نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره چهارم، زمستان ۹۹، صفحات ۴۲۶ تا ۴۳۵

مروری

همه‌گیری کووید-۱۹ و اثر آن بر سلامت روان

احمدعلی نوربالا[۱]، علی فتحی آشتیانی[۲]، محمدحسین نیکنام[۳]، سیدحسن امامی رضوی[۴]، علی رمضانخانی[۵]، مریم خیام‌زاده[۶*]

چکیده

زمینه و هدف: بیماری کووید-۱۹ با سرعت زیاد در جهان گسترش یافته و اثرات زیادی را روی سلامتی و سایر جنبه‌های زندگی بشری داشته است. ویروس مولد این بیماری بر روی اعضا مختلف بدن ازجمله سیستم اعصاب و روان موجب اثرات متفاوتی شده است و اقشار مختلف جامعه مانند بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و جمعیت سالم از عوارض ناشی از آن بی‌بهره نبوده‌اند. در این نوشتار، به اثرات این ویروس بر روی سلامت روان و عوامل خطر مرتبط با آن پرداخته می‌شود.

روش: برای تدوین این مقاله مروری از مقالات ملی و بین‌المللی منتشر شده در منابع معتبر استفاده شده است.

یافته‌ها: میزان بالای علایم اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، پریشانی روان‌شناختی و استرس در جمعیت عمومی‌و مبتلایان به COVID-19 گزارش شده است. عوامل مختلف ازجمله ماندن در خانه، فاصله‌گذاری اجتماعی، تعطیلی مراکز آموزشی، تعطیلی گسترده، ترس از ابتلا و انتقال به دیگران از عوامل ایجادکننده بروز این بیماری‌ها می‌باشند.

نتیجه‌گیری: بیماری کووید-۱۹ اثر دوگانه‌ای بر روی سلامت روان انسان دارد، چنانچه یکی از عوارض ابتلا به این بیماری، عوارض روانی آن بوده و از طرفی، بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی، مستعد ابتلا به کووید-۱۹ می‌باشند. با توجه به اثرات متعدد و گاهاً خطرناک بیماری کووید-۱۹ بر سلامت روان، کاهش اثرات خطرناک این عوارض یکی از اولویت‌های نظام سلامت به شمار می‌رود. برای مدیریت صحیح عوارض کووید-۱۹ بر سلامت روان جامعه همکاری و توجه سیاست‌گذاران و حاکمیت، متخصصان و مشارکت و تبعیت افراد جامعه از دستورالعمل‌های بهداشتی ضروری است.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، خدمات سلامت روان، کووید-۱۹، شیوع همه گیر

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) را به عنوان یک بیماری همه گیر توصیف کرد(۱). این بیماری توسط کرونا ویروس ۲ (SARS-CoV-2) ایجاد می‌شود که حدود ۷۹ درصد شباهت ژنتیکی با SARS-CoV در همه‌گیری سال ۲۰۰۳ دارد(۲).

SARS-CoV-2 یک ویروس مشترک بین انسان و حیوان بوده و توسط حیواناتی مانند خفاش به انسان و از طریق قطرات موجود در هوا و آئروسل بین انسان‌ها منتقل می‌شود. با توجه به اینکه SARS-CoV-2 تمایل زیادی برای اتصال به گیرنده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین ۲ (ACE-2) در دستگاه تنفسی به‌خصوص سلول‌های اپیتلیال ریه دارد، می‌تواند موجب تخریب سریع بخش‌هایی از ریه‌ها و در نتیجه بروز ذات‌الریه شدید شود. گیرنده‌های ACE-2 همچنین در سلول‌های اپیتلیال مخاط روده، سلول‌های اندوتلیال عروق و قلب و اعصاب مغزی نیز وجود دارند. به همین علت علایمی مانند تهوع و استفراغ، اسهال، درد قفسه سینه، نارسایی کلیوی، سردرد و گیجی در ابتلا به این ویروس توجیه می‌شوند(۳و ۴).

یافته‌ها

پیامدهای اعصاب و روان در بیماری کرونا

بیماری کووید-۱۹ می‌تواند با عفونت و درگیری مستقیم CNS یا در

۱. استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات پزشکی روان‌تنی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استاد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران
۳. عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، استاد ایمونولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، استاد جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. استاد، دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۶. نویسنده مسئول: استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

اثر پاسخ سیستم ایمنی یا مداخلات درمانی، باعث اختلالات روانی شود. SARS-CoV-2 توسط گیرنده آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین ۲ وارد سلول‌های میزبان انسانی می‌شود که توزیع کمی در مغز دارد(۵). در یک مطالعه در شهر ووهان، ۳۶ درصد از بیماران مبتلا به این بیماری دچار علایم و نشانه‌های عصبی مانند سرگیجه و سردرد بودند(۶). برخی از بیماران به عنوان بخشی از بیماری خود دچار بیماری حاد عروقی مغزی یا اختلال هوشیاری شدند[۶]. شواهد اولیهin-vitroبیانگر آن است که احتمالاً برخلاف SARS-CoV،SARS-CoV-2می‌تواند در سلول‌های عصبی نیز تکثیر یابد، هرچند این یافته در فضای in vivo تأیید نشده است(۷).

واکنش‌های روان‌شناختی در شکل‌گیری و بروز بیماری‌های روانی و اختلالات اجتماعی، طی شیوع بیماری و پس از آن نقشی اساسی دارند. به همین جهت نیازهای روان‌پزشکی افراد در هر مرحله از مدیریت همه‌گیری، باید در نظر گرفته شود. عوامل روانی در پیروی از اقدامات مرتبط با سلامت عمومی مانند واکسیناسیون، نحوه مقابله مردم با عفونت و خسارات ناشی از آن نقش مهمی‌دارند و در این میان افراد با سابقه قبلی بیماری‌های روان‌شناختی آسیب‌پذیرتر می‌باشند[۵].

عوامل مرتبط با افزایش حساسیت افراد به عوارض روان‌شناختی طی همه‌گیر COVID-19 به خوبی شناخته نشده‌اند. درچند مطالعه نشان داده شد که زنان(۸، ۹، ۱۰)، افرادی با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین (SES)(۱۱)، سطح تحصیلات ودرآمد پایین(۱۲)، بیکاری و ساکنان مناطق روستایی(۱۳)، در مقایسه با افراد دیگربیشترمستعد ابتلا به افسردگی و اضطراب می‌باشند(۱۴). البته برخی از مطالعات دیگراین یافته‌ها را تأیید نمی‌کنند(۱۵).

پژوهش‌های به عمل آمده نشان داده‌اندکه مداخلات روانی- اجتماعی می‌توانند در پیشگیری و درمان اضطراب و افسردگی مفید واقع شوند. با توجه به سرعت پیشرونده همه‌گیری COVID-19، سیاست‌گذاران در سراسر جهان نیازمند بهترین شواهد برای برنامه ریزی منابع محدود و مداخلات هدفمند در سطح جامعه می‌باشند(۱۶ و ۱۷).

