

## Investigation on Community Distress Level During COVID-19 Pandemic for Data-Driven Policy Making in Health Care Management

**Farnoosh Safavifar** 

Psychiatrist, Graduated Fellowship in Psychotherapy, Bouniad Touse Farda, Sarv Think tank, Tehran, Iran

**Nazila Yousefi** \*

Assistant Professor in Pharmacoeconomics and Pharma management, School of Pharmacy, Shahid Beheshti university of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Ali Nouri** 

Assistant Professor in Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Jamileh Zarei** 

PhD in Health Psychology, Tehran, Iran

**Yalda Metghalchi** 

Resident in Pharmacoeconomics and Pharma management, School of Pharmacy, Shahid Beheshti university of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Farzad Peiravian** 

Associated Professor in Pharmacoeconomics and Pharma management, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Abstract

In order for the innovation policymakers to design and fulfill suitable interventions in the community's psychological management, which is affected by the Covid-19 pandemic, it is necessary to monitor all information about different groups of the community quickly, in a comprehensive and classified manner in other times. The aim of this study is to develop a questionnaire to evaluate distress levels like this. Considering the RIU knowledge transfer model and using a researcher-designed questionnaire to

\* Corresponding Author: n.yousefi@sbmu.ac.ir

**How to Cite:** Safavifar, F., Yousefi, N., Nouri, A., Zarei, J., Metghalchi, Y., Peiravian, F. (2023). Investigation on Community Distress Level During COVID-19 Pandemic for Data-Driven Policy Making in Health Care Management, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 13(50), 69-98.

assess distress levels in the general population and healthcare workers, an online survey was conducted in the summer of 2019 in Tehran province. In the general population, in the study period, all independent variables, including socio-economic stress, respect to health protocols, trust in healthcare officials and job distress of medical staff, have significant effects on general distress. The socio-economic stress variable had the greatest impact. The regression model from this study allows the policymaker to estimate the general distress level of the society according to the independent variables studied. Despite the high effect of stressors, the study population's psychological resilience level is acceptable during the study period. They still trust healthcare officials and respect health protocols. However, considering the differences in the findings of various studies on distress level and its strengthening factors show the need for accurate and continuous monitoring of societal changes at different times of the pandemic.

**Keywords:** COVID-19, Policy-Making, Psychological Distress, Stress Disorders, RIU Model.



## 1 .Introduction

In the Covid-19 pandemic, the results show that policymakers who have managed to cooperate with different groups have been more successful in transferring information and involving people. Various factors such as leadership style, society culture and the way of expressing scientific issues have effectively cooperated with people in health surveillance (Brooks, 2020, p.912-920). One of these factors is the psychological pressure or stress caused by the disease epidemic conditions on people. Assessment of mental stress allows policymakers to design appropriate interventions to relieve psychological stress and attracts their participation (Lupe, 2020, p.295-303). Distress means a negative stress response, which includes unpleasant emotions and physiological reactions (Nathaniel, 2006, p. 439-448). Jumpton first presented the concept of moral distress. Moral distress is emotional and mental pain and discomfort when a person commits a mistake while having the necessary awareness and ability to make moral judgment due to the real or mental limitations of the leader from the moral point of view. This article uses the three-stage research model, integration and exploitation, known as Rio (Stevanov, 2013, p.20-28). The Rio model emphasizes that not every research can be used by the policymaker and not all the needs of the policymaker can be met by conducting scientific research (Böcher, 2016, p. 65-72). Therefore, this research aims to design a model to evaluate psychological pressures in times of social crises and to achieve how a policymaker can make the right and appropriate decision in times of crisis.

## 2 .Literature Review

**2.1.** Turnover and Moral distress are considered as one of the challenges in healthcare systems. Nursing leaders are one-factor influencing nurses' thoughts and behaviors in organizational environments. This study aimed to determine the relationship between Ethical leadership, Moral distress and the Turnover intention of Nurses working in hospitals affiliated with Kerman University of Medical Sciences in 2019-2020. The results showed that Ethical leadership and all its components were at the desired level. Also, Moral distress and intention to leave were moderate. There was a significant negative correlation between Ethical leadership and all its

dimensions with the Turnover intention and Moral distress. Also, there was a significant positive correlation between Turnover intention and Moral distress variables. Therefore, considering the significant relationship between Ethical leadership, Moral distress, and turnover, nursing managers can reduce moral distress and turnover intention among nurses by adopting this leadership approach (Hashemi, 1399, p.553-563).

**2.2.** Nurses have the most significant number of people working in the health sector. Due to the direct relationship between the nurse and the patient, this profession is vital. This study is applied in terms of the purpose and duration of the data collection method qualitatively with semi-structured interviews and in terms of examining the lived experience of individuals. It shows that the concepts acquired are three negative individual consequences with codes of distress and failure - anonymity - lack of motivation - frustration - decreased self-esteem - negative social consequences with principles of reduced well-being and emotional problems - the emergence of social and psychological damage - error Auras and stereotypes - negative organizational consequences with system inefficiency codes - less commitment - frustration and leaving the organization - reduced productivity - reduced quality and quantity of services. (Moradzadeh, 2020, p. 60-73)

**2.3.** Different studies during this pandemic period of crisis have had contradictory results. The American Psychological Association's annual stress assessment study found that about 78 percent of people in 2020 considered the pandemic a significant source of stress, and 67 percent experienced increased stress during it. Also, 56% of working adults said that maintaining job stability is a source of stress for them, and employees below 50,000 dollars per year suffered the most economic impact during the last year (American Psychological Association, 2020).

**2.4.** The study by the Iranian Statistics Research Institute also shows that under the effect of this virus and the application of some strategies to control its spread, especially in the early months, some economic activities have been operating with less capacity and some have been forced to close. However, this trend has decreased with the reduction of restrictions in the following months. Also, the number of sales, production, cash flow and the employment status of economic

businesses underwent negative changes due to the coronavirus spread, so the number of sales, production and cash flow decreased in all three economic sectors. Some of the human resources of these businesses were either adjusted or experienced remote work and temporary absence, which indicates a negative impact on employment. (Iranian labor market management journal, 1399, p.113)

### **3 .Methodology**

In the evaluation section of different dimensions of mental pressure caused by the COVID epidemic, it has been placed in the form of a single questionnaire to provide clear findings of different types of mental stress to policymakers.

This study is a cross-sectional descriptive study and after obtaining the code of ethics under the number IR.SBMU.RETECCH.REC.1399.062, The questionnaire is designed to evaluate all psychological pressures. This questionnaire can measure the amount of personal, economic, and educational pressures as well as the pressures on the treatment staff in both individual and institutional areas. Also, considering the purpose of the study to help increase the level of cooperation of people in disease control, the level of people's trust in health officials and the level of compliance with health guidelines have been questioned in this study.

This questionnaire contains the following sections:

The first part of 4 questions includes demographic information (age, gender, marital status, education, experience of exposure to the virus),

The second part has 28 questions about general distress on a Likert scale (1 to 5).

The third part is 10 specific stress questions for treatment personnel in occupational stress.

The last part has 7 questions about the level of trust in health officials and compliance with health guidelines.

To measure the validity of the current questionnaire, content validity was used. First, the questionnaire was given to three experts and specialists in this field, and their comments and corrections were applied to the questionnaire. Then, two relative coefficients of content validity (CVR) and content validity index (CVI) were calculated using the opinions and answers of 15 experts. The questions with low scores

were removed. Finally, the value of the relative content validity coefficient of the questions was in the range between 0.7 and 1, which was more than the critical coefficient value of 0.37. Therefore, the content validity of the questionnaire items has been confirmed. Cronbach's alpha criterion was used to determine the reliability of the questionnaire and the results indicated that the value of the alpha coefficient was 0.96, which is considered a high coefficient. Using Cochran's formula, the sample size is estimated to be 385 people for Tehran, with a population of 9 million. Also, random cluster, regional, or geographical cluster methods have been used for sampling.

The obtained results have been examined in terms of demographics, the characteristics of each target variable, and their relationship with general distress. The results obtained based on the descriptive factors of the data and inferential analyzes have been analyzed by SPSS software.

#### **4 .Conclusion**

This study shows how a common factor affects the people of the same society in different times and places.

