Journal of Research in Psychological Health

June 2020, Volume 14, Issue 1

Children's level of anxiety in relation to their level of awareness and attitude towards corona virus based on the health belief model and the level of stress, anxiety and depression of mothers

Afagh Zolfaghari [1], Tahere Elahi [2*]

1. *BA of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran*
2. *(Corresponding Author): Associate professor of psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran. Email:telahi@znu.ac.ir*

Citation: Zolfaghari A, Elahi T. Children's level of anxiety in relation to their level of awareness and attitude towards corona virus based on the health belief model and the level of stress, anxiety and depression of mothers. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 14 (1), 40-55. [Persian].

Key words:
corona virus, Awareness, health belief model, anxiety, stress and depression

Highlights

- Information on the Covid virus 19 should be provided based on the age and cognitive development of the children.
- mothers' anxiety, stress, and depression were significant predictors of children's level of anxiety during social distancing.

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between children's anxiety level with children's awareness of corona virus based on the health belief model and their mothers 'anxiety, stress and depression during social distancing. This correlational study was done on 260 students of preschool and elementary schools of educational areas (2, 4, 21), in Tehran in 2020, and their mothers that were selected as convenience sampling method. Then, mothers answered questionnaires of children's awareness and attitude to corona virus, and Spence children's Anxiety scale (SCAS) about their children and depression, anxiety and stress scales (DASS-42) about themselves. The results indicated significant relationship of children's anxiety with anxiety (r = 0.45), stress (r = 0.35) and depression (r = 0.44) of their mothers and level of their awareness of Corona (r = 0.19) and age (r = 0.14), and the relationship between outdoor subscale fear and fear of physical harm was positive and significant with children's awareness of corona virus (0.14 and 0.20). Also, the results of multiple regression analysis in step-by-step manner showed that anxiety, depression and stress of mothers and children's awareness of Corona virus were significant predictors of children's anxiety (altogether 34%). According to the results obtained from demographic information, the short time which parents spent at home, a relative being infected with the corona virus or dying from it, and the parents' employment as treatment staff were associated with children's anxiety. According to the results of this research, one of the necessary measures to protect and improve the mental health of children in critical conditions consequent Corona virus is parents 'training to regulate their negative emotions. It is also important to provide information about corona virus to children with considering their age and cognitive development.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]

[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

سطح اضطراب کودکان در ارتباط با میزان آگاهی و نگرش آنها از بیماری کرونا بر اساس مدل باور سلامتی و میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران

آفاق ذوالفقاری[۱]، طاهره الهی[۲*]

۱. کارشناسی روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

۲. (نویسندهٔ مسئول). گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

تاریخ دریافت
۱۳۹۹/۱/۱۴

تاریخ پذیرش
۱۳۹۹/۳/۲۵

واژگان کلیدی
ویروس کرونا، آگاهی از کرونا، الگوی باور سلامت،اضطراب، استرس و افسردگی

یافته‌های اصلی

- اطلاعات مربوط به ویروس کووید-۱۹، می بایست با توجه به سن و تحول شناختی کودکان ارائه شود .
- اضطراب، استرس و افسردگی مادران، پیش بین معناداری از اضطراب کودکان در مدت زمان فاصله اجتماعی بود.

چکیده

با توجه به تاثیرات مخرب شیوع بیماری‌های عفونی مانند کرونا و بحران اجتماعی ناشی از آن بر سلامت جسم و روان؛ پژوهش حاضر بر طبق الگوی باور سلامت و با هدف بررسی رابطه بین سطح اضطراب کودکان با میزان آگاهی و نگرش آنها از بیماری کرونا و میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران‌شان در دوران قرنطینه، انجام شد. پژوهش از نوع همبستگی بود و بر روی ۲۶۰ نفر از دانش‌آموزان پیش‌دبستانی و دبستانی مناطق ۲، ۴ و ۲۱ شهر تهران و مادران آنها در سال ۱۳۹۹انجام شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای ارزیابی متغیرهای پژوهش، از پرسشنامه میزان آگاهی و نگرش کودکان ازویروس کرونا، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- فرم والد و پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی داس-۴۲، استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده ازضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه معناداری بین سطح اضطراب کودکان با اضطراب(r=0/45)، استرس(r=0/35) وافسردگی (r=0/44) در مادران، میزان آگاهی کودکان از کرونا (r=0/19)و سن (r=-0/14) وجود دارد. رابطه خرده مقیاس های ترس از فضای باز و ترس از آسیب فیزیکی نیز با میزان آگاهی کودکان از ویروس کرونا مثبت و معنادار بود(۰/۲۰ و۰/۱۴). هم چنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام نشان داد که اضطراب، افسردگی و استرس مادران و میزان آگاهی کودکان از ویروس کرونا به ترتیب پیش‌بین‌های معنادار اضطراب کودکان نسبت به بحران ناشی از کرونا (در مجموع ۳۴٪) بودند. همچنین طبق نتایج به دست آمده از اطلاعات دموگرافیک، زمان کوتاه حضور والدین در خانه، ابتلا و یا فوت شخصی از خویشاوندان به ویروس کرونا و اشتغال والدین به عنوان کادر درمان با اضطراب کودکان رابطه داشت. طبق نتایج مطالعه حاضر از اقدامات ضروری برای حفظ وارتقاء سلامت روان کودکان در شرایط بحرانی، آموزش والدین در خصوص تنظیم هیجانهای منفی خودشان می‌باشد. همچنین لازم است اطلاعات مربوط به ویروس نوپدید و بیماری ناشی از آن با توجه تحول شناختی کودکان بر مبنای الگوی باورسلامت ومتناسب با سن‌شان به آنها ارائه شود.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]

[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

مقدمه

شیوع و ابتلا به انواع بیماری های عفونی در طول تاریخ، یکی از جدی‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت بشر بوده است؛ که جدیدترین آن ویروس نوظهور کووید۱۹می باشد. ۳۱ ماه دسامبر۲۰۱۹ میلادی، خوشه ای ازموارد عفونت شدید تنفسی در شهر ووهان کشور چین، گزارش شد که باعث نگرانی‌های زیادی شد (۱)؛ یک کروناویروس جدید که ۷۰ ٪ قرابت ژنتیکی با سارس دارد (۲) این بیماری یک بیماری قابل انتقال از حیوان به انسان محسوب می‌شود، که هنوز واکسن و درمان مناسب برای آن وجود ندارد. کرونا ویروس جدید ۲۰۱۹، در اغلب بیماران به شکل یک بیماری تنفسی بدون عارضه تظاهر می‌یابد(۳)، و در برخی بیماران می‌تواند به عوارض ریوی، شوک سپتیک و در موارد معدودی به فوت بیماران منجر شود(۴،۱). اولین کودک مبتلا شده به این بیماری، کودک یک سال و یک ماهه‌ای بدون سابقه تماس خانوادگی با بیماری در چین بود، لذا با توجه به گزارشات، اگرچه کودکان، اکثریت علائم بالینی خفیف و پیش‌آگهی خوبی دارند، نباید از احتمال ابتلای کودکان غافل شد، به ویژه افرادارای تظاهرات غیرعادی، بیماری‌های زمینه‌ای، استفاده طولانی‌مدت از سرکوب‌کننده‌های سیستم ایمنی و کودکان مبتلا به نقص ایمنی، توجه ویژه‌ای را می‌طلبند(۵).

