعایت می‌کردن؛ ماسک می‌زدن؛ باهم روبوسی نمی‌کردن. خلاصه اگه اینا نبودن شرایط برام خیلی سخت تر می‌شد» / مشارکت کننده شماره ۷ - «همسرم سعی می‌کرد که منو به آروم بودن تشویق کنه و بیشتر با من صحبت می‌کرد» / مشارکت کننده شماره ۴).

استفاده از تماس تصویری برای صحبت با اعضای خانواده در طول حضور در بیمارستان، پس از زایمان یا نوزادان آنها که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بود، موجب می‌شد تا زنان بتوانند حمایت‌های روانی از خانواده شان دریافت نمایند. آمادگی ذهنی برای بدترین نتیجه ممکن (مثلًاً زایمان به تنهایی، ابتلاء به کرونا) نیز به زنان این امکان را می‌داد که مقابله سالم تری با احساسات منفی و اضطراب‌های خود داشته باشند («من از قبل خودمو برای شرایط آماده کرده بودم و به خودم قوت قلب می‌دادم و می‌گفتم تو قوی هستی، تو تحمل این شرایط رو داری. به خودم همیشه جمله‌های مثبت می‌گفتم» / 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 کننده‌گان از تجارب مثبت خود در حین زایمان صحبت کردند («یه پرستار بالاسرم بود که ایکاش اسمش یادم نمی‌رفت. این خانم فوق العاده بود، خیلی خوشحالم که اون اونجا باهم بود. خیلی عالی بود» / مشارکت کننده شماره ۴ - «مامای من منو مدام چک می‌کرد؛ می‌گفت چیزی نمی‌خوای و حواسش بهم بود. بهم آرامش می‌داد و بهم قوت قلب می‌داد با حرف‌اش» / مشارکت کننده شماره ۹). حمایت پزشک متخصص و تزریق آرامش به زنان باردار هم در مصاحبه‌ها مورد اشاره قرار گرفت («دکترم خیلی آرامش میده و خونسرد هست و

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).^۱

اکثر زنان باردار اظهار داشتند که سرگرمی های مختلفی را در خانه به دست آورده اند و ترجیح می دهند به جنبه های مثبت این فرآیند به منظور مقابله با اضطراب و نگرانی ناشی از این روند همه گیر نگاه کنند («سعی می کنم خودم موآروم کنم، کتاب می خونم، سعی می کنم 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 - «سراغخ اخبار نمی رفتم / با پسرم سعی می کرم بازی کنم زیاد بهش فکر نکنم به به چیزهای مثبت فکر کنم» / مشارکت کننده شماره ۵ - «فکارم رو به سمت مثبت می بدم و به خدا توکل می کرم 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 نتیجه گیری

مضامین به دست آمده از مصاحبه با شرکت کنندگان، تلاشی در جهت رسیدن به هدف اصلی مطالعه یعنی جستجو، کشف و تفسیر تجارب زیسته زنان از فرزندآوری در همه گیری کووید ۱۹ بود. زنان باردار مصاحبه شده توضیح دادند که چگونه همه گیری کووید ۱۹ فرآیند بارداری و زندگی آنها را به طور غیرمنتظره ای تغییر داده است. آنها نگرانی و ترس خود را در مورد سلامتی نوزادان، خود و خانواده هایشان ابراز کردند. با توجه به شک و تردید و سردرگمی در مورد خطراتی که ممکن بود سلامتی نوزادانشان در طول دوره همه گیری 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 یافته ها منجر به ظهور اولین مضامون اصلی این پژوهش با عنوان «ترس از ناشناخته ها» شد که بیانگر وضعیت ابهام آلود و عدم قطعیت است. این یافته با نتایج پژوهش های زیادی (وسیلیا، ۲۰۲۰؛ ساهین و کاباکسی، ۲۰۲۱؛ راسموسن و همکاران، ۲۰۲۱؛ دراگانوویچ و همکاران، ۲۰۲۱؛ وودورث و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیبل و همکاران، ۲۰۲۰؛ هورش و همکاران، ۲۰۲۰؛ مرتضوی و قاراداشی، ۲۰۲۱؛ رینگلد و همکاران، ۲۰۲۰ و استفنز و همکاران، ۲۰۲۰) همسو است. اضطراب، ابهام و عدم قطعیت را برای انسان ها، به ویژه در مواردی همچون بارداری برای زنان به همراه دارد (بروکس و همکاران^۱، ۲۰۲۰؛ ساساکی و همکاران^۲، ۲۰۱۳؛ ۲۰۰۶). زنان باردار مصاحبه شده اظهار داشتند که اغلب اطلاعاتی را از تلویزیون و رسانه های افزایش می دهد (گیورگسگو و همکاران^۳، ۲۰۰۶). زنان باردار مصاحبه شده اظهار داشتند که موجب می شود تا آنها از تماسای اخبار اجتماعی دریافت می کنند؛ البته اطلاعات متناقضی در مورد این موضوع وجود دارد که موجب اطلاعاتی را از تلویزیون و رسانه های اجتماعی دریافت می دهد؛ زیرا این اطلاعات متناقض باعث نگرانی می شود عدم مشخص شده است که عدم قطعیت، ترس و اضطراب را افزایش می دهد (گیورگسگو و همکاران^۴، ۲۰۰۶). زنان باردار مصاحبه شده اظهار داشتند که اغلب اطلاعاتی را از تلویزیون و رسانه های اجتماعی دریافت می کنند؛ البته اطلاعات متناقضی در حال تغییر در رسانه ها این عدم قطعیت را در زنان باردار بیشتر می کند (آسموندsson و تیلور^۵، ۲۰۲۰). آنها در معرض استرس های مرتبه با احساس عدم آمادگی برای زایمان (استرس آمادگی^۶) و استرس مربوط به ترس از عفونت کووید-۱۹ نیز هستند (پریس و همکاران^۷، ۲۰۲۰). یافته های پژوهش مرتضوی و قاراداشی (۲۰۲۱) نیز نشان می دهد که احساسات اضطراب، تنهایی، افسردگی، نگرانی و ترس در بین زنان باردار در دوره شیوع کرونا به صورت جدی وجود دارد. یافته های پژوهش لیبل و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده است که زنان باردار در مقایسه با گروه های دیگر نگرانی هایی علاوه بر سلامت خودشان دارند؛ آنها نگران سلامت جنین شان هستند و اینکه زایمان سالمی داشته باشند.

