ORIGINAL ARTICLE

Relationship between Spiritual Health and the Effects of Grief in Bereaved Survivors of COVID-19 in Mashhad, Iran 2020

Mohammad reza Fayyazi bordbar[1],
Nasrin Chalakinia[2],
Farah Alizadeh Joumendi[3],
Ali Delshad Noghabi[4],
Seyedeh Tayebeh Hoseini[3],
Fatemeh Moharari[5],
Azita Keshavarz[6],
Mahdi Ebrahimi[7]

[1] Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ebnsina Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Ebnsina Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[3] Resident in Psychiatry, School of Medicine, Ebnsina Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[4] Assistant Professor, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
[5] Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Ebnsina Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[6] Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran
[7] Professor, Department of Islamic Studies, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received February 3, 2021 ; Accepted April 14, 2021)

Abstract

Background and purpose: Coronavirus 2019 (COVID-19) is an infectious disease with a death rate of 1-5%. The aim of this study was to determine the relationship between spiritual health and the effects of grief from the loss of loved one due to COVID-19.

Materials and methods: This cross-sectional study was performed in 312 family members of the deceased COVID-19 patients in Mashhad, Iran, April-September 2020. Non-randomized sampling was performed and data were collected online using the Grief Experience Questionnaire (GEQ-34) and the Spiritual Well Being Scale. Data were analyzed using descriptive tests and Pearson correlation coefficient.

Results: According to findings, the highest score in dimensions of grief experience was found for the dimension of stigma (3.89±0.54), followed by the attempt to justify and cope with the absence of the deceased person (3.49±0.43), and judgment of the person or others about the cause of death (3.23±0.37). The highest relationship between spiritual health and reducing the effects of grief was seen in the dimensions of embarrassment and shame (r= -0.593), guilt (r= -0.566), and abandonment (r= -0.535).

Conclusion: Abnormal grief in the family of deceased COVID-19 patients is common which could have a negative impact on physical, mental, social, and functional health. So, social support and strengthening spiritual health are needed to reduce the effects of grief in bereaved survivors.

Keywords: Coronavirus, spiritual health, grief reaction

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31(198): 109-118 (Persian).

*** Corresponding Author: Farah Alizadeh Joumendi -** School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (E-mail: alizadehjf971@mums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و یکم شماره ۱۹۸ تیر سال ۱۴۰۰ (۱۱۸-۱۰۹)

ارتباط بین سلامت معنوی و اثرات سوگ در خانواده متوفیان ناشی از کووید-۱۹ در شهر مشهد-۱۳۹۹

محمدرضا فیاضی بردبار[۱]
نسرین چالاکی نیا[۲]
فرح علیزاده جویمندی[۳]
علی دلشاد نوقابی[۴]
سیده طیبه حسینی[۳]
فاطمه محرری[۵]
آزیتا کشاورز[۶]
مهدی ابراهیمی[۷]

چکیده

سابقه و هدف: بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ (COVID-19)یک بیماری عفونی است که در آن، ۵-۱درصد موارد ابتلا منجر به مرگ می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و اثرات سوگ در خانواده متوفیان ناشی از کووید-۱۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۱۲ نفر از اعضای خانواده متوفیان به علت کووید-۱۹ در فاصله فروردین تا شهریور ماه سال ۱۳۹۹ در شهر مشهد انجام شد. نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی بود. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ-34) بارت و اسکات و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون به صورت آنلاین جمع‌آوری شد. داده‌ها با آزمون توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۷ بعد تجربه سوگ، براساس نمره استاندارد شده، بیش‌ترین نمره مربوط به بعد بدنامی یا استیگما (۳/۸۹±۰/۵۴)، سپس بعد تلاش برای توجیه و کنار آمدن با فقدان متوفی (۳/۴۹±۰/۴۳) و بعد از آن بعد قضاوت شخص یا دیگران در مورد دلیل فوت (۳/۲۳±۰/۳۷) بود. بیش‌ترین ارتباط سلامت معنوی بر کاهش آثار سوگ به‌ترتیب در ابعاد خجالت و شرمندگی (r= -۰/۵۹۳)، احساس گناه (r= -۰/۵۶۶) و احساس ترک شدن (r= -۰/۵۳۵) بود.

استنتاج: تجربه سوگ نابهنجار در خانواده متوفیان ناشی از کووید-۱۹ شایع بود و این اختلال می‌تواند بر سلامت جسمی، اجتماعی و عملکرد فرد تاثیر منفی داشته باشد، بایستی از طریق حمایت اجتماعی و تقویت سلامت معنوی در کاهش آثار سوگ بازماندگان تلاش نمود.

