بررسی اضطراب و استرس درک‌شده در مرحله اولیه شیوع کووید-۱۹ در جنوب استان کرمان: یک مطالعه مقطعی

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۷ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۲

احسان موحد[۱]، معظمه سلطانی‌نژاد[۲]، عهدیه بشار[۳]، مطهره بدویی دلفارد[۳]، علی‌اصغر خیرخواه[٤]، فاطمه سیدی[٥]، طاهره رحیمی[٦*]

۱. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۲. کارشناسی ارشد کتابداری و علوم اطلاع‌رسانی، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۳. کارشناس ارشد بهداشت روان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۴. متخصص بیماری‌های داخلی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۵. استادیار، گروه علوم تشریحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۶. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: شیوع بالای بیماری کووید-۱۹ و گسترش اطلاعات نادرست در خصوص پیشگیری و درمان بیماری در سراسر جهان، علاوه بر تأثیرات اقتصادی و بهداشتی، موجی از استرس و اضطراب در بین افراد ایجاد نموده‌است. این مطالعه با هدف تعیین استرس و اضطراب در مرحله اولیه شیوع کووید-۱۹ در مردم منطقه جنوب کرمان انجام شده‌است.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مقطعی است که در فروردین ماه ۱۳۹۹ در بین ۴۴۸ نفر از ساکنین جنوب استان کرمان انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد اضطراب موقعیتی- خصیصه‌ای و پرسشنامه تنیدگی (استرس) ادراک‌شده کوهن بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تعداد ۴۴۸ نفر از ساکنین با میانگین سنی ۹/۰۳± ۳۳/۶۲ در این مطالعه شرکت نمودند. میانگین نمره استرس در بین آنها ۷/۶۴±۲۶/۰۷ و میانگین نمره اضطراب آنها ۵/۴۴±۱۰۲/۸۸ بود. بین میانگین نمره استرس با جنس، محل سکونت، سطح تحصیلی، شغل، درآمد و حمایت اجتماعی (p=۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (p<۰/۰۵). همچنین میانگین نمره اضطراب با مدت قرنطینه در خانه و شغل ارتباط معنی‌دار نشان داد (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان استرس و اضطراب متوسط در بین ساکنین جنوب کرمان در مواجهه با کووید-۱۹ به نظر می‌رسد در شرایط فعلی، توجه به سلامت روان ساکنین روستاها و افراد کم‌درآمد از طریق آموزش، مشاوره و تأمین تجهیزات حفاظت فردی برای پیشگیری و کنترل کرونا ویروس مؤثر واقع گردد.

کلیدواژه‌ها: استرس درک شده، اضطراب، کرونا ویروس

* **نویسنده مسئول:** استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

ایمیل: t_rahimi20@yahoo.com **تلفن:** ۰۷۱۵۴۳۴۰۴۰۹ **نمابر:** ۰۷۱۵۴۳۳۱۱۵۲۱

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

مقدمه

بیماری ناشی از کرونا ویروس جدید (COVID-19)، یک سندروم حاد تنفسی شدید است که در حال حاضر در سراسر جهان از شیوع بالایی برخوردار بوده و سیستم‌های بهداشتی را با مشکلات عدیده درگیر ساخته است (۱، ۲). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت تاکنون (۱۲ ژوئن ۲۰۲۱) بیش از ۱۷۵ میلیون نفر در جهان مبتلا به این بیماری شدند و بیش از سه میلیون و هفتصد هزار نفر در سراسر جهان فوت کرده‌اند (۳). در حال حاضر هیچ درمان قطعی برای کرونا ویروس مشخص نشده و فقط درمان‌های عمدتاً علامتی برای کمک به بهبودی مبتلایان استفاده می‌شود (۴). قرنطینه و حفظ فاصله اجتماعی به‌عنوان یکی از اقدامات بهداشت عمومی جهت کنترل و مهار همه‌گیری این بیماری تنفسی توصیه می‌شود (۵). همه‌گیری بالا، کشندگی و نبودن درمان قطعی و همچنین نیاز به برقراری قرنطینه باعث ایجاد سطوحی از استرس و اضطراب در جامعه شده‌است (۶). نتایج مطالعه Rajkumar و همکاران نشان داد که علایم اضطراب (۲۸٪-۲۶) و استرس (۸٪) به‌عنوان واکنش‌های روانی شایع ناشی از بیماری همه‌گیر کرونا ویروس گزارش‌شده‌اند (۷). همچنین مطالعه‌ای در هند نشان داد که پس از شیوع کووید-۱۹، مردم سطح بالایی از اضطراب را درک می‌کردند. بیش از ۸۰٪ آنها به لحاظ فکری درگیر بیماری بودند و بیش از ۳۰٪ افراد بدبینی در مورد ابتلا به بیماری و همچنین مشکلاتی با پخش اخبار مداوم راجع به بیماری از رسانه‌های اجتماعی داشتند (۸).

