PSJ
Pajouhan Scientific Journal
Pajouhan Sci J, 2023; 21(4): 224-234. DOI: 10.61186/psj.21.4.224
http://psj.umsha.ac.ir/

Original Article

Impact of the COVID-19 Pandemic and Related Factors on the Occurrence of Emotional-behavioral Problems in Children

Saeedeh Almasi[1], Rasool Mohammadi[2], Kobra Rashidi[1], Alireza Fazli[3], Hadis Azadbakht[4], Maryam Dehghani[5,*]

[1] Social Determinants of Health Research Center, Boroujerd School of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[2] Nutritional Health Research Center, School of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[3] Department of Educational Psychology, Ministry of Education of Lorestan Province, Khorramabad, Iran
[4] Student Research Committee, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[5] Department of Nursing, Zeyinab (P.B.U.H) School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences ,Rasht, Iran

Article History:
Received: 02 July 2023
Revised: 22 August 2023
Accepted: 05 October 2023
ePublished: 21 December 2023

***Corresponding author:** Maryam Dehghani, Department of Nursing, Zeyinab (P.B.U.H) School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences ,Rasht, Iran.
Email: maryamd.2010@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: Children are highly vulnerable to psychological crises and this can lead to serious problems in their mental health. Based on this, this study was conducted to investigate the behavioral and emotional problems of children during the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods: The present cross-sectional study was performed with a descriptive-analytical approach. The study sample consisted of 360 children aged 6 to 18 years who referred to the health centers of Borujerd City, Iran, in 2021. The data collection tools included the demographic form and the Achenbach Child Behavior Checklist - parent version. Data analysis was done using descriptive and analytical tests, including independent t-test and analysis of variance test, by SPSS version 25 software.

Results: The mean age of the studied children was 9.98±3.274 years. The majority of the participants were girls (54.1%) and first-born children (38.1%). The majority of children (83.6%) were in non-clinical or normal condition, 5.3% of children were in clinical-borderline condition, and 11.1% of children were in clinical condition. The highest and lowest mean scores of behavioral problems were related to aggressive behavior 7.08±5.68 and physical complaints 1.44±1.60, respectively. There was a significant relationship between birth order, paternal education, family income level, and the history of the child's close relatives being infected with COVID-19 with the child's general emotional-behavioral problems during the COVID-19 pandemic ($P<0.05$).

Conclusion: In general, it can be said that the COVID-19 pandemic has led to various psychological consequences in children. Therefore, it seems necessary to identify these consequences for preventive measures and early intervention for treatment.

Keywords: Behavioral symptoms; Children; COVID-19 pandemic

Please cite this article as follows: Almasi S, Mohammadi R, Rashidi K, Fazli A, Azadbakht H, Dehghani M. Impact of the COVID-19 Pandemic and Related Factors on the Occurrence of Emotional-behavioral Problems in Children. *Pajouhan Scientific Journal*. 2023; 21(4): 224-234. DOI: 10.61186/psj.21.4.224

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

Copyright © 2023. Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Background and Objective

Although children show a less severe form of the coronavirus compared to adults, they are highly vulnerable to psychological crises, and because of this, they are more likely to suffer from psychological problems during an epidemic. These problems cannot only have individual complications and costs but can also cause problems for the family and society. School closures, social distancing, and home quarantine of children during the outbreak of this disease led to feelings of fear and anxiety, insecurity, loss of appetite, emotional and behavioral problems (e.g., irritability, insomnia, and bad sleep), mental-practical obsessions, post-traumatic stress disorder, and experience of social isolation. Therefore, this study was conducted to investigate the children's behavioral and emotional problems during the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods

The present cross-sectional study was carried out with a descriptive-analytical approach. The study sample consisted of 360 children aged 6 to 18 years who referred to the health centers of Borujerd City in 2021. The samples were selected using a cluster sampling method. To this aim, all the health centers in Borujerd City were included as clusters. Afterward, a simple random sampling was done among the available files according to the population covered by each center. To comply with the principles of the prevention of COVID-19 disease, an electronic questionnaire was used to collect information. After obtaining the parents' consent, by obtaining the contact number, the electronic link of the questionnaire was sent to them. The data collection tools included a demographic form and the Achenbach Child Behavior Checklist - parent version. Data analysis was done using descriptive and analytical tests, including independent t-test and analysis of variance test, by SPSS version 25 software.

