

Letter to Editor

PTSD Symptoms and Risk Factors During the COVID-19 Disease Pandemic in Iran



Seyyed Mohammad Hossein Javadi¹, Roya Marsa² , *Fahimeh Rahmani²

1. Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Javadi SMHJ, Marsa R, Rahmani F. PTSD Symptoms and Risk Factors During the COVID-19 Disease Pandemic in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2020; 26(3):394-399. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.3367.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.3367.1>

Extended Abstract

Letter to Editor

In December 2019, the Chinese government alerted the world to a dangerous virus that spread rapidly in communities. In fact, another acute respiratory syndrome occurred in Wuhan, China, and then spread rapidly to other parts of the world. The World Health Organization (WHO) refers to this virus as nCoV-2019, where n stands for “new” and CoV stands for “coronavirus”. In general, the virus (COVID-19) is similar to acute respiratory syndrome (MERS-CoV), but they are by no means identical [1-4].

On March 11, the WHO declared the outbreak of COVID-19 an epidemic. According to the latest information from this organization, more than 2.39 million infections have been registered globally, and more than 162 thousand people have died [5]. Due to the pandemic and the spread of COVID-19 in just a few weeks, the WHO has been deeply concerned about this high prevalence and transmission rate, addressing it as a crisis and an emergency plan of the WHO [6].

However, at the core of any physical discomfort lies a strong connection between social, psychological, and physiological concepts. The main subject of any illness report is a person whose physiological function has changed and is out of balance—those who may be subject to psychological constraints and whose social relationships are seriously

threatened [7]. In addition to physical and physiological discomfort, coronavirus disease also causes psychological problems such as mental disorders due to fear of transmitting the virus to others, loneliness, insomnia, home quarantine, reduced social relationships, disruption of everyday life, and so on [8].

As COVID-19 progresses, the clinical symptoms and psychological problems of those with the disease will worsen. Many will experience some degree of anxiety disorder and depression even after recovering and being discharged from the hospital [8-10].

Another psychological disorder that occurs in the face of events such as the traumatic experience of dealing with a life-threatening viral infection is Post-Traumatic Stress Disorder” (PTSD). According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –Fifth Edition (DSM–5), PTSD includes a set of symptoms that follow a traumatic stressor and usually involve a perceived threat to one’s life (one’s own life or another person’s life) or one’s physical integrity, extreme fear, helplessness or panic [11, 12].

Studies had indicated that when the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic led to PTSD, the symptoms were very similar to those experienced in severely stressful situations such as a terrorist attack or an earthquake. A high proportion of the Hong Kong population showed moderate to severe symptoms of PTSD between 2003 and 2004 following the outbreak of SARS.

*** Corresponding Author:**

Fahimeh Rahmani, PhD.

Address: Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98(21) 33401220

E-mail: fahimehrahmani@ymail.com

According to the results of some studies on the mental health of medical staff in 2003 at the time of the SARS outbreak, about 1% of participants reported high levels of PTSD. A study of the rate of chronic psychiatric disorder among SARS patients showed that PTSD was the most common chronic psychiatric disorder (the cumulative incidence of PTSD within 30 months of the onset of SARS was approximately 47.8%). In another study, about 44.1% of SARS patients received a diagnosis of PTSD within 2 to 46 months. According to these studies, follow-up and initial interventions for PTSD disorder during the outbreak of life-threatening physical illness seem necessary [6, 13].

According to a new study by Sun et al. (2020), about one month after the pandemic and the outbreak of COVID-19, about 4.6% of the participants had experienced high levels of PTSD. Many factors such as “female gender”, “living in a city with COVID-19”, “poor sleep quality”, and “previous experience of exposure to a dangerous and pervasive phenomenon” were significantly associated with PTSD severity. But there was no significant relationship between PTSS rate and “age” and “education” [6, 12]. According to studies, it seems necessary that high-risk factors in the prevalence of PTSD, such as “female gender” (who usually experience high levels of anxiety and depression), “the quality of sleep”, “living in cities with COVID-19”, etc. to be considered.

Due to the possible prevalence of PTSD in COVID-19 patients who also have risk factors such as “female gender”, late psychosocial interventions can lead to chronic, persistent, and stabilized symptoms and severe psychological reactions. Therefore, crisis management in this group of people and reducing this crisis's dimensions will not be possible except concerning all dimensions and aspects of human issues.