واژه های کلیدی: ویروس کرونا، سلامت معنوی، واکنش سوگ

مقدمه

کرونا ویروس‌ها خانواده‌ای بزرگ از ویروس‌ها هستند که ممکن است باعث عفونت‌های تنفسی از سرماخوردگی تا بیماری‌های شدیدتر مانند MERS و SARS شوند. اخیراً این ویروس به نام کووید- ۱۹ (COVID-19)

مولف مسئول: فرح علیزاده جویمندی- مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی E-mail: alizadehjf971@mums.ac.ir
۱. استاد، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دستیار تخصصی روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. استادیار، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۵. دانشیار ،گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۶. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
۷. استاد ،گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۹/۱۱/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۹/۱۲/۲ تاریخ تصویب : ۱۴۰۰/۱/۲۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

نام‌گذاری شده است. شیوع ویروس جدید از دسامبر سال ۲۰۱۹ در یوهان چین آغاز شد(۱). ویروس ناشی از کووید- ۱۹ به راحتی در جامعه گسترش می‌یابد. این گسترش به این معنی است افرادی که در یک منطقه به ویروس آلوده شده‌اند، مطمئن نیستند که چگونه یا کجا آلوده شده اند(۳،۲). مناطق با موارد کووید- ۱۹ تأیید شده توسط سازمان بهداشت جهانی شامل آفریقا، قاره آمریکا، مدیترانه شرقی، اروپا، آسیای جنوب شرقی و اقیانوس آرام غربی است(۴). کرونا ویروس در ایران نیز شیوع پیدا کرد و به سرعت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم را به خطر انداخت(۵). در پی بحران پاندمی بیماری کروناویروس در نقاط مختلف جهان، همه‌گیری کروناویروس در ایران به‌صورت رسمی در ۲۹ بهمن ۱۳۹۸ تأیید شد. به گفته روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران تا ۱۰ فروردین ۱۴۰۰، تعداد ۱۸۷۵۲۳۴ بیمار مبتلا شناسایی شده که از این تعداد ۶۲۵۶۹ نفر جان باخته‌اند، یعنی این بیماری با میزان مرگ ۳/۳۷ درصد همراه بوده است(۶). یکی از موارد تاثر انگیز برای خانواده های بیماران فوت شده به علت کرونا، مساله چگونگی شرایط انتقال و دفن میت و عدم امکان برگزاری مراسم سوگواری می‌باشد. با توجه به اینکه متوفیان ناشی از کووید-۱۹ باید با شرایط خاص بهداشتی دفن شوند و خانواده آنان نیز اجازه دیدن میت و وداع را ندارند، مسلما اعضای خانواده آنان دچار سوگ غیرنرمال یا نابهنجار می‌شوند(۷). این سوگ هنگامی رخ می‌دهد که سوگواری ناقص یا ناتمام باشد و فرد در مراسم خاکسپاری و ترحیم شرکت نکرده و یا اجتناب کرده باشد و یا اینکه پدیده فقدان را نپذیرفته و در انکار باشد، نوع مرگ متوفی غیر منتظره و ناگهانی باشد یا فرد چند نفر را همزمان از دست داده باشد. نوع وابستگی هر فرد از اعضای خانواده متوفی نیز ازجمله عواملی است که می‌تواند مانع از طی‌شدن روند طبیعی سوگ گردد(۸). از جمله نشانه‌های سوگ غیرنرمال می‌توان به ایجاد اختلال در زندگی عادی خانواده و یا عدم صحبت درباره مرگ و موضوعات پیرامون آن و نشانه‌های شدید واکنش سوگ اشاره کرد(۹). میلیون ها نفر در سراسر دنیا به دلیل بیماری همه گیر کرونا ویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) از دست دادن یکی از عزیزان خود را تجربه کرده اند. با توجه به مقررات محدودکننده در مراسم عزاداری و تدفین فوت شده گان و دستورات بهداشتی مبنی بر خانه نشینی و رعایت فاصله گذاری اجتماعی، اکثر این افراد فرصتی برای خداحافظی از عزیزانشان پیدا نکرده و در برگزاری مراسم تشییع جنازه شرکت نکرده اند. در نتیجه، اعضای خانواده متوفیان به علت کرونا چرخه غم و اندوه و سوگ منظمی را تجربه نکرده اند که به افراد امکان دهد تا خود را با شرایط فقدان عزیزانشان وفق داده و بهبود ببخشند. عدم وجود یک واکنش سوگ جامع از طرف بازماندگان در سلامت روان آنان اختلال ایجاد نموده، ممکن است همه گیری جدیدی از مشکلات روانی، افسردگی و ناامیدی را مشاهده کنیم (۱۰). نکته دیگر این‌که خانواده و نزدیکان سوگوار ممکن است به‌دلیل شرایط ایزولیشن و قرنطینه خانگی یا غیر خانگی، توانایی ارتباط عاطفی و فیزیکی با بستگان و دوستان را از دست بدهند. همچنین هیجانات فرد بازمانده به نسبت فقدان فرد متوفی می‌تواند متفاوت باشد. از یک طرف ممکن است فرد از این‌که به دلیل شرایط جداسازی و قرنطینه و بستری بیمارش در شرایط ویژه در طی بستری قبل از مرگ و عدم امکان مراقبت از وی در دوران بیماری دچار احساس گناه و خود سرزنشگری شود(۱۱). گاهی هم احساس گناه از اینکه بازماندگان در مورد متوفی سهل انگاری کرده‌اند نیز فرد را آزار خواهد داد. تمامی نکات ذکر شده سبب ایجاد مشکلات عدیده در حل و فصل سوگ افراد در اپیدمی‌ها خواهد شد(۱۲). پس از مرگ عزیزان، چگونگی ادراک فقدان توسط فرد بازمانده، به عواملی مانند میزان نزدیکی (همبستگی و نوع ارتباط) و غیرمنتظره بودن فقدان بستگی دارد(۱۳). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. سلامت معنوی با دیگر ابعاد سلامتی مرتبط است

