

سلامت روان در همه گیری کووید-۱۹؛ مروری نظام مند بر ارزیابی و راهبردهای مقابله

سیده محبوبه حسینی زارع^۱، جعفر باباپور^۲، مریم زارع^۳، احمد سیر صدر^۴، سید مهدی محسن زاده^۵، بیژن خراسانی^{۶*}

۱- دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه علوم بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳- دکتری تخصصی، شرکت خدمات تحلیلی Eagle، هیوستن، تگزاس، امریکا

۴- دکتری تخصصی، معاونت پژوهش و فناوری، دانشگاه صنعتی شریف، تهران، ایران

۵- کارشناس ارشد، معاونت درمان و توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۶- دانشیار، گروه علوم بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

*نویسنده رابط: hosseinizare@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: شیوع کووید-۱۹ و اثر آن بر سلامتی روان باعث به وجود آمدن چالش بزرگی برای نظام‌های سلامت شد. نظام‌های سلامت علاوه بر وظایفی چون تشخیص سریع، کنترل و کاهش سرعت انتشار همه‌گیری کووید-۱۹ موظف به اتخاذ استراتژی‌هایی برای کاهش اثرات روانی حاصل از این بیماری بر جامعه بودند. هدف این مقاله بررسی و مرور سلامت روان جامعه در همه‌گیری کوید ۱۹ و استراتژی‌های کشورهای مختلف برای مقابله با آن است.

روش کار: کلیه مقالات منتشر شده در زمینه تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر سلامت روان در بازه زمانی فوریه تا اکتبر ۲۰۲۰ در چهار پایگاه داده ای و یک موتور جستجوگر مورد بررسی قرار گرفت. ۳۹۴ مقاله مرتبط با رعایت معیارهای ورود و خروج و استفاده از ابزار ۱۵ نقطه‌ای Miton و همکاران انتخاب شدند. در نهایت، تعداد ۲۵ مقاله مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: بیشترین مشکل سلامت روان در مقالات مورد بررسی افسردگی، اضطراب و استرس بود. علاوه بر این زنان، افرادی که از قبل مشکلات سلامتی داشتند، جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال، کارکنان خط مقدم نظام سلامت و افراد بدون درآمد به عنوان گروه‌های آسیب پذیر و پرخطر شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: با وجود استراتژی‌های گوناگون، اکثریت مردم از مشکلات سلامت روان ناشی از کووید-۱۹ رنج می‌بردند. در صورت بروز همه گیری همکاری متولیان نظام سلامت و رسانه‌ها در اطلاع‌رسانی صحیح و مؤثر و ارائه راه‌هایی برای پیشگیری از همه‌گیری می‌تواند زمینه ساز بهبود سلامت روان در جامعه باشد. توجه نظام‌های سلامت به زیرساخت‌های بهداشت روان و طراحی استراتژی‌های جامع برای مواجهه با بحران‌های آینده ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: کووید-۱۹، نظام سلامت، سلامت روان، مرور نظام مند

مقدمه

کروناویروس‌ها که اولین بار در سال ۱۹۶۸ کشف شدند، به بروز بیماری‌های ویروسی انسانی مانند سارس (SARS)، مرس (MERS) و اخیراً بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) منجر شده‌اند (۱). اگرچه در بین این سه اختلال، SARS و کووید-۱۹ از نظر بیولوژیکی شبیه هستند، اما کووید-۱۹ با میزان مرگ و میر ۲/۳٪ خطرناک‌تر از SARS است (۲). سارس در سال ۲۰۰۳ در آسیا کشف شد به ۲۶ کشور سرایت کرد و در فوریه همان سال (۳)، به عنوان اولین پاندمی قرن بیست و یکم شناخته شد (۴). این ویروس ۸۰۹۶ نفر را مبتلا کرد که منجر به مرگ ۷۷۴ نفر شد. از سوی دیگر، کووید-۱۹ در دسامبر ۲۰۱۹ در ووهان چین کشف شد و به سرعت در سرتاسر جهان گسترش یافت (۵). این بیماری پس از چند ماه و مبتلا شدن بیش از یک میلیون نفر و مرگ بیش از بیست و یک هزار نفر در سراسر جهان، به عنوان دومین پاندمی قرن بیست و یکم شناخته شد و جهان را با یک بحران بهداشتی رو به رو کرد (۴).

متولیان نظام سلامت با چالش‌های عمده‌ای در زمینه سلامت روان در دوران کووید-۱۹ روبرو بودند. در حالی که تمرکز اصلی بر کنترل ویروس از طریق آزمایش، پیگیری تماس‌ها و واکسیناسیون بود، اما پیامدهای این بحران برای سلامت روان به‌طور قابل توجهی عمیق بود. فاصله‌گذاری اجتماعی و محدودیت‌ها برای سلامت عمومی ضروری بودند اما با افزایش سطوح اضطراب، افسردگی و انزوا همراه بودند. چین به عنوان کشوری با موفقیت‌های چشمگیر اقتصادی در زمینه سلامت روان با چالش‌های عمده (۵) به ویژه دسترسی ناکافی به خدمات بهداشت روان مواجه بود (۶). در هند علیرغم رایگان بودن مراقبت‌های سرپایی و بستری در مراکز دولتی، کمبودهایی برای اختلالات روانی وجود داشت. مسائل مربوط به سلامت روان در هند به دلیل تنوع اجتماعی و اقتصادی (۷) پیچیده بود و علت آن کمبود زیرساخت خدمات

بهداشت روان و همچنین اطلاعات نادرست ساخته شده توسط رسانه‌های مورد اعتماد مردم بود (۸).

لبنان، به دلیل درگیری نظامی و بی‌ثباتی سیاسی اقتصادی خدمات بهداشت روانی ضعیفی داشت (۹). تنها ۵٪ از بودجه سلامت عمومی به سلامت روان اختصاص داشت و خدمات سرپایی بودجه معینی نداشت. علاوه بر این، این کشور به اندازه کافی متخصص بهداشت روان مانند روانپزشک نداشت و همه گیری کووید-۱۹ تاثیر منفی بر وضعیت سلامت روان گذاشته بود (۱۰).

سیستم بهداشت روان ژاپن که عمدتاً مبتنی بر موسسات روانپزشکی بود با وجود نسبت بالای سرانه تخت‌های روانپزشکی (۱۱)، بالاترین میزان خودکشی را در جهان به خود اختصاص داده بود (۱۲).

خدمات بهداشت عمومی فرانسه که در دهه ۱۹۶۰ با هدف دسترسی برابر به مراقبت برای همه ساکنان فرانسه فراهم شده بود، در ارائه خدمات بهداشت روان مشکلات زیادی داشت. در حالی که بیش از ۱۳۰۰۰ روانپزشک در فرانسه وجود داشت، به دلیل کاهش بودجه بهداشت عمومی، یک بحران ساختاری در روانپزشکی فرانسه وجود داشت (۱۳). آلمان به عنوان رهبر اروپا در درمان اختلالات روانی خدمات متعددی از جمله حمایت مالی از بیماران و دسترسی و برابری در مراقبت‌های بهداشتی را به بیماران ارائه می‌داد (۱۴).

کشورهای واقع در قاره آفریقا متشکل از ۴۴ کشور دارای مشکلات ساختاری در بخش سلامت بودند. کمبود بودجه و زیرساخت‌های ضعیف، همه‌گیری‌ها، فقر و فرار مغزها به خارج باعث بدتر شدن اوضاع می‌شد (۱۵). در اکثر کشورهای آفریقایی، دولت‌ها خدمات بهداشت روانی را نادیده می‌گرفتند. در بین تمامی تحقیقات انجام شده در کشورهای آفریقایی، تنها ۳٪ آن به تحقیقات سلامت روان اختصاص داشت که نشان از بی‌اهمیت بودن این موضوع در کشورهای آفریقایی بود. بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، ۲۴٪ از کشورهای

روش کار

تحقیق حاضر یک مرور سیستماتیک است که در سال ۲۰۲۴ انجام شد. برای مرور سیستماتیک از دستورالعمل Moher D استفاده گردید (۲۳). این بررسی سیستماتیک به طور مستقل با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی Web of Science, Elsevier, PubMed, Scopus و همچنین مقالات موجود در جستجوگر Google Scholar برای مقالات منتشر شده بین ژانویه تا اکتبر ۲۰۲۰ که بروز و شیوع کووید-۱۹ به حداکثر خود رسیده بود انجام گرفت. عبارات جستجو شامل *healthcare measure*, *mental health* و *COVID-19* بود (جدول ۱).