به گزارش بنیاد سلامت روان،[1]پوشش‌های رسانه‌ای کووید ۱۹ را به عنوان یکی از تهدیدهای منحصر به فرد برجسته کرده است، و این امر به وحشت، استرس و پتانسیل ابتلا به هیستری افزوده است. این بیماری دارای همه‌گیری بالایی است و حاصل این همه گیری بزرگ، پرشدن تخت های بیمارستانی، خستگی مفرط تیم‌های درمانی و قرنطینه خانگی افراد بود که موجب بروز اثرات منفی روانشناختی در سطح جامعه شده است. ترس از بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی، بروز مشکلات شغلی و مالی و به تبع آن، بار روانی و فشار وارده بر خانواده‌ها و محدود شدن کودکان به بازی در خانه، دوری از فضای مدرسه و دوستان، از دست دادن تفریحات، استرس و ده‌ها پیامد دیگر این شرایط، سلامت روان کودکان و والدین آنها را تهدید می‌نماید(۶-۸). قرنطینه دارای تاثیرات جسمی و روانی بسیاری بر کودکان است؛ به علت فعالیت کمتر جسمی، گذراندن زمان بیشتر جلوی تلویزیون، الگوی خواب به هم‌ریخته و رژیم غذایی نامطلوب، کودکان مستعد افزایش وزن و کاهش سلامت قلبی-عروقی و تنفسی هستند. به علت دوره طولانی قرنطینه، ترس از ابتلا به عفونت کرونا، خستگی و ناامیدی، اطلاعات ناکافی در مورد این بیماری، فقدان ارتباط با همکلاسی‌ها، دوستان و معلم‌ها، نداشتن فضای شخصی در خانه و کاهش توان مالی خانواده، اثرات روانشناختی مثل اختلالات اضطرابی، افسردگی و حملات پانیک ایجاد می‌شوند(۹،۱۰). یکی از رایج ترین پیامد های روان شناختی، اوضاع پر استرس ناشی از کرونا و فقدان اطلاعات در خصوص مقابله مؤثر بار آن اضطراب است.

ترس از ناشناخته‌ها، ادراک ایمنی را در انسان کاهش می‌دهد و همواره برای بشر اضطراب‌زا بوده است. درباره ویروس کووید۱۹ نیز همچنان اطلاعات کم، این اضطراب را تشدید می‌کند(۱۱). این عوامل می‌توانند مجموعه‌ای از نشانه‌ها تا اختلالات بالینی جدی را به وجود آورند؛ افزایش احساس تنهایی، کاهش حمایت اجتماعی، کاهش امید به زندگی(۱۲)؛ احساس ترس و نگرانی تا استرس و اضطراب بالینی، وسواس فکری و عملی مرتبط با بیماری (۱۳)، و حتی نشانه‌هایی از استرس پس از سانحه در شرایط مشابه دیده شده است(۱۴). همچنین استرس و اضطراب می‌تواند سیستم ایمنی را تضعیف کرده و افراد را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر کند (۱۵).

اختلالات اضطرابی، یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان می‌باشند(۱۶،۱۷). این اختلالات با احساس ذهنی ترس و دلهره از یک پیشامد ناگوار، همراه با انواع علایم جسمی مختلف با میانجی‌گری سیستم عصبی خودکار، مشخص می‌شود(۱۸،۱۹). و غالبا کودکان و نوجوانان را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۲۰). به گونه‌ای که شیوع آن در ایران، در دانش آموزان مقطع ابتدایی ۱۴/۵ درصد گزارش شده است (۲۱)؛ بر اساس یک مطالعه طولی همه - گیرشناسی درمقیاس بزرگ، حدود ۱۰درصد کودکان و نوجوانان اختلالات اضطرابی را قبل از۱۶ سالگی تجربه می‌کنند(۲۲). همچنین اضطراب در سنین پایین باعث

[1]Mental Health Foundation

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

افسردگی و عدم دستیابی به سطوح تحصیلی بالاتر می‌شود(۲۳)؛ بنابراین دوره کودکی و نوجوانی، سنین پر خطر برای ابتلا به اختلالات اضطرابی هستند. علاوه بر این میزان بهبودی خود بخودی علائم اضطرابی کودکان و نوجوانان پایین بوده و در طول دوران رشد تداوم می‌یابد(۲۴).

بیشترین شیوع اختلالات اضطرابی مربوط به اضطراب اجتماعی(۶۶ درصد)، می‌باشد و بعد از آن اختلال اضطراب فراگیر با ۳۸ درصد، شیوع بالاتری را دارد (۲۵). در نتیجه با در نظر گرفتن این طیف گسترده‌ی اختلالات اضطرابی و با توجه به این که اضطراب اساس اختلالات روانی بسیاری است (۲۶) و نظر به افزایش آن، با توجه به شرایط امروز جامعه، در این مطالعه بر آن شدیم تا سطح اضطراب را در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران مورد بررسی قرار دهیم.

عوامل متعدی بر سطح اضطراب نسبت به بیماری مانند کرونا، در کودکی تاثیرگذار است: مانند افزایش آگاهی. همچنین اضطراب و افسردگی با درک کودکان از تهدید بیماری رابطه معناداری دارد(۲۷). در این زمینه الگوی باور سلامتی که رابطه بین اعتقاد بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد(۲۸) و روی ادراکات شخصی در مورد بیماری و اعتقادات درباره پیشگیری از بیماری و تاثیر این عوامل بر عملکرد بهداشتی تمرکز دارد(۲۹) براین قاعده استوار است که افراد زمانی نسبت به پیام های بهداشتی و پیشگیری ازبیماری ها، واکنش خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (حساسیت درک‌شده)، خطرتهدیدکننده آنها بسیارجدی است (شدت درک شده)، تغییر رفتار برای آنها منافع زیادی دارد(منافع درک شده) و موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی را می توانند مرتفع سازند (موانع درک‌شده)، در این شرایط است که مداخلات و برنامه‌های آموزشی احتمالاً مؤثر واقع خواهندشد(۳۰). لذا کودکان برای شناخت و پیروی از شیوه‌های درست زندگی، حفظ سلامت وپیشگیری از بیماری کرونا، نیازمند آموزش صحیح رفتارهای بهداشتی هستند. درنتیجه پیش شرط لازم برای برنامه‌ریزی در جهت مرتفع نمودن نیازهای آموزشی و اصلاح باورهای نادرست و ارتقای باور سلامت در کودکان،کسب اطلاعات دقیق نسبت به مسائل مرتبط با بیماری می‌باشد. به این ترتیب می‌توان بر پایه شناخت صحیح از بیماری و راه های پیشگیری از آن، سلامت کودکان را ارتقاء بخشید. نظر به ضرورت رعایت اصول بهداشتی پیشگیرانه ممکن است با ارائه اطلاعات بیش از حد و افزایش حساسیت نسبت به خطر و شدت درک شده آن، به دنبال تغییر رفتار کودکان باشیم. علیرغم لزوم ارائه اطلاعات؛ با توجه به ناشناخته های بسیار درباره بیماری ناشی از ویروس کرونا، اگر در این کار افراط شود و سطح تحول شناختی کودکان در نظر گرفته نشود می تواند به استرس و اضطراب بالا در کودکان منجر شده و سلامت روان آنها را تحت تاثیر قرار دهد.