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد(۱۴). این بُعد از سلامتی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌هایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود(۱۵).

سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است: ۱- سلامت معنوی مذهبی که نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست، ۲- سلامت معنوی وجودی، یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است؛ از این‌که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت معنوی مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می‌کند در حالی که بعد سلامت معنوی وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد(۱۶). بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود(۱۷).

پژوهش‌های بسیاری بر نقش معنویت در ارتقای سلامت افراد انجام شده است. درمطالعه‌ای نشان داده شد که معنویت، نقش مهمی درسازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی ازبیماری‌ها و شرایط پراسترس دارد(۱۸). در پژوهش دیگری مشخص شد که فراهم‌کردن عوامل حمایتی مانند مذهب و معنویت می‌تواند منجر به تاب‌آوری در برابر ناملایمات زندگی و استرس‌ها شود(۱۹).

سلامت معنوی نقش مهمی در هماهنگی ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی ایفا می‌کند و جهت سازگاری با شرایط پر استرس از قبیل بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج و یا مرگ غیرمنتظره عزیزان لازم است. فرد دارای سلامت معنوی پایین در معرض خطر ابتلا به اختلالات روحی و روانی ازقبیل احساس تنهایی، افسردگی واز دست دادن معنا در زندگی است(۱۷). پدیده سوگ از نظر واکنش‌های روانی پیچیده‌ای که پس از تجربه مرگ عزیزان ایجاد می‌کند حائز اهمیت است(۲۰). همچنین علت مرگ همواره به عنوان عاملی موثر در واکنش سوگ شناخته شده است و شواهد زیادی وجود دارد که مرگ غیرمنتظره و ناگهانی به واکنش شدیدتر در بازماندگان منجر می‌شود(۲۱،۲۲). لذا با توجه به پاندمی بیماری کووید-۱۹ و موارد مرگ‌های اجتناب ناپذیر ناشی از آن و شرایط خاص رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی و انجام مراسم تدفین با شیوه بهداشتی و عدم برگزاری مراسم برای متوفی، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و اثرات سوگ در خانواده متوفیان ناشی از کووید-۱۹ در شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی به صورت مقطعی در فروردین تا شهریور ماه سال ۱۳۹۹، در شهر مشهد انجام شد. جامعه پژوهش اعضای خانواده متوفیان به علت کووید-۱۹ شامل همسر، والدین، فرزندان و خواهر یا برادر متوفی با سن بالای ۱۸ سال در شهر مشهد بود. حجم نمونه با توجه به فرمول کوکران در جامعه محدود با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۵ تعداد ۳۰۶ نفر تعیین شد که در این مطالعه ۳۱۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به‌شیوه غیرتصادفی و در دسترس بود به این صورت که ابتدا پس از دریافت شناسه اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره IR.MUMS.REC.1399.162، شماره تلفن خانواده فوت‌شدگان به‌علت بیماری کرونا از مراجع ذیصلاح اخذ و پس از تماس با خانواده متوفی شامل همسر، فرزند بزرگ‌تر ار ۱۸ سال، پدر، مادر، خواهر یا برادر اهداف پژوهش و محرمانه بودن نتایج توضیح داده شد.سپس یکی ازافراد خانواده پس از داشتن رضایت آگاهانه از طریق ارسال لینک پرسشنامه به شماره همراه اعلام شده درشبکه‌های اجتماعی تلگرام یا واتساپ، اقدام به تکمیل پرسشنامه به‌صورت اینترنتی درسامانه نظرسنجی و پرسشنامه آنلاین porsline کرد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- فردی از خانواده پاسخ‌دهنده با تشخیص قطعی بیماری کرونا از بهمن ماه ۱۳۹۸ به بعد فوت کرده باشد، ۲- اعضای خانواده متوفی وابستگی همسر، پدر، مادر، فرزند دارای سن بیش‌تر از ۱۸ سال، خواهر و برادر با متوفی داشته باشند، ۳- رضایت جهت همکاری و تکمیل پرسشنامه داشته باشند،۴- مبتلا به اختلال روانپزشکی که به‌علت آن به روانشناس یا روانپزشک مراجعه و تحت درمان بوده یا سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی در یک سال اخیر نداشته باشد، ۵- حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد،۶- امکان دسترسی به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی حداقل برای یکی از اعضای خانواده متوفی فراهم باشد. معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در ضمن پاسخگویی و تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه بخش بود:

