

## بررسی میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی در خانواده‌های شهر کرمان

مهدی تاج‌الدینی<sup>۱</sup>، عشرت کریمی افشار<sup>۲\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** امروزه بررسی تأثیرات بیماری کرونا بر ایجاد مشکلات روانشناختی در اعضای خانواده بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی ضرورت دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی در خانواده‌های شهر کرمان بود.

**روش پژوهش:** طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه آماری شامل تمامی شهروندان کرمانی در سال ۱۴۰۰ بود که حداقل یکی از اعضای خانواده به بیماری کرونا مبتلا بودند. از این جمعیت به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۸۴ نفر انتخاب شد. ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب کرونا علیپور بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و خی دو به کمک نرم افزار آماری SPSS\_22 انجام شد.

**یافته‌ها:** ۸۳/۰۷ درصد افراد مبتلا به کرونا در جمعیت مورد نظر، اضطراب متوسط به بالا داشتند. کسانی که علائم جسمانی اضطراب کرونا را در این جمعیت دارند برابر ۵۵.۹۸ درصد بود. بین میزان شیوع اختلالات اضطرابی و جنسیت رابطه معناداری نبود. بین میزان شیوع اختلالات اضطرابی و سن، وضعیت تاهل، مقاطع تحصیلی و شغل رابطه معناداری وجود داشت ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی در هنگام شیوع بیماری کرونا و پیامدهای ناشی از آن، اجرای مداخلات روانشناختی با توجه به ویژگی‌های جمعیت شناختی آنان پیشنهاد می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلالات اضطرابی، بحران کرونا، خانواده، ویژگی‌های جمعیت شناختی

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۰/۹/۱۶      **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۰/۱۰/۴


**استناد:** تاج‌الدینی م، کریمی افشار ع. بررسی میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی در خانواده‌های شهر کرمان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۱): ۵۸-۶۹

<sup>۱</sup> . کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران

sarvari.m67@gmail.com, ORCID: 0000000343371314

<sup>۲</sup> . استادیار، گروه روانشناسی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران (نویسنده مسئول)

eshrat\_karimi@yahoo.com, ORCID: 0000000231899755

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز  <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز

است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

## مقدمه:

بهداشت روانی جامعه یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف است. سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند که تحت تاثیر بسیاری از عوامل از جمله بروز بیماری قرار دارد (۱). از ابتدای قرن جدید میلادی بیماری از دسته ویروس‌های کرونا با عنوان کووید ۱۹ به سرعت کل جهان را احاطه کرد که ابعاد مختلف حیات اجتماعی کشورها را به شدت تحت تاثیر قرار داده و تاثیرات منفی آن در طیفی از حوزه‌های سلامتی، اقتصادی و فرهنگی قابل مشاهده است (۲).

از مهم‌ترین نشانه‌های این بیماری تب، لرز، سرفه‌های خشک، اسهال و استفراغ و در حالت‌های شدید مشکلات حاد تنفسی، ایست قلبی و مغزی است که این سه عامل و بالاخص عفونت شدید ریه سبب مرگ بیمار طی یک دوره کوتاه می‌شود (۳). با توجه به قدرت شیوع و انتقال بیماری، سازمان بهداشت جهانی در ۴ فوریه وضعیت اضطراری اعلام نمود و توصیه نمود تا کشورها انتقال فرد به فرد این بیماری را از طریق کاهش تماس افراد بخصوص در مبتلایان و کارکنان بخش‌های مراقبتی و درمانی کاهش داده و گسترش جهانی آن را کنترل نمایند (۴). متأسفانه این روش به تنهایی کارساز نبود و هر روز بر تعداد مبتلایان افزوده شد که برخی از این مبتلایان ناقلان بدون علامت بیماری بودند تا جایی که تعداد روز افزون فوتی‌های کرونا و یا پر شدن بیمارستان‌ها از بیماران کوید ۱۹ موجب شد در برخی کشورها مناطق را قرنطینه کامل (مانند چین و ایتالیا) و یا اجرای مراقبت‌های پیشگیری در سطح کلان و ملی (مانند ایران، امارات، کره جنوبی) در شهرستان، استان یا حتی کل کشور شوند (۵).