Results

Based on the obtained results, the mean age of the studied children was 3.274±9.98 years. The majority of children were girls (54.1%), the first-born child (38.1%), and in elementary school (76.1%). In 96.9% of the children, there was no history of death, and in 94.4%, there was no history of parental divorce. In 66.1%, there was a history of one of the child's relatives being infected with COVID-19. In 84.4%, there was no history of the death of one of the child's relatives due to COVID-19. In the majority of cases, the paternal education level was a bachelor's degree or higher (36.4%) and their job was self-employed (53.3%). In most cases, the maternal education level was a bachelor's degree and higher (35.6%) and their occupation was a housewife (69.2%). The income of families in most cases (43.3%) was less than 5 million tomans/month. The majority (83.6%) were in non-clinical or normal conditions, 5.3% in borderline clinical conditions, and 11.1% in clinical conditions. The highest and lowest mean scores of behavioral problems were respectively related to aggressive behavior and physical complaints obtained at 7.08±5.68 and 1.44±1.60. There was a significant relationship between birth order, father's education, family income level, and the history of the child's relatives being infected with COVID-19 on the one hand, and the child's general emotional-behavioral problems during the COVID-19 pandemic on the other ($P<0.05$). A significant relationship was observed between the child's gender and isolation, physical complaints, disobedience, and aggressive behavior, between the child's education and isolation and physical complaints, and between birth order and aggressive behavior, thinking problems, and social problems ($P<0.05$). There was no correlation between the mother's occupation and education with the child's problems. However, a correlation was found between the father's education and isolation, physical complaints, social problems, and thinking problems, and between the father's occupation and physical complaints and attention and thinking problems ($P<0.05$). There is a significant relationship between income level and thinking problems, between a history of the death of one of the parents and thinking problems, between a history of parental divorce and isolation, physical complaints, and thinking problems, and also between a history of the death of one of the child's relatives due to COVID-19 with disobedience and thinking problems ($P<0.05$). There was a significant relationship between the history of the child's relatives being infected with COVID-19 and all examined aspects except isolation/depression ($P<0.05$).

Discussion

In line with the results of the current research, the study by Chobdari et al (2020) and the study by Omidi et al (2022) showed that the increase in behavioral problems, problems related to self-regulation, anxiety and fear, problems related to adaptation and coping strategies, experiencing misbehavior and emotional abuse, increasing severity of mental disorders and depression are among the psychological consequences of the spread of the Covid-19 disease for children.

Also, a review by Shahyad and Mohammadi (2021) showed that factors such as long-term fear of contracting the virus, reduced communication with people in the educational environment, lack of suitable space at home, feelings of failure and boredom, and finally financial problems of parents are among the most important factors that may has significant effects on children's mental health during the covid-19 pandemic.

Conclusion

Based on the results of the present study, the highest mean scores of children's emotional and behavioral problems during the COVID-19 epidemic were related to the dimensions of anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior. Fear, irritability, restlessness, and the need to attract attention were the most

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

observed problems in the children reported by the parents. Based on the findings of the present study and similar studies, it can be said that the COVID-19 pandemic led to various emotional-behavioral problems in children. The conditions of parents and relatives infected with COVID-19 had an effect on the occurrence of these problems. Therefore, it is necessary to identify the psychological consequences of the COVID-19 disease in children to adopt preventive measures to reduce the spread, as well as to prepare for early intervention and treatment of these consequences.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

مجله علمی پژوهان
دوره ۲۱، شماره ۴، پاییز ۱۴۰۲، صفحات: ۲۲۴-۲۳۴
DOI: 10.61186/psj.21.4.224
http://psj.umsha.ac.ir/
UMSHA Press

مقاله پژوهشی

تأثیر پاندمی کووید۱۹ و عوامل مرتبط بر بروز مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان

سعیده الماسی[۱]، رسول محمدی[۲]، کبری رشیدی[۱]، علیرضا فضلی[۳]، حدیث آزادبخت[۴]، مریم دهقانی[۵*]

[۱] مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده‌ی پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
[۲] مرکز تحقیقات بهداشت تغذیه، دانشکده‌ی بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
[۳] گروه روانشناسی تربیتی، آموزش و پرورش استان لرستان، خرم آباد، ایران
[۴] کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
[۵] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب(س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۱۱
تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۳۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۱۳
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** مریم دهقانی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب(س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
ایمیل: maryamd.2010@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: کودکان در برابر بحران های روان شناختی بسیار آسیب پذیر هستند و این امر می‌تواند به بروز مشکلات جدی در سلامت روان آنان منجر شود. بر این اساس، این مطالعه با هدف بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان در دوران پاندمی کووید۱۹ انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع مقطعی با رویکرد توصیفی و تحلیلی بود. نمونه‌ی مطالعه‌شده ۳۶۰ کودک ۶ تا ۱۸ساله‌ی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه سیاهه‌ی رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) نسخه ی والدین بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی شامل آزمون t مستقل و آزمون تحلیل واریانس، توسط نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سن کودکان مطالعه‌شده (۲۷۴/ ۳) ۹/۹۸ بود. اکثر آن‌ها دختر (۵۴/۱ درصد) و فرزند اول (۳۸/۱ درصد) بودند. اکثر آن‌ها (۸۳/۶ درصد) در وضعیت غیربالینی یا نرمال، ۵/۳ درصد در وضعیت بالینی‌مرزی و ۱۱/۱ درصد در وضعیت بالینی قرار داشتند. بیشترین و کمترین میانگین (انحراف معیار) مشکلات رفتاری به ترتیب مربوط به رفتار پرخاشگری ۷/۰۸ (۵/۶۸) و شکایات جسمانی ۱/۴۴ (۱/۶۰) بود. بین رتبه‌ی تولد، تحصیلات پدر، سطح درآمد خانواده و نیز سابقه‌ی ابتلای نزدیکان کودک به کرونا با مشکلات کلی عاطفی‌رفتاری کودک در دوران پاندمی کووید۱۹، ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی، می‌توان گفت که پاندمی ناشی از کووید۱۹ به بروز پیامدهای روان شناختی در کودکان منجر شده است؛ بنابراین، شناسایی این پیامدها برای انجام اقدامات پیشگیرانه و مداخله‌ی زود هنگام برای درمان ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: کودکان؛ علائم رفتاری؛ پاندمی کووید۱۹

استناد: الماسی، سعیده؛ محمدی، رسول؛ رشیدی، کبری؛ فضلی، علیرضا؛ آزادبخت، حدیث؛ دهقانی، مریم. تأثیر پاندمی کووید۱۹ و عوامل مرتبط بر بروز مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان . مجله علمی پژوهان، پاییز ۱۴۰۲؛۲۱(۴): ۲۲۴-۲۳۴.

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در تاریخ ۳۰ ژانویه‌ی ۲۰۲۰ طی بیانیه‌ای شیوع کروناویروس جدید را ششمین عامل وضعیت اضطراری و تهدیدکننده‌ی بهداشت عمومی برای سراسر جهان اعلام کرد [۱]. بر اساس شواهد، سندرم حاد تنفسی شدید و کشنده‌ی کروناویروس به‌سرعت از انسان به انسان و حتی از حاملان بدون علامت به‌وسیله‌ی قطرات و تماس مستقیم منتشر می‌شود [۱،۲]. لذا از زمان شیوع پاندمی کووید۱۹، مجموعه‌ای از استراتژی‌ها و پروتکل‌ها برای جلوگیری از شیوع ویروس و کنترل بیماری تدوین و اجرا شده است. به عموم مردم پیشنهاد شد که به عنوان بهترین روش برای از بین بردن شانس مواجهه و ابتلا به این ویروس، در خانه بمانند [۳]. ازاین‌رو، بیماری کووید۱۹ منجر شد که زندگی روزانه و عادی خانواده‌ها تغییر یابد و این ویروس به شکل ویژه‌ای، بر سبک زندگی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

خانواده‌ها تأثیر گذاشته است. بیماری کووید۱۹ با تأثیر گذاشتن بر رفتار روزمره‌ی مردم، به گسترش احساس اضطراب، افسردگی، ترس و نگرانی‌های مزمن در بین افراد جامعه، به ویژه کودکان، منجر شده است [۴، ۵].