۱- پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک فرد پاسخ‌دهنده از اعضای خانواده متوفی و برخی ویژگی‌های فردی و بیماری‌های زمینه‌ای متوفی با سوال از خانواده متوفی بود.

۲- پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ-34): پرسشنامه تجربه سوگ (Experience Grief Questionnaire) اولین بار توسط بارت و اسکات در سال ۱۹۸۸ ارائه شد. این پرسشنامه یک ابزار خودآزما است که برای سنجش واکنش‌های سوگ طراحی شده است و در ایران روایی و پایایی آن در مطالعه مهدی پور و همکاران با محاسبه ضریب همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تایید شده است. این پرسشنامه دارای ۳۴ سوال بوده و هدف آن ارزیابی احساسات افراد پس از مرگ عزیزان در ۷ بعد مختلف احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت شخص یا دیگران، خجالت/ شرمندگی، بدنامی می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز نمره ۱ تا همیشه نمره ۵ می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۳۴ و حداکثر ۱۷۰ است که هر چه نمره فرد بیش‌تر باشد، اثرات تجربه سوگ در وی بیش‌تر است. نمره بین ۳۴ تا ۶۸ تجربه سوگ کم، نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲ تجربه سوگ متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۲ تجربه سوگ زیاد است(۲۰).

۳- پرسشنامه سلامت معنوی: پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و آلیسون(۱۹۸۲): این پرسشنامه ۱۰ سؤال آن سلامت معنوی مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت معنوی وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هرکدام به‌تفکیک ۶۰-۱۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره به‌دست آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی ویا وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده به گونه‌ای که به گزینه کاملاً موافقم مقدار ۶، موافقم مقدار ۵، نسبتاً موافقم مقدار ۴، نسبتاً مخالفم مقدار ۳، مخالفم مقدار ۲ و کاملاً مخالفم مقدار ۱ تعلق می‌گیرد که در بعضی گزینه‌ها به‌طور معکوس نمره داده می‌شود. از نظر رتبه‌بندی کیفی سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی می‌شود(۲۳). در ایران در پژوهش سید فاطمی و همکاران روایی پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوا تعیین شد. پایایی هم از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۸۲٪ تعیین گردید(۲۴). داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی شامل میانگین و انحراف‌معیار نمرات، فراوانی مطلق و نسبی داده‌ها وضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. P کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

یافته ها

میانگین سنی اعضای خانواده متوفیان ۱۰/۷۱±۴۰/۴۳ سال بود. ۷۶/۹ درصد پاسخ گویان زن و بقیه مرد بودند. اکثر افراد از سطح تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند (۶۳/۵ درصد). اکثریت افراد شاغل (۶۱/۶۰ درصد) و ۶۲/۱ درصد متاهل بودند. در ۵۱/۹۰ درصد موارد نسبت متوفی با پاسخ گو، پدر یا مادر بود. میانگین سنی متوفیان ۱۴/۷۳±۵۹/۸۲ سال بود. ۵۹/۶ درصد از متوفیان سن بالاتر از ۶۰ سال داشتند. ۸۲/۷ درصد از متوفیان حداقل دارای یک بیماری مزمن از قبیل دیابت، بیماری قلبی عروقی، فشار خون بالا و یا بیماری مزمن انسدادی ریه بودند. ۲۶/۹ درصد متوفیان دارای سابقه مصرف مداوم یا متناوب سیگار یا قلیان بودند (جدول شماره ۱). براساس نتایج جدول شماره ۲، از ۷ بعد پرسشنامه تجربه سوگ، بر اساس نمره استاندارد شده ابتدا بیش‌ترین نمره مربوط به بعد بد نامی یا استیگما (۳/۸۹)، سپس بعد تلاش برای توجیه و کنار آمدن با فقدان متوفی (۳/۴۹) و بعد از آن بعد قضاوت شخص یا دیگران (۳/۲۳) بود. از نظر شدت تجربه سوگ، میانگین تجربه سوگ خانواده‌های متوفیان در حد شدید بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک فوت شدگان ناشی از کرونا در شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ (N= ۳۱۲)