از نظر متغیرهای روانشناختی زنان، دانش‌آموزان، دارا بودن علائم جسمی خاص و وضعیت سلامتی ضعیف با سطوح بالای استرس و اضطراب همراه بوده‌است. در مقابل داشتن اطلاعات شفاف و دقیق راجع به شیوع بیماری در محل زندگی و نحوه درمان و نیز نحوه انجام اقدامات پیشگیری‌کننده از بیماری با سطوح پایین‌تری از استرس و اضطراب همراه است (۹).

یافته‌های مطالعه Ren و همکاران در سال ۲۰۲۰ خود نشان داد که ترس و اضطراب ناشی از کووید-۱۹، مضرتر از سندروم تنفسی حاد ناشی از کرونا ویروس است. نتایج آنها نشان داد که جهت جلوگیری از شایعات، نگرانی، اضطراب و وحشت در مردم بایستی مقامات بهداشتی اقدامات پیشگیرانه و ضروری کرونا ویروس را به صورت آشکار و شفاف از طریق رادیو، تلویزیون، روزنامه، وب چت و اینترنت به گوش مردم برسانند (۱۰). یک خط تلفن ثابت ۲۴ ساعته باید برای مردم تنظیم شود تا نگرانی‌ها و وحشت را برطرف کند و شایعه یا اطلاعات غلط را حذف کند (۱۰). رسانه‌های اجتماعی رسمی ایران آمار به‌روز و صحیح را گزارش می‌نماید، اما فعالیت شبکه‌های مجازی غیر رسمی و گستردگی دسترسی به آن موجب افزایش واکنش‌های روانی نظیر استرس و اضطراب می‌شود. به‌طوری‌که نتایج مطالعه شکری و همکاران در ایران نشان می‌دهد میانگین استرس درک‌شده در بین کاربران شبکه‌های اجتماعی بالاتر از سایر افراد است. همچنین افرادی که در گروه‌های پرخطر هستند و یا علائمی همانند کووید-۱۹ دارند؛ استرس بیشتری را تجربه نموده‌اند (۱۱). بنابراین با توجه به وجود شبکه‌های اجتماعی گسترده و اخبار نادرست و همچنین شیوع استرس و اضطراب در بیماران مبتلا، این مطالعه با هدف بررسی اضطراب و استرس درک شده در مرحله اولیه شیوع کووید-۱۹ در جنوب استان کرمان انجام شده‌است.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است که از فروردین ۱۳۹۹ به‌مدت ۴ ماه انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل: کلیه افراد بالای ۱۸ سال تحت پوشش مراکز جامع سلامت در مناطق جنوب کرمان (جیرفت، عنبرآباد، منوجان، کهنوج، فاریاب، قلعه گنج و رودبار جنوب) و بومی بودن بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول شیوع شامل ۴۴۸ نفر از ساکنین هفت شهرستان در منطقه جنوب استان کرمان با بیش از ۷۰۰ هزار نفر جمعیت که با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین منظور ابتدا از میان ۷۶ مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جیرفت مجموعاً ۱۶ مرکز بهداشتی درمانی به‌صورت خوشه‌های تصادفی انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا در مرحله اول ۲۰٪ مراکز جامع سلامت مجری طرح پزشک خانواده در هر شهرستان به‌عنوان خوشه تعیین شد که برای انتخاب آنها ابتدا نام مراکز جامع سلامت طرح پزشک خانواده در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جیرفت از شرق به غرب فهرست و بعد به روش تصادفی سامانمند در هر شهرستان ، ۵ مرکز از ۲۵ مرکز تحت پوشش شهرستان جیرفت، ۱مرکز از ۳ مرکز تحت پوشش شهرستان فاریاب، ۲ مرکز از ۱۰ مرکز تحت پوشش شهرستان رودبار جنوب، ۲ مرکز از ۱۰ مرکز تحت

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

پوشش شهرستان کهنوج، ۲ مرکز از ۸ مرکز تحت پوشش شهرستان عنبرآباد ،۲ مرکز از ۱۰ مرکز تحت پوشش شهرستان قلعه گنج، ۲ مرکز از ۱۰ مرکز تحت پوشش شهرستان منوجان مجموعاً ۱۶ مرکز از کل ۷۶ مرکز به‌عنوان خوشه انتخاب شدند. در هر شهرستان مراکز جامع سلامت به‌گونه‌ای انتخاب شدند که حداقل یک مرکز جامع سلامت شهری و یک مرکز جامع سلامت روستایی را شامل باشند. در شهرستان جیرفت ۲ مرکز جامع سلامت شهری و ۳ مرکز جامع سلامت روستایی به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس از هر خوشه با توجه به لیست پرونده خانوار موجود در مرکز و با روش تصادفی ساده ۲۸ پرونده (۲۸ نفر) انتخاب شدند. پس از انتخاب خوشه‌های تحقیق و کسب رضایت آگاهانه از افراد، پرسشنامه به نمونه‌ها ارائه و پس از تکمیل، توسط محقق و همکاران جمع‌آوری شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل مشخصات دموگرافیک مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، محل زندگی، وضعیت تأهل، میزان درآمد، میزان فعالیت فیزیکی روزانه، میزان خواب شبانه، سابقه ابتلای اعضای خانواده به کووید-۱۹، سابقه ابتلای دوستان و آشنایان به کووید-۱۹، ساعات حضور در خانه طی شبانه‌روز و یک سؤال در خصوص میزان برخورداری از حمایت اجتماعی بود. میزان برخورداری از حمایت اجتماعی با گزینه‌های کم، متوسط و زیاد سنجیده شد.