با شیوع بیماری، مراکز مختلفی از جمله مدارس تعطیل شدند، روابط اجتماعی به شدت محدود شد و فعالیت های اوقات فراغت خارج از خانه لغو یا بسیار کاهش یافت و این موضوع کلافگی و بی حوصلگی در کودکان را به دنبال داشت. کودکان در جریان شیوع بیماری کووید۱۹، اغلب به دلیل انزوای اجباری و بسته شدن مدارس، مجبور هستند برای مدت طولانی در خانه بمانند که این امر باعث می‌شود ارتباط محدود با هم کلاسی هایشان داشته باشند و فعالیت‌های فیزیکی آن‌ها کاهش یابد و در نتیجه، مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری از خود نشان دهند [۶]. همچنین، قرنطینه شدن در خانه و همراه شدن آن با عوامل دیگری مانند بیماری روانی و سوءمصرف مواد والدین، وضعیت اجتماعی‌اقتصادی پایین خانواده، قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی و کمبود فرصت‌های بازی و سرگرمی، می‌تواند به‌شدت سلامت روان کودکان را در زمان شیوع کووید۱۹ تهدید کند [۷]. از سوی دیگر، مشاهده‌ی بیماری در دیگران، به خصوص والدین، جدایی طولانی‌مدت از آنان به دلیل بیماری، افزایش ترس از دست دادن بستگان، مرگ یکی از اعضا و اختلال در فرایند داغ دیدگی و سوگواری می‌تواند به مشکلات جدی در سازگاری منجر شود و زمینه‌ساز بروز اختلال استرس پس از آسیب، بی‌خوابی، افسردگی و حتی افکار خودکشی در کودکان شود [۸].

بر اساس پژوهش‌های ذکرشده و دیگر مطالعات انجام شده، اگرچه کودکان در مقایسه با بزرگسالان، کمتر شکل شدیدی از بیماری کروناویروس را نشان می‌دهند، مطالعات نشان داده‌اند که در زمان بروز بحران همه گیری، کودکان با احتمال بیشتری دچار مشکلات روان شناختی می‌شوند و این مشکلات نه تنها می‌تواند عوارض و هزینه های فردی داشته باشد، بلکه می‌تواند خانواده و جامعه را نیز دچار مشکل کند [۹]. تعطیلی مدارس، فاصله گذاری اجتماعی و قرنطینه‌ی خانگی کودکان در زمان شیوع این بیماری، به بروز احساس ترس و اضطراب، ناامنی، کاهش اشتها، مشکلات هیجانی و رفتاری نظیر تحریک پذیری، بی‌خوابی و بدخوابی، وسواس فکری‌عملی، اختلال استرس پس از آسیب و تجربه‌ی انزوای اجتماعی منجر شده است [۱۰].