متغیر		تعداد (درصد)
گروه سنی فوت شده	کم تر از ۲۰ سال	۶ (۱/۹)
	۲۱-۴۰	۳۰ (۹/۶)
	۴۱-۶۰	۹۰ (۲۸/۸)
	۶۱-۸۰	۱۸۰ (۵۷/۷)
	بالاتر از ۸۰ سال	۶ (۱/۹)
جنس	زن	۱۰۸ (۳۴/۶)
	مرد	۲۰۴ (۶۵/۴)
ابتلا به دیابت	بلی	۹۶ (۳۰/۸)
	خیر	۲۹۶ (۶۹/۲)
ابتلا به فشار خون بالا	بلی	۸۴ (۲۶/۹)
	خیر	۲۲۸ (۷۳/۱)
ابتلا به COPD	بلی	۵۴ (۱۷/۳)
	خیر	۲۵۸ (۸۲/۷)
ابتلا به حداقل یک بیماری مزمن	بلی	۲۵۸ (۸۲/۷)
	خیر	۵۴ (۱۷/۳)
مصرف سیگار یا قلیان	بلی	۶۰ (۱۹/۲)
	گاهی	۲۴ (۷/۷)
	خیر	۲۲۸ (۷۳/۱)

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف‌معیار نمره تجربه سوگ و ابعاد آن در افراد خانواده متوفیان به علت کرونا در شهر مشهد در سال ۱۳۹۹

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	میانگین نمره تراز شده از ۱۰۰	رتبه ابعاد بر اساس نمره تراز شده
احساس گناه	۵/۴ ± ۲۲/۱	۴۶/۶	۷
تلاش برای توجیه و کنار آمدن	۱۵/۱ ± ۷۷/۳	۵۸/۲	۲
واکنش های بدنی	۹/۶ ± ۵۹/۲	۴۷/۳	۵
احساس ترک شدن	۱۲/۱ ± ۲۸/۴	۴۷/۱	۶
قضاوت دیگران در مورد فوت	۶/۴ ± ۴۳/۳	۵۳/۸	۳
خجالت/شرمندگی	۱۴/۶ ± ۸۹/۱	۴۹/۶	۴
بدنامی (استیگما)	۹/۲ ± ۵۱/۸	۶۴/۸	۱
نمره کل تجربه سوگ	۲۲/۳۵ ± ۱۰۳/۳۴	-	-

میانگین نمره سلامت معنوی کل خانواده متوفیان ۱۲/۵۶±۷۷/۸۲ و در حد متوسط، سلامت معنوی مذهبی ۵/۹۳±۴۰/۸۷ و سلامت معنوی وجودی ۷/۹۲±۳۶ /۹۵ بود. از نظر ارتباط بین آثار سوگ با سلامت معنوی، نتایج براساس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که در تمامی ابعاد تجربه سوگ با سلامت معنوی کلی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت به این معنی که افراد خانواده متوفیانی که نمره سلامت معنوی بیش‌تری داشتند، آثار سوگ در آنان کم‌تر بود (P <۰/۰۰۱). در بین دو بعد سلامت معنوی، سلامت معنوی وجودی یا درونی رابطه قوی‌تری (r= −۰/۶۱۵) نسبت به سلامت معنوی مذهبی یا محیطی(r= −۰/۴۶۵) با تجربه سوگ داشت. بیش‌ترین تاثیر سلامت معنوی بر کاهش آثار سوگ به ترتیب در ابعاد خجالت و شرمندگی، احساس گناه و احساس ترک شدن بود (جدول شماره ۳).