This study also shows that the factors that can increase or decrease the basic level of stress and the extent of their impact are different in different societies, and policymakers need to constantly monitor the status of distress in society and make necessary policies to maintain the mental health of the community and prevent the long-term effects of distress. It is mentioned to reduce the factors.

## اثر فشار روانی جامعه در همه گیری کووید ۱۹ به منظور سیاست گذاری داده محور در مدیریت سلامت

- فرنوش صفوی فر  روان پزشکی، فلوشیپ روان درمانی، اندیشگاه سرو، بنیاد توسعه فردا، تهران، ایران
- نازیلا یوسفی  \* استادیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- علی نوری  استادیار آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- جمیله زارعی  دکترای تخصصی روان شناسی سلامت، تهران، ایران
- یلدا متقالجی  رزیدنت اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- فرزاد پیرویان  دانشیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

### چکیده

برای آن که سیاست گذار بتواند مداخلات مناسبی برای مدیریت جو روانی ناشی از همه گیری کووید ۱۹ طراحی و اجرا کند، بایستی در مقاطع مختلف زمانی، سریع، جامع و طبقه بندی شده اطلاعات مربوط به گروه های مختلف جامعه را پایش کند. هدف از این پژوهش دستیابی به طراحی مدلی برای ارزیابی فشارهای روانی در مواقع بحران های اجتماعی و دستیابی به چگونه می شود یک سیاست گذار در مواقع بحرانی تصمیم درست و مناسب را بگیرد است. این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است که با استفاده از پرسشنامه طراحی شده برای ارزیابی فشار روانی در جمعیت عمومی و پرسنل درمان شهر تهران و با مدنظر قرار دادن مدل انتقال دانش ریو که پرسشنامه حاوی ۴ بخش است و برای سنجش روایی پرسشنامه ی

حاضر، از روایی محتوایی بهره گرفته شده است؛ که مقدار ضریب نسبی روایی محتوایی پرسش‌ها در دامنه بین ۰/۷ تا ۱ قرار داشت است. همچنین شاخص روایی محتوای تمامی گویه‌های پرسشنامه، بالاتر از ۰,۹ بوده است. جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از معیار آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ضریب آلفا برابر با ۰/۹۶ بوده که ضریب قابل قبول است. نظرسنجی به صورت آنلاین در تابستان سال ۹۹ در سطح استان تهران انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که در عموم مردم و کادر درمان، در دوره زمانی موردنظر، تمامی متغیرهای مستقل (استرس اقتصادی-اجتماعی، رعایت پروتکل‌های بهداشتی، اعتماد به مسئولان بهداشتی و استرس‌های شغلی کادر درمان) دارای اثرات معنی‌داری بر متغیر دیسترس یا اضطرابی که عمومی هستند دارد. بیشترین تأثیر بر میزان دیسترس عمومی متعلق به متغیر استرس اقتصادی-اجتماعی بود. مدل رگرسیونی استخراج شده این امکان را در اختیار سیاست‌گذار قرار می‌دهد که میزان دیسترس عمومی جامعه را با توجه به متغیرهای مستقل برآورد نماید. نتایج نشان می‌دهد که علیرغم عوامل استرس‌زا، تاب‌آوری روانی جامعه مورد مطالعه در مقطع زمانی مطالعه مناسب بوده و همچنان به مسئولان بهداشتی اعتماد و در رعایت پروتکل‌های بهداشتی با آن‌ها همکاری دارند؛ اما تفاوت‌های گسترده‌ای که در مطالعات مختلف در سطح دیسترس و عوامل تشدیدکننده آن در مکان‌ها و زمان‌های مختلف وجود دارد نشان‌دهنده ضرورت رصد دقیق و مستمر تحولات جامعه در برهه‌های مختلف همه‌گیری است.

**کلیدواژه‌ها:** استرس، سیاست‌گذاری داده‌محور، فشار روانی، کرونا، مدل ریو.



## مقدمه

در همه‌گیری جهانی کووید ۱۹، سیاست‌گذارانی که موفق به جلب همکاری بین‌بخشی، بسیج و پشتیبانی مناسب نیروهای سلامت، پاسخ‌دهی سریع و منعطف بر اساس تغییرات سریع اطلاعات و جلب مشارکت مردم در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی شدند، موفقیت‌های بیشتری یافتند (اسلام و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در مطالعات مختلف عواملی چون سبک رهبری، فرهنگ جامعه و نحوه بیان مسائل علمی همگی بر همکاری مردم در رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی مؤثر بوده‌اند (ون باول و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). یکی از این عوامل، فشار روانی یا استرس<sup>۳</sup> حاصل از شرایط همه‌گیری بر مردم است (بروکس و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). ارزیابی فشار روانی نه تنها به سیاست‌گذار این امکان را می‌دهد که مداخلات مناسب برای رفع فشار روانی را طراحی کند، بلکه به تعامل مناسب با مردم برای جلب مشارکت آن‌ها کمک می‌کند. استرس پاسخ بدن به هر موقعیتی است که خواسته‌ها، محدودیت‌ها یا فرصت‌هایی برای انسان ایجاد می‌کند. دیسترس<sup>۵</sup> به معنای پاسخ نامطلوب به استرس، اغلب شامل عواطف ناخوشایند و واکنش فیزیولوژیک است که با ناسازگاری بدنی و روان‌شناختی، زیان‌های بهداشتی جدی برای فرد به همراه دارد در میان متغیرهای موقعیتی و فردی متعددی که می‌تواند در پیش‌بینی تمایل به ترک شغل کارکنان نقش مهمی داشته باشند، سازه‌های دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی می‌باشد. (لوپه و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). همچنین مفهوم دیسترس اخلاقی اولین بار توسط جامپتون ارائه شده است و سپس توسط پژوهشگران زیادی مورد بررسی قرار گرفته و گسترش یافته است. دیسترس اخلاقی، درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی است که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت قضاوت اخلاقی به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیشرو از نظر

1. Islam, Cheng, Helgason, Hunt, Kawamura and LaFleur,

2. Van Bavel, Baicker, Boggio, Capraro, Cichocka, Cikara and Willer

3. Stress

4. Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg and Rubin

5. Distress

6. Lupe, Keefer and Szigethy

اخلاقی مرتکب خطا می‌شود (ناتانیل آک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

تحقیقات حاکی از شیوع بالای پریشانی روان‌شناختی در دوران قرنطینه است که با افزایش علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی همراه است (هاوری لاک و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). عواملی همچون عدم ارائه مناسب خدمات بهداشتی و درمانی، تعطیلی خدمات اجتماعی، بیکاری و خسارات مالی، این احساسات منفی را عمیق‌تر می‌کنند (ون بورتل و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). کارکنان بهداشتی استرس شدیدتری را نشان می‌دهند (مک آلنون و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

پژوهش الپرن و همکاران که در سال ۲۰۰۵ انجام شده است؛ نشان می‌دهد که دیسترس اخلاقی یکی از مشکلات محیط‌های ویژه بوده و افراد در مواجهه با آن عدم رضایت شغلی دارند و این شرایط نیز عاملی برای ترک شغل است و علل ایجادکننده‌ی دیسترس اخلاقی متفاوت بوده و می‌توان آن را به‌صورت علل سازمانی، روابط بین تیمی و علل مربوط به بیماران و روندهای درمانی طبقه‌بندی کرد. (الپرن و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). هم‌چنین، پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از آن است که دیسترس اخلاقی یک مشکل شایع تجربه‌شده در بخش‌هایی است که با مراقبت پایان زندگی مواجه هستند (هاپل و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). عدم تعادل بین مسئولیت شغلی، نوع دوستی و ترس شخصی ممکن است در بسیاری از آن‌ها منجر به استرس شدید شود (ژیوا و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). مطالعات مربوط به استرس نیز حاکی از آن است که کادر درمان با سطح بالایی از استرس روبه‌رو بوده و فشار کاری و تدارکات ناکافی جزو شایع‌ترین عوامل استرس‌زا در محیط کاری به‌حساب می‌آیند (هیلی و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰). مدل‌های گوناگونی برای استفاده از داده‌های