During the COVID-19 crisis, this group of patients experiencing such traumatic events need adequate social support. Some of the psychological treatment approaches used during the SARS outbreak can treat COVID-19 psychiatric emergencies. In fact, as traditional psychiatric services (such as face-to-face counseling) are not available during the COVID-19 epidemic, therapists focus on online psychological services. The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) and the American Psychiatric Association (APA, 2017) have suggested that therapists regularly assess patients' mental health status after their physical condition stabilizes. They should also use evidence-based and cost-effective approaches (cognitive-behavioral therapy, cognitive process therapy, and exposure therapy) for PTSD patients [14-16].

Studies have revealed that crisis intervention must be dynamic and adapt to the different stages of the COVID-19 epidemic (during and after the outbreak). Health professionals should be actively involved in the patient intervention process during the outbreak. In this process of intervention, two activities must be performed simultaneously: 1. Intervention for fear of illness, which is mostly done by doctors and with the help of psychologists; 2. Intervention for the patient's inability to adapt to critical situations, which is done mainly by social psychologists. But severe psychological problems such as violence and suicide are managed by a psychiatrist [17].

In general, mental health professionals and social workers, on the one hand, by providing a variety of interventions tailored to the needs of this group of patients, and on the other hand, by addressing their psychosocial issues through social networks and telephone counseling, can reduce the anxiety and psychological distress of these patients. As a result, providing psychosocial-medical interventions and training can cause psychological and social adjustment, improve mental health, and ultimately prevent the complications of psychological problems caused by this crisis [18].

Therefore, the need to design and develop short-term and unattended psychosocial interventions and protocols for vulnerable groups becomes more apparent.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study ethically was approved by University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

All authors contributed equally in preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.

This Page Intentionally Left Blank

پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نشانه‌ها و عوامل خطر ساز اختلال استرس پس از سانحه در طول پاندمی شدن کووید-۱۹ در ایران

سید محمد حسین جوادی^۱، رویا مرسا^۲، فهیمه رحمانی^۳

۱. گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲. گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مقدمه

با ادامه روند بیماری، نشانه‌های بالینی و مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به کووید ۱۹ شدیدتر خواهد شد و بسیاری از این بیماران در جاتی از اختلال‌های اضطرابی و افسردگی را حتی بعد از اینکه از نظر جسمی بهبود یافته‌اند و از بیمارستان مرخص شدند، خواهند داشت [۱-۸].

یکی دیگر از اختلال‌های روان‌شناختی که در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا مثل تجربه تروماتیک مقابله با یک عفونت ویروسی تهدیدکننده زندگی رخ می‌دهد، اختلال استرس پس از سانحه^۴ است. طبق پنجمین متن ویرایش شده راهنمای آماری و تشخیص اختلال‌های روانی (DSM-5)، PTSD شامل مجموعه‌ای از علائم است که به دنبال یک عامل فشارزای آسیب‌زا حادث می‌شود و معمولاً شامل یک تهدید ادراک‌شده درباره زندگی (زندگی خود شخص یا زندگی شخص دیگر) یا تمامیت فیزیکی و ترس شدید، درماندگی یا وحشت باشد [۱۱، ۱۲].

بررسی‌ها نشان داده‌اند که وقتی اپیدمی SARS به اختلال روانی PTSD منجر می‌شد، علائم بیماری بسیار شبیه آن دسته از بیمارانی بود که با موقعیت‌های استرس‌زای شدید مثل حمله تروریستی یا زلزله مواجه می‌شدند. نسبت بالایی از جامعه هنگ‌کنگ بین سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴ در پی شیوع بیماری سارس، نشانه‌های متوسط تا شدیدی از PTSD را نشان دادند.