بحث

این پژوهش به منظور تعیین ارتباط سلامت معنوی و اثرات سوگ در خانواده متوفیان ناشی از کووید-۱۹ انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که ابعاد بد نامی یا استیگما، تلاش برای توجیه و کنارآمدن با فقدان متوفی، قضاوت شخص یا دیگران در مورد علت فوت متوفی و احساس خجالت و شرمندگی بیش‌ترین ابعاد تاثیرپذیر در تجربه سوگ خانواده متوفیان بود. در تبیین یافته پژوهش حاضر در خصوص دو عامل خجالت/ شرمندگی و بدنامی، می‌توان چنین اظهار کرد که خجالت/ شرمندگی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

جدول شماره ۳: ماتریکس همبستگی تجربه سوگ و ابعاد آن با سلامت معنوی وابعاد آن در افراد خانواده متوفیان به علت کرونا در شهر مشهد در سال ۱۳۹۹

ابعاد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱-احساس گناه	۱										
۲- تلاش برای توجیه و کنار آمدن	r=۰/۵۶۷ p<۰/۰۰۱	۱									
۳- واکنش های بدنی	r=۰/۲۹۳ P<۰/۰۰۱	r=۰/۳۸۱ P<۰/۰۰۱	۱								
۴-احساس ترک شدن	r=۰/۶۶۱ P<۰/۰۰۱	r=۰/۴۹۰ P<۰/۰۰۱	r=۰/۲۴۹ P<۰/۰۰۱	۱							
۵- قضاوت شخص یا دیگران	r=۰/۶۵۰ P<۰/۰۰۱	r=۰/۵۱۲ P<۰/۰۰۱	r=۰/۲۷۴ P<۰/۰۰۱	r=۰/۴۸۵ P<۰/۰۰۱	۱						
۶- خجالت/شرمندگی	r=۰/۶۴۱ P<۰/۰۰۱	r=۰/۳۳۱ P<۰/۰۰۱	r=۰/۱۸۸ P<۰/۰۰۱	r=۰/۶۲۹ P<۰/۰۰۱	r=۰/۳۶۳ P<۰/۰۰۱	۱					
۷- بدنامی (استیگما)	r=۰/۵۱۸ P<۰/۰۰۱	r=۰/۲۶۱ P<۰/۰۰۱	r=۰/۳۶۳ P<۰/۰۰۱	r=۰/۴۶۲ P<۰/۰۰۱	r=۰/۴۶۵ P<۰/۰۰۱	r=۰/۵۳۳ P<۰/۰۰۱	۱				
۸- نمره کل تجربه سوگ	r=۰/۸۸۱ P<۰/۰۰۱	r=۰/۷۲۶ P<۰/۰۰۱	r=۰/۵۴۰ P<۰/۰۰۱	r=۰/۷۷۷ P<۰/۰۰۱	r=۰/۷۲۵ P<۰/۰۰۱	r=۰/۷۲۴ P<۰/۰۰۱	r=۰/۸۷۵ P<۰/۰۰۱	۱			
۹- سلامت معنوی وجودی	r= -۰/۵۶۱ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۵۰۹ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۱۹۹ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۵۱۷ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۳۰۹ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۵۳۵ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۳۱۱ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۶۱۵ P<۰/۰۰۱	۱		
۱۰- سلامت معنوی مذهبی	r= -۰/۴۵۰ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۲۵۷ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۰۷۸ P=۰/۱۷۰	r= -۰/۴۴۰ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۲۵۱ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۵۴۱ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۳۲۹ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۴۶۵ P<۰/۰۰۱	r= ۰/۶۳۶ P<۰/۰۰۱	۱	
۱۱- سلامت معنوی کل	r= -۰/۵۶۶ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۴۴۲ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۱۶۲ P=۰/۰۰۴	r= -۰/۵۳۵ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۳۱۴ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۵۹۳ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۳۵۱ P<۰/۰۰۱	r= -۰/۵۹۶ P<۰/۰۰۱	r=۰/۸۷۳ P<۰/۰۰۱	r=۰/۹۳۱ P<۰/۰۰۱	۱

و بدنامی نشانه‌های خاص سوگ ناشی از خودکشی، اعدام، مرگ به‌علت مصرف مواد مخدر و یا بیماری‌هایی که انگ اجتماعی محسوب می‌شوند بوده، چنان‌که برخی شواهد نیزحاکی از بارزتر و شدیدتر بودن نشانه‌های معین سوگ از جمله احساس شرم و بدنامی پس از خودکشی در خانواده آنان است(۲۳).