برخی از گروه‌ها ممکن است نسبت به سایر افراد در برابر تأثیرات روانی - اجتماعی بیماری‌های همه‌گیر آسیب‌پذیرتر باشند. به‌طور خاص، افراد مسن، اشخاص دارای ضعف ایمنی و کسانی که درمراکز خاص تحت مراقبت قرار دارند و همچنین افرادی که سابقه مشکلات پزشکی، روان‌پزشکی یا سوء مصرف مواد دارند، در معرض خطر افزایش یافته برای پیامدهای نامطلوب روانی اجتماعی قرار دارند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نیز با توجه به ترس از قرار گرفتن در معرض ویروس، نگرانی در مورد آلوده‌سازی و مراقبت از عزیزانشان و ساعات کار طولانی، در معرض پریشانی عاطفی قرار دارند. به همین جهت اقدامات پیشگیری مانند غربالگری برای مشکلات بهداشت روان و حمایت روانی - اجتماعی باید بر روی گروه‌های در معرض خطر بیشتر متمرکز شوند(۱۸).

عواملی ازجمله استرس‌های ناشی از بیماری، تأکید برای ماندن افراد در خانه، قرنطینه و عدم شرکت و پرهیز از دورهمی‌ها، عوارض روان‌شناختی مرتبط با قرنطینه را به همراه دارد.از مهم‌ترین این عوارض عبارتند از: اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، ترس، گیجی، عصبانیت، ناامیدی و بی‌حوصلگی. البته برخی از این عوارض پس از رفع قرنطینه نیز ادامه یافته‌اند(۱۹).

مطالعه‌ای که در اوایل سال ۲۰۰۰ در جوامع مبتلا به سندرم حاد تنفسی حاد (SARS) صورت گرفت، نشان داد که اکثر اعضای جامعه، افراد مبتلا و کارکنان نظام سلامت با انگیزه جلوگیری از آلوده شدن دیگران و محافظت از سلامت جامعه قوانین مرتبط با قرنطینه را رعایت می‌کنند، ولی متأسفانه برخی از افراد با بروز پریشانی عاطفی، این قوانین را نقض می‌کنند (۲۰).

با توجه به شرایط کنونی که "ماندن در خانه" به افراد جامعه توصیه می‌شود، ارزیابی نیازهای روانی - اجتماعی و ارائه پشتیبانی و حمایت از بیمار، با محدودیت‌های زیادی روبه‌رو است. در زمینه COVID-19، بررسی روان‌شناختی باید شامل ارزیابی و تعیین عوامل استرس‌زا (مانند قرار گرفتن در معرض منبع آلودگی، آلودگی اعضای خانواده به ویروس، از دست دادن عزیزان)، مشکلات ثانویه به کووید (زیان اقتصادی)، اثرات روانی - اجتماعی (مانند افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، افزایش مصرف مواد و خشونت خانگی) و شاخص‌های آسیب‌پذیری (مانند بیماری‌های جسمی یا روانی که از قبل وجود داشته است) باشد. بعضی از بیماران برای ارزیابی و مراقبت سلامت روان نیاز به ارجاع دارند، در حالی که برخی ممکن است از مداخلات حمایتی طراحی شده برای ارتقا سطح سلامتی و تقویت مقابله (مانند آموزش روان‌شناختی یا روش‌های شناختی رفتاری) بهره ببرند(۲۱). با توجه به گسترش بحران اقتصادی و وجود موارد ناشناخته زیادی در مورد این بیماری و آینده آن، ممکن است فکر خودکشی در افراد مطرح شودکه نیاز به مشاوره فوری با یک متخصص روان‌پزشکی یا ارجاع برای بستری شدن احتمالی را ضروری می‌سازد (۲۲).

در مورد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، ماهیت جدید SARS-CoV-2، انجام تست به میزان ناکافی، گزینه‌های درمانی محدود، محدودیت PPE و سایر تجهیزات پزشکی و نیز حجم کار زیاد، منابع ایجادکننده استرس هستند(۲۳).

با توجه به اینکه بیشتر موارد COVID-19 در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی توسط کارکنان بهداشتی درمانی، شناسایی و درمان می‌شوند، ارزیابی و مداخله روانی - اجتماعی در این محیط‌ها ضروری است.۴ می‌توان پیش‌بینی کرد که کارکنان بهداشتی درمانی ارائه‌دهنده خدمت، بسیار در معرض خطر علایم روان‌شناختی قرار دارند. بنابراین مدیریت اضطراب و استرس در این گروه باید مورد توجه قرار گیرد که در طولانی مدت، موجب جلوگیری از فرسودگی شغلی، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه در این گروه شود(۲۴).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

آموزش در مورد مسائل روان‌شناختی به مدیران نظام سلامت، ارائه‌کنندگان خدمت و متخصصان امر سلامت ضروری است (۲۵).

همه‌گیری COVID-19 پیامدهای نگران‌کننده‌ای بر سلامت فردی، جمعی و عملکرد عاطفی و اجتماعی دارد، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی علاوه بر ارائه مراقبت‌های پزشکی، نقش مهمی در نظارت بر نیازها و حمایت‌های روانی - اجتماعی بیماران و مردم جامعه دارند(۲۶).

عوامل استرس‌زا در بهبود یافتگان

از عوامل استرس‌زا در جامعه می‌توان به مواردی از جمله پوشش مداوم رسانه‌ها با تأکید بر نرخ بالای مرگ‌ومیر بیماری، مقصر دانستن بازماندگان توسط جامعه یا اعضای خانواده در انتقال بیماری به دیگران، ترس فرد مبتلا از آلوده کردن دیگران، مرگ اعضای نزدیک خانواده و احساس گناه بازماندگان اشاره کرد. این عوامل به‌وجودآورنده استرس، پیامدهای مهمی در نتایج روان‌شناختی بازماندگان COVID-19 دارند(۲۷).

برای به حداقل رساندن تأثیرات روانی بیماری کووید-۱۹، ارائه مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای جوامع تحت تأثیر COVID-19، به‌ویژه پشتیبانی از افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به بیماری‌های روانی قرار دارند، توصیه می‌شود[۷]. این اقدامات می‌تواند به کاهش یا جلوگیری از بروز بیماری روانی در آینده کمک کند. همچنین باید روی کارکنان بهداشتی درمانی که تحت استرس‌های روانی و فشار کار قرار دارند، برای جلوگیری ازبروز علایم روان‌شناختی و خستگی ناشی از کارتمرکز ویژه شود(۲۸).

عوارض روانی حاد و مزمن بیماری کووید-۱۹

عوارض روانی حاد ناشی از کرونا عبارتند از: نگرانی و اضطراب منتشر همگانی، تضعیف سیستم ایمنی، تشدید آسیب‌پذیری افراد برای ابتلا به بیماری‌های ویروسی ازجمله کووید-۱۹،تشدیدآسیب‌پذیری افراد برای ابتلاء به بیماری‌های روان‌تنی مانند بیماری‌های گوارشی، قلبی، ریوی، کلیوی، ناراحتی‌های تنفسی، آسیب‌پذیری برای ابتلاء و یا عود و یا تشدید اختلال فوبیا، اختلال وسواسی اجباری، اختلال اضطراب منتشر، اختلال حملات پانیک، اختلال افسردگی، اختلال استرس پس از حادثه، سوگواری و سایر اختلالات روانی.

عوارض روانی مزمن ناشی از کرونا عبارتند از:تغییرات عمده سبک زندگی و احتمالاً افزایش بروز اختلالات روانی، بیماری‌های روان‌تنی و آسیب‌های اجتماعی، کاهش مراجعات به سبب ترس از ابتلای به کرونا، ارائه خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناختی کمتر و با کیفیت پایین‌تر به سبب تعطیلی مطب و یا مجازی شدن، در دسترس نبودن و یا کم شدن برخی اقلام دارویی در درمان روان‌پزشکی، تصمیم‌های دیرهنگام و تردیدآمیز مسئولان، تمرکز بیشتر بر روی درمان تا پیشگیری، پیام‌های متفاوت از دست‌اندرکاران، تحریم‌ها و عوارض روانی آن، بزرگ‌نمایی مشکلات و ضعف مدیریت‌ها، دستاویز قرار گرفتن نواقص و نارسایی‌ها برای اهداف سیاسی و جناحی در آستانه انتخابات(۲۹).