بر اساس نتایج برخی از مطالعات روی سلامت روانی کادر درمانی در سال ۲۰۰۳ در زمان شیوع بیماری سندرم تنفسی حاد^۴، حدود یک درصد از شرکت‌کنندگان، سطح بالایی از PTSD را گزارش کردند. به علاوه، یک پژوهش درباره میزان اختلال روان‌پزشکی مزمن در میان بهبودیافتگان SARS نشان‌دهنده این بود که اختلال PTSD شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مزمن بود. میزان بروز تجمعی اختلال PTSD در طول ۳۰ ماه از زمان

دولت چین در دسامبر سال ۲۰۱۹، جهان را از ویروسی خطرناک آگاه کرد که در اجتماعات به سرعت پخش می‌شود. در واقع، یک سندرم حاد تنفسی دیگر که در شهر ووهان چین رخ داد و به سرعت به دیگر مناطق جهان گسترش پیدا کرد. سازمان بهداشت جهانی^۱ از این ویروس به عنوان nCoV-2019 یاد کرده است، که در آن n به معنی جدید و COV به معنی ویروس تاجی است. به طور کلی، این ویروس (COVID-19) شبیه سندرم حاد تنفسی^۲ است، اما به‌هیچ‌وجه یکسان نیستند [۱-۴].

سازمان بهداشت جهانی در ۱۱ مارس، شیوع عفونت کووید ۱۹ را یک بیماری همه‌گیر اعلان کرد. بر اساس آخرین اطلاعات این سازمان، بیش از ۲/۳۹ میلیون مورد عفونت در جهان ثبت شده است، و بیش از ۱۶۲ هزار نفر جان باخته‌اند [۵]. با توجه به پاندمی و همه‌گیر شدن بیماری کووید ۱۹ در طی فقط چند هفته، WHO از این میزان بالای شیوع و سرعت انتقال عمیقاً ابراز نگرانی کرده و این مسئله را به عنوان یک بحران و یک برنامه اضطراری سازمان جهانی بهداشت مورد توجه قرار داده است [۶].

اما در دل هر ناراحتی جسمی، ارتباط محکمی بین مفاهیم اجتماعی، روان‌شناختی و فیزیولوژیک نهفته است. محور هر گزارش بیماری، شخصی است که عملکرد فیزیولوژیک او تغییر یافته و از حالت تعادل خارج شده است و ممکن است محدودیت‌های روان‌شناختی به او تحمیل شده و روابط اجتماعی‌اش به طور جدی تهدید شده باشد [۷]. بنابراین شیوع کرونا، علاوه بر ناراحتی جسمی و فیزیولوژیک، از نظر روانی نیز باعث مشکلاتی از قبیل اختلال‌های روانی ناشی از ترس از انتقال ویروس به دیگران، تنهایی، بی‌خوابی، قرنطینه خانگی، کاهش روابط اجتماعی، اختلال در روند عادی زندگی و غیره می‌شود [۸].

3. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

4. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

1. World Health Organization (WHO)

2. Middle East Respiratory Syndrome- Corona Virus (MERS-cov)

* نویسنده مسئول:

دکتر فهیمه رحمانی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مشاوره.

تلفن: ۰۲۱-۳۳۴۰۱۲۲۰+۹۸

پست الکترونیکی: fahimehrahmani@ymail.com

بررسی‌ها نشان داده که مداخله در بحران باید به صورت پویا یا فعال باشد و با مراحل مختلف اپیدمی بیماری کووید ۱۹ (در طول و بعد از شیوع بیماری) انطباق داشته باشد. متخصصان حوزه سلامت طی شیوع بیماری، باید به طور فعال در فرایند مداخله برای بیماران شرکت کنند. به طوری که در این فرایند مداخله، دو فعالیت هم‌زمان باید انجام شود: ۱. مداخله برای ترس فرد از بیماری که بیشتر توسط پزشکان و با کمک روان‌شناسان انجام می‌شود. ۲. مداخله برای نقص بیمار در انطباق با شرایط بحرانی که بیشتر توسط روان‌شناسان اجتماعی انجام می‌شود، اما مشکلات روانی جدی مثل خشونت و خودکشی توسط روان‌پزشک مدیریت می‌شود [۱۷].