Harwood و همکاران در مطالعه بر روی بازمانده‌های خودکشی به این نتجه رسیدند که نمرات آن‌ها در آیتم‌های واکنش‌های منحصر به فرد بدنامی و خجالت/ شرمندگی از پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ-34) به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. حال آن‌که میانگین نمرات در زیر مقیاس تلاش برای یافتن توجیه و احساس گناه در دو گروه مشابه بود(۲۵). این یافته مشابه با یافته‌های پژوهش Barrett و Scott در ۱۹۹۰ بود که در آن گروه داغدار به علت خودکشی متوفی نمرات بالاتری را درخرده مقیاس‌های مذکور به‌دست آوردند(۲۶). از این رو می‌توان این دو عامل را به منظور تشخیص افتراقی سوگ ناشی از خودکشی و یا ناشی از بیماری‌هایی از قبیل کووید-۱۹ که از نظر جامعه انگ اجتماعی محسوب می شود و افراد سعی در پنهان کردن بیماری خود و یا علت فوت افراد خانواده در اثر کرونا دارند، از دیگر انواع سوگ به‌کار برد. علت مرگ همواره به عنوان عاملی موثر در واکنش سوگ شناخته شده است و شواهد زیادی وجود دارد که مرگ غیرمنتظره و ناگهانی به واکنش شدیدتر در بازماندگان منجر می شود(۲۲). با توجه به این‌که سوگ نابهنجار یکی از اختلالات روان می‌باشد، بنابراین در حوزه بالینی و روانپزشکی اغلب متخصصان با افراد داغدیده‌ای روبرو می‌شوند که درمان آن‌ها ممکن است به جوانب مختلف سوگواری شان از قبیل علت فوت فرد متوفی بستگی داشته باشد. شناخت دقیق مشکلات و مسائل یک فرد داغدیده می‌تواند پیش شرط یک مداوا و مشاوره ثمربخش باشد، از این رو سنجش این ابعاد نیز اهمیت شایانی دارد. بدین دلیل و نیز به خاطر اهداف تحقیقاتی و بالینی، اجرای ابزارهای سنجش برای افراد سوگوار امری است که ارزش توجه دارد(۹). در این مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

مشخص شد که ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی بخصوص سلامت معنوی وجودی با کاهش آثار سوگ وجود دارد. هرچند مطالعات اندکی در رابطه بین سلامت معنوی و آثار سوگ انجام شده است اما در ارتباط با سایر ویژگی‌ها و یا اختلالات نقش سلامت‌معنوی مشخص شده است. در مطالعه‌ای که Fehring و همکاران در رابطه با ارتباط بین سلامت معنوی و امیدواری انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که بین سلامت معنوی وجودی و امیدواری و حالات خلقی مثبت رابطه مستقیم وجود دارد(۲۷). بالا بودن شدت واکنش سوگ در حد شدید در خانواده متوفیان ناشی از کرونا در این مطالعه با نتایج مطالعاتی در ایران(۱۳)، ژاپن(۲۱) و آمریکا(۲۲) همسو است. در این مطالعات نیز شدت واکنش سوگ در افراد خانواده فوت شدگان در اثر مرگ ناگهانی به علت خودکشی، تصادفات و بیماری حاد در حد شدید گزارش شده است.

ازمحدودیت‌های این مطالعه تکمیل اینترنتی پرسشنامه بود که علی‌رغم این‌که پرسشنامه‌ها خودگزارشی بوده اما بر پاسخگویی دقیق به سوالات تاکید شد. همچنین با توجه به این‌که فقط افراد دارای گوشی هوشمند و دارای اینترنت می‌توانستند فرم را تکمیل کنند شانس افراد فاقد این امکانات برای تکمیل از بین می‌رفت. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه این‌که نتایج این پژوهش به‌طورکلی و در تمام افراد خانواده متوفیان صرف‌نظر از نسبت فامیلی با توجه تعداد کم پاسخگویان در بعضی از نسبت‌های فامیلی با متوفی از قبیل خواهر یا برادر و یا نقش متوفی در خانواده و ویژگی‌های خانوادگی و وضعیت سلامتی متوفی بیان شده است که مسلما نیاز به حجم نمونه بیش‌تری جهت بررسی موارد ذکر شده می‌باشد.

با توجه به شرایط خاص و تحت کنترل مراسم تدفین و عزاداری در متوفیان ناشی از کرونا و بروز آثار شدید واکنش سوگ در اعضای خانواده، توجه به بازماندگان متوفیان ناشی از کرونا و انجام خدمات آموزشی، مشاوره‌ای، حمایتی و درمانی بایستی مورد توجه قرار گیرد. تقویت سلامت معنوی و افزایش حمایت‌های اجتماعی از بازماندگان می‌تواند در کاهش آثار سوگ در بازماندگان متوفیان ناشی از کووید-۱۹ موثر باشد. همان‌گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به هم ارتباط دارند و بر هم تأثیر می‌گذارند، سلامت معنوی نیز با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و بر سلامت فرد تأثیرگذار است که بهتر است برای ارتقای سلامت به آن توجه شود. همچنین توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در واکنش به سوگ نیز حائز اهمیت می‌باشد. پیگیری و انجام مداخلات تشخیصی و روانشناختی در اعضای خانواده متوفی پس از تدفین ضروری به‌نظر می‌رسد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری وحمایتی و همچنین توجه به درمان سوگ نابهنجار به کار رود. با توجه به بالا بودن اثرات سوگ ناشی از مرگ به علت کرونا در خانواده متوفیان، ضروری است اطرافیان و همچنین درمانگران توجه و حمایت بیش‌تری نسبت به اعضای خانواده داغدیده داشته باشند.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته شده از طرح تحقیقاتی مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد که در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شناسه اخلاق IR.MUMS.REC.1399.162 به تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به خاطر حمایت مالی، از ریاست محترم، معاونت پژوهشی و حراست محترم بیمارستان روانپزشکی ابن سینا مشهد و خانواده محترم متوفیان که با پاسخ‌گویی دقیق ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