در طی همه گیری کرونا، کارها و امور روزمره، زندگی اجتماعی و فعالیت های اوقات فراغت زنان باردار به دلیل فاصله اجتماعی و شیوه های جداسازی تغییر می کند (بروکس و همکاران^۸، ۲۰۲۰). در واقع برخی از فعالیت های 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

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

شده و یا تغییر کرده است. در حالی که زنان باردار قادر به انجام فعالیت‌های پیاده‌روی روزانه، خرد، گردش و سایر فعالیت‌ها در بیرون از خانه نبودند؛ کارهای عادی تمیز کردن و نظمت 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 مرابت‌های معمول بارداری و زایمان، یا جدایی از خانواده‌ها و مراقبان و شبکه‌های حمایتی گسترش‌تر 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 ازوا در خانه - تأثیر گذاشته است (ساهن و کاباکسی، ۲۰۲۱). ازوا 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 موقع 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 یافته (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 دهنده و شدت‌بخشی به این اقدامات به شکلی وسوس‌گونه 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 زایمان‌گرده، سعی در سازگاری با این شرایط با توصل به انواع روش‌های مقابله‌ای را داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های مرتضوی و قاراداشی (۲۰۲۱)، ساهن 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 شغفت‌انگیز مردم برای سازگاری با شرایط نامطلوب زندگی مانند همه‌گیری کووید ۱۹ اشاره می‌کند.

در این زمینه می‌توان گفت انعطاف‌پذیری به طور گسترش‌های در رابطه با سازگاری، تغییرات مثبت روانی و ادامه رشد و تکامل، به دنبال ناملایمات مورد تحقیق قرار گرفته است (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 استلالار 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 (مک‌لیش و ردشاو^{۱۲}، ۲۰۱۷). داشتن یک شریک یا بستگان و فamilی حمایت کننده هم برای حمایت عاطفی و هم حمایت ایزاری 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.

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^۱، ۲۰۲۱). همچنین ذکر این نکته ضروری می‌نماید که قادر درمانی، به ویژه پزشکان، ماماهای پرستاران به طور منحصر به فردی برای حمایت از زنان و خانواده‌های آنها در طول این فرآیند مناسب هستند. ارتباط دلسوزانه و بیمار محور که اطلاعات واضح و جاری را ارائه می‌کند، برای کاهش اضطراب زنان در مورد تغییرات نامشخص و غیرقابل پیش‌بینی خطمنشی‌های مربوط به روند کووید-۱۹ و محدودیت‌های بازدید کنندگان از اهمیت بالایی برخوردار است. پزشکان می‌توانند حس استقلال و قدرت زنان را با توانمندسازی آنها برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های 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^۲، ۲۰۲۱). همچنین بسیاری از شرکت‌کنندگان امید و آرامش را از اعتقادات دینی و معنویت به دست آورند. 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^۳، ۲۰۲۰).

محدودیت‌های مرتبط با پژوهش حاضر این است که در انتخاب مشارکت‌کنندگان سعی شد افرادی برگزیده شوند که مهارت‌های کلامی نسبتاً 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^۴ درآورد و از سوگیری جلوگیری نماید؛ 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 اسکای روم^۵) 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 تجربه زنان از فرزندآوری در دوره همه‌گیری، قادر درمانی می‌توانند به نیازهای این گروه که ممکن است در شرایط فوق العاده خاصی باشد، حساس‌تر شده و پاسخ‌گوی باشند. اگر زنان به منابع معمول حمایت اجتماعی دسترسی نداشته باشند و در ازوا 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 تجرب موفق زایمان را بهبود بخشد. از آنجا که شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که استرس، افسردگی و تعارض پاسخ اینمی 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

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 دوره کووید-۱۹. *فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناسی*, ۱۲(۳)، ۸۴-۵۹.
- 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 پیراپرشکی و بهداشت نظامی*, ۱۵(۳)، ۷۲-۶۵.
- چمنی، س.، شکریگی، ع.، و مشفق، م. (۱۳۹۵). مطالعه تعیین‌کننده جامعه‌شناختی فرزندآوری (مورد کاوی: زنان متاهل شهر تهران). *راهبرد/جتماعی فرهنگی*, ۵(۲۰)، ۱۳۷-۱۶۵.
- شرف‌الدین، س. ح.، و چراغی کوتایانی، 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 (جامعه‌شناسی زنان)*, ۴(۲)، ۱۰۹-۱۳۶.
- میرابی، س.، میرزائی، ح.، و حسنی درمیان، غ. ر. (۱۳۹۹). بررسی پدیدارشناسانه آگاهی زنان متأهل از فرزندآوری، *جامعه‌شناسی کاربردی*, ۳(۳۱)، ۱-۲۰.
- همون، ح. ع. (۱۳۹۴). راهنمای عملی پژوهش کیفی. *تهران: سمت*, 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](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>

- 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., & Dellafore, 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://d1wqxts1xze7.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., Lednický, 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>

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

- 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., Oduseyo, 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>