اجرای این سیاست‌های بهداشتی علی‌رغم پیامدهای مثبت، موجب بروز اثرات منفی روانشناختی در سطح جامعه شده است. ترس از بیماری، ترس از مرگ، تداخل در فعالیت‌های روزانه، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی (همکاران، دوستان، خانواده)، بروز مشکلات شغلی و مالی و ده‌ها پیامد دیگر سلامت روان افراد جامعه را تهدید می‌نماید. بی‌شک یکی از مهم‌ترین این عوامل، اضطراب مربوط به بیماری کرونا است (۶).

در زمان همه‌گیری یک بیماری مانند کرونا، ترس از بیماری و ترس از مرگ، در کنار آشفتگی فعالیت روزمره، موجب می‌شود تا افراد سالم نیز با اضطراب بیماری درگیر شوند (۷). این شکل از همه‌گیری یک بیماری، در واقع یک رخداد بزرگ اجتماعی است که نه تنها در سطح یک منطقه، که در سطح کشور و کل دنیا مطرح گشته و لازم است تا آثار اجتماعی آن نیز مورد توجه قرار گیرد (۸). از دیدگاه جامعه‌شناسی، شیوع بیماری‌های واگیر مانند زمانی است که حوادث و بلایای طبیعی رخ می‌دهند. حوادثی که هر از چندگاهی رخ نموده و فجایع اجتماعی را رقم می‌زنند. حوادثی که بشر در ایجاد آن‌ها نقشی نداشته است. همچنین همه‌گیری بیماری‌های خطرناک مانند کرونا در سطح جامعه و بروز تلفات انسانی فراوان نیز جزو بلایای طبیعی قلمداد می‌شوند. هرچه سطح گسترش و شیوع بیماری وسیع‌تر باشد، اثرات اجتماعی آن نیز گسترده‌تر خواهد بود (۹).

متخصصان نظام سلامت در سراسر جهان تاکید کرده‌اند که اپیدمی حاضر، صرفاً یک مشکل و پدیده فیزولوژیک نیست و به همان اندازه بر بعد روانشناختی افراد تاثیر می‌گذارد و منجر به سطح وسیعی از اختلالات هراس و اضطراب خواهد شد. تاثیر منفی اپیدمی کرونا بر سلامت روان افراد از همان ابتدای شیوع بیماری مورد توجه سازمان جهانی بهداشت بوده است و اهمیت آن را در کنار رعایت بهداشت فردی در دوران شیوع کرونا و ویروس توصیه کرد (۱۰). اهمیت شناخت وضعیت روانی افراد جامعه ضروری است، زیرا سلامت کلی و آرامش هر جامعه در گرو سلامت روان مردم است و در امر خطیری نظیر کنترل ویروس کرونا که نقش اساسی قطع زنجیره انتقال به عهده مردم است، حمایت روانی و ارتقای سلامت روان مردم از سوی سیاست‌گزاران کشور انکارناپذیر است (۱۱).

علیزاده فرد و صفاری نیا، در پژوهش خود نشان دادند که اضطراب ناشی از کرونا، پیش‌بینی کننده سلامت ورانی افراد می‌باشد (۶). لی و همکاران، دریافتند که با شروع بحران کرونا، اضطراب و افسردگی در بین مردم چین شیوع بالایی داشته است (۱۲). شر، نیز در مطالعه‌ی خود نشان داد که افراد در دوره بحران کرونا دچار اضطراب و اختلالات خواب شده‌اند (۱۳). نصیرزاده و همکاران، نیز نشان دادند که اضطراب و افسردگی افراد در دوران بیماری کرونا افزایش یافته است و از سویی دیگر میزان تاب آوری آن‌ها کم شده است (۱).

وضعیت پرمخاطره بحران کرونا، شناسایی افراد مستعد اختلالات روانشناختی در سطوح مختلف جامعه ضروری بوده تا با راهکارهای مناسب روانشناختی بتوان سلامت این افراد را حفظ نمود. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی در خانواده‌های شهر کرمان بود.