بخش دوم پرسشنامه اضطراب موقعیتی- خصیصه‌ای بود. این پرسشنامه خودگزارشی که توسط اشپیلبرگر ساخته شده‌است شامل دو مقیاس جداگانه برای اندازه‌گیری دو مفهوم وابسته با اضطراب است. در اضطراب موقعیتی یک موقعیت هیجانی به‌صورت تنش، بیم، ناآرامی، نگرانی و فعالیت زیاد از طریق سیستم اعصاب خودمختار درک می‌شود. اضطراب خصیصه‌ای عبارت است از وجود تفاوت‌های فردی در گرایش به ادراک است که موجب افزایش اضطراب می‌شود مقیاس اضطراب موقعیتی، شامل۲۰ سؤال است و از افراد خواسته می‌شود که میزان احساسشان را در زمان اجرای پرسشنامه گزارش کنند. شدت احساس اضطراب ذهنی به‌وسیله یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (خیلی کم، کم، زیاد، خیلی زیاد) مشخص می‌شود. مقیاس اضطراب خصیصه‌ای نیز شامل ۲۰ سؤال است که فرد باید احساس کلی خود را در اکثر اوقات مشخص سازد. مقدار فراوانی نشانه اضطراب تجربه‌شده با چهار درجه (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه) مشخص می‌شود (۱۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات ایرانی تأیید شده‌است (۱۳، ۱۴). پناهی به روش بازآزمایی، برای مقیاس اضطراب خصیصه‌ای همبستگی ۰/۸۴ و برای مقیاس اضطراب موقعیتی همبستگی ۰/۷۶ را به دست آورد (۱۵).

بخش سوم دربرگیرنده پرسشنامه تنیدگی (استرس) ادراک‌شده کوهن بود. مقیاس تنیدگی ادراک‌شده ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده‌می‌شود. این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس تنیدگی ادراک‌شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف) خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی که شامل آیتم‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می‌شود. ب) خرده مقیاس ادراک‌شده مثبت از تنیدگی که آیتم‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، و ۱۳ را در برمی‌گیرد که به‌صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند (۱۶). ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی، ۰/۷۱ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۵ به دست آمد. ضمن اینکه ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص گردید (۱۷، ۱۸).

در قسمت اجرا و برای تکمیل پرسشنامه‌ها، مراقبان سلامت و کارشناسان بهداشت روان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی پس از استخراج شماره تلفن افراد انتخاب‌شده از پرونده خانوار، هر روز با تعدادی از افراد تماس حاصل نمودند و پس از کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌ها به‌صورت تلفنی تکمیل گردیدند. تماس‌ها به صورتی بود که در موعد مورد نظر کل افراد انتخاب‌شده را پوشش دهد.

برای توصیف و تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد. برای داده‌های توصیفی از میانگین (انحراف معیار) استفاده شد. نتایج با آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس (میانگین و انحراف معیار تنیدگی درک-شده برحسب ویژگی‌های دموگرافیک) و همبستگی پیرسون (ارتباط بین اضطراب درک شده و ویژگی‌های دموگرافیک) و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در تمامی آزمون ها $p<0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

نتایج

دامنه سنی اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۱۸ تا ۷۰ سال با میانگین سنی ۹/۰۳± ۳۳/۶۲ سال بود. زنان ۵۹/۲٪ از جمعیت مطالعه را تشکیل می‌دادند. تحصیلات ۵۷/۸٪ از افراد دانشگاهی بود. کارمندان بیشترین گروه شغلی (۴۷/۳٪) را شامل شدند. ۵۸٪ از افراد ساکن شهر بودند. متأهلین ۶۹/۹٪ را به خود اختصاص دادند. درآمد ماهیانه ۳۲/۸٪ از افراد ۲ تا ۳ میلیون تومان بود. فعالیت فیزیکی ۳۱٪ از افراد زیر ۳۰ دقیقه در روز بود. ۶۵/۸٪ از افراد ۶ تا ۸ ساعت در شبانه‌روز می‌خوابیدند. ۵۴٪ از افراد از حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار نمرات مقیاس های تنیدگی درک‌شده و اضطراب در شرکت‌کنندگان مطالعه را نشان می دهد. نتایج جدول شماره ۱ نشان داد میانگین و انحراف معیار استرس درک‌شده کلی در شرکت‌کنندگان مطالعه ۷/۶۴ ± ۲۶/۰۷ و اضطراب کلی ۵/۴۴ ± ۱۰۲/۸۸ محاسبه گردید (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های تنیدگی درک شده (استرس) و اضطراب در شرکت‌کنندگان