در مقاله مروری که یافته‌های ۷۲ مقاله و ۳۵۵۹ بیمار در کشورهای چین، هنگ‌کنگ، کره جنوبی، کانادا، عربستان سعودی، فرانسه، ژاپن، سنگاپور، انگلستان و آمریکا، که مبتلایان را طی ۶۰ روز تا ۱۲ سال پس از ابتلا به بیماری‌های SARS و MERS پیگیری کرده‌اند، علایم روان‌پزشکی در دوره حاد ابتلا به ویروس شامل اضطراب ۳۵/۷ درصد، خلق افسرده ۳۲/۶ درصد، بی‌خوابی ۳۴/۱ درصد بود. همچنین مشکلات بیماران در دوره بعد از ابتلاخلق افسرده ۵/۱ درصد، بی‌خوابی ۱۲/۱ درصد، اضطراب ۱۲/۳ درصد، تحریک‌پذیری ۱۲/۸ درصد، مشکلات حافظه ۱۸/۹ درصد، خستگی ۱۹/۳ درصد و اختلال پس از سانحه ۳۲/۲ درصد گزارش شد(۳۰).

در مطالعه‌ای که بر روی اثرات متقابل کووید-۱۹ و عوارض روانی صورت گرفت، مشخص شد که ۲۵ درصد از بیماران کووید-۱۹ دارای بیماری عصبی روانی هم بودند. همچنین بیماران مبتلا به کووید-۱۹، موارد زیادتری از اختلال بیش‌فعالی، اختلال دوقطبی، افسردگی و اسکیزوفرنیا را نشان دادند. بررسی بر روی ۶۹ میلیون نفر دارای پرونده الکترونیک سلامت، که ۳۵۴/۶۲ نفر از آن‌ها دچار کووید۱۹ شده بودند، صورت گرفت. نجات‌یافتگان از کووید، به صورت معنی‌داری، دارای اختلالات روان‌پزشکی، دمانس و بی‌خوابی بالاتری بودند. سابقه اختلال روان‌پزشکی، با افزایش خطر ابتلای به کووید-۱۹، مرتبط بود. در دوره ۱۴ تا ۹۰ روز برای نجات‌یافتگان از کووید-۱۹، برای ۸/۵ درصد از افراد، یک تشخیص جدیدی از اختلال روانی مطرح شد که در قیاس با گروه‌های دیگر، بیشتر بود (۵/۲ تا ۴/۳ درصد). بزرگسالان، تقریباً دو برابر، خطر ابتلای به یک اختلال روان‌پزشکی را پس از درگیری به کووید-۱۹ داشتند. وجود سابقه تشخیص اختلال روان‌پزشکی، در یک سال قبل ازبروز کووید-۱۹، در قیاس با گروه همتا شده بدون سابقه روان‌پزشکی و سایر عوامل خطر فیزیکی و جسمی با افزایش ۶۵ درصدی خطر ابتلای به کووید-۱۹همراه بود. میزان خطر در بیماران مسن‌تر، بیشتر بود(۳۱).

در مطالعات مختلف انجام شده، شیوع علایم افسردگی از ۱۴/۶ تا ۴۸/۳ درصد گزارش شده که بالاتراز شیوع یک ساله برآورد شده است افسردگی قبل ازبروز همه‌گیری می‌باشد. این توضیح لازم است که وجود علایم افسردگی معادل تشخیص بالینی افسردگی نیست.

بسیاری ازعوامل خطر در بیماران مبتلا به کووید-۱۹با علایم افسردگی همراهی دارند. زنان(۳۲ و ۳۳) (درمقایسه با مردان) و گروه سنی جوان (۴۰ ≤ سال) علایم افسردگی بیشتری داشتند(۳۴ و ۳۵). سطح تحصیلات پایین به عنوان یک عامل مرتبط با علایم افسردگی شناخته شده است(۳۶). البته در یک مطالعه افراد با تحصیلات عالی علایم

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

افسردگی بیشتری را در مقایسه با افراد با تحصیلات کمتر و کسانی که در صنایع خدماتی یا شرکتی بودند، نشان دادند(۳۷).

از دیگرعوامل پیش‌بینی‌کننده علایم افسردگی می‌توان به زندگی در مناطق شهری، سابقه بیماری جسمی، تنهایی، طلاق/ بیوه بودن، مجرد بودن، درآمد پایین خانوار، قرنطینه، نگرانی در مورد آلودگی به ویروس و یا ابتلا به بیماری، زیان اقتصادی و بیکاری اشاره کرد(۳۸، ۳۹ و ۴۰).

شیوع علایم اضطراب از ۶/۳۳تا۵۰/۹ متفاوت است. اضطراب اغلب همراه با افسردگی است. برخی از عوامل پیش بینی‌کننده علایم افسردگی در مورد علایم اضطراب نیز مؤثرند، از جمله گروه سنی جوان (۴۰ ≥سال)، سطح تحصیلات پایین، تنهایی، جنسیت زن، وضعیت مطلقه/بیوه، وضعیت قرنطینه، نگرانی درمورد آلوده بودن به ویروس، زیان اقتصادی، سابقه بیماری روانی، وجود بیماری مزمن، زندگی در مناطق شهری(۳۴ و ۳۵).

دریافت مکرر اطلاعات و یا اخبار مربوط به کووید-۱۹ از رسانه‌های اجتماعی، موجب بروز علایم اضطراب می‌شود(۴۱). در یک مطالعه، شرکت‌کنندگان متاهل در مقایسه با شرکت‌کنندگان مجرد و در تحقیق دیگر، شرکت‌کنندگان مطلقه / بیوه نسبت به افراد مجرد یا متاهل علایم اضطراب بیشتری داشتند. همچنین، دوره قرنطینه طولانی‌مدت با احتمال بیشتری با بروز علایم اضطراب همراهی دارد(۳۴، ۳۵ و ۴۲).

با توجه به علایم PTSD ، نرخ شیوع ۵۳/۸- ۷ درصد گزارش شده است. در یک مطالعه، ۱۵/۸ درصد از شرکت‌کنندگان علایم PTSD را ذکر کردند. در سه مورد از چهار مطالعه‌ای که اثرات آسیب‌زای COVID-19 بررسی شد: جنس زن، تنهایی، کیفیت پایین خواب، دانشجویی، سابقه بیماری جسمی از عوامل مستعدکننده ابتلا به علایم PTSD بودند(۲).

شدت استرس در چهار مطالعه ارزیابی و گزارش شد. شیوع استرس به‌طور متغیری بین ۸/۱ تا بیش از ۸۱/۹ گزارش شده است(۴۳). زنان و گروه سنی جوان‌تر در مقایسه با مردان و سالمندان اغلب با سطح استرس بالاتر همراه هستند. از دیگر عوامل پیش‌بینی‌کننده سطح استرس بالاتر می‌توان به وضعیت دانشجویی، تعداد روزهای تعطیلی زیاد، بیکاری و وجود بیماری‌های مزمن اشاره کرد(۳۳ و ۴۳).