1. Nathaniel AK
2. Hawryluck, Gold, Robinson, Pogorski, Galea and Styr
3. Van Bortel, Basnayake, Wurie, Jambai, Koroma, Muana and Nellums
4. McAlonan, Lee, Cheung, Cheung, Tsang, Sham and Wong
5. Elpern, Covert, Kleinpell
6. Happell, Pinikahana, Martin
7. Xiao, Zhang, Kong, Li and Yang
8. Healy, McKay

میدانی حاصل از مطالعات علمی برای سیاست‌گذاری (سیاست‌گذاری داده‌محور) وجود دارد که در این مقاله از مدل سه مرحله‌ای پژوهش، ادغام و بهره‌برداری که به نام ریو<sup>۱</sup> شناخته می‌شود، استفاده شده است. در مرحله اول، هدف فراهم کردن حقایق نو و تجربه‌پذیر قابل استناد توسط پژوهش و در مرحله دوم و سوم اهداف شامل ادغام دانش جدید در عمل بر اساس چارچوب سیاسی و کاربست یافته‌های جدید در سیاست است (استوانو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). برای انتقال دانش از محدوده علم به سیاست‌گذاری پیش‌تر مدل خطی به کار می‌رفت که در آن انتظار می‌رفت دانش تولیدشده در پژوهش بدون هیچ اقدام افزوده‌ای به کار سیاست‌گذار بیاید. در مدل پیشنهادی ریو برخلاف مدل‌های خطی پیشین، مراحل تولید دانش به صورت چرخه‌ای و دوطرفه میان نیازهای محیطی و دانش راهبری می‌شود. در این مدل به‌ویژه روی مرحله «ادغام» به‌مثابه مهم‌ترین مرحله فراوری یافته‌های علمی تحت تأثیر نیازها و امکانات محیطی تأکید می‌شود. در مرحله ادغام، قطعات پراکنده دانش تولیدشده، به‌منزله «آجرهای دانشی» انتخاب‌شده و در این ارتباط دوطرفه سازه‌ای را ایجاد می‌کنند که سیاست‌گذار بتواند از آن بهره‌برداری کند. ادغام به معنای جهت‌دهی یافته‌های علمی متناسب با اهداف اجتماعی، ذینفعان مخاطب دانش، فرایندهای سیاست‌گذاری و رسانه‌هاست. بهره‌برداری به معنای استفاده فعالانه شهروندان جامعه، سیاست‌گذاران، اهالی رسانه، مدیران اجرایی و تولید محصولات برای مخاطب قرار دادن اعضای جامعه علمی است. مدل ریو تأکید دارد که نه هر پژوهشی قابل استفاده توسط سیاست‌گذار است و نه همه نیازهای سیاست‌گذار با انجام پژوهش علمی قابل برآورده کردن است (بوچر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶)؛ بنابراین هدف از این پژوهش دستیابی به طراحی مدلی برای ارزیابی فشارهای روانی در مواقع بحران‌های اجتماعی و دستیابی به چگونگی می‌شود یک سیاست‌گذار در مواقع بحرانی تصمیم درست و مناسب را بگیرد است.

- 
1. RIU (Research, Integration, Utilization)
  2. Stevanov, Böcher, Krott, Krajter, Vuletic and Orlovic
  3. Böcher

## روش<sup>۱</sup>

در مطالعه ما ارزیابی ابعاد مختلف فشار روانی ناشی از همه‌گیری در قالب پرسشنامه واحد قرار داده‌شده تا بتواند یافته‌های روشن از انواع مختلف فشار روانی را در اختیار سیاست‌گذار قرار دهد تا بتواند ضمن مدیریت بهتر فضای روانی جامعه، مدیریت بهتری در کنترل همه‌گیری نیز داشته باشد. بر اساس این مدل، مطالعه حاضر به‌عنوان مرحله اول از سیاست‌گذاری داده‌محور (در یک مقطع زمانی خاص) به شمار می‌رود. نتایج نه‌تنها از نظر داده‌های جمع‌آوری‌شده بلکه از نظر ابعاد موردتوجه اهمیت داشته و می‌تواند به‌عنوان الگویی برای رصد مستمر استرس در جامعه استفاده شود. امری که با توجه به ویژگی‌های خاص همه‌گیری کووید ۱۹، مانند عدم قطعیت در اطلاعات علمی موجود، عدم دسترسی به واکسن یا داروی مؤثر، ناشناختگی بیماری و عوارض آن و نیز شرایط اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی ایران در این مقطع زمانی به لحاظ داخلی و بین‌المللی اهمیت داشته و می‌تواند به کنترل بیماری کمک برساند. با توجه به پیشینه ضعیف سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در ایران (دشمن‌گیر و همکاران، ۲۰۱۹)، ممکن است سیاست‌گذاران وضعیت جامعه را به لحاظ فشار روانی پیش‌فرض بگیرند و بر اساس تصورات ذهنی خود، اقدام نمایند یا در انبوه داده‌های منابع مختلف سردرگم شوند و نتوانند از این داده‌ها به شکل هوشمند در جهت طراحی مداخلات متناسب استفاده کنند. این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است؛ و پس از اخذ کد اخلاق به شماره IR.SBMU.RETECCH.REC.1399.062، تاکنون پرسشنامه‌های متعددی برای ارزیابی فشار روانی ناشی از همه‌گیری‌ها طراحی شده است (دیوید و کومر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰)؛ (ناشاد و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). به منظور ارزیابی تمامی فشارهای روانی پرسشنامه‌ای جهت اندازه‌گیری میزان فشارهای فردی، اقتصادی، تحصیلی و نیز فشارهای وارد بر کادر درمان در هر دو حوزه فردی و نهادی طراحی شد. همچنین با توجه به هدف مطالعه در کمک به افزایش میزان

1. Method

2. David & Kumar

3. Naushad, Bierens, Nishan, Firjeeth, Mohammad, Maliyakkal and Schreiber

همکاری مردم در کنترل بیماری، میزان اعتماد مردم به مسئولان بهداشتی و میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی نیز در این مطالعه مورد پرسش قرار گرفت. پرسشنامه‌های مورد استفاده در طراحی این پرسشنامه شامل پرسشنامه استاندارد «اثر وقایع»<sup>۱</sup> (آگوراستوس و دیگران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳)، پرسشنامه ارزیابی فشار روانی در پرسنل درمان در دوره همه‌گیری کووید ۱۹ (کنگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰)، پرسشنامه ارزیابی فشار روانی در ووهان (کیو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰) و پرسشنامه ارزیابی فشار اقتصادی خانوارها (صراط<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷) بوده است. حاصل مجموع این مطالعات، پرسشنامه‌ای حاوی بخش‌های زیر بود: بخش اول ۴ سؤال شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، تجربه‌ی مواجهه با ویروس)، بخش دوم ۲۸ سؤال در زمینه‌ی دیسترس عمومی در مقیاس لیکرت (۱ تا ۵) سطوح پریشانی طبیعی، خفیف تا شدید، بخش سوم ۱۰ سؤال استرس اختصاصی پرسنل درمان در زمینه استرس شغلی و بخش آخر ۷ سؤال در خصوص میزان اعتماد به مسئولان بهداشتی (۲ سؤال) و میزان رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی (۵ سؤال) بود. برای جهت‌سنجش روایی پرسشنامه حاضر، از روایی محتوایی بهره گرفته شد. ابتدا پرسشنامه در اختیار سه نفر از کارشناسان و متخصصان این حوزه قرار گرفت و نظرات و اصلاحات آن‌ها در پرسشنامه اعمال شد. سپس دو ضریب نسبی روایی محتوایی (CVR<sup>۶</sup>) و شاخص روایی محتوایی (CVI<sup>۷</sup>) با استفاده از نظرات و پاسخ جمع‌آوری شده از ۱۵ نفر از خبرگان، محاسبه شد. سؤالات دارای امتیاز پایین حذف شد و در نهایت مقدار ضریب نسبی روایی محتوایی پرسش‌ها در دامنه بین ۰/۷ تا ۱ قرار داشت که از مقدار ضریب بحرانی ۰/۳۷ بیشتر بوده‌اند؛ بنابراین روایی محتوایی گویه‌های پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج بیانگر آن بود که شاخص روایی محتوای تمامی گویه‌های پرسشنامه، بالاتر از ۰/۹