براساس پژوهش‌هایی که درحوزه مراحل رشد و تحول کودکان صورت گرفته است، می‌توان گفت اضطراب واکنشی طبیعی در مقابل خطر است و درسیرتحول کودکان و گذر آنها از وابستگی به استقلال، بخشی از تحول بهنجار به شمار می‌آید. اضطراب زمانی نابهنجار تلقی می‌شود که سطح آشفتگی برانگیخته شده در مقابل محرک ها، نسبت به همسالان کودک بیشتر بوده و سبب پریشانی غیر قابل مهار گردد. بنابراین برای تشخیص اختلال اضطراب، باید بر تناسب شدت اضطراب با سن کودک و تخریب قابل توجه عملکرد تأکیدشود(۳۱). با توجه به اینکه ظرفیت شناختی کودکان در کودکی محدود است، کودکان بیشتر آگاهی‌های خود از جهان پیرامون را به کمک والدین به دست می‌آورند و با افزایش سن، توانش‌های فکری آنها تکامل یافته و به مرور استقلال می‌یابد(۳۲). دراین بین خانواده منبع مهمی از لحاظ حمایت و آموزش است (۳۳)، چراکه خانواده اولین محیطی است که فرد در آن نحوه واکنش به موقعیت‌ها را تجربه می‌کند، از طرف دیگر بسیاری از ناراحتی‌های روانی افراد در اثر رفتارها و برخوردهای نامناسب والدین به وجود می‌آید(۳۴). ارتباط والد-فرزند یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر مشکلات روانی و رفتاری کودکان است(۳۵) و بهزیستی روانشناختی والدین یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر فرایند رشد روانشناختی و اجتماعی فرزندان می‌باشد(۳۶). درنتیجه میزان اضطراب، استرس و افسردگی والدین و رفتار آنها نیز بر سطح اضطراب کودکان تاثیرگذار خواهد بود. اضطراب در

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

بزرگسالان نیز شایع است، به گونه‌ای که مطالعات نشان داده‌اند که از هر ۴ نفر، یک نفر دارای ملاک‌های تشخیصی حداقل یکی از اختلالات اضطرابی است، و زنان بیشتر از مردان به این اختلالات مبتلا می‌شوند(۳۷). از نظر تاریخی، رابطه بین اضطراب و افسردگی توجه نظری و بالینی قابل توجهی را به خود جلب کرده است (۴۰-۳۸)، افسردگی اختلالی است که سبب از دست دادن علاقه به زندگی می‌شود؛ غم واندوه،کاهش انرژی از علائم افسردگی هستند وعملکرد فرد افسرده درمجموع از نظر فردی و اجتماعی دچار اختلال می‌شود(۴۱). علاوه بر اضطراب و افسردگی، استرس در زندگی امروز بیش از هر زمان دیگری وجود دارد(۴۲). استرس مداوم برای سلامت جسم و روان مضر بوده و باعث ایجاد عوارضی چون بی تفاوتی، خواب منقطع و احساس بی‌کفایتی می‌شود(۴۳). پژوهش‌های انجام شده در زمینه نقش اضطراب والدین، بیانگر احتمال روبه افزایش تشخیص اختلال‌های مربوط به اضطراب در کودکان دارای والدین مضطرب می‌باشد(۴۷-۴۴). مطالعات نشان داده‌اند که والدینی که از اختلال های اضطرابی رنج می‌برند، کودکانشان ریسک بیشتری برای مبتلا شدن به این اختلالات دارند(۴۸). دیگر مطالعات نیز نشان دادند رابطه معنی‌داری بین اضطراب مادر و فرزندان وجود دارد(۴۹). و اضطراب مادر عامل خطر برای ابتلای کودک به اضطراب می‌باشد، در حالی که بین اضطراب پدر و فرزندان، رابطه معناداری مشاهده نشده است(۴۷).

این مطالعات نشان‌دهنده اهمیت امر آموزش های بیشتر به والدین به خصوص مادران در این زمینه است. لذا در راستای برنامه‌های پیشگیری‌کننده، برنامه‌هایی نظیر مدیریت هیجان و رفتار در جهت آموزش و پرورش کودکان و والدین آنها در مدت زمان قرنطینه تا زمان ریشه‌کن شدن این بیماری، لازم است عوامل موثر بر اضطراب کودکان نسبت به این بیماری و در شرایط قرنطینه بررسی و شناسایی شوند. در این راستا بر طبق الگوی باور سلامت، تأثیر آگاهی و اطلاعات نسبت به این بیماری نقش حیاتی در پیشگیری از بیماری دارد اما با توجه به سن پایین کودکان آگاهی از بیماری و پیامدهای آن می تواند برای آنها اضطراب آور نیز باشد. همچنین عوامل خانوادگی و مولفه های دیگری مانند نگرش نسبت به این بیماری و وضعیت روان‌شناختی والدین نیز بر تجربه اضطراب کودکان و یا پیشگیری از آن موثر خواهد بود. از این رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که کدام یک از متغیرهای سطح آگاهی کودکان از بیماری کرونا و نگرش نسبت به آن، اضطراب، استرس و افسردگی مادران) و به چه میزان، در پیش‌بینی سطح اضطراب کودکان نقش دارند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:

این مطالعه از گروه مطالعات کاربردی از نوع همبستگی، با هدف بررسی سطح اضطراب کودکان در ارتباط با میزان آگاهی و نگرش آنها از بیماری کرونا بر مبنای الگوی باور سلامت، و میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران آنها بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر و پسر مدارس دولتی، در مقطع پیش دبستان و دبستان شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸بود. از جامعه آماری پیش گفته، با توجه به اینکه دانش آموزان در قرنطینه خانگی به سر می بردند وامکان جمع آوری اطلاعات به صورت حضوری نبود، پرسشنامه ها در گروه های مجازی و به صورت آنلاین جمع آوری شدند. حجم نمونه بر اساس آنکه کدام مدارس مایل به همکاری به صورت مجازی بودند، ۳۰۰ دانش آموز ۱۲-۵ ساله به صورت در دسترس انتخاب شدند. از بین مناطق ۲۲ گانه آموزش و پرورش، ۵ مدرسه (۳مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) از مناطق (۲،۴،۲۱) استان تهران داوطلب شدند. برای غربال کردن کودکانی که زمینه اختلالات اضطرابی در گذشته داشتند، در پایان مقیاس اضطراب کودکان اسپنس، ۶ گویه جهت بررسی مشکلات بالینی زمینه ای اضطراب در کودکان قرارداده شده بود، که بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۴ نفر از افراد نمونه که به گویه‌های ذکر شده جواب مثبت داده بودند، حذف گردیدند. همچنین به این دلیل که

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

تعدادی از پرسشنامه‌ها ناقص بود و یا مادران مایل به همکاری نبودند. نمونه پژوهش در نهایت به ۲۶۰ نفر(۶۰/۴٪ دختر) کاهش یافت.

ب) ابزار و مواد

جمع آوری داده ها از طریق ۳ پرسشنامه محقق ساخته سنجش سطح آگاهی و نگرش کودکان از بیماری کرونا بر مبنای الگوی باور سلامتی، مقیاس سطح اضطراب کودکان اسپنس (SCAS)[1] و پرسشنامه سنجش اضطراب، استرس و افسردگی بزرگسالان داس (DASS-42)[2] انجام شد. نظر به تعطیلی مدارس، لینک پرسشنامه ها با همکاری معلمان در گروه های مجازی که برای تدریس و هدایت دانش آموزان خود تشکیل داده بودند قرار داده شد و از مادران دانش آموزان خواسته شد که به آنها پاسخ دهند.