متغیر		انحراف معیار± میانگین
تنیدگی درک شده (استرس)	ادراک مثبت از تنیدگی	۱۵/۲۱ ±۴/۳۴
	ادراک منفی از تنیدگی	۱۳/۲۸ ±۴/۷۳
	تنیدگی درک شده کل	۲۶/۰۷ ±۷/۶۴
اضطراب	موقعیتی	۵۲/۲۰ ±۴/۲۵
	خصیصه‌ای	۵۰/۶۹ ±۳
	اضطراب کل	۱۰۲/۸۸ ±۵/۴۴

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره تنیدگی درک‌شده را بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک نشان می‌دهد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره تنیدگی درک‌شده در دو گروه زنان و مردان (p=۰/۰۰۱) دارای تفاوت آماری معنی‌داری بود. به‌طوری‌که زنان استرس بیشتری را تجربه می‌کردند. همچنین طبق یافته‌های این آزمون میانگین نمره تنیدگی درک‌شده در ساکنان روستایی بیشتر از شهری است (p=۰/۰۰۲). در حالی‌که تفاوت معنی‌داری در نمره تنیدگی درک‌شده با نوع منزل (p=۰/۰۹) و وضعیت تأهل (p=۰/۳۲) وجود نداشت. طبق نتایج آنالیز واریانس میانگین نمره تنیدگی درک‌شده در سطوح مختلف تحصیلات (p=۰/۰۳)، شغل (p=۰/۰۰۹)، درآمد (p=۰/۰۰۱) و حمایت اجتماعی (p=۰/۰۰۱) دارای تفاوت معنی‌دار آماری بود. درحالی‌که این مقیاس در سطوح مختلف فعالیت فیزیکی (p=۰/۰۷) و خواب شبانه‌روز (p=۰/۰۸) دارای تفاوت آماری معنی‌داری نبود.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب درک‌شده را بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک نشان می‌دهد. بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین سن با میزان قرنطینه خانگی (p=۰/۰۰۱) رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود داشت. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین اضطراب با جنس، نوع منزل، محل سکونت و تأهل رابطه معنی‌دار وجود ندارد (p>۰/۰۵). طبق نتایج آنالیز واریانس میانگین نمره فقط در سطوح مختلف شغلی (p=۰/۰۱) دارای تفاوت معنی‌دار بود و سایر متغیرها تفاوت معنی‌دار را نشان نداد (p>۰/۰۵).

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تنیدگی درک شده (استرس) برحسب ویژگی‌های دموگرافیک

متغیر		انحراف معیار± میانگین	p-value
سن	۳۰-۱۸ سال	۲۶/۲۳ ±۶/۰۹	۰/۶۴
	۴۰-۳۱ سال	۲۶/۳۸ ±۸/۸۲	
	۵۰-۴۱ سال	۲۵/۰۸ ±۷/۶۲	
	۵۱ سال و بالاتر	۲۵/۸۹ ±۶/۴۵	
جنس	مرد	۲۴/۵۲ ±۷/۲۸	۰/۰۰۱*
	زن	۲۷/۱۴ ±۷/۷۱	
تحصیلات	بی‌سواد	۲۶/۷۵ ±۳/۷۳	۰/۰۳*
	دیپلم یا کمتر	۲۷/۱۸ ±۶/۷۷	
	دانشگاهی	۲۵/۲۹ ±۸/۲۶	
شغل	آزاد	۲۷/۰۸ ±۵/۵۱	۰/۰۰۹*
	کارمند	۲۴/۸۱ ±۸/۵۶	
	بیکار	۲۶/۷۷ ±۷/۷۱	
	خانه‌دار	۲۷/۷۳ ±۶/۴۶	
نوع منزل	شخصی	۲۵/۹۸ ±۷/۷۶	۰/۰۹
	اجاره‌ای	۲۷/۴۸ ±۶/۶۶	
محل سکونت	شهر	۲۵/۱۶ ±۷/۹۸	۰/۰۰۲*
	روستا	۲۷/۳۳ ±۶/۹۵	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۵/۸۳ ±۷/۷۹	۰/۳۲
	مجرد	۲۶/۶۱ ±۷/۲۷	
حقوق ماهیانه (تومان)	کمتر از ۱ میلیون	۲۸/۵۰ ±۷/۳۰	۰/۰۰۰۱*
	بین ۱ تا ۲ میلیون	۲۵/۶۳ ±۵/۶۴	
	بین ۲ تا ۳ میلیون	۲۵/۹۶ ±۷/۸۳	
	بیش از ۳ میلیون	۲۳/۸۷ ±۸/۶۴	
فعالیت فیزیکی روزانه	کمتر از ۳۰ دقیقه	۲۷/۱۸ ±۸/۳۱	۰/۰۷
	۳۰ تا ۶۰ دقیقه	۲۵/۹۶ ±۶/۸۷	
	بیش از ۶۰ دقیقه	۲۵/۱۵ ±۷/۶۹	
میزان خواب شبانه‌روز	۶ ساعت	۲۷/۴۸ ±۷/۵۵	۰/۰۸
	بین ۶ تا ۸ ساعت	۲۵/۵۰ ±۷/۵۵	
	بیشتر از ۸ ساعت	۲۶/۶۵ ±۷/۹۸	
میزان قرنطینه خانگی	کمتر از ۶ ساعت	۲۷/۴۹ ±۵/۶۰	۰/۱۵
	۱-۶ ساعت	۲۵/۸۵ ±۸/۱۹	
	بیشتر از ۱۲ ساعت	۲۵/۶۸ ±۷/۹۴	
حمایت اجتماعی	کم	۲۸/۲۱ ±۷/۷۹	۰/۰۰۰۱*
	متوسط	۲۶/۴۶ ±۶/۴۸	
	زیاد	۲۱/۸۹ ±۸/۸۵	