1. IES-Revised
2. Agorastos, Nash, Nunnink, Yurgil, Goldsmith, Litz, and Baker
3. Kang, Chen, Yang, Wang and Liu
4. Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie and Xu
5. Serat
6. Content Validity Ratio
7. Content Validity Index

بوده است که این امر نشان داد ضرایب تمام گویه‌ها از مقدار استاندارد ۰/۷۹ بالاتر است. جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از معیار آلفای کرونباخ استفاده شد و نتایج حاکی از آن بود که مقدار ضریب آلفا برابر با ۰/۹۶ بوده که ضریب بالایی محسوب می‌شود. در نهایت پرسشنامه با ۵۶ گویه برای اندازه‌گیری ۷ بعد مشخصات دموگرافیک، میزان مواجهه، میزان اعتماد به سیاست‌گذاران سلامت، میزان رعایت پروتکل‌های بهداشتی، دسترسی کلی، استرس‌های اقتصادی-اجتماعی و استرس‌های اختصاصی کادر درمان آماده شد. بعد از اطمینان از اعتبار پرسشنامه، محقق پرسشنامه‌ها را در تابستان ۱۳۹۹ به صورت آنلاین به افراد مورد نظر ارسال کرده و پاسخ‌ها با استفاده از تحلیل توصیفی و رگرسیون‌های چندجمله‌ای تجزیه و تحلیل شده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با سطح معناداری ۰/۰۵ و دامنه اطمینان ۹۵٪، ۳۸۵ نفر (۳۰ نفر کادر درمان و ۳۵۵ نفر جمعیت عمومی) برای شهر تهران با جمعیت ۹ میلیون نفر برآورد شده است با فرض نرخ پاسخگویی ۱٪، در حدود ۳۹۰۰۰ لینک پرسشنامه به شماره تلفن همراه ساکنان مناطق مختلف شهرداری به نسبت جمعیت ساکن در آن مناطق، به روش تسهیم به نسبت ارسال شد. برای نمونه‌گیری از روش تصادفی خوشه‌ای، منطقه‌ای یا خوشه‌ای جغرافیایی استفاده شده است. با استفاده از سامانه پیامک انبوه، مناطق شهرداری از بخش‌های شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی انتخاب شدند تا سطوح مختلف اقتصادی-اجتماعی پوشش داده شود. نتیجه‌های به دست آمده از نظر دموگرافی و خصوصیات هر کدام از متغیرهای هدف و همچنین ارتباط آن‌ها با دسترسی عمومی مورد بررسی قرار گرفته شده است؛ که نتایج به دست آمده بر اساس خصوصیات توصیفی داده‌ها و تحلیل‌های استنباطی توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت شده است.

### یافته‌ها

در جدول شماره ۱ اطلاعات دموگرافیک ۶۸۴ نفر پاسخگو آورده شده است.

جدول ۱. ویژگی های پاسخگویان به تفکیک کادر درمان و عموم مردم

مشخصات جمعیت شناختی		درصد از عموم	درصد از کادر درمان
سن	زیر ۱۸ سال	۳,۸	۰,۰
	۱۸-۳۰	۲۱,۲	۱۳,۷
	۳۰-۵۰	۵۹,۹	۷۲,۶
	۵۰-۶۵	۱۳,۲	۱۱,۶
	بالا تر	۱,۸	۲,۱
جنس	زن	۵۷,۴	۷۳,۷
	مرد	۴۲,۶	۲۶,۳
تاهل	مجرد یا مطلقه	بدون فرزند	۷۳,۱
		یک فرزند	۱۰,۵
		دو فرزند	۱۰,۲
		سه فرزند و بیشتر	۶,۲
	متاهل	بدون فرزند	۲۳,۶
		یک فرزند	۲۸,۱
		دو فرزند	۳۷,۴
		سه فرزند و بیشتر	۱۰,۹
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۳۳,۸	
	کارشناسی	۳۸,۱	
	بالا تر	۲۸,۱	
تماس مستقیم با بیمار	اصلاً	۰,۰	
	کم	۰,۰	
	متوسط	۰,۰	
	زیاد	۰,۰	
ابتلا به بیماری	خیلی زیاد	۰,۰	
	زیاد	۰,۰	
	متوسط	۰,۰	
	کم	۰,۰	
	اصلاً	۰,۰	
	هیچکدام	۷۴,۶	
اطرافیانم مبتلا شده و حال شان وخیم شده است	اطرافیانم مبتلا شده و فوت کرده اند.	۳,۶	
	اطرافیانم مبتلا و بهبود یافته اند.	۱۵,۵	
	خودم مبتلا شده ام و بهبود یافته ام.	۴,۱	
	خودم مبتلا شده ام و حالم وخیم شده است.	۰,۹	
	هیچکدام	۷۴,۶	

اطلاعات به دست آمده در جدول ۱ نشان می‌دهد که علی‌رغم این که استرس اقتصادی-اجتماعی در جمعیت مورد مطالعه بالای ۳ (حد متوسط طیف اندازه‌گیری) بوده است، میانگین دیسترس عمومی در این طیف، ۲,۳۵ بوده که به صورت معنی‌داری از متوسط پایین‌تر است. در کارکنان درمانی نیز با وجود نبود وضعیت مناسب از نظر دسترسی به تجهیزات حفاظتی، میانگین دیسترس عمومی ۲,۹۱ بوده است که تفاوت معنی‌داری با حد متوسط ندارد. در متغیرهای رعایت پروتکل‌های بهداشتی و اعتماد به مسئولان بهداشتی هم میانگین‌ها همگی بالای ۳ بوده و تفاوت معنی‌داری با آن دارند. لذا به نظر می‌رسد با وجود عوامل استرس‌زا، سطح تاب‌آوری روانی جامعه مورد مطالعه در مقطع زمانی مورد نظر مناسب بوده، به مسئولان بهداشتی اعتماد کرده و با آن‌ها همکاری دارند.

جدول ۲، خصوصیات توصیفی متغیرهای تحقیق

ضریب معناداری	ماکسیمم	مینیمم	انحراف معیار	میانگین	میانگین نه	
۰,۰۰۰	۴,۴۶	۱,۰۰	۰,۶۳	۲,۳۱	۲,۳۵	دیسترس عمومی
۰,۰۰۰	۵,۰۰	۱,۰۰	۰,۷۶	۳,۱۴	۳,۱۴	استرس اقتصادی-اجتماعی
۰,۰۰۰	۴,۵۰	۰,۵۰	۰,۹۴	۲,۰۰	۲,۱۴	در دسترس بودن تجهیزات حفاظتی (مختص کادر درمان)
۰,۱۱۶	۴,۰۰	۱,۳۸	۰,۵۷	۲,۸۸	۲,۹۱	استرس اختصاصی کادر درمان
۰,۰۰۰	۵,۰۰	۱,۰۰	۰,۷۰	۴,۲۰	۴,۱۳	رعایت پروتکل‌های بهداشتی
۰,۰۰۰	۵,۰۰	۱,۰۰	۱,۲۵	۳,۰۰	۳,۱۵	اعتماد به مسئولان بهداشتی

اطلاعات به دست آمده در جدول ۲، نشان می‌دهد که بین میانگین دیسترس عمومی، استرس اقتصادی-اجتماعی و اعتماد به مسئولان در پرسنل و عموم (که با آزمون تی مستقل مورد بررسی قرار گرفت) تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما رعایت پروتکل‌ها در پرسنل از عموم به صورت معناداری بیشتر بود و در کل خانم‌ها به صورت معناداری تعهد بیشتری در رعایت پروتکل‌ها داشتند (زن: ۴,۲۲؛ مرد: ۳,۹۸). میانگین استرس عمومی در هر دو گروه پرسنل (زن: ۲,۳۹؛ مرد: ۱,۹۲) و عموم (زن: ۲,۴۸؛ مرد: ۲,۱۸) در زنان بیشتر از مردان بود. در



اثر فشار روانی جامعه در همه گیری کووید ۱۹ به منظور...: صفوی فر و همکاران | ۸۵

متأهل ها گرچه استرس اقتصادی-اجتماعی به صورت معناداری از افراد مجرد بیشتر بود (مجرد: ۴,۰۳ متأهل: ۴,۱۷) همچنان اعتماد بالاتری به مسئولان (مجرد: ۲,۹۸ متأهل: ۳,۲۹) داشتند.