پس از اعلام همکاری مدارس ابتدا موضوع و اهمیت پژوهش به معلمان و مادران توضیح داده شد؛ جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه ها بدون نام بودند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات اخذ شده به صورت کاملا محرمانه نزد محققین حفظ خواهد شد. و از مادران درخواست شد که پرسشنامه مقیاس اضطراب،استرس و افسردگی بزرگسالان را بر مبنای ارزیابی وضعیت روان-شناختی خودشان و دو پرسشنامه دیگر را در مورد فرزندشان پاسخ دهند.

پرسشنامه آگاهی و نگرش از بیماری کرونا

پرسشنامه سنجش سطح آگاهی و نگرش کودکان از کرونا بر مبنای الگوی باور سلامت، پرسشنامه‌ای است سه قسمتی مشتمل بر۲۵سوال مشخصات دموگرافیک،۲۳سوال سنجش آگاهی با پاسخ های بلی،خیر و نمیدانم، و۹سوال سنجش نگرش، در سه طیف پاسخ موافقم، نظری ندارم ومخالفم، که به شیوه خودگزارش‌دهی انجام می‌شود. درگویه‌های مثبت نگرش-سنجی، نمرات از ۴برای پاسخ موافقم، تا ۱برای گویه ی مخالفم، لحاظ گردید؛ ودرگویه‌های نگرشی منفی، روند نمره‌دهی معکوس بود. لازم به ذکراست که این ابزار براساس مطالعه متون مرتبط با این بیماری و براساس درک کودکان از بیماری کرونا برطبق مدل باور بهداشتی (۲۷،۵۰) تهیه شد. برای ساخت این مقیاس از پرسشنامه-های آگاهی و نگرش از بیماری های ایدز ، هپاتیت و دیابت که در سایر پژوهش ها اجرا شده بودند،به عنوان الگوی راهنما استفاده شد (۵۳-۵۱)؛ جهت بررسی روایی ابزار از ۵ نفر از اساتید روانشناسی نظرخواهی شد و پس از رفع برخی پیشنهادات اصلاحی، روایی محتوایی تایید شد؛ وجهت محاسبه پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید، که در این پژوهش با حجم نمونه ۲۶۰دانش‌آموز برای بخش عبارات آگاهی و نگرش، به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۳ و برای کل ابزار ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس

جهت سنجش سطح اضطراب کودکان،از پرسش‌نامه مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) استفاده شد؛ این پرسشنامه توسط اسپنس در سال ۱۹۹۹برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب درکودکان در جمعیت عمومی ساخته شد. پرسشنامه اسپنس دارای دو نسخه کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است که در این پژوهش از نسخه والد آن استفاده شد (۵۴)، در انتهای پرسشنامه ۳۸ سوالی، پرسشی باز پاسخ در مورد تجربه کودک از حوادث آسیب‌زا با این محتوا «آیا کودک شما تجربه بد و یا تروماتیکی مثل تصادف رانندگی، خشونت، مرگ یکی از اطرافیان و... داشته است» و «آیا فرزند شما سابقه مشکلات اضطرابی حاد داشته است؟» قرارداده شد. اگر پاسخ مثبت بود، با ۵ ماده دیگر که نشانه‌های اختلال پس از ضربه و نوع مشکلات اضطرابی پیشین را هدف قرار داده‌اند، دنبال

[1] Spence Children Anxiety Scale (SCAS)
[2] Depression Anxiety Stress Scales(DASS)

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

می‌شود. لازم به ذکر است که امتیاز این ۵ ماده در نمره کلی محاسبه نشد و جهت بررسی مشکلات زمینه‌ای اضطرابی کودک قرار داده شده بود و از طریق آنها کودکان دارای سابقه مشکلات اضطرابی قبل از همه‌گیری بیماری کرونا شناسایی و از نمونه پژوهش حذف شدند.

این مقیاس شامل ۳۸ گویه می‌باشد که سوالات در یک مقیاس لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، همیشه) پاسخ داده می‌شوند، و پاسخها به ترتیب از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند، به طوریکه حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۱۴ می باشد(۵۵). این پرسشنامه دارای شش زیر مقیاس است شامل:۱ -هراس و ترس ازفضای باز ۲- اضطراب جدایی، ۳ -ترس از آسیب فیزیکی، ۴ - اضطراب اجتماعی، ۵ -وسواس فکری-عملی، ۶- اضطراب عمومی؛که برای دامنه سنی ۳تا۱۷سال به کارگرفته شده است(۵۵). دراین پژوهش از نمره ی کلی مقیاس به عنوان شاخصی برای سنجش اضطراب کودک استفاده شد. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲، و برای خرده مقیاس‌ها، ۰/۶۰ تا ۰/۸۲، گزارش شده است(۵۶). درپژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۷)، پایایی این پرسشنامه درجمعیت ایرانی به روش آلفای کرونباخ، بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹گزارش شده و شش عامل این پرسشنامه با تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرارگرفته است(۵۷).

پرسشنامه اضطراب، استرس و افسردگی (DASS)

پرسشنامه روانسنجی داس (DASS-42) درسال1995 میلادی توسط لاویبوند و لاویبوند تهیه و معرفی شده است(۵۸). فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۴۲ سوال است که هر یک از سازه‌های روانی استرس، اضطراب و افسردگی را توسط ۱۴ سوال متفاوت، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سه عامل اضطراب،افسردگی واسترس توسط این پرسشنامه اندازه‌گیری می‌شود؛ منظوراز استرس دراین مقیاس شامل استرس فیزیکی وروانی است، وجنبه تشخیصی وغربالگری نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی را درطی یک هفته گذشته دارد. کاربرد این مقیاس برای افراد بزرگسال است و بهتر است برای افراد بزرگتر از۱۵ سال مورد استفاده قرارگیرد. نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها به صورت 4 گزینه‌ای می‌باشدکه به صورت خود سنجی تکمیل می‌گردد. دامنه پاسخها از "اصلا"تا"خیلی زیاد"متغیراست. روش نمره دهی به صورت لیکرتی و از صفر تا۳ می‌باشد. نمره صفر برای گزینه"اصلا"، نمره یک برای گزینه"گاهی"، نمره دو برای گزینه"معمولاً "ونمره سه، برای گزینه "غالب اوقات " درنظرگرفته شده است.پایایی این پرسشنامه برای زیر مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب، ۰/۷۱ برای افسردگی و برای روایی مقیاس نیز ضرایب همبستگی با پرسشنامه‌های اضطراب[1]و افسردگی[2]بک به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ گزارش شده است.در پژوهشی توسط افضلی و همکاران(۱۳۸۶)، پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی ۰/۹۴،مقیاس اضطراب ۰/۸۵ و مقیاس استرس ۰/۸۷ گزارش شد(۵۹،۶۰).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی(ضریب آلفای کرونباخ، اطلاعات توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام) در سطح معناداری ۰/۰۵، استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱، اطلاعات توصیفی شامل کمترین و بیشترین مقدار، میانگین و انحراف معیارمولفه‌های آگاهی و نگرش کودکان از بیماری کرونا بر مبنای الگوی باور سلامت و سطح اضطراب آنها و سطح اضطراب، استرس و افسردگی مادران آنها ارائه شده است.