References

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report, 34. 2020. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331220. Accessed May 2, 2020.
2. Tong Z, Tang A, Li K, Li P, Wang HL, Yi PJ, et al. Potential Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2, Zhejiang Province, China, 2020. Emerg Infect Dis 2020; 26(5): 1052-1054.
3. Jernigan JA, Low DE, Helfand RF. Combining Clinical and Epidemiologic Features for Early Recognition of SARS. Emerg Infect Dis 2004; 10(2): 327-333.
4. Robbins R, Klotz S. Brief review of coronavirus for healthcare professionals. Southwest J Pulm Crit Care 2020; 20(2): 69-70.
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020; 323(13): 1239-1242.
6. Worldometers. Worldometers coronavirus in Iran. 2021. Available at: https://www.worldometers.info/coronavirus/country/iran/. Accessed May 2, 2021.
7. Johnson P. Focus on the family, coping with death and grief. 2020. Available at: https://www.focusonthefamily.com/get-help/coping-with-death-and-grief/. Accessed May 2, 2021.
8. Weissman M, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.
9. Wetherell LJ. Complicated grief therapy as a new treatment approach. Dialogues Clin Neurosci 2012; 14(2): 159-166.
10. Mortazavi SS, Assari S, Alimohamadi A, Rafiee M, Shati M. Fear, Loss, Social Isolation, and Incomplete Grief Due to COVID-19: A Recipe for a Psychiatric Pandemic. Basic Clin Neurosci 2020; 11(2): 225-232.
11. Ripoll S, Gercama I, Jones T, Wilkinson A. Social Science in Epidemics: Ebola Virus Disease Lessons Learned. Background report. (2018). Available at: https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14160. Accessed May 2, 2020.
12. Tavakoli A, Vahdat K, Keshavarz M. Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): An Emerging Infectious in the 21st Century. Iran South Med J 2020; 22(6): 432-450 (Persian).
13. Esmaeilpour K, Bakhshalizadeh Moradi S. The Severity of Grief Reactions Following Death of First-Grade Relatives. IJPCP 2015; 20(4): 363-371 (Persian).
14. World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems ICD-10. Geneva: World Health Organization; 2005.
15. Abbasi M, Shamsi Gooshki E, Movahedi H, Saffari S. Spiritual care at the end of life, Systematic review. Iranian Journal of Medical Ethics 2014; 8(30): 99-131 (Persian).
16. Dehshiri Gh, Sohrabi F, Jafari, Najafi M. Asurvey Of Psychometric Properties Of Spiritual Well-Being Scale Among University Students Psychological Studies 2008; 4(3): 129-144 (Persian).
17. Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. Int J Nurs Stud 1995; 32(5): 457-468.
18. Livneh H, Lott S, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]

and disability: A cluster analytic approach. Psychol Health Med 2004; 9(4): 411-430.

19. Hamid N, Keikhosravani M, Babamiri M, Dehghani M. The relationship between mental health, spiritual intelligence with resiliency in student of Kermanshah University of Medical Sciences. AJUMS 2012; 3(2): 331-338 (Persian).
20. Mehdipour S, Shahidi Sh, Roshan R, Dehghani M. The Validity and Reliability of "Grief Experience Questionnaire" In an Iranian Sample. Daneshvar Raftar 2009; 16(37): 35-48 (Persian).
21. Miyabayashi S, Yasuda J. Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. Psychiatry Clin Neurosci 2007; 61(5):502-508.
22. Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. How they died, time since loss and bereavement outcomes. Omega (Westport) 2009; 58(4): 251-273.
23. Yousefi F, Rafiee S, Tairi F. The relationship between spiritual health and mental health in students of Kurdistan University of Medical Sciences. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2019; 6(4): 100-109 (Persian).
24. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Payesh 2006; 5(4): 295-304 (Persian).
25. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. J Affect Disord 2002; 72(2): 185-194.
26. Barrett TW, Scott TB. Development of the grief experience questionnaire. Suicide Life Threat Behav 1989; 19(2): 201-215.
27. Fehring R, Miller J, Shaw C. Spiritual wellbeing well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Oncol Nurs Forum 1997; 24(4): 663-671.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1400.31.198.16.8]