جدول ۳، خصوصیات توصیفی متغیرهای تحقیق

ضریب همبستگی	ضریب معناداری	معاداری	ضریب تی	ضریب بنا	خطای استاندارد	ضرایب رگرسیون	
۰,۰۰۱	۰,۱۵۲	۰,۰۰۱	۱۰,۳۸۱		۰,۱۲۵	۱,۲۹۶	عرض از مبدأ
		۰,۰۰۱	۱۰,۶۱۵	۰,۲۹۶	۰,۰۲۳	۰,۲۴۴	استرس اقتصادی-اجتماعی
		۰,۰۰۱	۵,۸۳۷	۰,۱۶۹	۰,۰۲۵	۰,۱۴۷	رعایت پروتکل های بهداشتی
		۰,۰۰۱	-۶,۸۶۱	-۰,۲۰۰	۰,۰۱۴	-۰,۰۹۹	اعتماد به مسئولان بهداشتی
۰,۰۰۱	۰,۴۱۳	۰,۶۹۰	۰,۴۰۱		۰,۹۲۴	۰,۳۷۱	عرض از مبدأ
		۰,۰۰۰	۴,۶۰۰	۰,۵۵۸	۰,۱۵۴	۰,۷۰۸	استرس کار در فضای درمانی
		۰,۰۷۴	۱,۸۵۳	۰,۲۳۷	۰,۱۱۴	۰,۲۰۹	استرس اقتصادی-اجتماعی
		۰,۴۹۸	-۰,۶۸۴	-۰,۰۸۶	۰,۱۸۶	-۰,۱۲۷	رعایت پروتکل های بهداشتی
		۰,۴۸۶	-۰,۷۰۳	-۰,۰۸۹	۰,۰۶۲	-۰,۰۴۴	اعتماد به مسئولان بهداشتی
		۰,۶۰۲	-۰,۵۲۵	-۰,۰۶۸	۰,۰۹۲	-۰,۰۴۸	در دسترس بودن تجهیزات حفاظتی

برای آزمون تفاوت میانگین ها در گروه های مختلف سنی، تحصیلاتی، وضعیت ابتلا و تماس با بیمار از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد که این اطلاعات در جدول ۳ آورده شده است. نتایج نشان می دهد که از نظر فشار روانی و دیسترس عمومی، هم در عموم مردم و هم در کادر درمان اختلاف معنی داری بین گروه های سنی وجود دارد؛ به گونه ای که با افزایش سن میزان دیسترس کاهش می یابد. استرس اقتصادی-اجتماعی نیز با افزایش سن و افزایش تحصیلات، کاهش معناداری داشت. میزان مواجهه با مبتلا یا ابتلای خود شخص توانسته سطح دیسترس عمومی را به صورت معناداری افزایش دهد. این مطالعه نشان داد هر سه جنبه سن، تحصیلات و وضعیت ابتلا به صورت معنی داری می تواند رعایت پروتکل ها را

افزایش دهد. برای بررسی تأثیر عوامل ایجادکننده استرس بر دیسترس عمومی از مدل رگرسیونی استفاده شد. مقادیر ضرایب همبستگی بین تمامی متغیرهای تحقیق در هر دو گروه پرسنل و عموم نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌دار بین دیسترس عمومی و هر سه متغیر استرس اقتصادی-اجتماعی (مثبت)، رعایت پروتکل‌ها (مثبت)، اعتماد به مسئولان (منفی) وجود دارد. به‌علاوه در پرسنل، ارتباط معنی‌دار و مثبتی با متغیر استرس کار در فضای درمانی به ارتباطات فوق‌افزوده می‌شود. در جدول ۳، الگوهای رگرسیون چندمتغیره بین سطح عمومی دیسترس به‌عنوان متغیر وابسته و استرس کار در فضای درمانی، در دسترس بودن تجهیزات حفاظتی و استرس اقتصادی-اجتماعی، رعایت پروتکل‌های بهداشتی، اعتماد به مسئولان به‌عنوان متغیرهای مستقل آورده شده است. در عموم، تمام متغیرهای مستقل (استرس اقتصادی-اجتماعی، رعایت پروتکل‌های بهداشتی، اعتماد به مسئولان) اثرات معنی‌داری بر متغیر دیسترس عمومی داشتند. متغیر اعتماد به مسئولان اثر منفی و باقی اثر مثبتی داشته‌اند و بیشترین تأثیر بر میزان دیسترس عمومی متعلق به متغیر استرس اقتصادی-اجتماعی بود. هر دو الگوی رگرسیونی در جدول ۳ در آزمون آنالیز واریانس به‌عنوان مدل معنی‌دار شناخته شده‌اند.

فرمول ۱. مدل رگرسیونی برای برآورد میزان دیسترس عمومی در جامعه بر اساس یافته‌های مطالعه اعتماد به مسئولان بهداشتی\*  $0.099$  - رعایت پروتکل‌های بهداشتی\*  $0.147$  + استرس اقتصادی-اجتماعی\*  $0.244$  +  $1.296$  = سطح دیسترس

با توجه به ضرایب فوق‌الگوی پیشنهادی برای برآورد میزان دیسترس عمومی در جامعه در مدل رگرسیونی در فرمول ۱ تصریح می‌شود و نشان داده استرس در پرسنل چنان تحت تأثیر استرس ناشی از کار در فضای درمانی قرار می‌گیرد که تأثیر باقی متغیرها در یک آنالیز هم‌زمان را بی‌معنا می‌کند. به ازای هر واحد افزایش استرس اقتصادی-اجتماعی، سطح دیسترس در افراد  $0.244$  واحد افزایش می‌یابد. افزایش رعایت پروتکل‌های بهداشتی نیز خود می‌تواند استرس‌زا بوده و هر واحد افزایش آن باعث  $0.147$  واحد افزایش دیسترس می‌شود؛ اما هر واحد اعتماد بیشتر به مسئولان بهداشتی می‌تواند  $0.099$  از دیسترس بکاهد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش دستیابی به طراحی مدلی برای ارزیابی فشارهای روانی در مواقع بحران‌های اجتماعی و دستیابی به چگونگی می‌شود یک سیاست‌گذار در مواقع بحرانی تصمیم درست و مناسب را بگیرد است؛ که می‌شود با تصمیم‌گیری‌های درست یک سیاست‌گذار ماهر و مجرب از استرس‌های ایجادشده در افراد به‌خصوص کادر درمان کاسته و اعتماد آن‌ها را نسبت به مسئولین حوزه‌های مربوطه بیشتر کرد. توجه به همه منابع استرس برای طراحی مداخله در همه‌گیری ضروری است. بدون دانستن این سطوح مختلف و علل آن، اقدامات طراحی‌شده نه تنها اثر لازم را ندارند، بلکه احتمالاً نتیجه معکوس داشته و باعث افزایش احساس خشم و سوءتفاهم شود.

مطالعات زیادی در جهان در سال گذشته در این باره انجام شده است. برای اینکه این یافته‌ها بتوانند در بهبود وضعیت جامعه مؤثر باشند باید بر اساس نیاز سیاست‌گذار تهیه شده باشند و برای او قابل‌فهم و استفاده باشند. لذا در این پژوهش چارچوب نظری ریو مدنظر قرار داده‌شده که پژوهش را تنها به‌منزله مقدمه تلقی کرده و تأکید دارد که این یافته‌ها، در درجه اول بایستی متناسب با نیاز سیاست‌گذار برای تصمیم‌گیری جمع‌آوری شده و پس از آن در یک رفت‌وبرگشت متقابل با مسائل سیاست‌گذار و جامعه، مستمراً بازبینی شود (بوچر، ۲۰۱۶). در این مطالعه به حوزه‌های مهم برای سیاست‌گذار توجه شد و با توجه به تحقیقات قبلی و سنجه‌های علمی، پرسشنامه‌ای علمی و قابل‌فهم برای سیاست‌گذار طراحی شد. سنجه‌های این پرسشنامه، منابع استرس را در سه سطح تدوین کرده است: سطح فردی ناشی از ویژگی‌های شخصیتی، شبکه پشتیبانی محیطی فرد و اطلاعات بهداشتی او که در این سطح مداخلات روان‌شناختی مؤثر است.