علاوه بر عوامل خطرمرتبط، عوامل زیراز افراد در برابر علایم بیماری‌های روانی طی همه‌گیری محافظت می‌کنند. انتشار و ارائه به موقع اطلاعات و آماردقیق مربوط به COVID-19 از مقامات با سطح پایین‌تری از اضطراب، استرس و علایم افسردگی در عموم مردم ارتباط دارد(۴۳). علاوه بر این، انجام اقدامات پیشگیرانه فعال که خطرعفونت را کاهش می‌دهد مانند شستن مکرر دست، ماسک زدن و تماس کمتر با دیگران، با میزان بروز کمتری از پریشانی روان‌شناختی طی همه‌گیری همراهی دارد(۴۳).

با توجه به این که بیماری کووید-۱۹یک بیماری تازه و ناشناخته است، طی گسترش کووید-۱۹، ماندن افراد جامعه در منزل و فاصله‌گذاری اجتماعی، رایج‌ترین و بهترین استراتژی ممانعت از انتشار بیماری به شمارمی‌رود(۴۴). ولی با ماندن افراد در خانه ممکن است اختلالات مختلف روان‌شناختی بین افراد خانواده بروز پیدا کند(۴۵). نتایج یک تحقیق که در مورد کیفیت خواب مبتلایان به کووید-۱۹ در چین که خود را ایزوله کرده بودند نشان داد، اختلال در خواب با افزایش اضطراب و استرس در این افراد مرتبط بوده که حمایت‌های اجتماعی مناسب سبب بهبود کیفیت خواب در این بیماران شد. نتایج تحقیق دیگری بین مردم عادی پس از انتشار کووید- ۱۹در چین نشان داد حدود ۴/۱ درصد از افراد شرکت‌کننده، سطوح بالایی از نشانه‌های استرس پس از حادثه را گزارش کرده‌اند(۴۶). از عواملی که در بروز علایم روان‌شناختی در عموم مردم تأثیر گذارند می‌توان به نگرانی در ارتباط با خطر ابتلای بیماری، وضعیت آینده شغلی و منابع درآمدزایی افراد و خانواده‌ها و همچنین دوران طولانی قرنطینه خانگی اشاره کرد(۱).

مشکلات بهداشت روانی و به ویژه علایم افسردگی در افراد مسن شایع است(۴۷ و ۴۸). با توجه به این واقعیت که در دوره COVID-19 ارائه خدمات بهداشت روان به پزشکی از راه دورتغییریافته است، به نظر می‌رسد این گروه سنی به طور نامتناسبی تحت تأثیر قرار گرفته‌اند زیرا اکثر افراد مسن دسترسی محدود و یا فاقد توانایی استفاده از تلفن‌های هوشمند و خدمات اینترنتی هستند. این موضوع منجر به عدم درمان و تشدید علایم روان‌پزشکی قبلی می‌شود.همچنین، بار انزوای اجتماعی در صورت نیاز به بستری شدن بیماران در بیمارستان بیشتر می‌شود زیرا در اکثر بیمارستان‌ها اجازه ملاقات به بیماران داده نمی‌شود. به همین ترتیب، به نظر می‌رسد افراد مسن فاقد اختلالات روان‌پزشکی قبلی، به ابتلا به عوارض روان‌پزشکی مستعد هستند. به‌ویژه افرادی با بیماری‌های زمینه‌ای، آسیب‌پذیرترین گروه سنی را برای عوارض تهدیدکننده زندگی و مرگ ناشی از COVID-19 تشکیل می‌دهند، بنابراین آلوده شدن به ویروس و عدم دسترسی به مراقبت‌های مناسب برای این افراد موجب نگرانی زیاد می‌شود. همچنین، نگرانی از تبعیض مبتنی بر سن درانتخاب گزینه‌های درمانی توسط پزشکان برای افراد مسن باعث ناراحتی بیشتر سالمندان و خانواده‌های آنان می‌شود(۴۹، ۵۰، ۵۱ و ۵۲).

در رابطه با بیماری روانی و عوارض و مرگ‌ومیر عفونت COVID-19 در سالمندان، زوال عقل در افراد مسن با افزایش خطر مرگ‌ومیر ناشی از عفونت COVID-19 همراه است(۵۲).

کودکان با توجه به سرعت رشد ساختارهای مغزی،نسبت به COVID-19 بسیار آسیب‌پذیرمی‌باشند. کودکان در معرض استرس‌های مزمن مانند دوری اجباری از همسالان به دلیل فاصله اجتماعی و ماندن در خانه قرار دارند. با توجه به اینکه بیشترعوارض مربوط به سلامت روان در دوران بلوغ و بزرگسالی ایجاد می‌شود، عوامل استرس‌زای محیطی مانند تعطیلی مدارس و دانشگاه‌ها، از دست دادن روابط اجتماعی و تنهایی، با

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

بروزعوارض روانی مانند علایم افسردگی در دختران و اضطراب اجتماعی در پسران در این گروه سنی مرتبط است. به نظر می‌رسد مدت زمان تنهایی، پیش‌بینی‌کننده مشکلات سلامتی روان در آینده است زیرا کودکانی که انزوا یا قرنطینه اجباری را تجربه کرده بودند پنج برابر بیشتر از سایر کودکان نیازمند دریافت خدمات سلامتی روان بوده و سطح بالاتری از استرس پس از حادثه را تجربه کردند. انتظار می‌رود که عوارض روانی ثانویه به COVID-19 به طور نامتناسبی بر کودکان و نوجوانان دارای معلولیت ذهنی تأثیر گذاشته و باعث تشدید تحریک و اضطراب در این کودکان می‌شود(۵۴ و ۵۳).

فعالیت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در خط اول مبارزه با بیماری کووید-۱۹، باعث می‌شود اولین کسانی باشند که در معرض آلودگی به این ویروس قرار می‌گیرند. یافته‌های یک مطالعه نشان می‌دهد که میزان آلودگی کارکنان مراقبت‌های پزشکی طی شیوع بیماری کووید-۱۹، ۳/۸ درصد بوده که این موضوع به علت تماس‌های محافظت نشده با بیماران آلوده درابتدای شیوع بیماری کووید-۱۹ بوده است(۶۰-۵۵). از طرفی استفاده از لباس‌های محافظتی مخصوص و ماسک N-95 باعث ایجاد محدودیت‌های فیزیکی فراوان و سختی کار می‌شود. تمامی این عوامل و همچنین نگرانی از آلوده شدن و آلوده کردن دیگران موجب افزایش بروز اختلالات روان‌شناختی در میان کارکنان پزشکی شده است. براساس نتایج تحقیقی که بر روی بهداشت روان کارکنان پزشکی درگیردر انتشار ویروس سارس در سال ۲۰۰۳ ارائه شد، حدود ۱۰ درصد از افراد، سطوح بالایی از علایم استرس پس از حادثه را نشان دادند.