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از مقالاتی که داده های مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل را در دسترس داشته باشند (با دسترسی به متن کامل نشریه یا با درخواست نویسندگان) و مقالاتی که به زبان انگلیسی منتشر شده باشند. معیارهای خروج شامل مقالاتی که پس از ژوئن ۲۰۲۱ منتشر شده باشند، متون ناقص و پایان نامه ها (عدم دسترسی) می شد. داده‌ها با استفاده از فرم استخراج داده‌ها که بر اساس اهداف پژوهش طراحی شده بود، گردآوری شد. این فرم شامل ورودی‌های نویسنده، کشور، سال انجام مطالعه، حجم نمونه، جامعه هدف، متغیر وابسته، ابزار سنجش سلامت و نتیجه بود (جدول ۲).

جستجوی اولیه به ۳۹۴ مقاله منجر شد. پس از حذف مقالات تکراری و نامربوط، ۲۵۳ مطالعه برای بررسی چکیده انتخاب شدند. ۸۸ مقاله تکراری حذف شدند. ۸۷ مقاله برای بررسی کامل مقاله وارد مطالعه شدند. در نهایت، ۲۴ مقاله واجد شرایط برای درج در این بررسی سیستماتیک یافت شد. فهرست مرجع این ۲۴ مقاله به صورت دستی جستجو شد. شکل ۱ روند جستجو را نشان می دهد.

کیفیت ۲۵ مقاله وارد شده به طور مستقل توسط دو نویسنده با استفاده از چک لیست ۱۵ نقطه‌ای Miton و همکاران ارزیابی شد (۲۴). (شکل ۱). این چک لیست دارای ۵ گویه

آفریقایی سیاست‌های بهداشت روان را انجام نداده بودند. علاوه بر این، قاره آفریقا از نظر تعداد روانپزشکان، تخت‌های بیمارستانی برای بیماران روانی و تسهیلات سرپایی مشکل داشت و درصد پایینی از آفریقایی‌ها به خدمات بهداشت روان دسترسی نداشتند (۱۶).

مردم مکزیک کشوری با درآمد متوسط به بالا از نابرابری و ناامنی اقتصادی رنج می‌برند که می‌توانست منجر به ناامیدی، ترس و ناتوانی شود. یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی مربوط به اختلالات روانی بود به طوری که ۶/۴٪ مکزیک‌ها از افسردگی رنج می‌برند (۱۷).

در دوران اپیدمی کووید-۱۹ دولتها اقدامات پیشگیرانه ای مانند فاصله گذاری اجتماعی جهت جلوگیری از گسترش بیماری انجام دادند. این امر باعث افزایش احساس تنهایی و انزوا شد که می‌توانست منجر به احساس افسردگی، استرس و اضطراب در بزرگسالان گردد (۶). تأثیر پیامدهای نامطلوب در کودکان و نوجوانان ماندگارتر بود (۱۸). علاوه بر این، این بیماری همه‌گیر مشکلات سلامتی و روانی برای کارکنان خط مقدم مراقبت های بهداشتی مانند پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان در پی داشت (۱۹). مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی نشان داد که در پی محدودیت‌های ناشی از کووید-۱۹ سلامت مردم در همه ابعاد کاهش یافته است (۲۰-۲۲). شیوع ویروس کرونا تأثیرات گسترده و عمیقی بر سلامت روان در سراسر جهان داشته است. نظام‌های سلامت با چالش‌های خاص خود در این زمینه مواجه بوده‌اند. در حالی که برخی کشورها نسبت به اهمیت سلامت روان توجه بیشتری نشان داده و اقدامات بهتری در جهت مقابله با این چالش‌ها انجام دادند، اما بسیاری از کشورهای دیگر به دلیل کمبود منابع و زیرساخت‌ها، نتوانسته‌اند به درستی به نیازهای سلامت روان شهروندان خود پاسخ دهند هدف این مقاله بررسی همه‌گیری کووید-۱۹ بر سلامت روان مردم و ارزیابی چالش‌ها و استراتژیهای لازم برای مقابله با آن می‌باشد.

بهداشتی خودداری می‌کردند و افراد مستعد ابتلا. اگرچه این راهنما به نظر موثر و جامع می‌رسید، اما به طور مشخص به تفکیک بیان نمی‌کرد که چه کسی باید چه خدماتی را دریافت کند و همچنین خط مشی‌ها و روش‌های غربالگری و سطوح مداخلات را برای هر گروه مشخص نمی‌کرد. با توجه به اینکه چین دارای یک سیستم مراقبت بهداشت روانی به‌طور کامل تثبیت شده‌ای نبود، الزامات این راهنما ضروری به نظر می‌رسید. علاوه بر این، یکی از محدودیت‌های این راهنما، کمبود و توزیع نابرابر منابع انسانی و تجهیزات بود (۵۱).

بررسی مسائل مربوط به سلامت روان در هند در طول همه‌گیری کووید-۱۹ و دلایل احتمالی نشان داد که عمده‌ترین مسائل بهداشت روانی ناشی از کووید-۱۹ به دلیل استرس، اضطراب، علائم افسردگی، بی‌خوابی، انکار، عصبانیت و ترس می‌باشد. افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بیشترین آسیب را در این بیماری داشتند (۵۲). آسیب‌پذیری آنها علاوه بر انگ اجتماعی (۵۳)، به دلیل تبعیض و ترس از انزوای اجتماعی به دلیل فاصله‌گذاری اجتماعی افزایش یافت. یکی دیگر از گروه‌های آسیب‌پذیر کارکنان خط مقدم بودند که تحت موارد استرس‌زا و نگران‌کننده زندگی شخصی و خانوادگی خود کار می‌کردند که می‌توانست منجر به افسردگی، اختلال استرس و حتی افکار خودکشی شود (۵۴). بر اساس گزارش وزارت بهداشت و رفاه خانواده دولت هند (MOHFW) کودکان و سالمندان از دیگر گروه‌هایی بودند که به دلیل عدم دسترسی به روال‌های زندگی خود مانند پارک‌ها و مدارس و عدم ملاقات با همسالان خود، می‌توانستند تحت تأثیر خطرات کووید-۱۹ قرار گیرند. به عنوان یک مداخله، یک شماره تلفن رایگان برای «سلامت رفتار» توسط MOHFW اعلام شد که می‌توانست به بیماران در طول همه‌گیری کووید-۱۹ کمک نماید. علاوه بر این، MOHFW ویدئوهایی در رابطه با راه‌های موثر برای مقابله با استرس در طول کووید-۱۹ مانند توصیه‌های یوگا و مدیتیشن و مراقبت از سلامت روان گروه‌های آسیب‌پذیر ارائه کرد (۵۵).

است که جنبه‌های گوناگون روش‌شناسی مانند ادبیات پژوهش، سوالات پژوهش، جمعیت و نمونه مورد پژوهش، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این چک‌لیست به هر یک از سوالات، نمره ۰ (در مقاله گزارش نشده است)، نمره ۱ (در مقاله گزارش شده است اما کیفیت آن پایین است)، نمره ۲ (در مقاله گزارش شده است اما کیفیت آن متوسط است) و نمره ۳ (گزارش شده است اما کیفیت آن بالا است) اختصاص داده می‌شود. حداکثر امتیاز این چک‌لیست ۱۵ است و حداقل نمره‌ی قابل قبول ۱۰ بود. با استفاده از جدول امتیاز بندی کیفیت مقالات به طور مستقل توسط دو پژوهشگر امتیازدهی شدند. در صورت وجود اختلاف مقاله توسط پژوهشگر سوم مورد بررسی قرار می‌گرفت.

نتایج

تعداد ۲۵ مقاله به بررسی تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر سلامت روان و اقداماتی که برای مقابله با آن برداشته شد از فوریه تا دسامبر ۲۰۲۰ پرداخته بودند. از میان مقالات مورد بررسی، ۵ مقاله (۲۵٪) در کشور استرالیا، ۴ مقاله (۱۶٪) در کشورهای انگلستان و چین، ۲ مقاله (۸٪) در کشورهای فرانسه، نپال، آلمان و آمریکا، ۱ مقاله (۴٪) در کشورهای پاکستان، ژاپن، کانادا و مکزیک انجام شده بود.