[1] Beck Anxiety Inventory
[2] Beck Depression Inventory

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

جدول۱.مشخصه های آماری آگاهی، نگرش و اضطراب کودکان و اضطراب، استرس و افسردگی مادران آنها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اضطراب کودکان	۷۰/۷۲	۵/۸۱	۴۹	۸۳
اضطراب مادران	۲۶/۸۵	۳/۹۷	۱۵	۳۶
استرس مادران	۲۶/۰۳	۳/۶۸	۱۶	۳۳
افسردگی مادران	۲۹/۹۸	۳/۳۷	۲۱	۳۸
آگاهی از ویروس کرونا	۲۹/۸۶	۴/۳۹	۲۳	۴۶
نگرش نسبت به ویروس کرونا	۱۴/۵۳	۱/۹۳	۹	۱۸

طبق جدول شماره۲، ۶۲/۵٪ کودکانی که پدران آنها جزء کادر درمان بودند، اضطراب بالای متوسط داشتند، درحالی که این میزان در کودکانی که مادران آنها جزء کادر درمان بودند کمتر بود؛ همچنین ۵۷/۱٪ کودکانی که مدت زمان ارتباط آنها با خانواده‌شان در روز کمتر از ۲ ساعت بود، اضطراب بالای متوسط داشتند. علاوه بر این ۶۶/۷٪ کودکانی که در اطرافیان‌شان فرد مبتلا شده به بیماری کرونا را داشتند، میزان اضطراب بیشتری را نسبت به سایر کودکان تجربه می‌کردند و ۱۰۰٪ کودکانی که از اطرافیان‌شان، فردی به علت این بیماری فوت شده بود، اضطراب بالای متوسط داشتند.

طبق اطلاعات جدول شماره۳، از میان کودکان دارای آگاهی متوسط نسبت به ویروس کرونا، ۳۳٪ اضطراب بالای متوسط داشتند در حالی که سطح اضطراب در ۵۴٪ کودکان دارای آگاهی بالا نسبت به این ویروس، بالاتر از سطح متوسط بود.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

جدول۲. درصد فراوانی طبقات اضطراب کودکان به صورت چارکی بر اساس اطلاعات دموگرافیک در زمان قرنطینه

متغیر	طبقات	طبقات اضطراب کودکان			
		کمتراز۶۷	۶۸-۷۱	۷۲-۷۵	بالاتراز۷۶
محل حضور	خانه	۳۱/۱	۲۵/۰۰	۲۲/۰۰	۲۲/۰۰
والد	محل کار	۲۲/۹	۲۲/۹	۳۲/۳	۲۱/۹
شغل مادر	خانه دار	۲۹/۷	۲۴/۱	۲۳/۶	۲۲/۶
	کارمند	۲۰/۰۰	۲۴/۰۰	۳۰/۰۰	۲۶/۰۰
	کادردرمان	۳۳/۳	۲۶/۷	۴۰/۰۰	۰۰/۰۰
شغل پدر	آزاد	۳۱/۵	۲۳/۳	۱۹/۹	۲۵/۳
	کارمند	۲۵/۷	۲۲/۸	۳۲/۷	۱۸/۸
	کادردرمان	۱۲/۵	۲۵/۰۰	۵۰/۰۰	۱۲/۵
مدت زمان ارتباط کودک با خانواده در روز	کمتراز۲ساعت	۱۴/۳	۲۸/۶	۵۰/۰۰	۷/۱
	۲-۴ساعت	۲۸/۶	۲۲/۲	۲۷/۱	۲۲/۲
	بیشتراز۴ساعت	۳۰/۲	۳۲/۶	۱۱/۶	۲۵/۶
مدت زمان ارتباط کودک با دوستان در روز	کمتراز۲ساعت	۲۶/۹	۲۴/۹	۲۵/۴	۲۲/۸
	۲-۴ساعت	۲۷/۵	۲۷/۵	۲۱/۶	۲۳/۵
	بیشتراز۴ساعت	۴۳/۸	۶/۲	۲۸/۱	۲۴/۲
ابتلا به کرونا در اطرافیان	بله	۳۳/۳	۰۰/۰۰	۴۰/۰۰	۲۶/۷
	خیر	۲۷/۴	۲۷/۴	۲۳/۹	۲۱/۳
فوتی در اطرافیانبه علت کرونا	بله	۰۰/۰۰	۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰۰/۰۰
	خیر	۲۸/۳	۲۴/۴	۲۵/۲	۲۲/۱
منبع اطلاعاتی کودک درباره کرونا	تلویزیون	۳۰/۶	۲۳/۱	۲۰/۴	۲۵/۹
	والدین	۲۶/۳	۲۵/۰۰	۲۹/۶	۱۹/۱

جدول۳.درصد فراوانی طبقات اضطراب کودکان به صورت چارکی بر اساس سطوح آگاهی آنها از بیماری کرونا

سطوح آگاهی نسبت به کرونا	طبقات اضطراب کودکان			
	کمتراز۶۷	۶۸-۷۱	۷۲-۷۵	بالاتراز۷۶
آگاهی متوسط	۳۵/۴	۳۱/۷	۲۳/۲	۹/۸
آگاهی بالا	۲۴/۷	۲۰/۸	۲۷/۰۰	۲۷/۰۵

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

در جدول ۴، ضرایب همبستگی سن ،آگاهی از ویروس کرونا، نگرش نسبت به بیماری کرونا و زیر مقیاس‌های اضطراب کودکان و اضطراب، استرس و افسردگی مادران آنها نشان داده شده است، همانگونه که مشاهده می‌شود اضطراب، افسردگی و استرس مادران به ترتیب با مقدار ۰/۴۵، ۰/۴۴ و ۰/۳۵ قوی‌ترین همبستگی را با نمره کل اضطراب کودکان دارند. همچنین رابطه بین اضطراب، استرس و افسردگی مادران با زیرمقیاس‌های اضطراب فراگیر، ترس از فضای باز، اضطراب اجتماعی و اضطراب جدایی در کودکان مثبت و معنادار بود.

رابطه بین سن کودکان با نمره کل اضطراب و زیرمقیاس ترس از فضای باز، منفی و معنادار بود (به ترتیب ۰/۱۴- و ۰/۱۵-). آگاهی کودکان از ویروس کرونا نیز به ترتیب با مقدار ۰/۱۹، ۰/۲۰ و ۰/۱۴رابطه مثبت و معناداری با نمره کل اضطراب کودکان، و زیرمقیاس ترس از فضای باز و ترس از آسیب فیزیکی داشت. بین متغیر نگرش کودکان نسبت به بیماری کرونا با اضطراب آنها همبستگی معنی داری مشاهده نشد. هم چنین رابطه خرده مقیاس های ترس از فضای باز و ترس از آسیب فیزیکی نیز با میزان آگاهی کودکان از ویروس کرونا مثبت و معنادار بود(۰/۲۰ و۰/۱۴).