به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که شیوع بیماری کووید۱۹ می‌تواند مشکلات سلامت روان زیادی برای کودکان به همراه داشته باشد؛ بنابراین، توجه به این مشکلات و شناخت آن‌ها، انجام اقدامات پیشگیرانه برای کاهش شیوع مشکلات رفتاری و همچنین، آمادگی برای مواجهه با افزایش مشکلات بهداشت روانی و مداخله‌ی زودهنگام برای درمان این پیامدها بر عهده‌ی خانواده، مدارس و مراکز مراقبتی‌بهداشتی است. اما با توجه به بررسی های به عمل آمده، مطالعات کافی در این زمینه، به‌خصوص در حین شیوع بیماری کروناویروس و به‌خصوص در ایران یافت نشد. بر این اساس، این مطالعه با هدف بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان در دوران پاندمی کووید۱۹ انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع مقطعی با رویکرد توصیفی و تحلیلی بود. جامعه‌ی مطالعه‌شده کودکان ۶ تا ۱۸ساله‌ی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی Duan و همکاران [۳]، انحراف معیار سطح اضطراب برابر با σ=۱۵/۷۹، سطح معناداری ۹۵ درصد (α=۰/۰۵)، دقت d=۲ و فرمول زیر، ۲۴۰ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن مقدار ۱/۵ برای اثر طرح (Design effect)، حجم نهایی نمونه ۳۶۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{\sigma^2 Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2}$$

Z1-α/2=1.96
σ= 15.79
d=2

نمونه گیری به‌صورت خوشه‌ای بود. بدین‌گونه که ابتدا تمام مراکز بهداشتی شهرستان بروجرد خوشه در نظر گرفته شدند. سپس، از میان پرونده‌های موجود، متناسب با جمعیت تحت پوشش هر مرکز، نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت برای شرکت در مطالعه، داشتن کودک ۶ تا ۱۸ساله، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و توانایی کار با گوشی هوشمند برای دریافت و تکمیل ابزار مطالعه برای والدین و عدم ابتلای قبلی کودک به مشکلات روان‌شناختی مانند بیش‌فعالی و کاهش توجه، افسردگی، اوتیسم و.... و همچنین، عدم ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر بدخیمی، صرع و... بود. معیار خروج نیز تکمیل نکردن پرسش‌نامه‌ها بود.

پس از اخذ مجوزها، پژوهشگر با حضور در مراکز بهداشت شهرستان بروجرد، از بین مراجعان، والدینی را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب کردند و برای رعایت اصول اخلاق در پژوهش، ابتدا هدف مطالعه برای آنان توضیح داده شد و سپس، در صورت تمایل برای شرکت در پژوهش و پس از اخذ رضایت کتبی آگاهانه، در پژوهش شرکت داده شدند. به‌دلیل رعایت اصول پیشگیری از بیماری کووید۱۹، از پرسش‌نامه‌ی الکترونیک برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد و با جلب رضایت والدین، بعد از اخذ شماره‌تماس، لینک الکترونیکی پرسش‌نامه برای آن‌ها ارسال شد یا بعد از هماهنگی با مسئولان مرکز بهداشت، لینک الکترونیکی ابزار با توضیحات لازم و بیان هدف از تحقیق در آن گروه‌های مجازی که مسئولان مراکز بهداشتی با خانواده‌ها تشکیل داده بودند، قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش فرم مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی سیاهه‌ی رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) نسخه‌ی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

والدین بود.

پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه (سن کودک، جنسیت کودک، رتبه‌ی تولد، تحصیلات و شغل پدر و مادر، سابقه‌ی طلاق یا فوت یکی از والدین، میزان درآمد خانواده، سابقه‌ی ابتلای یکی از نزدیکان کودک به کرونا یا فوت یکی از نزدیکان در اثر کرونا و...) بود.

چک‌لیست رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) نسخه‌ی والدین: چک‌لیست رفتاری کودک از مجموعه‌ی فرم های موازی آخنباخ است و مشکلات عاطفی رفتاری و همچنین، توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۸ساله را از دیدگاه والدین می‌سنجد. این پرسش‌نامه ۱۱۵ سؤال دارد و پاسخ‌ها به صورت لیکرت سه‌گزینه‌ای شامل خیر، بعضی مواقع و بلی است. بدین ترتیب، نمره ی صفر به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد (پاسخ خیر). نمره‌ی ۱ به حالت‌ها و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی در کودک مشاهده می‌شود (پاسخ بعضی مواقع). نمره‌ی ۲ نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد (پاسخ بلی).