سطح نهادی شامل دلایل مشترک محیطی میان گروه‌هاست، مانند تشدید فشار کاری در پرسنل به دلیل عدم دسترسی به تجهیزات محافظت شخصی، ناامنی شغلی و آموزشی تحت تأثیر اپیدمی. مداخلات در این حوزه الزاماً بایستی از نوع اقدامات سازمانی بوده و مداخلات فردی نمی‌توانند جایگزین آن شوند؛ و سطح وجودی که به متأثر شدن

عمیق‌ترین لایه روان از جمله حیات و مرگ و جایگاه انسان در نظام هستی و احساس پوچی در دوران همه‌گیری بازمی‌گردد. رفع این سطح نیاز به مداخلات دیگر و یاری مراجع دینی و معنوی دارد. مطالعات نشان داده که عوامل مربوط به سیاست‌گذاری به‌طور مستقل می‌توانند پیش‌بینی‌کننده میزان رعایت دستورات بهداشتی باشد و در دسته عوامل فردی/شخصیتی، ابعادی از شخصیت شامل باز بودن، پذیرا بودن و احساس مسئولیت به‌طور مستقل با رعایت اصل ماندن در خانه رابطه مستقیم داشته است اما خصوصیات فردی در تعامل با عوامل سیاست‌گذاری موجب هم‌افزایی و افزایش احتمال رعایت دستورالعمل‌های دوره‌ی همه‌گیری می‌شوند (گوتز و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). مطالعات از افزایش سطح استرس و افسردگی متعاقب بحران‌ها و کاهش چشمگیر رضایت از زندگی، افزایش احساسات منفی و استرس وجودی خبر می‌دهند (ناشاد و همکاران، ۲۰۱۹). میزان یا نوع استرس تعیین‌کننده اثر آن نیست. بلکه ذهنیت و برداشت موقعیتی از استرس می‌تواند اثر آن را تغییر دهد (ون باول و همکاران، ۲۰۲۰). این برداشت‌ها در طی زمان تحت تأثیر عوامل مختلف تغییر می‌کنند و از همین رو پایش مستمر آن‌ها برای سیاست‌گذار ضرورت دارد. به‌عنوان مثال نتایج نظرسنجی موسسه ایسوس حاکی از آن است که مردم ژاپن، بریتانیا و استرالیا بدبین‌ترین مردم نسبت به بهبود اوضاع بوده و خوش‌بین‌ترین جوامع، ویتنام با ۹۲ درصد و برزیل با ۸۵ درصد و مکزیک با ۸۴ درصد بوده‌اند (بریکر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). مطالعات مختلف در دوره این پاندمی در کشورهای مختلف و در دوره‌های مختلف بحران، نتایج متناقضی داشته‌اند. در مطالعه سالانه انجمن روان‌شناسان آمریکا در زمینه ارزیابی استرس، مشخص شده است که حدود ۷۸ درصد از مردم در سال ۲۰۲۰ همه‌گیری را منبع مهمی برای استرس می‌دانند و ۶۷ درصد از آن‌ها استرس فزاینده‌ای را در طی آن داشته‌اند (انجمن روان‌شناسان آمریکا، ۲۰۲۰). مطالعه دیگری در زمینه کووید ۱۹ در چین در سال ۲۰۲۰ نشان داد ۵۳٫۸ درصد اثر روان‌شناختی متوسط تا شدید، ۱۶٫۵ درصد افسردگی متوسط تا شدید، ۲۸٫۸ درصد اضطراب شدید، ۸٫۱ درصد استرس متوسط تا شدید را

1. Götz, Gvirtz, Galinsky and Jachimowicz
2. Bricker

تجربه می کردند. محققان در پایان چنین جمع بندی کرده اند که مراجع بهداشتی برای طراحی بهتر مداخلات به اطلاعات جمعیتی و شناسایی گروه های پرخطر به لحاظ روانشناختی نیاز دارند، گروه هایی که در این مطالعه شامل زنان و دانشجویان به دلیل نگرانی از ادامه تحصیل بوده اند (ونگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه دیگری در انگلستان در همه گیری جهانی کووید ۱۹، نسبت بزرگی از جمعیت، اضطراب، افسردگی و علائم استرس در رابطه با کووید ۱۹ را از خود نشان دادند (کار<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). در ایران به عنوان نمونه، در یک مطالعه تنها ۲۰ درصد از جمعیت عمومی علائم بارز بالینی اضطراب را داشتند (شهریاری راد و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). این در حالی است که در مطالعه حاضر علیرغم اینکه استرس اقتصادی-اجتماعی در جمعیت مورد مطالعه بالای متوسط بوده است، میانگین دیسترس عمومی در طیف اندازه گیری، ۲,۳۵ بود که به صورت معنی داری از متوسط پایین تر است. کارکنان درمانی نیز با اینکه از نظر دسترسی به تجهیزات حفاظتی وضعیت مناسبی را گزارش نکرده اند و میانگین پاسخ آن ها در این خصوص به صورت معناداری از حد متوسط کمتر است، اما میانگین دیسترس عمومی در آن ها ۲,۹۱ بود که تفاوت معنی داری با حد متوسط ندارد. این نشان می دهد که در دوره مورد نظر، خوشبختانه مردم از ثبات روانی خوبی برخوردار بوده و سطح استرس در آن ها متوسط و پایین تر از متوسط بوده است. مطالعه دیگری در کانادا با استفاده از ابزار مقیاس استرس ادراک شده کوهن نیز به طور میانگین نمرات استرس را پیش از بحران کم و در طی بحران متوسط نشان داده است (روبیارد و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). عامل دیگر استرس، فاصله گذاری اجتماعی است که گزینه عمیق انسانی یعنی نیاز به ارتباط را نشانه گرفته است. این مطالعه نشان داد که با هر واحد افزایش رعایت پروتکل های بهداشتی از جمله فاصله گذاری اجتماعی، در حدود ۰,۱۵ بر میزان دیسترس عمومی افزوده می شود. گرچه در مطالعات سالمندان خصوصاً با توجه به نیاز بیشترشان به توجه و حمایت اجتماعی، بیشتر در معرض خطر عوارض این موضوع بوده

1. Wang, Pan, Wan, Tan, Xu and Ho

2. Kar

3. Shahriarirad, Erfani, Ranjbar, Bazrafshan and Mirahmadizadeh

4. Robillard, Hershenfield, Grace and Stewart

و به انزوا حساس‌ترند (کیو و همکاران، ۲۰۲۰) (ون باول و همکاران، ۲۰۲۰)؛ در مطالعه سالانه انجمن روان‌شناسان آمریکا، اوایل جوانی یعنی در رده سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، بالاترین استرس را داشته‌اند (انجمن روانشناسان آمریکا، ۲۰۲۰). مطالعه کانادا نیز استرس را در سنین کمتر بیشتر نشان می‌دهد (روییلارد و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه حاضر، هم در عموم مردم و هم در کادر درمان با افزایش سن میزان دیسترس کاهش یافته است. به نظر می‌رسد مردم راه‌های ارتباطی جدید مجازی و ارتباط در فضاهای باز را جایگزین کرده‌اند. در مطالعه ایران نیز مسن و متأهل بودن عوامل محافظتی در برابر افسردگی بودند (شهریاری راد و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعه ما نیز علیرغم بالاتر بودن استرس‌های اقتصادی-اجتماعی در افراد متأهل، این افراد اعتماد بالاتری را به تدابیر مسئولان بهداشتی داشته و دیسترس بالاتری نداشتند. در مطالعه‌ای در فوریه ۲۰۲۰، با مرور ۲۴ مطالعه، آثار روان‌شناختی منفی همه‌گیری کرونا ناشی از قرنطینه و شامل علائم استرس پس از سانحه، گیجی و خشم گزارش شده است. عوامل تشدیدکننده استرس در این مطالعه، شامل طول مدت قرنطینه، ترس از عفونت، ناکامی، سر رفتن حوصله، مایحتاج ناکافی، اطلاعات ناکافی و استیگما بوده‌اند (بروکس و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه‌ای که در ۲۰۰۴ روی آثار روان‌شناختی قرنطینه و کنترل سارس انجام شده، افسردگی با ۳۱/۲ درصد و علائم استرس پس از سانحه با شیوع ۲۸/۹ درصد در صدر علائم گزارش شده بودند. همچنین مواجهه مستقیم با فرد با تشخیص سارس نیز با علائم استرس پس از سانحه و افسردگی همراهی داشته است (رابرتسون و دیگران، ۲۰۰۴). در مطالعه حاضر نیز به صورت مشابهی میزان مواجهه با افراد مبتلا یا ابتلای خود شخص توانسته است سطح دیسترس عمومی در افراد را به صورت معناداری افزایش دهد. به لحاظ گروه‌های جمعیتی مطالعات مختلف نتایج متنوعی داشته‌اند ولی نقاط مشترکی مانند نقش جنسیت (زن بودن) در افزایش اثر استرس و افزایش میزان رعایت دستورات بهداشتی نیز موجود است. در مطالعه حاضر، میانگین استرس عمومی در هر دو گروه کادر درمان و عموم مردم در زنان بیشتر از مردان