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی جمعیت ساکن در شهر کرمان در سال ۱۴۰۰ به تعداد ۶۳۲۱۶۲ نفر بود که بر اساس فرمول کوکران، با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵٪ و سطح خطای ۵ درصد، حجم نمونه بر ۳۸۴ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی ساده بود. روش جمع آوری داده‌ها بدین ترتیب بود که با توجه به وضعیت شیوع بیماری و عدم امکان ارتباط حضوری، پرسشنامه به صورت آنلاین در سایت پرس‌لاین طراحی و لینک آن از طریق واتس آپ، تلگرام و ایتا در اختیار شرکت کنندگان شهر کرمان قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل: **مقیاس اضطراب کرونا ویروس**: این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتبار یابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۷۹، عامل دوم ۰/۸۶۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱۹ به دست آمد. هم‌چنین مقدار ۲-۸ گاتمن برای عامل اول (۰/۸۸۲=۲-λ)، عامل دوم (۰/۸۶۴=۲-λ) و برای کل پرسشنامه (۰/۹۲۲=۲-λ) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی، استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸۳، ۰/۵۰۷، ۰/۴۱۸، ۰/۳۳۳ و ۰/۲۶۹ است و کلیه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (۱۴). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و خی دو و به کمک نرم افزار آماری SPSS\_22 انجام شد.

### یافته‌ها:

در این پژوهش ۳۸۴ شهروند کرمانی شرکت کردند. ۱۱ نفر (۲۸/۹ درصد) مرد و ۲۷۳ نفر (۷۱/۰۹ درصد) زن بودند. میانگین سنی افراد ۳۵ تا ۴۴ سال بود. ۲۸۲ (۷۳/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان متأهل بودند. میانگین تحصیلات افراد کارشناسی بود. ۲۰۹ نفر (۵۴/۳۱ درصد) و ۱۷۵ نفر (۴۵/۶۹ درصد) بیان کردند که خود یا بستگان‌شان دارای بیماری زمینه‌ای می‌باشند. ۱۵۸ نفر (۴۱/۱۵ درصد) از آن‌ها نسبت به مبتلا شدن به بیماری کرونا انتظار داشتند. ۱۵۵ نفر (۴۰/۴۲ درصد) انتظار بهبود در

صورت مبتلا شدن به بیماری کرونا داشتند. ۲۶۴ نفر (۶۸/۷۵ درصد) مدت زمان انتظار برای پایان پاندمیک بیماری کرونا در آن‌ها بیش از یک سال بود. میزان شیوع اضطراب از لحاظ علائم روانی در جدول ۱، میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا از لحاظ علائم جسمانی در جدول ۲ و میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا در جدول ۳ ارائه شده است.

Table 1. the outbreak of anxiety due to the Corona pandemic in terms of mental and physical symptoms.

شدت اختلال اضطرابی	تعداد (علائم روانی)	درصد (علائم روانی)	تعداد (علائم جسمانی)	درصد (علائم جسمانی)
عدم اضطراب یا اضطراب خفیف	۶۵	۱۶/۹۲	۱۵۷	۴۰/۸۸
اضطراب متوسط	۲۶۸	۶۹/۷۹	۱۶۵	۴۲/۹۶
اضطراب شدید	۵۱	۱۳/۲۸	۶۲	۱۶/۱۶

با توجه به جدول ۱، درصد افراد مبتلا به کرونا که در این جمعیت از لحاظ علائم روانی، اضطراب متوسط به بالا دارند برابر ۸۳/۰۷ درصد بود. کسانی که علائم جسمانی اضطراب کرونا را در این جمعیت دارند برابر ۵۵.۹۸ درصد بود.

Table 2. an outbreak of anxiety due to the Corona pandemic of the whole questionnaire.

شدت اختلال اضطرابی	تعداد	درصد	میانگین نمره اضطراب
عدم اضطراب یا اضطراب خفیف	۲۱۵	۵۵.۹۸	۸/۶۹
اضطراب متوسط	۱۲۰	۳۱.۲۶	۲۲/۱۳
اضطراب شدید	۴۹	۱۲.۷۶	۳۹/۳۷

نتایج آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی‌های دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و اضطراب ناشی از پاندمی کرونا در جدول ۳ ارائه شده است.

Table 3. Chi-square test results to compare the frequency of the two groups in terms of differences in anxiety caused by the Corona pandemic.