در یک مطالعه مقطعی که بر روی کارکنان پزشکی در کشور چین طی انتشار کووید-۱۹صورت گرفت، میزان شیوع اضطراب حدود ۱۲/۵ درصد بود که ۱۰/۳۵ درصد افراد اضطراب خفیف، ۳۶ درصد اضطراب متوسط و حدود ۰/۷۸ درصد اضطراب شدیدرا تجربه کرده‌اند. همچنین، بررسی نتایج همین تحقیق نشان داد کارکنانی که در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید-۱۹ هستند در مقایسه با افرادی که در تماس مستقیم با این بیماران نیستند دارای شاخص اضطرابی بیشتری می‌باشند. میزان شاخص اضطراب در کارکنان پزشکی شهرهای آلوده (مثل شهر ووهان) در مقایسه با کارکنان پزشکی سایر شهرها بیشتر است. در یک بررسی دیگر که بر روی پزشکان و پرستاران بیمارستانی در ووهان چین طی انتشار بیماری کووید-۱۹صورت گرفت، کارکنان مراقبت‌های پزشکی درجه بالایی از علایم افسردگی (۵۰/۴ درصد)، اضطراب (۴۴/۶ درصد) و بی‌خوابی (۳۴ درصد) را تجربه کردند(۵۳). نکته قابل تامل اینکه بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق بانوان و افراد در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید-۱۹ میزان بالاتری از علایم روان‌شناختی ذکر شده را گزارش کرده‌اند. بنابراین رسیدگی و حفظ سلامت روان کارکنان مراقبت‌های پزشکی طی مواجهه با بیماری‌های عفونی سرایت‌کننده از جمله بیماری کووید-۱۹ از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است(۶۰-۵۵).

به نظر می‌رسد بیمارانی که سابقه قبلی ابتلا به بیماری‌های روانی را دارند، طی همه‌گیری COVID-19 نسبت به عود بیماری بسیار آسیب‌پذیر هستند، زیر SARS-CoV-2 می‌تواند علایم اصلی روان‌پزشکی مانند اضطراب، افسردگی، وحشت، هذیان، روان پریشی و خودکشی را تشدید کند. ترخیص زودتر از موقع از واحدهای روان‌پزشکی ممکن است منجر به عود، خودکشی ویا اضطراب، افسردگی و بی‌خوابی شود(۳۲-۳۱).

بیماری کووید-۱۹ در مدت زمان کوتاهی به طور گسترده منتشر شده و با ایجاد وضعیت دنیاگیری، تمامی‌کشورهای جهان را آلوده کرده است. درحال‌حاضر نیز تعداد مبتلایان به این بیماری و همچنین مرگ‌ومیر ناشی از آن به شدت در سطح جهان در حال افزایش است. بر این اساس و با توجه به وضعیت اورژانسی فعلی این بیماری، قابل پیش‌بینی است که ما افزایش برخی از نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ را شاهد باشیم. با توجه به وضعیت فعلی بیماری کووید-۱۹ در جهان، افراد مبتلا به شدت در معرض بروز اختلالات روان‌شناختی به خصوص اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند(۳۵-۳۱).

یکی از مهم‌ترین اختلالات روان‌شناختی که می‌تواند به سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ آسیب وارد نماید اختلال استرس پس از حادثه است. اختلال در خواب از دیگر مشکلات افراد مبتلا به کووید-۱۹ می‌باشد که ممکن است در بخش‌های ایزوله یا قرنطینه برای افراد روی دهد. از دیگر اختلالات روان‌شناختی مهم که می‌تواند در سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ آسیب ایجاد کند، اختلال اضطراب و افسردگی است. هر دو شاخص افسردگی و اضطراب در افراد آلوده به کووید-۱۹ در مقایسه با افراد دارای بیماری پنومونی به طور قابل توجهی بالاتر است(۳۱).

نظام سلامت در بخش بهداشت روان طی همه‌گیری با چالش‌های بی‌سابقه‌ای روبرو بوده است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، طی همه‌گیری COVID-19 در حالی‌که تقاضا برای بهداشت روان در حال افزایش است، خدمات بهداشت روان در ۹۳ درصد از کشورهای جهان را مختل یا متوقف شده است. نظرسنجی WHO که در ۱۳۰ کشور جهان انجام شده است، نشان داد اختلالات در ارائه خدمات سلامت روان برای افراد آسیب‌پذیر مانند کودکان و نوجوانان و افراد مسن، خدمات قبل از زایمان، درمان نگهداری مواد مخدرخطر نابرابری مراقبت در افراد دارای معلولیت روانی-اجتماعی و فکری را افزایش می‌دهد(۶۱).

از بحران COVID-19 نه تنها برای شناسایی نقص‌های نظام سلامت بلکه به عنوان فرصتی برای بهبود عملکرد آن، می‌توان استفاده کرد. زمان آن فرا رسیده است که کشورها با توجه به افزایش فشار پیش‌بینی شده در آینده نزدیک بر سلامت روان افراد جامعه، با افزایش بودجه و ظرفیت کارکنان، پاسخگوی نیازهای سلامت روان افراد جامعه باشند(۶۲).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

بحث

در این مطالعه، وضعیت سلامت روان مردم و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن را در همه‌گیری COVID-19 مورد بررسی قرار دادیم. شیوع پیامدهای نامطلوب روان‌پزشکی در میان مردم دردوران پس از همه‌گیری کووید-۱۹ نسبت به قبل از این دوره، بالاتر است(۶۳). البته تفاوت میزان شیوع می‌تواند از مقیاسه مختلف اندازه‌گیری، الگوهای متفاوت گزارش‌دهی و احتمالاً تفاوت‌های فرهنگی/بین‌المللی ناشی شود. به عنوان مثال، برخی از مطالعات شرکت‌کنندگان با علایم خفیف تا شدید و برخی دیگر علایم متوسط تا شدید را گزارش کردند(۲). اختلافات منطقه‌ای با توجه به سلامت روان‌شناختی عموم مردم طی شیوع گسترده بیماری وجود داشت. به‌علاوه میزان شیوع در هر منطقه نیز بر واکنش‌های روان‌شناختی مردم تأثیرگذار است(۶۴). با افزایش میزان شیوع و وضع مقرراتی از جمله قرنطینه اجباری، بیکاری و عدم اطمینان از آینده، علایم پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی معمولاً بروز می‌کند(۱). اضطراب و استرس در مورد ابتلا به بیماری، افراد را به رعایت اقدامات پیشگیرانه‌ای برای محافظت از خود سوق می‌دهند(۳۳-۳۱). برای ارزیابی تأثیرات روان شناختی طولانی‌مدت در همه‌گیر COVID-19 ممکن است به مطالعات پیگیری بعد از بیماری نیاز باشد[۳۴].

همچنین ارزیابی از افراد از خود ممکن است با واقعیت متفاوت باشد، زیرا نظارت یک روان‌پزشک یا مصاحبه‌کننده حرفه‌ای وجودندارد. در بسیاری از مطالعات، افراد با دسترسی ضعیف به اینترنت ممکن است در مطالعه گنجانده نشوند. تعصب در انتخاب و نمایندگی بیش از حد گروه‌های خاص نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات ممکن است نمایانگر جمعیت واقعی نباشد. بنابراین مطالعات مربوط به شمول عمومی‌نتایج در تعداد محدودی از کشورها انجام شده است و به همین علت تعمیم نتایج سلامت روان در بین مردم جامعه در بعضی از مطالعات به سطح جهانی باید با احتیاط انجام شود.