*p-value <0.001

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار اضطراب درک‌شده برحسب ویژگی‌های دموگرافیک

متغیر		انحراف معیار± میانگین	p-value
سن	۳۰-۱۸ سال	۱۰۳/۱۵ ±۶/۰۹	۰/۷۰
	۴۰-۳۱ سال	۱۰۲/۵۴ ±۵/۱۵	
	۵۰-۴۱ سال	۱۰۳/۰۷ ±۴/۶۱	
	۵۱ سال و بالاتر	۱۰۲/۳۳ ±۳/۹۷	
جنس	مرد	۱۰۳/۱۲ ±۵/۴۱	۰/۴۴
	زن	۱۰۲/۷۲ ±۵/۴۷	
تحصیلات	بی‌سواد	۱۰۱/۲۵ ±۳/۰۶	۰/۰۹
	دیپلم یا کمتر	۱۰۲/۳۷ ±۵/۵۷	
	دانشگاهی	۱۰۳/۳۳ ±۵/۴۳	
شغل	آزاد	۱۰۱/۹۲ ±۴/۰۳	۰/۰۱*
	کارمند	۱۰۳/۳۳ ±۵	
	بیکار	۱۰۴/۰۴ ±۷/۹۳	
	خانه‌دار	۱۰۱/۷۶ ±۵/۰۲	
نوع منزل	شخصی	۱۰۳/۰۷ ±۵/۴۱	۰/۰۹
	اجاره‌ای	۱۰۱/۹۷ ±۵/۸۶	
محل سکونت	شهر	۱۰۳/۰۴ ±۵/۳۵	۰/۴۸
	روستا	۱۰۲/۶۷ ±۵/۵۷	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۲/۷۰ ±۵/۳۸	۰/۲۷
	مجرد	۱۰۳/۳۱ ±۵/۵۷	
حقوق ماهیانه (تومان)	کمتر از ۱ میلیون	۱۰۲/۸۶ ±۶/۹۳	۰/۵۷
	بین ۱ تا ۲ میلیون	۱۰۲/۳۷ ±۵/۳۸	
	بین ۲ تا ۳ میلیون	۱۰۲/۸۳ ±۴/۲۷	
	بیش از ۳ میلیون	۱۰۳/۴۸ ±۵/۱۸	
فعالیت فیزیکی روزانه	کمتر از ۳۰ دقیقه	۱۰۲/۵۳ ±۵/۰۶	۰/۵۹
	۳۰ تا ۶۰ دقیقه	۱۰۳/۱۸ ±۶/۴۹	
	بیش از ۶۰ دقیقه	۱۰۲/۸۹ ±۴/۴۶	
میزان خواب شبانه‌روز	۶ ساعت	۱۰۲/۱۲ ±۴/۶۶	۰/۱
	بین ۶ تا ۸ ساعت	۱۰۳/۲۸ ±۵/۶۵	
	بیشتر از ۸ ساعت	۱۰۲/۱۸ ±۵/۳۹	
میزان قرنطینه خانگی	کمتر از ۶ ساعت	۱۰۱/۸۴ ±۴/۰۳	۰/۰۰۱*
	۱۲-۶ ساعت	۱۰۱/۹۷ ±۵/۹۴	
	بیشتر از ۱۲ ساعت	۱۰۳/۶۸ ±۵/۵۱	
حمایت اجتماعی	کم	۱۰۲/۱۲ ±۵/۶۶	۰/۱۲
	متوسط	۱۰۳ ±۵/۴۷	
	زیاد	۱۰۳/۶۴ ±۴/۹۵	

*p-value <0.05

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اضطراب و استرس درک شده در مرحله اولیه شیوع کووید-۱۹ در جنوب استان کرمان صورت گرفت. نتایج مطالعه نشان داد استرس ناشی از کرونا ویروس در زنان روستایی و در افراد با درآمد کمتر از یک میلیون تومان، بیشتر از سایر گروه‌ها بود. همچنین افراد با تحصیلات دانشگاهی و در کارمندان و افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری داشتند، کمترین میزان را نشان داد. در خصوص اضطراب نیز نتایج نشان داد افراد بیکار و کسانی که در خانه به مدت بیشتری مانده بودند، بیشترین اضطراب ناشی از کرونا ویروس را تجربه کردند.