آسیا: با شروع همه‌گیری کووید-۱۹، وضعیت سلامت روان در چین بدتر شد. در ژانویه ۲۰۲۰، کمیسیون ملی بهداشت چین اصول مداخلات بحران روان اضطرابی را به منظور کاهش اثرات روانی ناشی از شیوع کووید-۱۹ ارائه کرد (۵۰). بر اساس این اطلاعیه، مداخلات بحران روانی باید به عنوان بخشی از وظایف سازمان‌های بهداشتی در نظر گرفته شود و مدیریت آن به روانپزشکان، متخصصان سلامت روان و تیم‌های پشتیبانی تلفنی واگذار گردد. این مداخلات باید شامل شش گروه هدف باشد: بیماران تأیید شده، افراد تحت نظر مبتلا به کووید-۱۹، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، افرادی که با بیماران در تماس بودند، بیمارانی که از مراجعه به خدمات

سلامت روان در سال ۲۰۰۳ بازنگری شد و بر بهبود دسترسی به خدمات سلامت روان، تامین منابع مالی مناسب و توسعه یک سیستم نظارتی تاکید داشت. با این وجود، به دلیل کمبود منابع، این برنامه اجرایی نشد (۵۸). در سال ۲۰۰۳ و همزمان با شیوع SARS، ۵۷٪ از متخصصان خط مقدم با مشکلات عاطفی و علائم روانپزشکی مواجه شدند (۵۹). کمبود منابع و نواقص سیستم سلامت روان در پاکستان نیز می‌توانست به تشدید مشکلات روانی در دوران همه‌گیری منجر شود. با توجه به اینکه جامعه‌پذیری بخش مهمی از فرهنگ پاکستان است و محدودیت‌های قرنطینه این جنبه را محدود کرده بود، اثرات نامطلوبی همچون افسردگی، اضطراب، تنهایی، افکار خودکشی و مشکلات خواب تشدید شد. این داده‌ها نشان‌دهنده اهمیت سرمایه‌گذاری در بهبود سیستم سلامت روان در پاکستان بود (۶۰).

برای درک تأثیر کووید-۱۹ بر خودکشی در ژاپن، داده‌ها با یک نظرسنجی آنلاین از ژانویه ۲۰۱۷ تا اگوست ۲۰۲۰ جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که اگرچه درصد خودکشی در ابتدای همه‌گیری نسبت به سه سال گذشته پایین بود، اما تا اگوست ۲۰۲۰ این درصد ۷/۷۲ بیشتر از موارد خودکشی در ماه مشابه سه سال قبل بود. بیشترین افزایش مربوط به زنان جوان (کمتر از ۴۰ سال) بود. تعداد موارد خودکشی در بین دانشجویان و خانه‌دارها در ماه‌های تابستان ۲۰۲۰ افزایش داشت تبعیض و انگ زدن از دیگر مشکلات روانی بود که بیماران و کارکنان نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌داد (۶۱). برای کاهش اثرات منفی کووید-۱۹ بر جمعیت ژاپن، دولت به جای ارائه خدمات حضوری، اقدام به راه‌اندازی خدمات تلفنی، پزشکی آنلاین و مشاوره از طریق رسانه‌های اجتماعی در سطوح مختلف دولتی کرد (۶۲). نتایج مطالعه در خصوص بررسی رابطه بین خدمات سلامت روان و سطوح پریشانی روانی نشان داد که نمرات استرس روان‌شناختی در بین افرادی که در محیط نزدیک خود بیمار

بر اساس فرهنگ لبنان، سالمندان معمولاً نقش فعالی در مراقبت از نوه‌های خود دارند و در آخر هفته‌ها و تعطیلات برای ناهار با فرزندان، خانواده و دوستانشان دور هم جمع می‌شوند. اما با شروع همه‌گیری کووید-۱۹، این فعالیت‌ها به شدت محدود شد که می‌توانست در طولانی‌مدت سلامت روان سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد. برای پیشگیری از این اثرات نامطلوب، بسیاری از روانپزشکان از برنامه‌هایی که سالمندان با آنها آشنا بودند، مانند WhatsApp، به جای فناوری‌های جدید استفاده کردند. از منظر درمانی، با شروع قرنطینه (۱۵ مارس)، رویکردهای درمانی نیز تغییر کرد و بیشتر بیماران سالمند و مراقبانشان از درمان‌های حضوری و بستری اجتناب کردند. همچنین درمان‌هایی مانند الکتروشوک که برای موارد مقاوم به درمان افسردگی یا سایکوز استفاده می‌شد، عمدتاً متوقف شد. با توجه به کمبود روانپزشکان در لبنان و مشکلات حمل و نقل، روانپزشکی از راه دور به عنوان یک جایگزین مؤثر و عملی برای درمان حضوری مطرح شد. با این حال، با وجود مزایای روانپزشکی از راه دور، چالش‌هایی مانند ناتوانی سالمندان در استفاده از این فناوری به دلیل پایین بودن سطح تحصیلات و ضعف خدمات اینترنتی وجود داشت. در این شرایط، استفاده از مشاوره تلفنی منظم به عنوان مؤثرترین و راحت‌ترین راه‌حل برای کاهش اثرات انزوای اجتماعی توصیه شد (۵۶). علاوه بر مشکلاتی که سالمندان با آن مواجه بودند، جوانان نیز با مسائل روانی مانند ترس و بیکاری دست‌وپنجه نرم می‌کردند. با توجه به کمبود خدمات بهداشت روان در لبنان، نیاز به اقدامات ملی فوری برای پیشگیری از اثرات منفی کووید-۱۹ بر سلامت روان جامعه لبنان ضروری به نظر می‌رسید (۵۷).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) از طریق ابزار ارزیابی سیستم‌های سلامت روان (WHO-AIMS)، اطلاعاتی را درباره سیستم سلامت روان پاکستان جمع‌آوری کرد. هدف از این اطلاعات، کمک به دولت پاکستان در شناسایی نقاط قوت و ضعف سیستم سلامت روان بود. طبق این گزارش، سیاست

کووید- ۱۹ داشتند، به طور قابل توجهی بالاتر از افراد سالم بود (۳۰).

مطالعه‌ای که در آوریل و می ۲۰۲۰ در هفت کشور عربی شامل مصر، کویت، اردن، عربستان سعودی، الجزایر، عراق و فلسطین انجام شد، به بررسی تأثیر کووید- ۱۹ بر اختلال استرس پس از حادثه، افسردگی و اضطراب پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که سطح استرس در این کشورها بسته به تراکم جمعیت و وضعیت اقتصادی متفاوت بود. مصر، به دلیل تراکم بالای جمعیت، مستعد انتشار بیشتر ویروس بود و بالاترین استرس پس از حادثه، اضطراب و افسردگی را تجربه کرد. همچنین فلسطین و عراق نیز نسبت به پنج کشور عربی دیگر، بار بیماری بیشتری داشتند. از سوی دیگر، کشورهایی با درآمد بالاتر مانند کویت، اردن و عربستان سعودی کمتر تحت تأثیر اختلالات روانی ناشی از کووید- ۱۹ قرار گرفتند، در حالی که کشورهای با درآمد پایین‌تر مانند مصر، الجزایر، عراق و فلسطین، با مشکلات روانی بیشتری مواجه شدند. این مطالعه همچنین نشان داد که هیچ ارتباط معنی‌داری بین سن افراد و تأثیر کووید- ۱۹ بر افسردگی و اضطراب وجود نداشت، به این معنی که همه گروه‌های سنی به طور مشابه تحت تأثیر این اختلالات قرار گرفتند. این کشورها به ارائه استراتژی‌های پیشگیری و مداخله مؤثر مانند خدمات بهداشتی از راه دور و مداخلات آنلاین و استفاده از رسانه‌های اجتماعی پرداختند (۶۳).

نپال، که در جنوب آسیا واقع شده است، فاقد سیستم بهداشت روان سازمان‌یافته است. ۴۰٪ از جمعیت نپال زیر ۱۵ سال سن دارند و هیچ مرکز سلامت روانی سرپایی مشخصی برای کودکان و نوجوانان وجود ندارد. به طور کلی، امکانات بهداشت روان در این کشور برای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر تنها ظرفیت درمان ۲۹۷ بیمار را داشت (۶۴). با ظهور کووید- ۱۹ در نپال در ۲۴ مارس ۲۰۲۰، دولت این کشور تصمیم به قرنطینه سراسری، تعطیلی فعالیتهای آموزشی و محدودیت در تمامی فعالیت‌های اجتماعی، فرهنگی و ورزشی و همچنین

محدودیت در سفرهای بین‌المللی گرفت. این اقدام تأثیرات منفی عمده‌ای بر سلامت روان گروه‌های با درآمد متوسط و پایین به دلیل از دست دادن شغل و محدودیت در آزادی گذاشت. همچنین افراد با تحصیلات ابتدایی نسبت به افراد با تحصیلات بالاتر، سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی و استرس را گزارش کردند. کسانی که در خانه‌های اجاره‌ای زندگی می‌کردند، استرس بیشتری داشتند و کسانی که از خانواده خود دور بودند، بیشتر به افسردگی دچار شدند (۳۱). برخی از صاحب‌خانه‌ها از ترس انتشار بیماری، کارکنان نظام سلامت مانند پرستاران و پزشکان را از آپارتمان‌های خود بیرون کردند. علاوه بر این، نپال برای تامین وسایل بهداشتی مانند دستکش، ماسک و کلاه به چین و هند وابسته بود و ممنوعیت صادرات این کشورها باعث افزایش استرس روانی بین کارکنان نظام سلامت و مردم شد (۶۵). کارکنان نظام سلامت نیز به دلیل فشار کاری زیاد و ترس از ابتلای اعضای خانواده خود به ویروس، در معرض استرس زیادی قرار داشتند (۳۲).