چک‌لیست رفتاری کودکان (CBCL) ابزاری است که یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکل‌های رفتاری کودک به‌خوبی آشناست، آن را تکمیل می‌کند. از والدین خواسته می‌شود که پاسخ‌ها را بر اساس رفتار کودک خود در طی ۶ ماه گذشته انتخاب کنند. این فرم ۸ مشکل یا سندرم عاطفی‌رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت‌اند از: اضطراب و افسردگی (AD)، گوشه‌گیری و افسردگی (WD)، شکایات جسمانی (SC)، مشکلات اجتماعی (SP)، مشکلات تفکر (TP)، مشکلات توجه (مربوط به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی) (AP)، رفتار قانون شکنی (RB) و رفتار پرخاشگری (AG). اگر نمره‌ی T (T score) فرد کمتر از ۶۵ باشد، در محدوده‌ی نرمال یا غیربالینی و اگر نمره‌ی T بین ۶۵ تا ۶۹ باشد، در محدوده‌ی مرزی‌بالینی و اگر نمره‌ی T بزرگ‌تر از ۶۹ باشد، در محدوده‌ی بالینی قرار دارد.

پایایی فرم های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، روایی محتوایی، روایی ملاکی و روایی سازه‌ی این فرم ها مطلوب گزارش شده است [۱۱].

در پژوهش مینایی، دامنه‌ی ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون‌بازآزمون، با فاصله‌ی زمانی ۵ تا ۸ هفته‌ای بررسی شد و دامنه‌ی ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین، توافق بین پاسخ دهندگان نیز بررسی شد و دامنه‌ی این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشت. به‌طور کلی، در تحقیق مینایی، این نتیجه حاصل شد که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی‌رفتاری کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ساله استفاده کرد [۱۲]. یزد خواستی و عریضی ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب، ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و درباره‌ی اعتبار سازه، هم‌بستگی خرده مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری‌هیجانی را با نمره‌ی کلی این بخش در سه نسخه‌ی والدین، معلم و کودک به ترتیب، ۰/۶۲ تا ۰/۸۸، ۰/۴۴ تا ۰/۹۱ و ۰/۵۱ تا ۰/۸۵ و هم‌بستگی خرده مقیاس‌های بخش مهارت‌ها را با نمره‌ی کلی این بخش در سه نسخه‌ی والدین، معلم و کودک به ترتیب، ۰/۲۴ تا ۰/۸۲، ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ و ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ گزارش کردند [۱۳]. در مطالعه‌ی حاضر نیز دامنه‌ی ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۴ و نمره‌ی کل ۰/۹۴ به دست آمد.

برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی، محاسبه‌ی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای متغیرهای کمی و از فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی استفاده شد. برای بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با پیامدهای مدنظر، ابتدا نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف سنجیده شد و سپس، از آزمون‌های t مستقل و آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. تمام آزمون‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۵ و P<۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین و انحراف معیار سن کودکان مطالعه‌شده ۳/۲۷۴ ± ۹/۹۸ بود. اکثر کودکان دختر (۵۴/۱ درصد)، فرزند اول (۳۸/۱ درصد) و در مقطع ابتدایی (۷۶/۱ درصد) بودند. در ۹۶/۹ درصد سابقه‌ی فوت و در ۹۴/۴ درصد سابقه‌ی طلاق والدین وجود نداشت. در ۶۶/۱ درصد سابقه‌ی ابتلای یکی از نزدیکان کودک به کرونا وجود داشت. در ۸۴/۴ درصد سابقه‌ی فوت یکی از نزدیکان کودک در اثر کرونا وجود نداشت. در اکثر موارد، تحصیلات پدر مقطع کارشناسی و بالاتر (۳۶/۴ درصد) و شغل آن‌ها آزاد (۵۳/۳ درصد) بود. در اکثر موارد، تحصیلات مادر مقطع کارشناسی و بالاتر (۳۵/۶ درصد) و شغل آن‌ها خانه‌دار (۶۹/۲ درصد) بود. میزان درآمد خانواده‌ها در اکثر موارد (۴۳/۳ درصد)، کمتر از ۵ میلیون تومان بود.