در مطالعه Elbay و همکاران (۱۹) مشابه با نتایج مطالعه حاضر، افراد شرکت‌کننده به میزان متوسط از استرس و اضطراب را تجربه کرده بودند. اما در مطالعه نوروزی و همکاران (۲۰) در پرستاران بیمارستان بقیه‌الله میزان استرس و اضطراب کمتر از متوسط و به میزان ۳۰٪ بود. در تأیید میزان متوسط از استرس و اضطراب در افراد مطالعه حاضر، می‌توان گفت ۶۹ درصد از افراد متأهل بودند و طبق مطالعه Elbay و همکاران (۱۹)، استرس و اضطراب در متأهلین کمتر از سایر افراد است. ضمن اینکه ۳ ماه بیشتر از شیوع کرونا نگذشته بود و آگاهی ضعیف از بیماری ممکن است سطح پایین‌تر استرس ، اضطراب را توضیح دهد. در همین حال، در چند ماه اول شیوع بیماری در جنوب کرمان، مردم هنوز دامنه همه‌گیری را در قلمرو خود درک نکرده بودند، بدین ترتیب، مردم هنوز وقت کافی برای جذب و پردازش بحرانی را که با آن روبرو شده بوده‌اند را نداشتند. البته در مطالعه Elbay از پرسشنامه DASS21 استفاده شده‌بود و تفاوت در پرسشنامه‌ها تأثیری در برآورد استرس و اضطراب افراد نداشت. اما نتایج مطالعه Usama Rehman و همکاران (۲۱) با استفاده از پرسشنامه DASS21، تنها در بین متخصصان بهداشت روان میزان طبیعی از اضطراب و استرس را نشان داد، بنابراین آشنایی با راهکارهای غلبه بر مشکلات روانشناختی ناشی از کرونا ویروس می‌تواند در کاهش اضطراب و استرس مؤثر باشد.

در مطالعه حاضر، میزان استرس در بین زنان بیشتر از مردان بود که با نتایج مطالعه Kassaw (۲۲)، Moccia (۲۳)، Chaix (۲۴) و Newby (۲۵) مطابقت دارد. اما در مطالعه Verma و همکاران در هند میزان استرس و اضطراب مردان بیشتر از زنان بود (۲۶). تفاوت در منطقه جغرافیایی و گروه سنی می‌تواند از دلایل ناهمخوانی در نتایج دو مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، کووید-۱۹ نتوانسته بود استرس آنها را افزایش دهد که با مطالعه Elbay و همکاران (۱۹) و حسین‌آبادی (۲۷) در خصوص کرونا همخوان بود. طبق نتایج Elbay و همکارن، بحث در مورد چالش‌های عاطفی و جسمی و به اشتراک گذاشتن نگرانی‌ها با سایر اعضاء خانواده و دوستان می‌تواند به کاهش اضطراب و استرس کمک کند. در مطالعه حسین‌آبادی و همکاران آموزش پرستاران و افزایش تجهیزات حفاظت فردی در افراد از ابتلای پرستاران به استرس و اضطراب جلوگیری نموده بود (۲۷). همچنین در مطالعه نریمان و همکاران (۲۸) و Riley و همکاران (۲۹) در خصوص ارتباط استرس با حمایت اجتماعی در خانواده‌ها، بین استرس، اضطراب و حمایت اجتماعی ارتباط معکوسی مشاهده شد.

در مطالعه حاضر افرادی که سطح درآمد آنها کمتر از یک میلیون تومان بود، استرس زیادی را تجربه کرده‌بودند. نتایج مطالعه Kassaw و همکاران (۱)، Robert Stanton و همکاران (۳۰) در سال ۲۰۲۰ نیز مشابه با نتایج مطالعه حاضر بود و تأثیر اقتصادی بیماری در خانواده‌های با سطح درآمد پایین خرید ابزار پیشگیری از جمله ماسک، صابون و مواد ضدعفونی‌کننده را دچار مشکل ساخته بود. در مطالعه حاضر فاکتور سن در استرس و اضطراب افراد مؤثر نبود اما در مطالعه ذوالفقاری و همکاران (۳۱) و Ozamiz-Etxebarria و همکاران (۳۲)، Robert Stanton و همکاران (۳۰) بر روی بزرگسالان نشان دادند افراد جوان استرس بیشتری نسبت به بقیه افراد داشتند. مکان جغرافیایی متفاوت می‌تواند از علل تفاوت در مطالعات باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه، ساکنین روستا از استرس بیشتری برخوردار بودند که با مطالعه عبدالکریم و همکاران مطابقت داشت (۳۳). کمبود روانشناس در روستاها و پایین‌بودن سطح آموزش‌ها در خصوص کووید-۱۹ در روستاها می‌تواند یکی از علل افزایش استرس باشد.