P-value	اختلال اضطراب				متغیر
	-	+	-	+	
*	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۰.۰۲	۴۴.۵	۴	۵۵.۵	۵	زیر ۱۵ سال

سن	۱۵ تا ۲۴ سال	۲۶	۳۸.۲	۴۲	۶۱.۷۶
	۲۵ تا ۳۴ سال	۳۷	۵۶.۰۶	۲۹	۴۳.۹۴
	۳۵ تا ۴۴ سال	۵۳	۴۱.۰۸	۷۶	۵۸.۹۲
	۴۵ تا ۵۴ سال	۴۰	۴۲.۵۵	۵۴	۵۷.۴۵
	۵۵ سال و بالاتر	۸	۴۴.۴۴	۱۰	۵۵.۵۶
جنسیت	مرد	۴۷	۴۲.۳	۶۴	۵۷.۷
	زن	۱۲۲	۴۴.۷	۱۵۱	۵۵.۳
وضعیت تاهل	مجرد	۳۲	۳۵.۲	۵۹	۶۴.۸
	متاهل	۱۳۶	۴۸.۲	۱۴۶	۵۱.۸
	مطلقه	۱	۲۵	۳	۷۵
	فوت همسر	۰	۰	۷	۱۰۰
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۲	۳۹.۳	۳۴	۶۰.۷
	دیپلم	۲۵	۴۹	۲۶	۵۱
	کاردانی	۱۶	۵۹.۳	۱۱	۴۰.۷
	کارشناسی	۶۷	۳۹.۲	۱۰۴	۶۰.۸
	کارشناسی ارشد	۳۳	۴۷.۱	۳۷	۵۲.۹
	دکتری	۶	۶۶.۷	۳	۳۳.۳
شغل	بیکار	۴۴	۳۱.۳	۴۳	۴۹.۴
	در حال تحصیل	۱۷	۳۰.۹	۳۸	۶۹.۱
	کارمند	۲۲	۴۰.۷۴	۳۲	۵۹.۲۶
	فرهنگی و آموزشی	۵۳	۴۹.۵	۵۴	۵۰.۵

بهداشت و درمان	۱۲	۵۲.۱۷	۱۱	۴۷.۸۳
مشاغل آزاد	۱۶	۳۸.۹	۲۶	۶۱.۹
بازنشسته	۵	۳۱.۲۵	۱۱	۶۸.۷۵
داشتن بیماری زمینه خود یا بستگان نزدیک	بلی	۱۱۸	۹۱	۴۳.۵
	خیر	۷۸	۹۷	۵۵.۴
انتظار فردنسبت به مبتلا شدن به بیماری کرونا (چقدر احتمال می دهدمبتلا شود)	کم	۱۷	۱۶	۴۸.۵
	متوسط	۹۵	۶۳	۳۹.۵
	زیاد	۱۳۶	۵۷	۲۹.۵
انتظار بهبود فرد (چقدر احتمال می - دهد بهبود یابد) در صورت مبتلا شدن به بیماری کرونا	کم	۵۴	۳۲	۲۸.۹
	متوسط	۶۲	۹۳	۶۰
	زیاد	۸۵	۶۷	۴۴.۱

شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا به تفکیک مشخصه‌های بررسی شده و ارتباط این مشخصه‌ها با اضطراب در جدول ۴ آمده است. با توجه به آزمون اسمیرنوف-کلمگروف ابعاد این پژوهش نرمال نبود و متغیرهای پژوهش ناپارامتریک بودند. از آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی دو گروه از نظر اختلال اضطراب (دموگرافیک) جمعیت شناختی استفاده شد.