تلاش برای کاهش علایم اختلالات روانی

سیاست‌گذاری

تصویب سیاست‌هایی برای تعدیل تأثیرات روان‌شناختی بیماری بر عموم مردم با توجه به ریسک عوامل محافظت‌کننده گریزناپذیر است. در مرحله اول، اولویت توجه و مساعدت بیشتر باید به گروه‌های آسیب‌پذیر ذکر شده باشد مانند جنس زن، افراد با گروه سنی ۴۰ سال، دانشجویان و کسانی که از بیماری‌های مزمن/روانی رنج می‌برند. ثانیاً، دولت‌ها باید از انتشار مناسب و به موقع اطلاعات مربوط به COVID-19 اطمینان حاصل کنند. به عنوان مثال، تأیید اعتباراخبار/ گزارش‌های مربوط به بیماری برای جلوگیری از وحشت ناشی از شایعات و اطلاعات نادرست ضروری است. اطلاعات مربوط به اقدامات پیشگیرانه باید توسط مقامات بهداشتی به‌طورمداوم به‌روز شود.

در طول قرنطینه طولانی بسیار مهم است که خدمات بهداشت روان که به راحتی در دسترس باشند، به‌ویژه برای کسانی که نیاز فوری به حمایت روانی دارند و افرادی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند. از آنجا که خدمات بهداشتی حضوری در نتیجه بیماری همه‌گیر COVID-19 با محدودیت روبه‌رو است، خدمات بهداشت روان از راه دور می‌تواند در قالب مشاوره آنلاین و خطوط تلفنی ارائه شود.

اعتبارات مالی (به عنوان مثال یارانه دستمزد) و فرصت‌های شغلی جدید می‌تواند به افرادی که به دلیل بیماری همه‌گیر دچار مشکلات مالی یا از دست دادن شغل هستند، ارائه شود. مداخله دولت در قالب تأمین مالی، حمایت از مسکن، دسترسی به کمک‌های اولیه روان‌پزشکی و تشویق به شیوه زندگی سالم در کاهش موارد خودکشی مرتبط با رکود اقتصادی مؤثر است(۶۶-۶۵).

تلاش‌های فردی

ورزش منظم و حفظ الگوی غذایی سالم برای کاهش و جلوگیری از علایم افسردگی یا استرس مؤثر است.

با توجه به بروز اضطراب ناشی از همه‌گیری، توصیه می‌شود افراد خود را ازبررسی اخبار مربوط به COVID-19 منحرف کنند تا از گزارش‌های دروغین احتمالی و منفی مسری جلوگیری کنند. همچنین به دست‌آوردن اطلاعات مربوط به COVID-19 از آژانس‌های خبری مجاز و جستجوی مشاوره پزشکی فقط از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به درستی آموزش دیده صورت گیرد. برقراری ارتباط با دوستان و خانواده از طریق تماس تلفنی یا تماس تصویری در حین قرنطینه می‌تواند ناراحتی ناشی از انزوای اجتماعی را کاهش دهد(۶۸-۶۷).

همه‌گیری COVID-19 پیامدهای نگران‌کننده‌ای بر سلامت فردی و جمعی و عملکرد عاطفی و اجتماعی دارد. علاوه بر ارائه مراقبت‌های پزشکی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، نقش مهمی در نظارت بر نیازهای روانی – اجتماعی و ارائه حمایت روانی – اجتماعی از بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و مردم دارند(۱۸).

توصیه‌های کلی سلامت روان در مدیریت کرونا

حفظ آرامش و خونسردی: همه افراد شامل مسئولان و شهروندان، باید آرامش خود را حفظ کنند. آرامش بیشتر افراد باعث افزایش تمرکز دست‌اندرکاران حادثه شده و تسلط آن‌ها بر مدیریت حادثه را بالا می‌برد(۶۹).

نگاه روان‌شناختی مثبت در حوادث: برخی شاخصه‌ها و مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت عبارتند از:

- **نگاه خوشبینانه:** ۸۰ درصد از افراد مبتلا، بهبودی یافته و درصد قابل‌توجهی از بیماران نیازمند بستری نیز از بیماری رهایی می‌یابند. بنابراین باید به این رویداد نگاهی خوش‌بینانه داشت.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

- **نگاه امیدوارانه:** با توجه به اقدامات درمانی که برای بیماران صورت می‌گیرد، امید به بهبودی از این بیماری بالا است.
- **نگاه خوداتکایی:** خوداتکایی در این مورد معادل خودمراقبتی است. یعنی محافظت از خود و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی برای پیشگیری از ابتلا خود و یا انتقال بیماری به دیگران.
- **تاب‌آوری:** مقاومت، مواجهه، سازگاری و مقابله با حوادث زندگی(۷۰).

نقش و مسئولیت حاکمیت در مدیریت کرونا

قراردادن موضوع در اولویت اول: حاکمیت باید حادثه را در اولویت قرار بدهند و از هرگونه سیاسی کردن آن بپرهیزند.ضروری است این حادثه از جهت تصمیم‌گیری، تدوین قوانین و دستورالعمل، تأمین اعتبارات و سایر جهات، در اولویت باشد و همه قوا (مقننه، اجرایی، قضایی، انتظامی، امنیتی، فرهنگی، اقتصادی) در امر مقابله به صورت جدی وارد شوند.

تبعیت از نظرکارشناسان علمی و تخصصی: در مورد مسئله ویروس کووید-۱۹، باید از نظرات کارشناسان فن ازجمله متخصصان عفونی و همه‌گیرشناسی تبعیت شود.

نظارت و حمایت و برخورد حداکثری لازم است: مسئولان و حاکمان، نظارت دقیق و حمایت کافی و مناسب از نظر مالی و اجتماعی، بدون تبعیض و نیز برخورد مناسب بازدارنده قانونی، برای عموم مردم، به‌ویژه برای دست‌اندرکاران و حادثه دیدگان داشته باشند.

اطلاع‌رسانی دقیق، شفاف و صریح: ضروری است، اطلاع‌رسانی شفاف و صریح و به‌جا و به موقع باشد.

صداقت و جلب مشارکت همگانی: حاکمیت نباید از صداقت عدول کرده و یا استانداردهای دوگانه اعمال کند (۷۱ و ۷۲).

نقش و مسئولیت دستگاه متولی تخصصی در مدیریت کرونا

دستگاه متولی تخصصی در این مقطع وزارت بهداشت است که باید موارد زیر را مدنظر داشته باشد:

۱. کسب اطلاعات علمی از افراد متخصص و منابع موثق ملی و بین‌المللی و جمع‌آوری و بومی‌سازی آن.
۲. انتقال اطلاعات به صورت شفاف و بی‌شائبه به مقامات مسئول و تصمیم‌گیرنده
۳. تأمین و حمایت‌طلبی برای تدارک لوازم و اقلام و خدمات مورد نیاز کادر پزشکی و بهداشتی و یا پرستاری.
۴. تامین اقلام و خدمات مورد نیاز حادثه‌دیدگان (مبتلایان و سوگواران)
۵. اطلاع‌رسانی دقیق، پیشگیرانه و مددجویانه
۶. پیشگیری از خستگی و فرسودگی شغلی دست‌اندرکاران که می‌تواند تأثیر مخربی را بر روان مردم و آحاد جامعه گذارد.
۷. تدوین شیوه‌نامه‌های بهداشتی و رصد اجرای آن
۸. تدوین اصول راهنمای مقابله و مواجهه و درمان بیماران سرپایی و بستری
۹. مراقبت از دریافت پیام واحد از جامعه پزشکی به مردم و ممانعت از تشویش اذهان
۱۰. هدایت و حمایت از پژوهش‌های مورد نیاز و معتبر در این حوزه در سطح ملی و بین‌المللی(۷۳).