اروپا: سازمان بهداشت ملی بریتانیا (NHS) خدمات سلامت روان را در بخش‌های دولتی، خصوصی و اجتماعی به صورت رایگان ارائه می‌دهد. این خدمات شامل درمان مشکلات مرتبط با مواد مخدر و الکل و همچنین روان‌درمانی است. در ۴ اکتبر ۲۰۲۰، NHS به دلیل همه‌گیری کووید- ۱۹ به بالاترین سطح هشدار رسید. این بیماری همه‌گیر نه تنها خدمات بهداشتی و اقتصاد کشور را مختل کرد، بلکه تهدیدی جدی برای سلامت روان مردم بریتانیا به شمار می‌رفت (۳۵). پزشکان عمومی (GPs) که در بریتانیا خدمات سلامت روانی ارائه می‌دادند، از بیماران خواستند که در طول دوران قرنطینه به صورت حضوری به مراکز مراجعه نکنند. این پزشکان موظف شدند خدمات خود را به صورت تلفنی ارائه دهند. با اینکه قرنطینه برای حفظ ایمنی مردم ضروری بود، اما جدایی افراد از خانواده و دوستان می‌توانست مشکلات روانی قابل توجهی را به همراه داشته باشد (۶۶).

بهبود خدمات پشتیبانی تلفنی و آنلاین برای بیماران و کارکنان نظام سلامت در خط مقدم بود، همچنین حمایتی از افرادی که مشکلات شدید و پیچیده سلامت روانی را تجربه کردند، به عمل آورد. طرح "بازدیدکنندگان جامعه" از سالمندانی که در معرض خطر تنهایی یا انزوای اجتماعی بودند، حمایت می‌کرد تا اطمینان حاصل شود که آنها به اندازه کافی از مراقبت برخوردار هستند. برای جوانان استرالیایی، دولت خدمات دیجیتال خود را گسترش داد تا به آنها کمک کند تحصیلات خود را ادامه دهند و آنها را برای کار آماده کند. همچنین دولت با افزایش تأسیس انجمن‌های اضطراب و افسردگی به منظور بهبود وضعیت افرادی که استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند، موافقت کرد و سرمایه‌گذاری را در وب‌سایت انجمن روان‌شناسی استرالیا افزایش داد تا خدمات سلامت روان را برای همه مردم در سراسر استرالیا در دسترس قرار دهد (۷۰). ارتقای سطح سلامت روان و رفاه به عنوان نیاز فوری استرالیا شناخته شد و به همین منظور، COLLATE در ۱ آوریل ۲۰۲۰ برای جمع‌آوری اطلاعات راه‌اندازی شد. این پروژه به جمع‌آوری داده‌ها در مورد سطح فعلی مشکلات سلامتی، شناسایی عوامل خطر و پیش‌بینی تأثیر منفی کووید-۱۹ بر سلامت روان و رفاه عمومی جمعیت استرالیا پرداخت (۷۱). نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان بیشتر نگران سلامت و رفاه خانواده و عزیزان خود هستند. زنان، جوانان ۲۵ تا ۳۴ ساله، افراد دارای مدرک لیسانس، زوج‌های دارای فرزندان وابسته در خانه، و استرالیایی‌هایی که در استرالیا به دنیا آمده‌اند، تأثیر عاطفی منفی بیشتری در ارتباط با کووید-۱۹ نشان دادند (۴۲). اثر کووید-۱۹ بر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی با یک نظرسنجی مقطعی در یک بیمارستان بزرگ شهری در استرالیا مورد بررسی قرار گرفت. آمارها نشانه‌های اختلال استرس، افسردگی و اضطراب را به ترتیب ۲۹٪، ۲۱٪ و ۲۰٪ نشان داد (۷۲).

آفریقا: در ماه مه ۲۰۲۰، در طول همه‌گیری کووید-۱۹، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آفریقا راهنمایی‌های بالینی

همه‌گیری کووید-۱۹ تأثیرات شدیدی بر میزان مرگ و میر، اقتصاد و سلامت روان در آلمان داشته است. مانند بسیاری از کشورهای دیگر، دولت آلمان محدودیت‌هایی از جمله فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه را اعمال کرد. این محدودیت‌ها و گزارش‌های روزانه در مورد کووید-۱۹ سطح ناراحتی را افزایش داد که بر سلامت روان ساکنان آلمان تأثیر گذاشت (۶۷). برای بررسی تغییرات در سلامت روان فردی قبل و در طول همه‌گیری، ۱۵۷۰۴ نفر در یک نظرسنجی مقطعی شرکت کردند. این نظرسنجی برای اندازه‌گیری سطح افسردگی، اضطراب و پریشانی و بررسی وضعیت سلامت روان طراحی شده بود. همچنین ترس، اعتماد به دولت برای ریشه‌کنی کووید-۱۹ و اطلاعات مربوط به این بیماری مورد ارزیابی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ساکنان آلمان بالای ۱۸ سال بودند که از لحاظ جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و مناطق مختلف و همچنین وجود یا عدم وجود اختلالات قبلی تنوع داشتند. نتایج نشان داد که ۶۵٪ از شرکت‌کنندگان پریشانی روانی، ۵۹٪ دچار ترس مرتبط با کووید-۱۹، ۴۵٪ نشانگان اضطراب و ۱۴٪ نشانگان افسردگی داشتند. علاوه بر این، شرکت‌کنندگانی که دارای اختلالات روانی قبلی بودند، بیشتر از این مشکلات رنج می‌بردند (۲۸). نتیجه یک مطالعه دیگر نشان داد که افرادی که به عملکرد دولت اعتماد داشتند و اطلاعات بیشتری در رابطه با کووید-۱۹ داشتند، مشکلات روانی کمتری را تجربه کردند (۶۸). مراقبت‌های بهداشت روانی در دوران کووید-۱۹ در آلمان شامل مراقبت‌های بهداشتی مختلفی از جمله شناسایی بیماران روانی، درمان یا ارجاع آنها به متخصصان بود (۱۴).

استرالیا: آمار سلامت روان در استرالیا نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از استرالیایی‌ها در طول زندگی خود از برخی بیماری‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی رنج می‌برند. این وضعیت با شروع همه‌گیری کووید-۱۹ به دلیل فاصله‌گذاری اجتماعی و خودانزوایی بدتر شد (۶۹). دولت استرالیا برای غلبه بر این مشکل اقداماتی انجام داد که شامل تأمین مالی برای

کردند و حدود ۱۱٪ گزارش کردند که در ۳۰ روز گذشته به طور جدی به خودکشی فکر کرده‌اند (۷۸). تحقیقات انجام شده در اواسط جولای ۲۰۲۰ نشان داد که ۵۳٪ از آمریکایی‌ها به دلیل همه‌گیری کووید-۱۹ تحت تأثیر عاطفی قرار گرفته‌اند و این میزان در مارس ۲۰۲۰ به ۷۲٪ افزایش یافته است (۷۹). نگرانی اصلی آمریکایی‌ها که منجر به افزایش سطح استرس می‌شد، ترس از بیمار شدن یا مرگ به دلیل این بیماری همه‌گیر بود (۸۰).

مشکل سلامت روان یکی از مهم‌ترین مسائل در کانادا نیز به شمار می‌رود. آمارها نشان می‌دهد که ۲۰٪ از کانادایی‌ها، صرف نظر از سن، جنس، تحصیلات و فرهنگ، از مشکلات سلامت روان یا اختلالاتی مانند خلق و خو و اضطراب رنج می‌برند (۸۱). این مشکلات روانی به طور غیرمستقیم بر اعضای خانواده و دوستان آن‌ها تأثیر می‌گذارد. کووید-۱۹ به دلیل افزایش بروز و شیوع مشکلات سلامت روان، این وضعیت را بدتر کرد و کارشناسان بهداشت را نگران همه‌گیری مشکلات سلامت روان کرد (۸۲). یکی از ترتیباتی که توسط دولت در انتاریو برای غلبه بر مشکل سلامت روان ناشی از کووید-۱۹ انجام شد، استفاده از برنامه جدید بیمه سلامت انتاریو (OHIP) بود. این برنامه با ارائه مشاوره تلفنی و ابزارهای آنلاین، مراقبت‌های روانی را در دسترس عموم قرار می‌داد (۸۳).