1. American Psychological Association
2. Robertson, Hershfield, Grace and Stewart

بود. این با مطالعه انجام‌شده در فوریه ۲۰۲۰ در چین طی دوران اوج همه‌گیری کرونا مطابقت دارد که در آن زنان بیشترین نمره را در شاخص استرس حین ترومای کووید ۱۹ داشتند (کیو و همکاران، ۲۰۲۰)؛ و در مطالعه کانادا نیز زنان سطح استرس بالاتری را نشان داده بودند (روبیلارد و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه‌ای روی اثر کووید ۱۹ روی دانشجویان هم تأثیر جنسیت بارز و این آمار در دختران بالاتر بود (آیر و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه ایران نیز، زن بودن با خطر بالاتر ایجاد علائم افسردگی و اضطراب همراه بود (شهریاری راد و همکاران، ۲۰۲۱). برخلاف این مطالعه که سطح تحصیلات را عامل کاهش استرس نشان داده است، در مطالعه حاضر، سطح سواد تأثیری میزان استرس نداشته است. در زمینه استرس‌های اقتصادی، در کشورهای پیشرفته نگرانی مالی در مورد حال و آینده بیش از نگرانی‌های وجودی است (مایر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰) و در مطالعه حاضر نیز مهم‌ترین عامل تشدیدکننده استرس در افراد استرس‌های اقتصادی اجتماعی نشان داده شده است، به‌طوری‌که با هر واحد افزایش در آن میزان دیسترس عمومی ۰,۲۴ واحد افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه‌ای بر دانشجویان در همه‌گیری بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ نشان داد که ۴۸,۲ درصد سطح استرس ادراک‌شده بالا و ۵۶,۹ درصد افسردگی و اضطراب بارز داشتند (آیر و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه دیگری در اسپانیا، آنچه بیش از همه مردم را نگران می‌کرد، بحران اقتصادی ناشی از پاندمی بوده است (ونگ و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه سالانه در سال ۲۰۲۰ انجمن روانشناسان آمریکا به لحاظ استرس‌های اقتصادی نشان داده است که مشاغل با درآمد زیر ۵۰ هزار دلار در سال بیشترین اثر اقتصادی را طی سال گذشته متحمل شده‌اند. ۵۶ درصد از بزرگ‌سالان شاغل عنوان کرده‌اند که حفظ ثبات شغلی برای آن‌ها یک منبع استرس به حساب می‌آید (انجمن روانشناسان آمریکا، ۲۰۲۰). مطالعه پژوهشکده آمار ایران نیز نشان می‌دهد که تحت اثر این ویروس و اعمال برخی راهکارها در جهت کنترل شیوع آن به‌خصوص ماه‌های ابتدایی برخی از فعالیت‌های اقتصادی با ظرفیت کمتر فعالیت داشته و برخی نیز مجبور به تعطیلی شده‌اند. هرچند این روند با کاهش اجرای

1. Aiyer, Surani, Gill, Ratnani and Sunesara

2. Meyer

محدودیت‌ها در ماه‌های بعدی کمتر شده است. همچنین میزان فروش، تولید، جریان نقدینگی و وضعیت اشتغال کسب‌وکارهای اقتصادی با شیوع ویروس کرونا دستخوش تغییرات منفی شدند به طوری که از میزان فروش، تولید و جریان نقدینگی در هر سه بخش اقتصادی کاسته شد. برخی از نیروی انسانی این کسب‌وکارها یا مورد تعدیل قرار گرفتند یا دچار دورکاری و غیبت موقت شدند که نشان‌دهنده تأثیر منفی بر اشتغال است (گزارش تأثیر کووید بر کسب‌وکار ایرانیان). عواملی که می‌تواند میزان استرس افراد را در این زمینه توجیه کند. در مورد کادر درمان نیز گرچه استرس اقتصادی و اجتماعی تأثیرگذار بوده، عامل تشدیدکننده دیسترس ناشی از محیط کار در کادر درمان چنان قوی است که سایر عوامل را در معادله‌ی رگرسیونی این مطالعه بی‌معنا کرده است. چنانچه در مطالعه‌ای در انگلستان جمعیت قابل توجهی از کارکنان درمان مشکلات اضطراب و افسردگی خفیف را گزارش کرده‌اند و این مطالعه با توجه به رشد فزاینده آثار روان‌شناختی همه‌گیری جهانی بر کارکنان درمان خواهان مطالعات بیشتر برای شناسایی نیازها و در دسترس قرار دادن خدمات بیشتر برای آن‌ها شده است (راتود و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه‌ای روی پرسنل درمانی ووهان در مقطع آغازین همه‌گیری کووید، نشان‌دهنده ۳۶/۹ درصد سلامت زیر حد آستانه، ۳۴/۴ درصد مشکلات خفیف و ۲۲/۴ درصد مشکلات متوسط و ۶/۲ درصد مشکلات شدید بود (کنگک و همکاران، ۲۰۲۰)؛ اما در این مطالعه گرچه میانگین دیسترس در کادر درمان بالاتر از عموم مردم بود، از نظر آماری بین میانگین دیسترس عمومی، استرس اقتصادی-اجتماعی و اعتماد به مسئولان بهداشتی در کادر درمان و عموم مردم تفاوت معناداری وجود نداشت. در مطالعه انگلستان افکار خودکشی در ۳۲ درصد کارکنان درمانی وجود داشت و تعداد بالایی اضطراب و افسردگی را گزارش کرده بودند (راتود و همکاران، ۲۰۲۰). در رعایت پروتکل‌های بهداشتی و اعتماد به مسئولان بهداشتی، میانگین در مطالعه ما به‌طور معناداری بالاتر از متوسط بود. لذا به نظر می‌رسد باوجود عوامل استرس‌زا، سطح تاب‌آوری روانی جامعه مورد مطالعه در دوره زمانی موردنظر



اثر فشار روانی جامعه در همه گیری کووید ۱۹ به منظور...؛ صفوی فر و همکاران | ۹۳

مناسب بوده و همچنان به مسئولان بهداشتی اعتماد داشته و با آنها همکاری دارند؛ اما این میزان در مقایسه با رعایت ۸۰٪ که توسط مرکز آمار ایرلند گزارش شده است بالا نبوده است. رعایت پروتکل های بهداشتی در کادر درمان از عموم و در خانم ها نسبت به آقایان به صورت معناداری بیشتر بود. به علاوه سن، تحصیلات و وضعیت ابتلا به صورت معنی داری رعایت پروتکل های بهداشتی را افزایش می داد. در مطالعه انگلستان نیز سن بالاتر و جنسیت زن در پرسنل بهداشتی پیش بینی کننده رعایت بیشتر دستورات، اما سطح تحصیلات بالاتر رعایت کمتر را نشان داده بود (راتود و همکاران، ۲۰۲۰). در زمینه اعتماد به مسئولان بهداشتی باید گفت علاوه بر اینکه این مورد با رعایت پروتکل های بهداشتی ارتباط دارد، باعث کاهش سطح دیسترس عمومی نیز خواهد شد. در حالی که رعایت پروتکل ها، خود فشاری روانی را به دنبال دارد که مانند فشار ناشی از استرس اقتصادی و اجتماعی منجر به افزایش سطح دیسترس می شود؛ اما در مطالعه چین، برخلاف مطالعات غربی و این مطالعه که میزان متوسط استرس را با رعایت دستورات بهداشت شخصی ملازم دانسته بودند، کسانی که بهداشت فردی را رعایت می کردند، استرس کمتری متحمل می شدند که نشانه اثر محافظتی رعایت این دستورات بود که با آمادگی مردم چین بعد از وقوع اپیدمی سارس نیز مرتبط بوده است (ونگ و همکاران، ۲۰۲۰).