جدول۴. ضرایب همبستگی رابطه بین سن ،آگاهی، نگرش ، اضطراب، استرس و افسردگی مادران و زیر مقیاس های اضطراب کودکان

متغیر	اضطراب کودکان و سطوح آن						
	نمره کلی اضطراب	اضطراب فراگیر	ترس از فضای باز	اضطراب اجتماعی	اضطراب جدایی	ترس ازآسیب فیزیکی	وسواس فکری عملی
سن کودکان	۰/۱۴*-	۰/۰۴-	۰/۱۵*-	۰/۰۴-	۰/۰۱-	۰/۱۰-	۰/۰۸
آگاهی از ویروس کرونا	۰/۱۹**	۰/۰۷	۰/۲۰**	۰/۰۸	۰/۰۰۹	۰/۱۴*	۰/۰۱
نگرش نسبت به ویروس کرونا	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۳-	۰/۰۰۸-	۰/۰۰۶	۰/۰۵	۰/۰۶
اضطراب مادران	۰/۴۵**	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۲۲**	۰/۱۰	۰/۰۰۵
استرس	۰/۳۵**	۰/۱۷**	۰/۲۱**	۰/۱۴*	۰/۴۰**	۰/۰۵	۰/۰۶-
افسردگی	۰/۴۴**	۰/۲۱**	۰/۱۳*	۰/۲۲**	۰/۳۶**	۰/۱۳*	۰/۱۲

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

جدول۵.خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام اضطراب کودکان از طریق آگاهی کودکان از ویروس کرونا و اضطراب،استرس و افسردگی مادران آنها

گام	متغیر پیش‌بین	F	R	R^2	β	سطح معنی‌داری
۱	اضطراب مادران	۶۸/۰۲	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱
۲	اضطراب مادران	۵۴/۲۱	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱
	افسردگی مادران				۰/۳۱	۰/۰۰۰۱
۳	اضطراب مادران	۴۳/۳۰	۰/۵۸	۰/۳۳	۰/۳۲	۰/۰۰۰۱
	افسردگی مادران				۰/۲۶	۰/۰۰۰۱
	استرس مادران				۰/۲۱	۰/۰۰۰۱
۴	اضطراب مادران	۳۴/۱۴	۰/۵۹	۰/۳۴	۰/۳۰	۰/۰۰۱
	افسردگی مادران				۰/۲۷	۰/۰۰۰۱
	استرس مادران				۰/۱۹	۰/۰۰۰۱
	آگاهی کودکان از ویروس کرونا				۰/۱۱	۰/۰۳

جدول شماره ۵، خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام اضطراب کودکان از طریق آگاهی کودکان از بیماری کرونا و اضطراب، استرس و افسردگی مادران آنها را نشان می‌دهد. در این جدول، مقادیر F، R، R^2، برای معنی‌داری مدل‌های رگرسیونی، به همراه مقادیر β و سطح معناداری، برای هریک از متغیرهای حاضر ارائه شده است. طبق این جدول، مقدار F در هر چهار گام معنادار شده است و این چهار متغیر ۳۴٪ از واریانس اضطراب کودکان را تبیین نمودند. با توجه به ضرایب بتا مربوط به هر یک از این متغیرها مشخص می‌شود که اضطراب مادران با مقدار بتا ۰/۴۵، بیشتر از سایر مولفه‌ها در پیش‌بینی اضطراب کودکان نقش دارد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر، با هدف بررسی عوامل مرتبط با سطح اضطراب کودکان در مدت زمان قرنطینه خانگی به علت بیماری کرونا، از جمله آگاهی و نگرش آنها از مخاطرات بیماری کرونا بر مبنای الگوی باور سلامت، اصول بهداشتی پیشگیرانه از ابتلا، بینش آنها نسبت به بیماری کرونا و میزان اضطراب، استرس و افسردگی مادران آنها و دیگر متغیرهای میانجی مانند سن کودکان و حضور مادران در خانه یا در محل کار در مدت زمان قرنطینه خانگی، انجام شد.

بر اساس یافته‌ها، سطح آگاهی کودکان دارای رابطه معناداری با اضطراب آنها بود، به گونه‌ای که کودکانی که آگاهی بیشتری از این بیماری داشتند، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند (جدول شماره ۳)، این یافته با سایر مطالعات انجام شده در زمینه آگاهی از بیماری، همسو بود(۶۱،۲۷). اما با توجه به اصول مداخلات بحران، با در نظر گرفتن اصل قطع اپیدمی به وسیله افزایش میزان آگاهی در راستای ارتقای باور سلامتی، با استفاده از مداخلاتی چون فاصله‌گذاری اجتماعی در زمان همه‌گیری بیماری و رعایت اصول بهداشتی مانند شست و شوی مکرر

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

دستها با آب و صابون و...، نیاز به امر افزایش آگاهی به گونه صحیح وجود دارد(۱،۴). لذا توجه به این نکته که کودکان بیشتر اطلاعات خود را چگونه دریافت می‌کنند، شیوه‌های صحیح افزایش آگاهی در کودکان چگونه است، و چه عواملی همراه با میزان آگاهی بر اضطراب آنها تاثیرگذار است حائز اهمیت می‌باشد.

پژوهش حاضر نشانگر رابطه معنادار بین سن کودکان با میزان اضطراب آنها بود، به گونه‌ای که با افزایش سن، اضطراب کودکان کاهش می‌یابد. این نتیجه با پژوهش‌هایی که درحوزه مراحل رشد و تحول کودک در مقابل خطر انجام گرفته است نیز همسو می باشد(۳۱-۳۳)، اما این اضطراب با وجود آنکه، با توجه به شرایط جهان و همه‌گیری بیماری در بیشتر کودکان شایع می‌باشد و نابهنجار تلقی نمی‌شود، پیامدهای منفی بسیاری بر سلامت روان کودکان خواهد گذاشت که نمی‌توان از آنها چشم‌پوشی کرد.

مطالعات انجام شده در راستای تحول شناختی در کودکان، نشان داد که سن کودکان با سطح توانش فکری آنها رابطه دارد و کودکان در سنین پایین‌تر با توجه به شناخت ضعیف، بیشتر اطلاعات خود را از والدین به دست می‌آورند؛ لذا رابطه والد-فرزندی و بهزیستی روانشناختی والدین آنها تاثیر بسزایی بر سلامت روان کودکانشان دارد، لذا مطالعه حاضر با بررسی اضطراب مادران به این نتیجه رسید که رابطه معناداری بین اضطراب مادران با اضطراب کودکان وجود دارد، به گونه‌ای که میزان همبستگی اضطراب مادران با اضطراب کودکان آنها بیشتر از میزان آگاهی کودکان از بیماری کرونا بود. همچنین نتایج نشان داد کودکانی که ساعات بیشتری در کنار مادران خود وقت می‌گذرانند و در مدت زمان قرنطینه خانگی مادران آنها در خانه بودند، اضطراب بیشتری را نسبت به دیگر کودکان تجربه می کنند(جدول شماره۲). چراکه در طول روز کودکان، مشاهده‌گر غم، کاهش انرژی و بی‌تفاوتی و استرس‌های والدین ناشی از اضطراب احتمال ابتلا به کرونا، خستگی و بی‌حوصلگی از حضور مداوم در خانه و یا شنیدن خبرهای نگران‌کننده و اخبار غلط و شایعات از بیماری کرونا از سراسر جهان، ترس از مرگ، تداخل در فعالیتهای روزمره و دیگر پیامدهای منفی آن هستند(۶،۳۴)؛ این نتایج با یافته‌های دیگر پژوهش های انجام شده در زمینه ارتباط اضطراب کودکان با والدین به ویژه مادران آنها همسو بود(۴۹-۴۷).