بیشترین شکایات والدین از مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان در دوران همه‌گیری، در جدول ۱ مشاهده می‌شود. بر این اساس، بیشترین فراوانی مربوط به ابعاد اضطراب / افسردگی، مشکلات توجه و رفتار پرخاشگرانه بود. اکثر والدین بیان کردند که کودکان آن‌ها در ۶ ماه گذشته، دلشان می‌خواسته که زیاد به آن‌ها توجه شود (۴۸/۹ درصد).

اکثر کودکان (۸۳/۶ درصد) در وضعیت غیربالینی یا نرمال، ۵/۳ درصد از کودکان در وضعیت بالینی‌مرزی و ۱۱/۱ درصد از کودکان در وضعیت بالینی قرار داشتند. بر اساس نتایج جدول ۲، بیشترین و کمترین میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری به ترتیب، مربوط به رفتار پرخاشگری (۵/۶۸±۷/۰۸) و شکایات جسمانی (۱/۶۰± ۱/۴۴) بود.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

جدول ۱: فراوانی بیشترین مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان از دیدگاه والدین در دوران همه‌گیری کووید۱۹ به‌تفکیک خرده‌مقیاس‌ها

مشکلات عاطفی‌رفتاری		فراوانی (درصد)			
		خیر	بعضی مواقع	بلی	جمع
اضطراب / افسردگی	از حیوانات، موقعیت‌ها یا بعضی جاهای خاص می‌ترسد.	۲۷/۵	۴۲/۵	۳۰	۱۰۰
	از اینکه فکر بدی به سرش بزند یا عمل بدی انجام دهد می‌ترسد.	۵۰/۳	۲۲/۲	۲۷/۵	۱۰۰
	احساس می‌کند باید از هر جهت بی‌عیب‌ونقص باشد.	۴۸/۹	۲۱/۴	۲۹/۷	۱۰۰
	زیاد حساس است، زود عصبی و هیجان‌زده می‌شود.	۳۹/۷	۳۲/۲	۲۸/۱	۱۰۰
گوشه‌گیری / افسردگی	از صحبت کردن با افراد غریبه خودداری می‌کند.	۲۵/۶	۲۵/۸	۴۸/۶	۱۰۰
شکایات جسمانی	بیش از اندازه احساس خستگی می‌کند.	۶۳/۶	۲۹/۲	۷/۲	۱۰۰
مشکلات اجتماعی	به بزرگ‌سالان می‌چسبد یا خیلی به آن‌ها وابسته است.	۵۴/۷	۲۳/۳	۲۱/۹	۱۰۰
	از تنهایی شکایت می‌کند.	۴۸/۱	۲۳/۶	۲۸/۳	۱۰۰
مشکلات تفکر	بعضی فکرها را نمی‌تواند از ذهن خود خارج کند. (فکر وسواسی)	۴۳/۳	۲۸/۶	۲۸/۱	۱۰۰
مشکلات توجه	نمی‌تواند حواسش را جمع کند. نمی‌تواند توجهش را برای مدت طولانی نگه دارد.	۵۸/۶	۲۶/۶	۱۵/۸	۱۰۰
	نمی‌تواند آرام بنشیند، بی‌قرار است یا زیاد فعال است.	۵۱/۱	۲۳/۳	۲۵/۶	۱۰۰
	خیال‌پردازی می‌کند یا در افکار خودش غرق می‌شود.	۴۷/۸	۳۱/۴	۲۰/۸	۱۰۰
رفتار قانون‌شکنی	از رفتار بد خود پشیمان نمی‌شود.	۵۲/۵	۲۱/۱	۲۶/۴	۱۰۰
	ترجیح می‌دهد با بچه‌های بزرگ‌تر از خود باشد.	۵۴/۴	۲۹/۴	۱۶/۱	۱۰۰
رفتار پرخاشگرانه	زیاد جروبحث می‌کند.	۴۱/۱	۲۹/۴	۲۹/۴	۱۰۰
	دلش می‌خواهد زیاد به او توجه کنند.	۲۲/۵	۲۸/۶	۴۸/۹	۱۰۰
	در خانه نافرمانی می‌کند. (حرف گوش نمی‌دهد.)	۴۵/۶	۴۰/۶	۱۳/۹	۱۰۰