بیشترین میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا در رده سنی ۲۵ تا ۳۴ سال (۵۶/۰۶ درصد) و کمترین میزان آن در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال (۳۸/۲ درصد) مشاهده شد. تفاوت بین رده‌های سنی از نظر شدت اضطراب معنی‌دار بود و بین شدت اضطراب و سن رابطه معنی‌دار برقرار بود ( $p = 0/02$ ). شیوع در مردان ۴۲/۳ درصد و در زنان ۴۴/۷ درصد بود. تفاوت میزان شیوع بر جنسیت معنی‌دار نبود و بین جنسیت و شدت اضطراب رابطه معنی‌دار برقرار نبود ( $p = 0/62$ ). افراد متأهل (۴۸/۲ درصد) و کسانی که همسر آنها فوت کرده بود با (۰ درصد) به ترتیب بیشترین و کمترین میزان اختلال رو به خود اختصاص دادند. تفاوت شیوع بین افراد با وضعیت تأهل متفاوت، معنی‌دار بود و بین شدت اضطراب و وضعیت تأهل رابطه معنی‌دار وجود دارد ( $p = 0/012$ ). افرادی که دارای مدرک تحصیلی آنها دکتری بود بیشترین میزان اضطراب (۶۶/۷ درصد) و کسانی که سطح تحصیلات آنها کارشناسی بود کمترین میزان اضطراب (۳۹/۲ درصد) اختلال اضطراب را تجربه کرده بودند. تفاوت شیوع بین مقاطع تحصیلی معنی‌دار بود و بین شدت اضطراب و سطح تحصیلات رابطه معنی‌دار وجود دارد ( $p = 0/001$ ). بیشترین میزان شیوع در

کادر بهداشت و درمان با، ۵۲/۱۷ درصد و کمترین میزان شیوع در افراد در حال تحصیل، ۳۰/۹ درصد بود که این تفاوت با وضعیت اشتغال معنی دار است و بین شدت اضطراب و شغل رابطه معنی دار وجود دارد ( $p = 0/016$ ). بیشترین میزان شیوع اضطراب در افرادی که خود یا یکی از بستگان آن‌ها بیماری زمینه‌ای داشتند با درصد فراوانی ۵۶/۵ درصد می‌باشد که این تفاوت در گروه بیماری زمینه‌ای معنی دار است ( $p = 0/04$ ) بیشترین میزان اختلال اضطراب در افرادی که به احتمال زیاد انتظار داشتند به بیماری کرونا دچار می‌شوند با درصد فراوانی ۷۰/۵ درصد می‌باشد و تفاوت در گروه‌های پاسخ دهنده معنی دار است ( $p < 0/001$ ). همچنین بیشترین اختلال اضطراب را گروهی که امید کمی به بهبودی در صورت ابتلا به بیماری کرونا داشتند با درصد فراوانی ۷۱/۱ دارند و تفاوت در گروهها در این متغیر معنی دار بود ( $p < 0/001$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری:

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اضطراب ناشی از پاندمی کرونا و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی در خانواده‌های شهر کرمان بود. نتایج این پژوهش نشان داد در شرایط بحران کرونا اختلال اضطرابی در بین خانواده‌های شهر کرمان شیوع داشته است. میزان شیوع این اختلال‌ها در جمعیت عمومی ۴۱/۰۱ درصد بوده است. این یافته در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دیگری هم‌چون هم‌سو و هم‌جهت بود. علیرزاده فرد و صفاری نیا، در پژوهش خود نشان دادند که اضطراب ناشی از کرونا، پیش بینی کننده سلامت روانی افراد می‌باشد (۶). لی و همکاران، دریافتند که با شروع بحران کرونا، اضطراب و افسردگی در بین مردم چین شیوع بالایی داشته است (۱۲). شر، نیز در مطالعه‌ی خود نشان داد که افراد در دوره بحران کرونا دچار اضطراب و اختلالات خواب شده‌اند (۱۳). نصیرزاده و همکاران، نیز نشان دادند که اضطراب و افسردگی افراد در دوران بیماری کرونا افزایش یافته است و از سویی دیگر میزان تاب آوری آن‌ها کم شده است (۱).

در تبیین نتیجه این پژوهش می‌توان گفت که اضطراب، یک صفت یا خصوصیت شخصیت نیست، بلکه از طریق یادگیری کسب می‌شود و می‌تواند در نتیجه خطر محیط واقعی یا خطری خیالی پدید آید. اگرچه اضطراب می‌تواند بازتابی از حالت‌های درونی نظیر نگرانی‌های کلی باشد، اما معمولاً با رویدادهای استرس زا نیز همراه است و به نظر می‌رسد برخی از افراد نسبت به آن آسیب پذیرتر از دیگران باشند (۱۵).