هم چنین نتایج پژوهش نشان‌دهنده رابطه اضطراب، استرس و افسردگی در مادران، اضطراب اجتماعی، ترس از فضای باز، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر در کودکان بود.(جدول شماره ۴)، این نتایج بیانگر آن است که تداوم اضطراب، استرس و افسردگی در مادران و عدم بهزیستی روانی در آنها، باعث ایجاد پیامدهای منفی روانی بسیاری اعم از:نگرش منفی نسبت به رویدادهای پیرامون، کاهش عزت نفس، کاهش سازگاری اجتماعی سالم، افسردگی و افزایش نشانه-های مشکلات درونی‌سازی در کودکان خواهد شد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه است(۶۵-۶۲). هم چنین اطلاعات دموگرافیک نشان داد، زمان کوتاه حضور والدین در خانه، ابتلا و یا فوت شخصی از خویشاوندان به ویروس کرونا و اشتغال والدین به عنوان کادر درمان بر اضطراب کودکان تاثیر بسزایی داشت.

نتایج تحلیل رگرسیون نیز تایید کرد که به ترتیب، اضطراب، افسردگی و استرس مادران و آگاهی کودکان از بیماری کرونابر اساس مدل باور بهداشتی، در تبیین اضطراب کودکان نقش معناداری دارند،لذا آموزش مدیریت هیجانات در والدین و افزایش سازگاری هیجانی، رفتاری و اجتماعی آن ها در مواجهه با مخاطرات و بهبود رابطه والد-فرزندی، به ویژه در مادران بیش از افزایش آگاهی حائز اهمیت هستند، و تاثیرات مثبت بسیاری بر سلامت روان کودکان در شرایط بحران خواهند گذاشت.

این مطالعه درمدارس سطح شهر تهران انجام شد، توصیه میگردد در مطالعات آینده اطلاعات به دست آمده از سایر مدارس درسایر استان‌ها نیز بررسی و مقایسه گردند. براساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود دیگر عوامل دخیل در اضطراب کودکان از جمله اصول فرزندپروری و خود مراقبتی و دیگر سطوح اضطراب کودکان و مادران و پدران آنها، نظیر اضطراب حالت و اضطراب مرگ نیز بررسی شوند.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

[DOI: 10.52547/rph.14.1.40] [DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7] [Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]

به طور کلی نتایج پـژوهش حاضـر نشـان داد کـه ارتقـای سطح آگاهی کودکان به شیوه صحیح و متناسب با سـن و توانش فکری و سطح شناخت آنها بر مبنـای ارتقـای بـاور بهداشتی، با تمرکز بـر عملکـرد بهداشـتی پیشـگیرانه، در جهت کاهش اضطراب کودکان نسبت به بیمـاری کرونـا و در مدت زمان فاصله اجتماعی، حائز اهمیت اسـت؛ امـا بـا توجه به نتایج بدست آمده، با در نظر گرفتن ضریب تعیین بزرگ‌تر اضطراب، استرس و افسردگی مـادران نسـبت بـه میزان اگاهی از بیماری، هیجانات و شیوه‌های فرزندپروری، نوع رابطه والد-فرزندی، بهزیستی روانی و خلـق و عاطفـه لذا نیاز است، برنامه‌هایی نظیـر مـدیریت هیجـان، کنتـرل اضطراب و شیوه‌های فرزندپروری مثبت و روش‌های ارتقاء آگاهی متناسب با رشد کودکان، بر مبنـای ارتقـای بـاور و عملکرد بهداشتی در جهت مـداخلات بحـران در راسـتای حفظ سلامت روان خانواده‌ها، به عنـوان مهمتـرین منبـع حمایتی و تربیتی، آموزش داده شود.

شـایان ذکراسـت کـه باتوجـه بـه محـدودیت جمـع‌آوری اطلاعات در مدت زمان فاصله‌گـذاری اجتمـاعی وانتخـاب نمونه داوطلبانه و همچنین تعداد نسبتاً کم نمونه، تعمـیم نتایج با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو می باشد. ازسوی دیگر، مطالعه حاضـرازنوع تحقیقـات همبسـتگی اسـت و وجـود رابطه لزوماً به معنای روابط علت معلولی نمی‌باشد.

Reference

1. WHO. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report - 15. Feb 4, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/ coronaviruse/situation reports/ 20200204- Sitrep 15 ncov.pdf? sfvrsn =88fe8ad6_2 (accessed Feb 4, 2020).
2. Zhu HP, Lin W, Fang CZ, Peng SC, Zhang LH, Chang GP, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. AME.2019. DOI:10.21037/tp.2020.02.06.
3. SA R.R.K. Brief review of Coronavirus for healthcare professionals.10 February 2020. JPACC. *20(2):69-70.*
4. Ministry of Health, Treatment and Medical Training. Tehran: s.n/ February; 2020.
5. Chen F, Liu ZS, Fu R, Xiong RH, Chen Y, Chen YC, et al. First case of severe childhood novel coronavirus pneumonia in china. CJP.2020; 58(3), 179-183.
6. Wu Z, McGoogan J. M. Characteristics of and Important Lessons from the Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention external icon. JAMA.24 February 2020. DOI:10.1001/jama.2020.2648.
7. Valero Moreno S, Lacomba Trejo L, Casaña Granell S. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. Revista, Latino-americana de Enfermagem. RLAE. 2020; 28:e3242. DOI: 10.1590/1518- 8345.3144.3242.
8. Dong X, Wang L, Tao Y, Suo X, Li Y, Liu F, Zhao Y, Zhang Q. Psychometric properties of the Anxiety Inventory for Respiratory Disease in patients with COPD in China. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.2017; 12:49-58.
9. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. PMC[NCBI]. 4 Mar 2020 .DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30547-X.
10. Fischhoff B. Speaking of Psychology: Coronavirus Anxiety.2020. In: https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety.
11. Bajema K.L, Oster A.M, McGovern O.L. Persons Evaluated for 2019 Novel Coronavirus —United States,MMWR Morb Mortal Wkly Rep. CDC. ePub. 7 February 2020. 69(6).166–170.
12. Shigemura J, Ursano R. J, Morganstein J. C, Kurosawa M, Benedek D. M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan; Mental health consequences and target populations, *PCN*. 2020. doi:10.1111/pcn.12988.
13. Rubin G. J, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city, BMJ (Clinical research ed). 2020; 368, m313.
14. Shultz J. M, Baingana F, Neria Y. The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response, JAMA. 2015; 313: 567–68.
15. Chang, Ling and Wayne. China: s.n. 2020.
16. Zeidner M. *Redution of text anxiety: A first attempt at economic. ASC.* In psychological abstracts, An,Vol.1994; (1), 1-B. DOI:10.1080/10615809408248390.
17. Garcia Lopez Lj, Saez Castillo AJ, Fuentes-Rodriguez G. Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (YAM-5-I) in a community sample of Spanish-speaking adolescents, JAD. 2016;15(208): 455-459.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