در مطالعه حاضر همچنین سطح بالاتری از علائم اضطراب پس از صدور دستور ماندن در خانه گزارش شد و با مطالعه Ozamiz-Etxebarria و همکاران مشابه بود (۳۲). در ایران با توجه به ارتباط اجتماعی بالای افراد نسبت به سایر کشورها، پیش‌بینی می‌شود با ادامه روند قرنطینه، چنین علائمی افزایش یابد. بنابراین می‌توان در دوران قرنطینه از طریق برقراری ارتباط با دیگران از طریق تلفن، ایمیل و شبکه‌های اجتماعی و

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

بهره‌گیری از تکنولوژی سلامت از راه دور (Tele-Health) استرس و اضطراب را کاهش داد.

مطالعه حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار بود. محدودیت اول شامل مطالعه تأثیرات روانشناختی شیوع کرونا ویروس در ۳ ماه پس از شیوع بیماری بود و محدودیت دوم ماهیت مقطعی مطالعه است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد توجه به قشر زنان روستایی، افراد کم‌درآمد و افرادی که از حمایت خانوادگی کمتری برخوردار بودند، از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ زیرا که این افراد در برابر استرس و اضطراب تحمل کمتری دارند و به میزان بیشتر دچار استرس و اضطراب می‌شوند. بنابراین استفاده از روانشناسان متخصص و کارآزموده در مراکز بهداشتی درمانی، تشکیل شبکه‌های خانوادگی و آموزش به خانواده‌ها جهت افزایش مهارت‌های لازم در خصوص کاهش استرس و اضطراب می‌تواند مؤثر واقع گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، با کد اخلاق IR.JMU.REC.1398.079 می‌باشد و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت انجام شده‌است. از معاونت تحقیقات و فناوری، معاونت بهداشتی و مردم منطقه جنوب کرمان که در راستای تحقق انجام این مطالعه همکاری داشته‌اند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Huang C, Wang Y, Li X. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395(10223):497–506
2. Lorenz C, Azevedo TS, Chiaravalloti-Neto F. COVID-19 and dengue fever: A dangerous combination for the health system in Brazil . Travel Medicine and Infectious Disease. 2020;35:101659:1-3.
3. World Health Organisation. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. 2020. https://covid19.who.int/.
4. Pan Zhai, Yanbing Ding, Xia Wu, Junke Long, Yanjun Zhong, Yiming Li. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. International Journal of Antimicrobial Agents 2020; 55 (5): 1-13.
5. Wilder-Smith A., Freedman D.O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. Journal of Travel Medicine. 2020;27(2):1-4.
6. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. Lancet. 2020;395(10224): 37-8.
7. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry. 2020;52:1-5.
8. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. Asian Journal of Psychiatry.2020;51:1-7.
9. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(5):1-25.
10. Ren SY, Gao RD, Chen YL. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. World Journal of Clinical Cases. 2020 26;8(4):652-57.
11. Shokri A, Moradi G, Piroozi B, Darvishi S, A S, Veysi A, et al . Perceived stress due to COVID-19 in Iran: Emphasizing the role of social networks. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran. 2020; 34 (1) :400-03.
12. Spielberger C. D. State-trait anxiety inventory, in The Corsini Encyclopedia of Psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. 2010.
13. Ismaili M. A survey of the influence of Murita therapy on reducing the rate of anxiety in clients of counseling centers. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2011; 1(1):15-30.
14. Sadeghi N, Azizi Sh.Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2014;17:8-15.
15. Spielberger CD. Manual for the state-Trait Anxiety Inventory STAI (From Y) (Self-Evaluation Questionnair). 1993 (cited 2017 Aug 13): Available