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر سلامت روان و ارزیابی چالش‌ها و استراتژی‌های مقابله با آن در بازه زمانی فوریه تا اکتبر ۲۰۲۰ صورت گرفت. با بررسی ۵ پایگاه داده ای PubMed، Web of Science، Elsevier و Scopus و Google Scholar تعداد ۲۵ مقاله مورد بررسی قرار گرفت که ۵ مورد از آن‌ها متعلق به استرالیا و ۴ مورد به انگلستان و چین بودند. همچنین چندین

برای حمایت روانی منتشر کرد تا سلامت روان مردم آفریقا را بهبود بخشد. مطالعات نشان داده‌اند که انزوا وضعیت سلامت روان را بدتر کرده و می‌تواند منجر به از دست دادن شغل و احساس تنهایی و ناامیدی، به‌ویژه برای افرادی که از قبل مشکلات سلامت روانی داشتند، شود (۷۳). با وجود افزایش نیاز به خدمات بهداشت روانی، بیمارستان‌ها به دلیل تمرکز بر موارد کووید-۱۹، پذیرش بیماران روانی را کاهش دادند. در این شرایط، کشورهایمانند نیجریه، غنا، آفریقای جنوبی و کنیا ارتباطات از راه دور را برای بیماران سلامت روان فراهم کردند. همچنین، برخی از استارت‌آپ‌های فناوری سلامت روان در آفریقای جنوبی و زامبیا با پیوستن به انجمن‌های محلی و ملی روانپزشکان، مشاوره‌های آنلاین مجازی رایگان برای حمایت از سلامت روان ارائه می‌کردند. این اقدامات نشان‌دهنده تلاش‌ها برای پاسخ به بحران سلامت روان در طول همه‌گیری و دسترسی بیشتر به خدمات مشاوره بود (۷۴).

آمریکا: همه‌گیری کووید-۱۹ در مکزیک به مشکلاتی چون خودانزوا و عدم اطمینان اقتصادی منجر شد که به تشدید اختلالات روانی رایج مانند افسردگی و اضطراب انجامید و در عین حال دسترسی به خدمات بهداشت روانی را برای مکزیکایی‌ها کاهش داد (۷۵).

بیماری‌های روانی یکی از مشکلات عمده در ایالات متحده هستند. آمار نشان می‌دهد که حدود ۲۰٪ از بزرگسالان ایالات متحده در طول زندگی خود با مشکلات روانی مواجه می‌شوند (۷۶). در سال‌های ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸، ۶۰٪ از جوانان مبتلا به علائم افسردگی هیچ خدمات بهداشت روانی دریافت نکردند (۷۷). با شروع همه‌گیری کووید-۱۹، وضعیت روانی جامعه به طرز چشمگیری بدتر شد. در سال ۲۰۲۰، میزان خودکشی و تعداد افرادی که افسردگی و اضطراب شدید را گزارش کردند، نسبت به سال ۲۰۱۹ افزایش یافت (۷۶). به‌عنوان مثال، در ژوئن ۲۰۲۰، از میان ۵۴۱۲ بزرگسال آمریکایی، حدود ۴۱٪ حداقل یک مشکل روانی، مانند افسردگی، اضطراب، استرس و سوء مصرف مواد را تجربه

یافته‌های این مطالعه، سیاست‌های نظام سلامت و نقش رسانه‌ها در پیشگیری از شیوع بیماری‌هایی مانند کووید-۱۹ و همچنین کاهش مشکلات مرتبط با سلامت روان، نقشی حیاتی ایفا می‌کنند. در صورت بروز همه‌گیری‌ها، همکاری نزدیک متولیان نظام سلامت و رسانه‌ها در اطلاع‌رسانی دقیق و مؤثر، ارائه راهکارهای پیشگیرانه، حمایت‌های اجتماعی و روانی، و آموزش مهارت‌های مدیریت استرس می‌تواند بستری مناسب برای حفظ و ارتقای سلامت روانی جامعه فراهم آورد.

برای مقابله با چالش‌های سلامت روان ناشی از همه‌گیری‌هایی مانند کووید ۱۹، تقویت زیرساخت‌های مرتبط با سلامت روان و توجه ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از ضروریات است. علاوه بر این، پیاده‌سازی استراتژی‌های پیشگیرانه و حمایت‌های روانی به صورت نظام‌مند و گسترده در سطح ملی و بین‌المللی، می‌تواند تأثیرات منفی چنین بحران‌هایی را به طور چشمگیری کاهش دهد.

محدودیت‌ها: با توجه به تفاوت‌های روش‌شناختی در مطالعات مورد بررسی، امکان انجام متاآنالیز در این پژوهش فراهم نبود. این موضوع لزوم انجام تحقیقات هم‌سو و استاندارد در آینده را بیش از پیش آشکار می‌سازد.

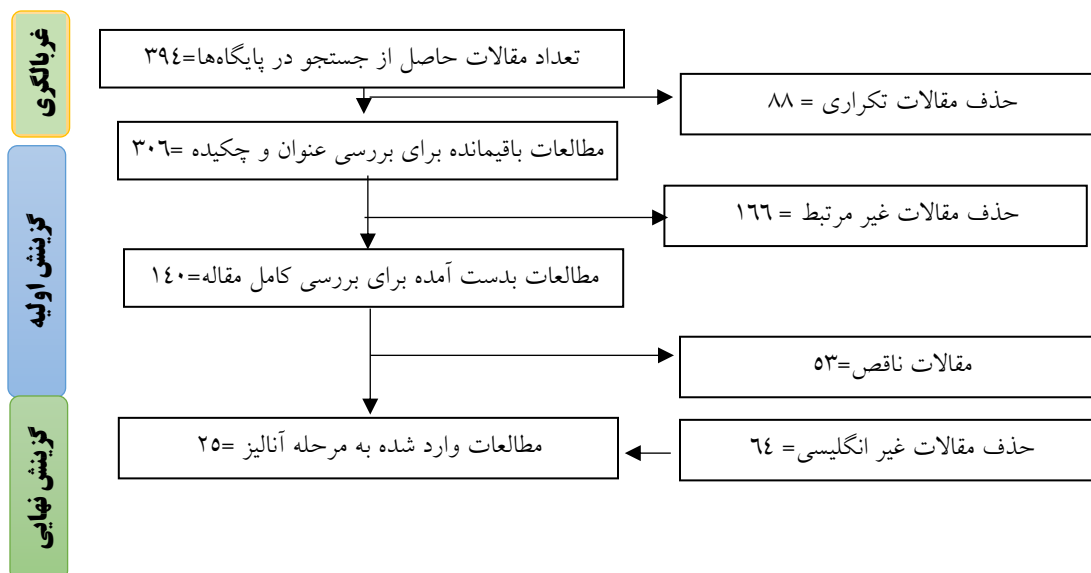
تشکر و قدردانی

با سپاس از تمامی افرادی که در این پژوهش به ما یاری رساندند.

تحقیق دیگر در کشورهای فرانسه، نپال، آلمان، امریکا، پاکستان، ژاپن، کانادا و مکزیک در این بررسی گنجانده شدند. در تمامی مطالعات به افزایش علائم افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان تأثیرات منفی ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ اشاره شده است. اگرچه سیاست‌های متفاوتی در کشورهای مختلف برای مقابله با تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ بر سلامت روان مردم وجود داشت، اکثریت جامعه و کارکنان نظام سلامت به دلیل کووید-۱۹ از افسردگی، اضطراب و استرس رنج می‌بردند. زنان، جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال، افراد دارای مشکلات روانی با سابقه قبلی و افراد کم درآمد یا بدون درآمد و کارکنان خط مقدم نظام سلامت به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر و پرخطر در کشورهای مختلف گزارش شدند. نتایج تحقیق نشان داد که افرادی که از حمایت خانوادگی و اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، نسبت به سایرین که از این حمایت برخوردار نیستند، سندرم‌های سلامت روان کمتری را نشان دادند. علاوه بر این، آگاهی بیشتر از رفتارهای روانشناختی، مدیریت استرس و رفتارهای مقابله با آن مشکلات سلامت روان کمتری را در پی داشت.