نقش و مسئولیت رسانه‌ها در مدیریت کرونا

رسانه‌ها باید موارد زیر را ملحوظ نظر قرار دهند:

۱. رعایت مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت: نگاه خوشبینانه، نگاه امیدوارانه، نگاه خوداتکایی و خودمراقبتی و نگاه تاب‌آورانه را انتقال بدهند.
۲. پرهیز از هرگونه بزرگ‌نمایی نقاط ضعف و سیاه‌نمایی به صورت جدی
۳. انتشار اطلاعات از منابع موثق
۴. پرهیز از بزرگ‌نمایی نقاط ضعف کشورهای ناموفق در کنترل همه‌گیری با انگیزه سیاسی و غیرعلمی
۵. بزرگ‌نمایی روش‌ها و کارکردهای کشورهای موفق در امر کنترل همه‌گیری با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی و فرهنگی جامعه ما
۶. پرهیز از خدشه‌دار شدن وحدت ملی و تشویش اذهان مردم با رعایت اصل بیم و امید(۷۴)

نقش و مسئولیت آحاد مردم در مدیریت کرونا

۱. **حفظ آرامش:** افراد باید آرامش خود را حفظ کنند و بدانند که حفظ آرامش، آسیب‌پذیری آن‌ها را برای ابتلا کمتر می‌کند. همچنین تمرکز دست‌اندرکاران حاضر در صحنه و تسلط آن‌ها بر مدیریت اوضاع را بیشتر می‌کند.
۲. **نگاه مثبت‌اندیشانه:** نگاه خوشبینانه، امیدوارانه، خودمراقبتی و تاب‌آورانه داشته باشیم و به این جمع‌بندی برسیم که چه کسی گفته ما اگر مبتلا شدیم جزو ۸۰ درصدی که بهبود می‌یابند نباشیم یا نمی‌توانیم ما خودمراقبتی داشته باشیم یا نمی‌توانیم در برابر حوادث مقاومت کنیم. این نکاتی است که باید آحاد مردم به آن توجه داشته باشند.
۳. **تبعیت از منبع کاملاً تخصصی و امن:** آحاد مردم از یک کانال و آن هم کانال تخصصی مقامات ذی‌ربط که (وزارت بهداشت) تبعیت بکنند.
۴. **عدم انتشار اخبار غیرمطمئن:** از پخش و توجه به اخبار کانال‌های متعدد پرهیز کنند و فقط به منبع تخصصی ذی‌ربط که در این مقطع وزارت بهداشت است،توجه کنند.
۵. **توجه و توکل به خدا:** ضروری است به درس خداشناسی در این مرحله توجه کنیم. همان خدایی که آفریننده همه جهان است می‌تواند نجات‌دهنده انسان‌ها که مخلوقات او هستند، باشد. باید به خداوند توکل کرد و از او کمک و حمایت‌طلب کرد (۷۵).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

Review

COVID-19 Epidemic and Mental Health

AhmadAli Noorbala[1], Ali Fathi Ashtiani[2], MohammadHossein Niknam[3], Seyed Hasan Emami Razavi[4], Ali Ramezankhani[5], Maryam Khayamzadeh[6*]

Abstract

Background: Covid-19 has spread rapidly in the world and has affected the health and other aspects of human being life. The virus which causes this disease has various effects on mental health, and different segments of society such as patients, health care providers and general population. In this article, the effects of this virus on mental health and related risk factors are discussed.

Methods: For compiling this review, national and international articles from credible referrences have been used.

Results: Symptoms such as anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, psychological distress and stress were reported in the general population and patiets with COVID-19. Factors such as staying at home, social distancing, closing educational centers, mass lockdown, worry about being infected and transmission to others are the risk factors of these diseases.

Conclusion: COVID-19 has a dual effect on human mental health, one of the complications of this disease is psychological complications and on the other hand, patients with mental illness are prone to COVID-19.Considering the numerous and sometimes dangerous effects of Covid 19 on mental health, reducing the dangerous effects of these complications is one of the priorities of the health system. In order to properly manage the effects of Covid 19 on the mental health of the community, urgent call for more attention given to public mental health and policies and also cooperation of the policy makers, scientific experts and the community members to assist people through this challenging time are necessory.

Keywords: Mental Health, Mental Health Services, COVID-19, Pandemics

منابع

1. Tsamakis K, Tsiptsios D, Ouranidis A, Mueller C, Schizas D, Terniotis C, et al.COVID 19 and its consequences on mental health (Review). Exp Ther Med 2021; 21(3): 244.
2. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health in the General Population: A Systematic Review. J Affect Disord 2020; 277: 55-64.
3. Docea AO, Tsatsakis A, Albulescu D, Cristea O, Zlatian O, Vinceti M, et al. A new threat from an old enemy: Re-emergence of coronavirus (Review). Int J Mol Med 2020; 45(6): 1631-1643.
4. Ba Abdullah M. The SARS-CoV-2 outbreak from a one health perspective. One Health 2020; 10: 100127.
5. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry 2020 Jul; 7(7): 611-627.
6. Mao L, Jin H, Wang M. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurol 2020; 77(6): 683-690.
7. Chu H, Chan JF-W, Yuen TT-T. Comparative tropism, replication kinetics, and cell damage profiling of SARS-CoV-2 and SARS-CoV with implications for clinical manifestations, transmissibility, and laboratory studies of COVID-19: an observational study. Lancet Microbe 2020; 1(1): E14-23.
8. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. Int J Environ Res Public Health 2020 May; 17(9):3165.
9. Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. Brain Behav Immun 2020; 88: 36–38.
10. Li X, Dai T, Wang H, Shi J, Yuan W, Li J, et al. Clinical analysis of suspected COVID-19 patients with anxiety and depression. Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2020; 49(2): 203–208 .
11. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS One 2020; 15(4): e0231924.
12. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. Am J Obstet Gynecol 2020; 223(2): 240.
13. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res 2020; 287:112934.
14. Ni MY, Yang L, Leung CMC, Li N, Yao XI, Wang Y, et al. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey. JMIR Ment Health 2020; 7(5): e19009.

1. Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Professor of Psychology, Baghiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Permanent Member of Academy of Medical Sciences, Professor of Immunology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Permanent Member of Academy of Medical Sciences, Professor of Surgery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Professor, PhD of Health Promotion and Medical Education, Shahid Beheshti Unoversity of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. * Corresponding Author: Assisstant Professor, Community Medicine Specialist, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