اپیدمی‌ها، خصوصاً اپیدمی کرونا که باعث ترس و قرنطینه خود خواسته افراد شده است، می‌تواند به‌عنوان یک بحران فردی و اجتماعی قلمداد شود که در نتیجه باعث ایجاد استرس و فشار روحی و روانی زیادی بر افراد و اجتماع می‌شود و به طرق گوناگون، سلامت روانی آن‌ها را تهدید می‌کند. همچنین می‌تواند باعث اختلال در کیفیت روابط بین فردی درون خانواده و احساس طرد شدن از جامعه شود که مجموعه این عوامل می‌تواند فرد را مستعد بیماری‌های اعصاب و روان نظیر افسردگی، اضطراب و استرس کند (۱۶).

با ظهور بیماری کرونا و گسترش سریع آن، سطح اضطراب در جمعیت جهانی افزایش یافته که منجر به اختلال در سلامت افراد جامعه شده است. متخصصان بهداشت روان، جلوگیری از قرار گرفتن در معرض اخبار منفی و استفاده از روش‌های جایگزین ارتباطی مانند شبکه‌های اجتماعی و بسترهای ارتباطی دیجیتال را برای جلوگیری از انزوای اجتماعی توصیه می‌کنند (۱۷). هر قدر افراد به لحاظ روحی تحت تاثیر کرونا قرار گرفته و دچار افسردگی و اضطراب شوند، این موضوع روی سیستم ایمنی آنان اثر می‌گذارد و باعث تضعیف سیستم ایمنی بدن می‌شود. افرادی که پروتکل‌ها را رعایت می‌کنند با خبرهای پی در پی در

خصوص موج‌های کرونا، دچار شوک شده و ترس وجودشان را فرا گرفته است. همین باعث می‌شود پروتکل‌ها را با وسواس بیشتری رعایت کنند (۱۷)

خبرهای بد درباره کرونا، به لحاظ روانشناسی برای مردم آسیب‌زا و باعث به وجود آمدن اختلال اضطرابی شان شده است. عده‌ای به خاطر از دست دادن عزیزانشان دچار اختلال سوگ می‌شوند و همین می‌تواند تأثیرات منفی در روحیه‌شان بگذارد (۱۷).

اضطراب عملکردی، تهدیدها را به فرد هشدار داده و برای محافظت و انجام اقدامات پیشگیرانه به وی کمک می‌کند. در پاندمی کرونا این امر باعث اخذ تصمیمات صحیحی نظیر پرهیز از دورهمی‌ها و حضور در اماکن شلوغ، رعایت پروتکل‌های بهداشتی، شستن دست‌ها و استفاده از ماسک می‌شود. با اشتراک گذاری اطلاعات دقیق و علمی و موثق در مورد کرونا هم می‌توان به افراد کمک کرد تا استرس کمتری داشته باشند و همچنین می‌توان با آن‌ها ارتباط برقرار کرد (۱). شیوع اختلال‌های اضطرابی در میان جمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است. این چندان حیرت‌آور نیست زیرا جوامع و فرهنگ‌ها در عواملی چون نگرش به بیماری روانی، سطح استرس، چگونگی رابطه با خانواده و همه‌گیری فقر، با هم متفاوت هستند؛ همه این عوامل در بروز یا گزارش اختلال‌های اضطرابی موثر است. هر چند باید در نظر داشت که این اختلاف در نتایج ناشی از کاربست متفاوت سیستم‌های تشخیصی، ابزارهای تشخیصی و روش نمونه‌گیری می‌باشد (۱۴).

#### محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در دسترسی کامل به جمعیت در معرض خطر اختلال‌های اضطرابی اشاره کرد. هم‌چنین افراد فاقد دسترسی به اینترنت و گوشی موبایل و فضای مجازی نتوانستند در نمونه‌گیری شرکت کنند. در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند. این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. به این دلیل، نتیجه‌گیری درباره علیت را دشوار می‌سازد.