18. Smeltzer S, Bare B. Editors, Brunner & Suddarth s textbook of medical-surgical nursing. 12 th ed. 2010. North American: Lippincott Williams & Wilkins.
19. Nawabi nejad, Shokuh. Counseling and Psychotherapy Theories. Tehran: Roshd Publications.2014. [Persian]
20. Kasteenpohja T, Marttunen M, Aalto-Setala T, Perala J, Saarni S. Treatment adequacy of anxiety disorders among young adults in Finland, *BMC Psychiatry*. 2016; 16(63):1-13.
21. Derakhshanpour F., Izadyar H, Shahini N, Vakili MA. Anxiety levels in the primary school students in Gorgan. *Pajoohande*. 2016; 21(1):30-34. [Persian]
22. Muris P, Simon E, Lijphart H, Bos A, Hale W, Schmeitz K. The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and First Psychometric Evidence of a New Scale for Assessing Anxiety Disorders Symptoms of Children and Adolescents. Child Psychiatry Hum Dev. 2017; 48(1):1-17.
23. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milane BJ, poulton R. prior juvenile diagnoses in adult with mental disorder: R. prior juvenile diagnoses in adult with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60(7):709-17.
24. Teubert D, Pinquart M. a meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents, J Anxiety Disord. 2011; 25(1046): 59.
25. Schimmenti A, & Bifulco A. Linking lack of care in childhood to anxiety disorder in emerging adulthood: the role of attachment styles. Child and Adolescent Mental Health.2015; 20, 41-48.
26. Barlow DH. Anxiety and its Disorder: the Nature and treatment of Anxiety and Panic.2002. 2rd ed, New York: The Guilford Press.
27. Goni M.D, Naing N.N, Hasan H. Development and validation of knowledge, attitude and practice questionnaire for prevention of respiratory tract infections among Malaysian Hajj pilgrims, BMC Public Health. 2020; Mar; 20(1):189.
28. Shojaee Zadeh D. Models of behavior in health education, Office of Communications and Health Education, Health Department.p. 2000. [Persian].
29. Lee-lin, F. cervical cancer beliefs and pap test screening practices among Chinese American Immigrants. Oncologynursing forum. 2007; 34(6), pp. 1203-1209.
30. Pendsey Sh. Practical managment of diabetes. Delhi: Jaypee brothers.2002.
31. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.4- Mor N, Meijers J. Cognitive behavioral therapy in childhood anxiety. J Psychol Related Sciences. 2009;46(4): 282.
32. Piaget J. Cognitive Evolutionary Teory; 1896-1980.
33. Rahiminejad A, Khodayarifard M, Abedini, Y., Paknejad, M. Surveying the Relation of Shahed Stu-dents' Cognition of Academic Atmos-phere, and Their Individual and Family characteristics with Social Compatibility. CPAP. 2014; 2 (9), 85-94. [Persian]
34. Ganji Hamzeh. Mental Health. Tehran: Arasbaran Publications, 2010. [Persian]
35. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Dittus P, & Bouris A. M. Parental expertise, trustworthiness, and accessibility: Parent–adolescent communication and adolescent risk behavior. JMF. 2006; 68, 1229–1246.
36. Khodabandeh M, Beyramnezhad H, Mokaram F, & Talayi Farzneh. The relationship between self-esteem and mental health with psychological well-being in parents of normal and educable children, Third National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies. 2015. [Persian]
37. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/clinical Psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins.2007.
38. Clark LA and Watson D. Theoretical and empirical issues of in differentiating depression from anxiety in Becker J and kleinman A (Eds), Advances in mood disorders Vol. l. psychosocial aspects of depression. Erbaum Hillsdale NJ.1990.
39. Clark L.A. the anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. In:P.C. Kendall and D. Watson (Eds.), APA Psyc.1989; pp. 83-129. New York: Academic Press.
40. Antony MM, Bieling pj, Cox Bj, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety and Stress scales in clinical groups and community sample. APA. 1998; 10, 176-181.
41. Seifsafari S, Firoozabadi A, Ghanizadeh A, Salehi A. A symptom profile analysis of depression in a

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]

sample of Iranian patients.IJMS.2013; 38:22-29[Persian].

42. Nakata A. Psychosocial job stress and immunity: a systematic review. Methods Mol Biol. 2012; 934:39-75.
43. Khodadadi M, Doltyarbastany R. Editors: Job stress prevention and coping. Tehran: Modaber Publication.2007. [Persian].
44. DeMann A. F. Parental control in child rearing and trait anxiety in young adults. Psychology Reports.1986; 59, 477-478.
45. Gruner K, Muris P, & Merckelbach H. The relationship between anxious rearing behaviors and anxiety disorders symptomatology in normal children. J Behavior Therapy and Experimental Psychology.1999; 30, 27-35.
46. Siqueland L, Kendall P. C, & Steinberg L. Anxiety in children: Perceived family environment and observed family interaction. J Clin Child Psychol. 1996; 25, 225-237.
47. Whaley S. E, Pinto A, & Sigman M. Characterizing interaction between anxious mothers and their children. JCCP. 1999; 67, 826-836.
48. Ginsburg G. S, Silverman W. K, & Kurtines W. K. Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders. A look ahead. Clinical Psychology Review. 1995; 15, 457-473. Doi:10.1016/0272-7358(95)00026-L.
49. Reitman D, & Asseff J. Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. JAD. 2010; 24, 565-572.
50. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary Validationof the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian Sample, Quarterly HPJ. 2020; 8,4,32. [Persian].
51. Arabi M, Rakhshi M, Heidarzadeh M, GHahramanian A. Knowledge and attitude of female high school students in relation to AIDS in Bonab City. Scientific information database. 2012; 23, 69. [Persian].
52. Khodaveisi M, Salehikha M, Bashirian S, Karami M. Study of Preventive Behaviors of Hepatitis B Based on Health Belief Model among Addicts Affiliated to Hamedan. Sci J Hamadan NursMidwifery Fac. 2016; 24(2):129-137. [Persian].
53. Noushirvani S, Mansouri A. Comparison of the Effectof Two Educational Interventions Based on Pender'sHealth Promotion Model and Health Belief Model on the Quality of Life in Type II Diabetic Patients. J Diabetes Nurs.2018; 6 (1):398-407. [Persian].
54. Spence S.H, Rapee R, McDonald C, & Ingram M. The structure of Anxiety Symptoms among preschoolers. J BEHAV RES THER. 2001; 39, 1293 - 1316.
55. Nauta Scholing, Rapee Abbott, Spence and Waters. A parent report measure of children's anxiety. J BEHAV RES THER. 2004; 42 (7), 813-839.
56. Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents, JAD.2003; 17(6):605-25.
57. Mousavi R, Moradi AR, Farzad V, Mahdavi Harsini SE, Spence S, Navabinejad Sh. Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with an Iranian sample. IJPB. 2007; 1(1):17-26. [Persian].
58. Lovibond S. H, & Lovibond P. F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed). Sydney: Psychology Foundation.1995.
59. Lovibond P. F, & Lovibond S. H. The Structure of Negative Emotional States: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. J BEHAV RES THER. 1995; 33, 335-343.
60. Brown T. A, Chorpita B. F, Kortitsch W, and Barlow D. H. Psychometric Properties of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in Clinical Samples. J BEHAV RES THER. 1997; 35, 79-89.
61. Alizadehfard S, Alipuor A. The path analysis model in prediction of corona phobia based on intolerance of uncertainly and health anxiety. Journal of Research in Psychological Health. 2020; 14 (1), 1-12. [Persian].
62. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T. The relationship between hopefulness and resiliency with psychological well- being: a study in the university students. J clinical psychology andishe va rafter. 2012; 6(22), 41-50. [Persian].
63. Abolmaali A, Hoseini KH, & Mohammaditabar Kasgari F. A study of the role of mothers' personality traits and psychological well-being in predicting the anxiety and depression of elementary school girls. The women and family cultural education. 2016; 11(37), 113-132. [Persian].
64. Haskett M. E, Willoughby M. Paths to child social adjustment: parenting quality and children's processing of social information. Child Care Health Development. 2007; 33(1), 67-77.
65. Carnes- Holt K. Child- parent relationship therapy for adoptive families, TFJ. 2012; 4, 419- 42.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2024-05-09]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.1.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.14.1.40]