نتیجه گیری

این پژوهش بر لزوم توجه ویژه به تحقیقات بیشتر در این حوزه و تدوین راهکارهای جامع برای مدیریت بهداشت روانی در مواجهه با بحران‌های آینده تأکید می‌کند. بر اساس



شکل ۱- روند بررسی مقالات در پایگاه‌ها در مطالعه سلامت روان در همه‌گیری کووید-۱۹؛ سلامت روان در همه‌گیری کووید-۱۹؛ مروری
 نظام مند بر ارزیابی و راهبردهای مقابله

جدول ۱- استراتژی جستجو در پایگاه داده ای در مطالعه سلامت روان در همه‌گیری کووید-۱۹؛ مروری نظام مند بر ارزیابی و راهبردهای

جستجوهای اولیه	استراتژی جستجو	مقابله
جستجوهای اولیه	استراتژی جستجو	مقابله
۶	((COVID-19 (All Fields) AND mental health(All Fields) OR (mental health OR depression OR anxiety OR phobia OR mental disorder) AND healthcare measure (All Fields))) (Asia(All Fields) OR Europe(All Fields) OR Canada(All Fields) OR Australia (All Fields) OR Africa(All Fields) OR USA(All Fields))	پایگاه های داده / موتورهای جستجو
۱۰۲	ALL (COVID19) AND ALL (mental health) OR (mental health OR depression OR anxiety OR phobia OR mental disorder)AND ALL (healthcare measure) AND ((LIMIT-TO (LANGUAGE, "English")) AND (Asia OR Europe OR Canada OR Australia OR AfricaOR USA).	پایگاه های داده / موتورهای جستجو
۸۵	TS= (COVID19 AND mental health OR (mental health OR depression OR anxiety OR phobia OR mental disorder) AND healthcare measure) AND TS= (Asia OR Europe OR Canada OR Australia OR AfricaOR USA).	پایگاه های داده / موتورهای جستجو
۲۰۱	COVID19 AND mental health OR (mental health OR depression OR anxiety OR phobia OR mental disorder) AND healthcare measure AND (Asia OR Europe OR Canada OR Australia OR AfricaOR USA).	پایگاه های داده / موتورهای جستجو

جدول ۲- مشخصات مقاله‌های مورد بررسی در مطالعه سلامت روان در همه‌گیری کووید-۱۹؛ مروری نظام مند بر ارزیابی و راهبردهای مقابله

ردیف	نویسنده اول	سال انجام	مکان انجام مطالعه	حجم نمونه	جامعه هدف	متغیر وابسته	ابزار سنجش سلامت روان	تاثیر کووید-۱۹ بر سلامت روان	امتیاز کیفیت مقاله	منبع
۱	Guo J	فوریه ۲۰۲۰	چین	۲۹۹۳	افراد بالای ۱۸ سال	افسردگی	چک لیست اختلالات استرس پس از سانحه (PTSD). نسخه پنجم-DSM-5). فهرست افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک، شاخص کیفیت خواب Pittsburgh	قرار گرفتن مستقیم در معرض کووید-۱۹ و تاثیر بر معیشت از عوامل اثرگذار بر سلامت روان بودند	۱۰	۲۵
۲	Zhang Y	ژانویه و فوریه ۲۰۲۰	چین	۲۶۳	افراد بالای ۱۸ سال	بی خوابی	مقیاس تأثیر رویداد (IES)	تاثیر کووید-۱۹ بر سلامت روان در استان Liaoning به دلیل حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بیشتر از سایر استانها بود	۱۲	۲۶
۳	Lee Y	۲۹ ژانویه تا فبریه ۲۰۲۰	چین	۳۰۶۴	میانسالان	علائم پس از سانحه	ابزار ۲۲ گزینه ای (IES-R). پرسشنامه سلامت ۹ سوالی (PHQ)	افرادی که استفاده طولانی مدت (بیشتر از ۳ ساعت) از رسانه های اجتماعی داشتند پریشانی روانی و احساسی بیشتری داشتند	۱۳	۲۷
۴	Zhu J	فوریه ۲۰۲۰	چین	۹۹۲	همه گروههای سنی	استرس	مقیاس خودارزیابی اضطراب Zung	همه گیری کووید-۱۹ تاثیر روی اضطراب و افسردگی داشت	۱۱	۲۸
۵	Sandesh R	می ۲۰۲۰	پاکستان	۱۱۲	کارکنان نظام سلامت	افسردگی	مقیاس اضطراب استرس افسردگی -DASS-21	کووید-۱۹ بر استرس، اضطراب و افسردگی تاثیر داشت	۱۲	۲۹
۶	Tanoue Y	تابستان ۲۰۲۰	ژاپن	۱۶۴۰ ۲	افراد بالای ۱۵ سال	اضطراب	اپلیکیشن LINE	کووید-۱۹ بر استرس تاثیر داشت	۱۳	۳۰
۷	Devkota HR	از می تا ژوئن ۲۰۲۰	نپال	۶۴۵	افراد بالای ۱۸ سال		مقیاس اضطراب استرس افسردگی -DASS-21	کووید-۱۹ بر استرس، اضطراب و افسردگی تاثیر داشت	۱۱	۳۱
۸	Khanal P	۲۶ آپریل تا ۱۲ می	نپال	۴۷۵	کارکنان نظام سلامت	اضطراب	مقیاس اضطراب افسردگی HADS:0-21 شاخص شدت بی خوابی ISI:0-28	اضطراب، افسردگی و بی خوابی به عنوان اثرات منفی کووید-۱۹ بر شرکت کنندگان گزارش شده است	۱۳	۳۲
۹	Essadek A	از مارچ تا می ۲۰۲۰	فرانسه	۸۰۰۴	دانش آموزان	افسردگی	PHQ-9 ≥ 10 GAD-7 ≥ 7 IES-R ≥ 26	این بیماری همه گیر منجر به علائم افسردگی، اضطراب بیشتری نسبت به قبل از همه گیری شد	۱۳	۳۳

۳۴	۱۱	کووید-۱۹ بر اضطراب، افسردگی و بی‌خوابی تاثیر داشت	PHQ-9 GAD-7 ISI	استرس	جراحان جوان	۱۰۰۱	فرانسه	بین آپریل تا می ۲۰۲۰	Vallée M	۱۰
۳۵	۱۳	پیشانی روانی به عنوان مشکل سلامت روان به دلیل کووید-۱۹ گزارش شد	PHQ-9	پیشانی روانی	خانوارها	۱۷۴۵ ۲	انگلستان	آپریل ۲۰۲۰	Pierce M	۱۱
۳۶	۱۲	افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی در شرکت کنندگان گزارش شد	WHO-QOL BREF psychological domain, WHO-5, PHQ-9, GAD-7, PSS-10, ISI	اضطراب	عموم مردم	۱۰۰۶	انگلستان	آپریل ۲۰۲۰	Pieh C	۱۲
۳۷	۱۱	افزایش افکار خودکشی و علائم اضطراب	نظرسنجی.	افسردگی	بزرگسالان	۳۰۷۷	انگلستان	آپریل ۲۰۲۰	O'Connor RC	۱۳
۳۸	۱۴	تاثیر کووید-۱۹ بر سلامت روانی کارکنان خط مقدم نظام سلامت بیشتر بود	Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Braehler 16 measures depressive symptoms General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	استرس	کارکنان نظام سلامت	۲۷۷۳	انگلستان	۲۲ آپریل تا ۱۰ می ۲۰۲۰	Gilleen J	۱۴
۳۹	۱۲	تاثیر کووید-۱۹ پیشانی روانی، اضطراب و افسردگی گزارش شد	PHQ-2, GAD-2 DT EQ-5D-3L	اضطراب	افراد بالای ۱۸ سال	۱۵۷۰ ۴	آلمان	بین مارچ تا می ۲۰۲۰	Bäuerle A	۱۵
۴۰	۱۳	میزان استرس بالاتری در دانشجویان دختر گزارش شد	پرسشنامه آنلاین	افسردگی	دانشجویان	۱۹۴۳	آلمان	مارچ ۲۰۲۰	Schlichtiger J	۱۶
۴۱	۱۱	افسردگی و اضطراب از تاثیرات منفی کووید-۱۹ بودند	نظر سنجی کنترل شده	بی‌خوابی	ساکنان کانادایی بالای ۱۸ سال	۱۸۰۳	کانادا	بین مارچ تا می ۲۰۲۰	Dozois DJA	۱۷
۴۲	۱۲	کووید-۱۹ تاثیر منفی بیشتری بر وضعیت سلامت زنان، جوانان بین ۲۵ تا ۳۴ سال، افراد دارای مدرک لیسانس، زوج‌های دارای فرزندان وابسته در خانه و استرالیایی‌هایی که در استرالیا به دنیا آمده‌اند، داشت.	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)	اضطراب	بزرگسالان	۵۱۵۸	استرالیا	آپریل ۲۰۲۰	Rossell S	۱۸