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

from:http://ubir.buffalo.edu/xmlui/handle/10477/1873.
16. Cohen S, Kamarak T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior.1983; 24(4): 385-96.
17. Ahmadian A. The effect of mindfulness cognitive therapy on blood pressure, stress and happiness of male patients with hypertension in Golestan Hospital, Ahvaz. Unpublished, Master Thesis. Shahid Chamran University of Ahvaz. 2013.
18. Asghari F, Sadeghi A, Aslani K, Saadat S, Khodayari H. The Survey of Relationship between Perceived Stress Coping Strategies and Suicide Ideation among Students at University of Guilan, Iran. International Journal of Educational Research. 2013; 1(11): 111-8.
19. Elbay RY, Kurtulmus A, Arpacıoglu S, Karadere E. Depression, Anxiety, Stress Levels of Physicians and Associated Factors In Covid-19 Pandemics. Psychiatry Research. 2020; 27:1-5.
20. Nouroozi Kushali A, Hajiamini Z, Ebadi A, Khamseh F, Rafieyan Z, Sadeghi A. Comparison of intensive care unit and general wards nurses' emotional reactions and health status. Advances in Nursing and Midwifery. 2013;23(80):15-23.
21. Rehman U, Shahnawaz MG, Khan NH, Kharshiing KD, Khursheed M, Gupta K, Kashyap D, Uniyal R. Depression, Anxiety and Stress Among Indians in Times of Covid-19 Lockdown. Community Mental Health Journal. 2020; 23:1-7.
22. Kassaw C. The Magnitude of Psychological Problem and Associated Factor in Response to COVID-19 Pandemic Among Communities Living in Addis Ababa, Ethiopia, March 2020: A Cross-Sectional Study Design. Psychology Research and Behavior Management. 2020;13:631-40.
23. Moccia L, Janiri D, Pepe M, Dattoli L, Molinaro M, De Martin V, et al. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. Brain, behavior, and immunity. 2020;87:75-9.
24. Chaix B, Delamon G, Guillemasse A, Brouard B, Bibault J-E. Psychological Distress during the COVID-19 pandemic in France: a national assessment of at-risk populations. medRxiv. 2020.
25. Newby JM, O'Moore K, Tang S, Christensen H, Faasse K. Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. PloS one. 2020;15(7):e0236562.
26. S, Mishra A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. The International Journal of Social Psychiatry. 2020;66(8):756-62.
27. Hoosien Abadi T, Askari M, Miri Kh, Namazinia M. Nurses' Depression, Stress and Anxiety in the Covid-19 Pandemic at the 9th Di Torbat-Heydariyeh Hospital. Medical Journal. 2020; 22 (6): 526-33
28. Nariman H, Hassanzadeh Q, Amidi M. The relationship between depression, anxiety and stress with social support and life satisfaction in mothers of children with autism spectrum disorder. Journal of Health System Research. 2020; 16 (3): 199-205.
29. Riley C, Rubarth LB. Supporting families of children with disabilities. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2015; 44(4): 536-42.
30. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, Fenning AS, Vandelanotte C. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020 ;17(11):4065.
31. Zolfaghari A, Elahi T. Children's level of anxiety in relation to their level of awareness and attitude towards corona virus based on the health belief model and the level of stress, anxiety and depression of mothers. 2020;14(1):1-16.
32. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. Cadernos de Saude Publica. 2020; 3(4):1-9.
33. Al-Rabiaah A, Temsah M-H, Al-Eyadhy AA, Hasan GM, Al-Zamil F, Al-Subaie S, et al. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. Journal of Infection and Public Health. 2020; 13(5):687-91.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]

Investigation of perceived anxiety and stress in the initial stage of the COVID-19 outbreak in the south of Kerman: a Cross-Sectional Study

Received: 9 Oct 2021 Accepted: 12 Jan 2022

Ehsan Movahed [1], Moazameh Soltani Nezhad[2], Ahdieh Bashar[3], Motahareh Badoyei[3], Aliasghar Kheirkhah[4], Fatemeh Seyedi[5], Tahereh Rahimi[6*]

1. Assistant Professor of Health Education and Promotion, Department of Public Health, School of Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 2. MSc in Librarian and Information Sciences, Vice Chancellor for Researchand Technology, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 3. Master of Mental Health, Department of Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 4. Assistant Professor of Internal Medicine, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Imam Khomeini Hospital, Jiroft University of Medical Sciences 5. Assistant Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 6. Assistant Professor of Health Education and Promotion, Department of Public Health, Research Center for Social Determinant of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Abstract

Introduction: The high prevalence of COVID-19 and the spread of misinformation about the prevention and treatment of the disease around the world, in addition to economic and health effects, have created a wave of stress and anxiety among people. The aim of this study was to determine the level of stress and anxiety in the early stages of COVID-19 in people in the southern region of Kerman.

Materials and Methods: The present study is a cross-sectional study that was conducted in April 2020 among 448 residents of southern Kerman province. Data collection tools included demographic questionnaire, standardized situational-characteristic anxiety questionnaire, and Cohen's perceived stress questionnaire. Data were analyzed using spss18 software

Results: A total of 448 residents with a mean age of 33.62±9.03 participated in this study. The mean score of stress among them was 26.07±7.64 and their mean score of anxiety was 102.88±5.44. Between mean stress score with gender, place of residence, level of education, job, income and social support ($p=0.001$) and anxiety were significantly associated with the duration of quarantine at home and job ($p<0.05$).

Conclusion: Considering the moderate level of stress and anxiety among residents of southern Kerman in the face of COVID-19, it seems that in the current situation, paying immediate attention to the mental health of rural residents and low-income people through education, counseling and personal protective equipment could be effective in preventing and controlling coronavirus

Keywords: Perceived stress, Anxiety, COVID-19

***Corresponding Author:** Assistant Professor of Health Education and Promotion, Department of Public Health, Research Center for Social Determinanta of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Email: t_rahimi20@yahoo.com **Tel:** +987154340409 **Fax:** +9843311521

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1400.8.4.3.8]