به طور کلی، متخصصان سلامت روان و مددکاران اجتماعی می‌توانند با مداخلات متنوع و متناسب با نیازهای این گروه از بیماران و پرداختن به مسائل روانی اجتماعی آن‌ها از طریق شبکه‌های اجتماعی و مشاوره‌های تلفنی، میزان اضطراب و نگرانی‌های طاق‌فرسا و استرس‌های روانی را در آن‌ها کاهش دهند؛ بنابراین ارائه مداخلات و آموزش‌های روانی اجتماعی پزشکی، می‌تواند باعث سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی، ارتقای سطح سلامت روان و درنهایت پیشگیری از عوارض مشکلات روانی ناشی از این بحران است [۱۸]؛ بنابراین، ضرورت طراحی و تدوین مداخلات و پروتکل‌های کوتاه‌مدت و غیرحضوری روانی اجتماعی برای گروه‌های آسیب‌پذیر بیش از پیش آشکار می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تمامی اصول اخلاقی این پژوهش مورد تایید دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی قرار گرفته است.

حامی مالی

این پژوهش هیچگونه کمک مالی از سازمانیهای دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده مسئول، این مقاله تعارض منافع نداشته است.

شیوع بیماری SARS در حدود ۴۷/۸ درصد بود. در یک پژوهش دیگر، حدود ۴۴/۱ درصد از بیماران مبتلا به SARS در طی ۲ تا ۴۶ ماه، تشخیص اختلال PTSD را دریافت کردند. با توجه به این پژوهش‌ها، پیگیری و مداخلات اولیه برای اختلال PTSD در زمان شیوع بیماری جسمی تهدیدکننده زندگی ضروری به نظر می‌رسد [۱۳، ۱۴].

بر اساس یک پژوهش جدید که توسط سان و همکاران حدود یک ماه پس از پاندمی و همه‌گیر شدن بیماری کووید ۱۹ انجام شد، حدود ۴/۶ درصد از افراد شرکت‌کننده سطح بالایی از نشانه‌های استرس پس از سانحه^۵ را تجربه کرده‌اند. عوامل زیادی همچون جنسیت زن، اقامت در یک شهر درگیر بیماری کووید ۱۹، کیفیت بد خواب و تجربه قبلی مواجهه با یک جسمی خطرناک و همه‌گیر با شدت PTSS رابطه معناداری داشت، اما بین میزان PTSS با سن و تحصیلات رابطه معناداری وجود نداشت [۱۲، ۱۳]. بنابراین طبق بررسی‌ها ضروری به نظر می‌رسد که عوامل پرخطر در میزان شیوع اختلال PTSD همچون جنسیت زن (که معمولاً سطح بالایی از اضطراب و افسردگی را نیز تجربه می‌کنند)، میزان کیفیت خواب، اقامت در شهرهای درگیر با بیماری کووید ۱۹ و غیره مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به احتمال شیوع اختلال PTSD در بیماران کووید ۱۹ که ریسک فاکتورهای مانند جنسیت زن را نیز دارا هستند، مداخلات روانی اجتماعی دیر هنگام می‌تواند به مزمن شدن، تداوم و تثبیت علائم و واکنش‌های شدید روانی منجر شود؛ بنابراین مدیریت بحران در این گروه از افراد و کاستن از ابعاد این بحران جز با توجه به تمام ابعاد و جنبه‌های مسائل انسانی امکان‌پذیر نخواهد بود.

در دوران شرایط بحرانی کووید ۱۹، این گروه از بیمارانی که با چنین رویدادهای تروماتیکی روبه‌رو می‌شوند به حمایت‌های اجتماعی کافی نیاز دارند. برخی رویکردهای درمان روان‌شناختی که در زمان شیوع SARS به کار گرفته شده را می‌توان برای درمان اورژانس‌های روان‌پزشکی کووید ۱۹ به کار برد. در واقع، با توجه به اینکه خدمات روان‌پزشکی سنتی (مثل مشاوره چهره‌به‌چهره) در زمان اپیدمی کووید ۱۹ در دسترس نیست، درمانگران بر خدمات روان‌شناختی برخط متمرکز شده‌اند.

جامعه بین‌المللی مطالعات استرس‌های تروماتیک^۶ و انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA، 2017)، پیشنهاد داده‌اند که درمانگران باید بعد از وضعیت پایدار جسمی بیماران، وضعیت سلامت روانی آنان را به طور مرتب ارزیابی کنند و همچنین رویکردهای متمرکز بر شواهد و مقرون به صرفه (مثل درمان شناختی رفتاری، درمان فرایند شناختی و مواجهه درمانی) را برای بیماران PTSD به کار بگیرند [۱۴-۱۶].