#### کاربرد پژوهش

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی جهت تعیین نوع اختلال‌های اضطرابی که در اثر بیماری کرونا ایجاد شده، انجام شود. طرح‌های مطالعاتی جهت شناسایی عوامل خطر در بروز اختلال‌های اضطرابی در کشور صورت بگیرد. طرح‌های درمانی برای افراد با اختلال‌های اضطرابی مرتبط با کرونا در کشور انجام شود. دستورالعمل‌هایی برای راهنمایی و کمک به افراد مختلف جامعه نوشته و مثل پروتکل‌های بهداشتی در اختیار عموم مردم قرار گیرد. هم‌چنین با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی در هنگام شیوع بیماری کرونا و پیامدهای ناشی از آن، مداخلات روانشناختی متناسب با ویژگی‌های جمعیت شناختی مبتلایان پیشنهاد می‌گردد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان است. از تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

#### تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مطالعه وجود ندارد.



## منابع:

1. Nasirzadeh M., Akhondi M., Jamalizadeh nooq A., Khorramnia S.. A Survey on Stress, Anxiety, Depression and Resilience due to the Prevalence of COVID-19 among Anar City Households in 2020: A Short Report. JRUMS. 2020; 19 (8) :889-898.
2. World health organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. Geneva: World health organization. 27 March 2020.
3. Wang M., Zhao Q., Hu C., Wang Y., Cao J., Huang S., Li J., Huang Y., Liang Q., Guo Z., Wang L.. Prevalence of psychological disorders in the COVID-19 epidemic in China: A real world cross-sectional study. Journal of affective disorders. 2021; 281: 312-20.
4. Li S., Wang Y., Xue J., Zhao N., Zhu T.. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(6): 20-32.
5. Ghili M., Rahat ramrodi A.. The relationship between perceived anxiety caused by Corona virus (Covid-19) with post-traumatic stress disorder and chronic pain in nurses. Journal of Clinical Psychology, 2021; 13(3): 45-57.
6. Alizadeh fard S., Saffarinia M.. The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. Quarterly Social Psychology Research. 2020; 9(36): 129-141.
7. Lei L., Huang X., Zhang S., Yang J., Yang L., Xu M.. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2020;m26(5):92-108.
8. Lingeswaran A.. Suicide related risk factors during the COVID-19 pandemic. Paripex-Indian Journal of Research. 2020;9(8).56-69.
9. Sasaki N., Kuroda R., Tsuno K., Kawakami N.. Workplace responses to COVID-19 associated with mental health and work performance of employees in Japan. Journal of occupational health. 2020;62(1): 121-134.
10. Mazloomzadeh M., Asghari Ebrahim Abad M., Shirkhani M., Zamani Tavousi A., Salayani F. Relationship between Corona virus anxiety and health anxiety: Mediating role of emotion regulation difficulty. Journal of Clinical Psychology. 2021; 13(2): 111-120.
11. Mohammadi S., Nakhaeizadeh A., Arazi, T.. Assessment of covid-19-related anxiety and its physical and psychological symptoms in the Iranian adult. Journal of Military Medicin, 2021: 23 (2): 142-150.
12. Li J., Yang Z., Qiu H., Wang Y., Jian L., Ji J., Li K.. Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. World Psychiatry. 2020 Jun;19(2):249-264.
13. Sher L.. COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. Sleep medicine. 2020;70:124-138.

14. Alipour A., Ghadami A., Alipour Z., Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly J Health Psychology*, 2020; 8(32): 163-175.
15. Kumar A., Somani A.. Dealing with Corona virus anxiety and OCD. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020 Jun 1;51:102053.
16. Erceg N., Ružojčić M., Galić Z.. Misbehaving in the corona crisis: The role of anxiety and unfounded beliefs. *Current Psychology*. 2020 Sep 12:1-10.
17. Ezazi Bojnourdi E., Ghadampour S., Moradi Shakib A., Ghazbanzadeh R.. Predicting corona anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, health hardiness and death anxiety in diabetic patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;8(2):34-44.
18. Amirfakhraei A., Masoumifard M., Esmailishad B., DashtBozorgi Z., Darvish Baseri L. Prediction of Corona virus Anxiety based on Health Concern, Psychological Hardiness, and Positive Meta - emotion in Diabetic Patients. *J Diabetes Nurs*. 2020; 8 (2) :1072 -1083
19. Aziziaran S., Basharpour S.. The Role of Rumination, Emotion Regulation and Responsiveness to Stress in Predicting of Corona Anxiety (COVID-19) among Nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2020; 9(3): 8-18.