۴۳	۱۴	افسردگی، اضطراب و استرس عمده ترین مشکلات سلامت روان بود، به ویژه در شرکت کنندگانی که از قبل مشکلات سلامت روانی داشتند. رفتارهای احتیاطی مانند شستن دست‌ها و استفاده از ضدعفونی کننده‌های دست، سطح استرس و اضطراب را افزایش می‌دهد.	پرسشنامه آنلاین	افسردگی	بزرگسالان	۵۰۷۰	استرالیا	۲۷ مارچ تا ۷ آپریل ۲۰۲۰	Newby JM	۱۹
۴۴	۱۲	پیشانی روانی به عنوان تأثیر منفی عمده کووید-۱۹ گزارش شد	Kessler Psychological Distress Scale (K10) Scale (FCV-۱۹- Fear of 19S) Brief Resilient Coping Scale (BRCS)	پیشانی	جمعیت عمومی	۵۸۷	استرالیا	ژوئن ۲۰۲۰	Rahman MA	۲۰
۴۵	۱۳	اختلالات خواب، پیشانی روانی و اضطراب در اثر همه گیری کووید-۱۹ ایجاد می‌شود.	نظرسنجی خود گزارشی		نوجوانان ۱۲- ۱۸ سال	۷۶۰	استرالیا	ژوئن ۲۰۲۰	Li S	۲۱
۴۶	14	اختلال استرس، افسردگی و اضطراب در شرکت کنندگان گزارش شد	atient Health Questionnaire (PHQ-9; range 0–27) Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-7; range 0–21) Impact of Event Scale–Revised (IES-R; range 0–88) ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC10, range 0–40) Professional Fulfilment Index (PFI; burnout range 0–40)	افسردگی	کارکنان نظام سلامت	۷۳	استرالیا	آپریل تا می ۲۰۲۰	Dobson H	۲۲
۴۷	۱۲	پیشانی روانی متوسط تا شدید، علائم افسردگی و اضطراب، و سطوح استرس عمده ترین مشکل سلامت روان مرتبط با همه گیری کووید-۱۹ بودند.	نظرسنجی آنلاین	اضطراب	جمعیت عمومی	۱۱۰۵	مکزیک	۳۰ مارچ تا ۵ آپریل	Cortés-Álvarez NY	۲۳
۴۸	۱۲	استرس در شرکت کنندگان گزارش شد	نظرسنجی آنلاین	بی‌خوابی	بزرگسالان بالای ۱۸ سال	۱۰۱۵	امریکا	آپریل ۲۰۲۰	Park CL	۲۴
۴۹	۱۴	اضطراب، بی‌خوابی و زوال عقل به عنوان مشکلات عمده سلامت روان مرتبط با همه گیری گزارش شده است.	TriNetX platform	پیشانی	جمعیت عمومی	۶۲۳۵ ۴	امریکا	ژوئن ۲۰۲۰	Taquet M	۲۵

References

1. Oshiro LS, Schieble JH, Lennette EH. Electron microscopic studies of coronavirus. *J Gen Virol.* 1971; 12:161-8.
2. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID19 Pandemic, China. *Emerg Infect Dis.* 2020; 26(7):1616-1618.
3. CDC SARS Response Timeline. 2018.
4. LeDuc JW, Barry MA. SARS, the First Pandemic of the 21st Century1. *Emerg Infect Dis.* 2004; 10:26.
5. Xiang Y-T, Yu X, Sartorius N, Ungvari GS, Chiu HF. Mental health in China: challenges and progress. *The Lancet.* 2012; 380:1715-6.
6. Zhang F, Zhao J, China is prepared to fight against Emerging Mental Health Disorders? *Int J Emerg Ment Health.* 2015; 17(3)628.
7. Depoux A, Martin S, Karafillakis E, Preet R, Wilder-Smith A, Larson H. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *J Travel Med.* 2020; 18(27)3.
8. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID19 pandemic. *QJM Int J Med (Internet).* 2020; 1-2.
9. Jaspal R, Assi M, Maatouk I. Potential impact of the COVID19 pandemic on mental health outcomes in societies with economic and political instability: case of Lebanon. *Ment Health Rev J. Emerald* 2020; 25:215-9.
10. Who_aims_report_lebanon, 2020.
11. Kanata T. Japanese mental health care in historical context: why did Japan become a country with so many psychiatric care beds? *Soc Work.* 2016; 52:471-89.
12. Targum SD, Kitanaka J. Overwork Suicide in Japan. *Innov Clin Neurosci.* 2012; 9:35-8.
13. Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007; 257:64-70.
14. Dying from lack of medicines. *Afr. Renew,* 2016.
15. Sankoh O, Sevalie S, Weston M. Mental health in Africa. *Lancet Glob Health.* 2018; 6:e954-5.
16. Berenzon S, Senties H, Medina-Mora E. Mental health services in Mexico. *Int Psychiatry.* 2009; 6:93-5.
17. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID19). *Cent. Dis. Control Prev,* 2020.
18. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID19 and lockdown on the mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res.* 2020; 293:113429.
19. Nguyen LH, Drew DA, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, Mehta RS, et al. medRxiv, 2020.
20. Pierce M, Hope H, Ford T, et al. Mental health before and during the COVID19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 883-92.
21. Serrano-Alarcón M, Kentikelenis A, Mckee M, Stuckler D. Impact of COVID19 lockdowns on mental health: evidence from a quasinalatural

- experiment in England and Scotland. *Health Econ.* 2022; 31: 284-96.
22. Mendez-Lopez A, Stuckler D, McKee M, Semenza JC, Lazarus JV. The mental health crisis during the COVID19 pandemic in older adults and the role of physical distancing interventions and social protection measures in 26 European countries. *SSM Popul Health.* 2022; 17: 101017.
 23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Med. Public Library of Science.* 2009; 6:1000097.
 24. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Wayne Perry B. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Q.* 2007; 85:729-68.
 25. Guo J, Feng XL, Wang XH, van IJzendoorn MH. Coping with COVID 19: Exposure to COVID 19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(11):3857.
 26. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID 19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17.
 27. Lee Y, Yang BX, Liu Q, Luo D, Kang L, Yang F, et al. Synergistic effect of social media use and psychological distress on depression in China during the COVID 19 epidemic. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020; 74:552-4.
 28. Zhu J, Su L, Zhou Y, Qiao J, Hu W. The effect of nationwide quarantine on anxiety levels during the COVID 19 outbreak in China. *Brain Behav.* 2021; 11(1):e01938
 29. Sandesh R, Shahid W, Dev K, Mandhan N, Shankar P, Shaikh A, et al. Impact of COVID 19 on the Mental Health of Healthcare Professionals in Pakistan. *Cureus.* 2020; 12(7): e8974
 30. Tanoue Y, Nomura S, Yoneoka D, Kawashima T, Eguchi A, Shi S, et al. Mental health of family, friends, and co-workers of COVID 19 patients in Japan. *Psychiatry Res. Elsevier BV.* 2020; 291:113067-113067.
 31. Devkota HR, Sijali TR, Bogati R, Ahmad M, Shakya KL, Adhikary P. The Impact of COVID 19 on Mental Health outcomes among hospital fever clinic attendants across Nepal: A community-based cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2021; 16(3): e0248684.
 32. Khanal P, Devkota N, Dahal M, Paudel K, Joshi D. Mental health impacts among health workers during COVID 19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. *Globalization and Health.* 2020; 16:89.
 33. Essadek A, Rabeyron T. Mental health of French students during the COVID 19 pandemic. *J Affect Disord.* 2020; 277:392-3.
 34. Vallée M, Kutchukian S, Pradère B, Verdier E, Durbant È, Ramlugun D, et al. Prospective and observational study of COVID 19's impact on mental health and training of young surgeons in France. *Br J Surg.* 2020; 107:e486-e488.

35. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID 19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*. Elsevier; 2020; 7:883-92.
36. Pieh C, Budimir S, Delgadillo J, Barkham M, Fontaine JRJ, Probst T. Mental health during COVID 19 lockdown in the United Kingdom. *Psychosom Med*. 2021; 83(4):328-337.
37. O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, McClelland H, Melson AJ, Niedzwiedz CL, et al. Mental health and well-being during the COVID 19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID 19 Mental Health & Wellbeing study. *Br J Psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2020;1-8.
38. Gilleen J, Santaolalla A, Valdearenas L, Salice C, Fusté M. The impact of the COVID 19 pandemic on the mental health and wellbeing of UK healthcare workers. *MedRxiv*. Cold Spring Harbor Laboratory Press; 2020; 10(23):20218396.
39. Bäuerle A, Steinbach J, Schweda A, Beckord J, Hetkamp M, Weismüller B, et al. Mental Health Burden of the COVID 19 Outbreak in Germany: Predictors of Mental Health Impairment. *J Prim Care Community Health*. 2020; 11:1-8.
40. Schlichtiger J, Brunner S, Steffen J, Huber BC. Mental health impairment triggered by the COVID 19 pandemic in a sample population of German students. *J Investig Med*. 2020; 68:1394-6.
41. Dozois DJA. Anxiety and depression in Canada during the COVID 19 pandemic: A national survey. *Can. Psychol*. 2021; 62(1):136-142.
42. Rossell S, Neill E, Phillipou A, Tan E, Toh WL, Rheenen TV, et al. An overview of current mental health in the general population of Australia during the COVID 19 pandemic: Results from the COLLATE project. *Psychiatry Research*. 2021; 296:113660.
43. Newby JM, O'Moore K, Tang S, Christensen H, Faasse K. Acute mental health responses during the COVID 19 pandemic in Australia. *PLoS ONE*. 2020; 15(7): e0236562
44. Rahman MA, Hoque N, Alif SM, Salehin M, Islam SMS, Banik B, et al. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID 19 pandemic in Australia. *Glob Health*. 2020; 16:95.
45. Li S, Beames J, Newby J, Maston K, Christensen H, Werner-Seidler A. The impact of COVID 19 on the lives and mental health of Australian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;28;1-13.
46. Dobson H, Malpas CB, Burrell AJ, Gurvich C, Chen L, Kulkarni J, et al. Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID 19 pandemic. *Australas Psychiatry*. 2021; 29(1): 26-30.
47. Cortés-Álvarez NY, Piñeiro-Lamas R, Vuelas-Olmos CR. Psychological Effects and Associated Factors of COVID 19 in a Mexican Sample. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020; 14(3):413-424.