در کل این مطالعه نشان می دهد که چگونه یک عامل مشترک در دوره های زمانی و در مکان های متفاوت اثرات متفاوتی روی افراد یک جامعه دارد. این مطالعه همچنین نشان می دهد عواملی که می توانند سطح پایه استرس را افزایش یا کاهش دهند و میزان تأثیر آنها در جوامع مختلف متفاوت بوده و سیاست گذاران برای حفظ سلامت روانی جامعه و پیشگیری از عوارض طولانی مدت دیسترس نیازمند پایش دائمی سطح دیسترس در جامعه و سیاست گذاری جهت کاهش آن هستند.

برای تحقیقات آتی پیشنهاد می شود که در مورد سایر تجربیات زیسته و نزدیک به این مفهوم پژوهش انجام شود و موضوع تحقیق در سایر جوامع آماری بررسی و در

شهرهای دیگر به صورت هم‌زمان انجام شود و همچنین بهتر است مطالعاتی در حوزه‌های اقتصادی مورد بررسی قرار بگیرد.

همچنین از محدودیت‌های تحقیق در آیت پژوهش وجود فقدان مطالعات مشابه در زمینه دیسترس اخلاقی به صورت پژوهش کیفی است که در صورت مطالعات بیشتر در این زمینه می‌شود به اطلاعات جامع‌تری دست پیدا کرد. همچنین به دلیل سختی در دستیابی به شرکت‌کنندگانی که قادر به تشریح دقیق احساسات و افکار خود نمی‌باشد نمی‌توان به داده‌های دقیق دست یافت و در آخر به دلیل ضعف واژه‌های فارسی در بیان برخی احساسات و تجربیات نمی‌شود خیلی از اطلاعات را از پرسشنامه‌ها به دست آورد.

### تعارض منافع

تعارض منافع ندارم کفایت می‌کند.

### ORCID

Farnoosh Safavifar

Nazila Yousefi

Ali Nouri

Jamileh Zarei

Yalda Metghalchi

Farzad Peiravian



<https://orcid.org/>



<https://orcid.org/0000-0001-8079-7424>



<https://orcid.org/>



<https://orcid.org/>



<https://orcid.org/0000-0002-2664-2787>



<https://orcid.org/>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

گزارش «تأثیر ویروس کرونا بر کسب‌وکارهای ایرانی». (۱۳۹۹). دسترسی از <https://srta.ac.ir/analytical-reports/ID/5133>/تأثیر-ویروس-کرونا-بر-کسب-

و-کارهای-ایرانی، تاریخ دسترسی ۲۴ آذر ۱۴۰۰

## References

- Agorastos, A., Nash, W. P., Nunnink, S., Yurgil, K. A., Goldsmith, A., Litz, B. T., ... & Baker, D. G. (2013). The Peritraumatic Behavior Questionnaire: development and initial validation of a new measure for combat-related peritraumatic reactions. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-11.
- Aiyer, A., Surani, S., Gill, Y., Ratnani, I., & Sunesara, S. (2020). Covid-19 Anxiety And Stress Survey (Cass) in High School and College Students Due To Coronavirus Disease 2019. *Chest*, 158(4), A314.
- American Psychological Association. (2020). Stress in America 2020: a national mental health crisis. Diakses dari: [apa.org/news/press/releases/stress](https://www.apa.org/news/press/releases/stress).
- Bricker, D. (2020). Increasing pessimism about 'return to normal' by June from COVID-19 crisis, shows poll. Retrieved , <https://www.ipsos.com/en/increasing-pessimism-about-return-normal-june-covid-19-crisis-shows-poll>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Böcher, M. (2016). How does science-based policy advice matter in policy making? The RIU model as a framework for analyzing and explaining processes of scientific knowledge transfer. *Forest Policy and Economics*, 68, 65-72.
- David, B. E., & Kumar, S. (2020). Psychological health problems during the lockdown: A survey of Indian population in COVID-19 pandemic. *Data in Brief*, 33, 106566.
- Doshmangir, L., Bazyar, M., Majdzadeh, R., & Takian, A. (2019). So near, so far: four decades of health policy reforms in Iran, achievements and challenges. *Archives of Iranian medicine*, 22(10), 592-605.
- Elpern EH, Covert B, Kleinpell, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14 (6): 523-30.
- Götz, F. M., Gvirtz, A., Galinsky, A. D., & Jachimowicz, J. M. (2021). How personality and policy predict pandemic behavior: Understanding

- sheltering-in-place in 55 countries at the onset of COVID-19. *American Psychologist*, 76(1), 39.
- Happell B, Pinikahana J, Martin T. Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress Health* 2003; 19: 63-8.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206.
- Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 2000; 31(3): 681-8.
- Islam, S. N., Cheng, H. W. J., Helgason, K., Hunt, N., Kawamura, H., & LaFleur, M. (2020). *Variations in COVID strategies: Determinants and lessons*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11-17.
- Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. *Psychiatry research*, 295, 113598.
- Lupe, S. E., Keefer, L., & Szigethy, E. (2020). Gaining resilience and reducing stress in the age of COVID-19. *Current opinion in gastroenterology*, 36(4), 295-303.
- Meyer, J. E. (2020). *Public Policy Formation for Successful Change*. In *The Renewable Energy Transition* (pp. 233-264). Springer, Cham.
- McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W., Sham, P. C., ... & Wong, J. G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 241-247.
- Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28(4): 439-48.
- Naushad, V. A., Bierens, J. J., Nishan, K. P., Firjeeth, C. P., Mohammad, O. H., Maliyakkal, A. M., ... & Schreiber, M. D. (2019). A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital and disaster medicine*, 34(6), 632-643.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).

- Rathod, S., Pallikadavath, S., Young, A. H., Graves, L., Rahman, M. M., Brooks, A., ... & Phiri, P. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic: protocol and results of first three weeks from an international cross-section survey-focus on health professionals. *Journal of Affective Disorders Reports*, 1, 100005.
- Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S. L., & Stewart, D. E. (2004). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 403-407.
- Shahriarirad, R., Erfani, A., Ranjbar, K., Bazrafshan, A., & Mirahmadizadeh, A. (2021). The mental health impact of COVID-19 outbreak: a Nationwide Survey in Iran. *International journal of mental health systems*, 15(1), 1-13.
- Serat, S. (n.d). *Life and Liberty: Economic, Political and Ethical Issues Arising from 21st Century Quarantines for Influenza*.
- Stevanov, M., Böcher, M., Krott, M., Krajter, S., Vuletic, D., & Orlovic, S. (2013). The research, integration and utilization (RIU) model as an analytical framework for the professionalization of departmental research organizations: case studies of publicly funded forest research institutes in Serbia and Croatia. *Forest policy and economics*, 37, 20-28.
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471.
- Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., ... & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). 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*, 17(5), 1729.

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-1.

#### References [In Persian]

"The impact of the Coronavirus on Iranian businesses" report. (2019). Accessed from <https://srtc.ac.ir/analytical-reports/ID/5133/Tathir-Virus-Koruna-Bor-Kasb-V-Karhai-Irani>, access date December 15, 2021. [In Persian]



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

**استناد به این مقاله:** صفوی فر، فرنوش، نوری، علی، زارعی، جمیله، متقالجی، یلدا، پیرویان، فرزاد، یوسفی، نازیلا. (۱۴۰۲). اثر فشار روانی جامعه در همه گیری کووید ۱۹ به منظور سیاست گذاری داده محور در مدیریت سلامت، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۳(۵۰)، ۶۹-۹۸.

DOI: 10.22054/jcps.2023.16444



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.