5. Post-Traumatic Stress Symptoms (PTSS)

6. The International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS)

References

- [1] Wu C, Zheng M, Yang Y, Gu X, Yang K, Li M, et al. Furin: A potential therapeutic target for COVID-19. *Iscience*. 2020; 23(10):101642. [DOI:10.1016/j.isci.2020.101642] [PMID] [PMCID]
- [2] Yamamoto M, Matsuyama S, Li X, Takeda M, Kawaguchi Y, Inoue JI, et al. Identification of nafamostat as a potent inhibitor of Middle East respiratory syndrome coronavirus S protein-mediated membrane fusion using the split-protein-based cell-cell fusion assay. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2016; 60(11):6532-9. [DOI:10.1128/AAC.01043-16] [PMID] [PMCID]
- [3] Arefi MF, Poursadeqiyan M. A review of studies on the COVID-19 epidemic crisis disease with a preventive approach. *Work*. 2020; 66(4):717-29. [DOI:10.3233/WOR-203218] [PMID]
- [4] Poursadeqiyan M, Bazrafshan E, Arefi MF. Review of environmental challenges and pandemic crisis of Covid-19. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020; 9:250. [DOI:10.4103/jehp.jehp_420_20] [PMID] [PMCID]
- [5] WHO. Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic. Geneva: WHO. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAlalQobChMfi4bC_Ozt7gIVD-ztCh-3kWQUeAAAYASAAEgIsfvD_BwE
- [6] Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *MedRxiv*. 2020. [DOI:10.1101/2020.03.06.20032425]
- [7] Dimateo R. Health psychology. [SM. Mousavi Asl, MR. Salari Far, M. Azarbaijani, A. Abbasi, Persian trans.]. Tehran: Samt; 2018. <https://samta.samt.ac.ir/content/13628/>
- [8] Bo H-X, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Post-traumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*. 2020:1-2. [DOI:10.1017/S0033291720000999] [PMID] [PMCID]
- [9] Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020; 288:112954. [DOI:10.1101/2020.02.19.20025395]
- [10] Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. 2020; 33(2):e100213. [DOI:10.1136/gpsych-2020-100213] [PMID] [PMCID]
- [11] Firoozabadi A, Asgharnejad Farid AA, Mirzaei J, Shareh H. [Normalization of clinician administered PTSD scale-version 1(caps-1) for psychological effects due to war (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 15(4):334-42. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-887-en.pdf>
- [12] Rahnejat AM, Dabagi P, Rabiei M, Taghva A, Valipoor H, Don-yavi V, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder caused by war in veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2017; 9(1):15-23. [DOI:10.18869/acadpub.ijwph.9.1.15]
- [13] Jiang HJ, Nan J, Lv ZY, Yang J. Psychological impacts of the COVID-19 epidemic on Chinese people: Exposure, post-traumatic stress symptom, and emotion regulation. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2020; 13(6):252-9. <https://www.apjtm.org/article.asp?issn=1995-7645;year=2020;volume=13;issue=6;page=252;epage=259;aulast=jiang>
- [14] Shi W, Hall BJ. What can we do for people exposed to multiple traumatic events during the coronavirus pandemic?. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 51:102065. [DOI:10.1016/j.ajp.2020.102065] [PMID] [PMCID]
- [15] Zhang F, Shang Z, Ma H, Jia Y, Sun L, Guo X, et al. High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of Coronavirus disease (COVID-19) in China. *MedRxiv*. 2020. [DOI:10.1101/2020.03.22.20034504]
- [16] Zhu Y, Chen L, Ji H, Xi M, Fang Y, Li Y. The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neuroscience Bulletin*. 2020; 36(3):299-302. [DOI:10.1007/s12264-020-00476-9] [PMID] [PMCID]
- [17] Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*. 2020; 3(1):3-8. [DOI:10.1093/pcme-di/pbaa006] [PMCID]
- [18] Javadi SMH, Arian M, Qorbani-Vanajemi M. The need for psychosocial interventions to manage the coronavirus crisis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2020; 14(1):e102546. <https://sites.kowsarpub.com/ijpbs/articles/102546.html>