15. Wang Y, Gao J-l, Chen H, Mao Y-m, Chen S-h, Dai J-m, et al. The relationship between media exposure and mental health problems during COVID-19 outbreak. JMS 2020; 47(2):173–8.
16. Moreno-Peral P, Conejo-Cero´n S, Rubio-Valera M, Ferna´ndez A, Navas-Campaña D, Rodrı´guez-Morejo´n A, et al. Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. JAMA Psychiatry 2017; 74(10): 1021–1029.
17. Teesson M, Newton NC, Slade T, Chapman C, Birrell L, Mewton L, et al. Combined prevention for substance use, depression, and anxiety in adolescence: a cluster-randomised controlled trial of a digital online intervention. Lancet Digit Health 2020; 2(2): e74–e84.
18. Pfefferbaum B, North C. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. N Engl J Med 2020; 383: 510-512
19. Turabian JL. Implications on mental health by the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: The role of general practitioner. Arch Psychiatr Ment Health 2020; 4: 035-041.
20. Wilder-Smith A, Chiew CJ, Lee VJ. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? Lancet Infect Dis 2020; 20(5): e102-e107.
21. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, 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. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(5): 1729.
22. Türközer H.B, Öngür D. A projection for psychiatry in the post-COVID-19 era: potential trends, challenges, and directions. Mol Psychiatry 2020; 25: 2214–2219.
23. Talaee N, Varahram M, Jamaati H, Salimi A, Attarchi M,Kazempour M, et al. Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. Z Gesundh Wiss 2020 Jun 6:1-6.
24. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey M, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes Metab Syndr 2020; 14(5): 779-788.
25. Wahass SH. The role of psychologists in health care delivery. J Family Community Med 2005; 12(2): 63-70.
26. Shahyad S, Mohammadi M. Psychological Impacts of Covid-19 Outbreak on Mental Health Status of Society Individuals: A Narrative Review. J Mill Med 2020; 22(2): 184-192.
27. Srivastava K, Chaudhury S , AV S, Prakash J. Mental health aspects of COVID 19 pandemic. Ind Psychiatry J 2020; 29(1): 1-8.
28. Soklaridis S, Lin E, Lalani Y, Rodak T, Sockalingam S. Mental health interventions and supports during COVID- 19 and other medical pandemics: A rapid systematic review of the evidence. Gen Hosp Psychiatry 2020; 66: 133-146.
29. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry 2020; 7(7): 611-627.
30. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak T, Poli P, McGuire P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry 2020; 7(7): 611-627.
31. Taquet M, Luciano S, Geddes J, Harrison P. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: a study of 62,354 COVID-19 cases. Lancet Psychiatry 2021; 8(2): 130–40.
32. 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. Med Sci Monit 2020; 26: e924609.
33. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID- 19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(9): 3165.
34. Gao J, Zheng, P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoSONE 2020; 15(4): e0231924.
35. Ahmed M.Z, Ahmed O, Zhou A, Sang H, Liu S, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China andassociated psychological problems. Asian J Psychiatr 2020; 51: 102092.
36. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos M.A, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19). Brain Behav Immun 2020; 87: 172-176.
37. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and itsrelated factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in someregions of China. Psychol Health Med 2021; 26(1): 13-22.
38. 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 versuspeople unaffected by quarantine during the covid-19 epidemic in southwesternChina. Med Sci Monit 2020; 26: e924609.
39. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey ofpsychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(9): 3165.
40. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety and depression levels in the initial stage of theCOVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. Cad Saude Publica 2020; 36 (4): e0005402
41. Choi KW, Kim, Y, Jeon H.J. Comorbid Anxiety and Depression: clinical andConceptual Consideration and Transdiagnostic Treatment. Adv Exp Med Biol 2020; 1191: 219–235.
42. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleepquality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res 2020; 288: 112954.
43. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and itsrelated factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in someregions of China. Psychol Health Med 2020; 26(1): 13-22.
44. Moccia L, Janiri D, Pepe M, Dattoli L, Molinaro M, Martin V.D, et al. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. Brain Behav Immun 2020; 87: 75-79.
45. da Silva FCT, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2021; 104: 110062.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]

46. Brosschot JF, Verkuil B, Thayer JF. The default response to uncertainty and the importance of perceived safety in anxiety and stress: an evolution-theoretical perspective. J Anxiety Disord 2016; 41: 22–34.
47. Stewart R, Mueller C. Late life depression in people from ethnic minority backgrounds: Differences in presentation and management. J Affect Disord 2020; 264: 340-347.
48. Nikolakakis N, Dragioti E, Paritsis N, Tsamakis K, Christodoulou NG, Rizos EN. Association between happiness and psychopathology in an elderly regional rural population in Crete. Psychiatriki 2019; 30: 299-310.
49. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID 19 outbreak. Lancet Psychiatry 2020; 7: e19.
50. The impact of COVID 19 on older persons. 2020. Available at: https://www.paho.org/en/documents/policy-brief-impact-covid-19-older-persons
51. Scheffler M, Fassier T, Huber P, Jacques MC, Prendki V, Mendes A, et al. Predictors of in hospital mortality in older patients with COVID 19: The COVIDAge study. J Am Med Dir Assoc 2020; 21(11): 1546 1554.e3.
52. Hariyanto TI, Putri C, Situmeang RFV, Kurniawan A. Dementia is a predictor for mortality outcome from coronavirus disease 2019 (COVID 19) infection. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2020 Oct: 1-3.
53. Gautam M, Thakrar A, Akinyemi E, Mahr G. Current and future challenges in the delivery of mental healthcare during COVID 19. SN Compr Clin Med 2020 Jun: 1-6.
54. Loades ME, Chatburn E, Higson Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID 19. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020; 59(11): 1218-1239.
55. Michel JP, Maggi S, Ecarnot F. Raising awareness of the needs of older COVID patients after hospital discharge. Aging Clin Exp Res 2020; 32: 1595-1598.
56. Spartalis E, Spandidos DA, Tsiptsios D, Triantafyllis AS. COVID 19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. Exp Ther Med 2020; 19: 3451 3453.
57. Frountzas M, Nikolaou C, Schizas D, Toutouzas KG. Personal protective equipment against COVID-19: Vital for surgeons, harmful for patients? Am J Surg 2021; 221(4): 772-774.
58. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Lancet Psychiatry 2020; 7(3): e14.
59. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open 2020; 3: e203976.
60. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID 19 epidemic in China. Psychother Psychosom 2020; 89: 242 250.
61. World Health Organization. COVID-19 disrupting mentak health services in most countries. 2020. Available at: https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey
62. Ju Y, Zhang Y, Wang, X, Li W, Mkng R, Li L. China's mental health support in response to COVID-19: progression, challenges and reflection. Global Health 2020; 16(1): 102.
63. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, McKyer ELJ, Ahmed HU, Ma P. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. F1000Res 2020 Jun 23; 9: 636.
64. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry 2020; 7(9): 813-824.
65. Tran B.X, Dang A, Thai P, Le H, Le X, Do T, et al. Coverage of Health Information by Different Sources in Communities: implication for COVID-19 Epidemic Response. Int. J Environ Res Public Health 2020; 17(10): 3577.
66. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health in the General Population: A Systematic Review. J Affect Disord 2020; 277: 55-64.
67. Carek P.J, Laibstain S.E, Carek S.M. Exercise for the treatment of depression and anxiety. Int J Psychiatry Med 2011; 41(1): 15–28.
68. Molendijk M, Molero P, Sánchez-Pandreño F.O, Van der Dose W, Martínez-González M.A. Diet quality and depression risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. J Affect Disord 2018; 226: 346–354.
69. World Health Organization. Promoting mental health. Genava: WHO; 2005.
70. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Reppold CT. Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. Front Psychol 2017; 7: 2022.
71. Goldberg DS. Against the very idea of the politicization of public health policy. Am J Public Health 2012; 102(1): 44-49.
72. McMullin C, Raggo P. Leadership and Governance in Times of Crisis: A Balancing Act for Nonprofit Boards. Nonprofit and Voluntary Sector 2020; 49(6): 1182-1190.
73. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Interim guidance 19 March 2020. 2020. Available at : apps.who.int/iris
74. Anwar A, Malik M, Raees V, Anwar A. Role of Mass Media and Public Health Communications in the COVID-19 Pandemic. Cureus 2020; 12(9): e10453..
75. Nygren K, Olofsson A. Managing the Covid-19 pandemic through individual responsibility: the consequences of a world risk society and enhanced ethopolitics. J Risk Res 2020; 23:7-8, 1031-1035

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-18]