48. Park CL, Russell BS, Fendrich M, Finkelstein-Fox L, Hutchison M, Becker J. Americans' COVID 19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *J Gen Intern Med.* 2020; 1-8.
49. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID 19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID 19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8.
50. Zhou J, Liu L, Xue P, Yang X, Tang X. Mental health response to the COVID 19 outbreak in China. *American Journal of Psychiatry.* 2020 Jul 1; 177(7):574-5.
51. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID 19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry.* 2020 Jun 1; 51:102092.
52. Chatterjee SS, Barikar C M, Mukherjee A. Impact of COVID 19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J Psychiatry.* 2020; 51:102071.
53. Dalal PK, Roy D, Choudhary P, Kar SK, Tripathi A. Emerging mental health issues during the COVID 19 pandemic: An Indian perspective. *Indian journal of psychiatry.* 2020 Sep 1;62(Suppl 3):S354-64.
54. Choudhari R. COVID 19 pandemic: Mental health challenges of internal migrant workers of India. *Asian journal of psychiatry.* 2020 Dec 1; 54:102254.
55. Hebbar PB, Sudha A, Dsouza V, Chilgod L, Amin A. Healthcare delivery in India amid the COVID 19 pandemic: Challenges and opportunities. *Indian journal of medical ethics.* 2020 May 5:1.
56. Khoury R, Karam G. Impact of COVID 19 on mental healthcare of older adults: insights from Lebanon (Middle East). *Int Psychogeriatr.* 2020;1-4.
57. Who_aims_report_lebanon, 2020.
58. Pakistan_who_aims_report, 2020.
59. Sandesh R, Shahid W, Dev K, Mandhan N, Shankar P, Shaikh A, et al. Impact of COVID 19 on the Mental Health of Healthcare Professionals in Pakistan. *Cureus.* 2020; 12(7): e8974
60. Mukhtar S. Mental Health and Psychosocial Aspects of Coronavirus Outbreak in Pakistan: Psychological Intervention for Public Mental Health Crisis. *Asian J Psychiatry.* 2020; 51:102069.
61. Suicide and mental health during the COVID 19 pandemic in Japan. *Ment Health Wkly Dig.* 2020;357-357.
62. Tanoue Y, Nomura S, Yoneoka D, Kawashima T, Eguchi A, Shi S, et al. Mental health of family, friends, and co-workers of COVID 19 patients in Japan. *Psychiatry Res. Elsevier BV.* 2020; 291:113067-113067.
63. Shuwiekh HAM, Kira IA, Sous MSF, Ashby JS, Alhuwailah A, Baali SBA, et al. The differential mental health impact of COVID 19 in Arab countries. *Curr Psychol N B Nj.* 2020; 1-15.
64. Nepal_who_aims_report, 2020.
65. Poudel K, Subedi P. Impact of COVID 19 pandemic on socioeconomic and mental health aspects in Nepal. *Int J Soc Psychiatry.* 2020; 66:748-55.

66. Impact of COVID 19 on mental health: Update from the United Kingdom. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62(3):365-372.
67. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395:912-20.
68. Bäuerle A. et. al. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID 19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*. 2020; 42(4):672-678.
69. Health AGD of Mental health. Aust. Gov. Dep. Health. Australian Government Department of Health, 2022.
70. Tan EJ, Meyer D, Neill E, Phillipou A, Toh WL, Van Rheenen TE, et al. Considerations for assessing the impact of the COVID 19 pandemic on mental health in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020; 54(11): 1067-1071.
71. Marconcin P, Werneck AO, Peralta M, Ihle A, Gouveia ÉR, Ferrari G, Sarmiento H, Marques A. The association between physical activity and mental health during the first year of the COVID 19 pandemic: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022 Feb 1; 22(1):209.
72. Marconcin P, Werneck AO, Peralta M, Ihle A, Gouveia ÉR, Ferrari G, Sarmiento H, Marques A. The association between physical activity and mental health during the first year of the COVID 19 pandemic: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022 Feb 1; 22(1):209.
73. Health care quality in Africa: Uganda, Nigeria, Tanzania, Zambia, Kenya, Zimbabwe and South Africa Aetna International. Available from: <https://www.aetnainternational.com/en/about-us/explore/living-abroad/culture-lifestyle/health-care-quality-in-africa.html>
74. Adepoju P. Africa turns to telemedicine to close mental health gap. *Lancet Digit Health*. 2020; 2:e571-2.
75. Reyes-Foster B, Duncan WL. Facing Mexico's Mental Health Fallout. *NACLA Rep Am*. 2020; 52:282-8.
76. NIMH » Mental Illness, 2020.
77. Simon NM, Saxe GN, Marmar CR. Mental Health Disorders Related to COVID 19 –Related Deaths. *JAMA*. 2020; 324:1493.
78. Panchal N, Kamal R, Muñana C. The Implications of COVID 19 for Mental Health and Substance Use. *KFF*, 2021.
79. Bhattacharjee B, Acharya T. The COVID 19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA – A Review with Some Coping Strategies. *Psychiatr Q*. 2020; 91:1135-45.
80. Edwards E, Janney CA, Mancuso A, Rollings H, VanDenToorn A, DeYoung M, et al. Preparing for the Behavioral Health Impact of COVID 19 in Michigan. *Curr Psychiatry Rep*. 2020; 22:88-88.
81. McRae L, O'Donnell S, Loukine L, Rancourt N, Pelletier C. Report summary - Mood and Anxiety Disorders in Canada, 2016. *Health Promot Chronic Dis Prev Can Res Policy Pract*. 2016; 36:314-5.

82. Norris L. COVID 19 and the “Echo Pandemic” of Suicide and Mental Illness. Medscape, 2020.
83. Scharf D, Oinonen K. Ontario’s response to COVID 19 shows that mental health providers must be integrated into provincial public health

insurance systems. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 2020; 1-4.

Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Assessment and Coping Strategies

Seyedeh Mahboobeh Hosseini Zare¹, Jafar Babapour², Maryam Zare³, Ahmad Siar Sadr⁴, Seyed Mahdi Mohsenzadeh⁵, Bijan Khorasani^{*6}

- 1- Ph.D. Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Clinical Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 3- Ph.D. Eagle Analytical Services, R&D department, Houston, TX, 77004, USA
- 4- Ph.D. Deputy of Research and Technology, Sharif University of Technology, Tehran, Iran
- 5- MSc. Deputy of Treatment and Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 6- Ph.D. Associate Professor, Department of Clinical Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: hosseinizare@yahoo.com

Received: Dec 5, 2024

Accepted: Mar 3, 2025

ABSTRACT

Background and Aim: The prevalence of COVID-19 and its impact on mental health posed a significant challenge for healthcare systems worldwide. Healthcare systems were required, in addition to their responsibilities such as rapid diagnosis, controlling and slowing the spread of the COVID-19 pandemic, to adopt strategies to mitigate the psychological effects of this disease in the society. The objective of this study was to examine and review mental health during the COVID-19 pandemic and strategies adopted to cope with it in various countries.

Materials and Methods: All published articles on the effect of the COVID-19 pandemic on mental health and coping strategies between February and October 2020 were reviewed in four databases and one search engine. A total of 394 articles that met inclusion and exclusion criteria were selected using a 15-point tool developed by Miton and colleagues. Ultimately 25 articles were selected and analyzed.

Results: The most prevalent mental health issues identified in the reviewed articles were depression, anxiety and stress. In addition, vulnerable and high-risk groups were recognized as being women, individuals with pre-existing health issues, youth aged 18 to 29 years, frontline healthcare workers and individuals without an income.

Conclusion: Despite various strategies chosen and adopted in different countries, the majority of people suffered from mental health challenges arising from COVID-19. During an outbreak collaboration between health system authorities and media in providing accurate and effective information, as well as offering preventive measures, can facilitate the prevention of mental health within a population. Therefore, it is essential for the health systems to pay attention to mental health infrastructure and design comprehensive strategies to address future crises.

Keywords: COVID-19, Health System, Mental Health, Systematic Review

Copyright © 2025 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.