جدول ۲: میانگین مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان از دیدگاه والدین در دوران همه‌گیری کووید۱۹ به‌تفکیک خرده‌مقیاس‌ها

مقیاس	انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل
اضطراب - افسردگی	۴/۱۶۵۵۶	۶/۳۶۳۹	۱۸/۰۰	۰/۰۰
گوشه‌گیری-افسردگی	۲/۴۱۱۲۸	۳/۳۸۶۱	۱۲/۰۰	۰/۰۰
شکایات جسمانی	۱/۶۰۳۵۵	۱/۴۴۴۴	۸/۰۰	۰/۰۰
مشکلات اجتماعی	۳/۰۲۸۶۵	۴/۰۰۲۸	۱۴/۰۰	۰/۰۰
مشکلات تفکر	۳/۲۵۱۵۱	۳/۷۳۸۹	۱۸/۰۰	۰/۰۰
مشکلات توجه	۳/۶۴۶۶۰	۴/۵۵۷۱	۱۷/۰۰	۰/۰۰
رفتار قانون‌شکنی	۲/۹۲۶۶۵	۳/۲۳۶۱	۱۷/۰۰	۰/۰۰
رفتار پرخاشگری	۵/۶۸۶۶۱	۷/۰۸۸۹	۲۴/۰۰	۰/۰۰
مشکلات کلی	۲۰/۸۷۹۸۱	۳۳/۸۴۱۲	۹۷/۰۰	۰/۰۰

جدول ۳: ارتباط بین مشخصات دموگرافیک کودک و والدین با مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان در دوران کووید۱۹

متغیر		مشکلات کلی Mean(Sd)	اضطراب – افسردگی Mean(Sd)	گوشه‌گیری- افسردگی Mean(Sd)	شکایات جسمانی Mean(Sd)	مشکلات اجتماعی Mean(Sd)	مشکلات تفکر Mean(Sd)	مشکلات توجه Mean(Sd)	رفتار قانون‌شکنی Mean(Sd)	رفتار پرخاشگری Mean(Sd)
جنسیت	دختر	(۲۱/۷۱) ۳۳/۱۹	(۴/۵۳) ۶/۷۵	۳/۷۱ (۲/۴۳)	(۱/۸۰) ۱/۷۲	(۳/۱۴) ۳/۹۲	(۳/۳۲) ۳/۶۴	(۳/۹۱) ۴/۳۱	۲/۶۸ (۲/۴۲)	(۵/۳۵) ۶/۴۲
	پسر	(۱۹/۹۹) ۳۴/۵۲	(۳/۷۱) ۵/۹۵	۳/۰۵ (۲/۳۵)	(۱/۳۱) ۱/۱۵	(۲/۹۱) ۴/۰۹	(۳/۱۹) ۳/۸۵	(۳/۳۴) ۴/۸۲	۳/۸۲ (۳/۲۹)	(۵/۹۶) ۷/۷۹
	P value*	۰/۵۴۹	۰/۰۶۸	۰/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳	۰/۵۴۵	۰/۱۸۶	۰/۰۰۱<	۰/۰۲۲
تحصیلات کودک	ابتدایی	(۲۰/۴۱) ۳۳/۰۹	(۴/۱۲) ۶/۱۵	۳/۰۹ (۲/۱۴)	(۱/۴۳) ۱/۳۰	(۳/۰۸) ۴/۰۲	(۳/۲۶) ۳/۵۸	(۳/۴۹) ۴/۵۰	۳/۱۷ (۲/۸۱)	(۵/۷۴) ۷/۲۲
	متوسطه‌ی اول	(۱۹/۹۹) ۳۴/۳۷	(۳/۸۴) ۶/۸۷	۳/۹۰ (۲/۴۷)	(۱/۹۳) ۱/۷۵	(۲/۴۸) ۳/۸۷	(۳/۱۵) ۳/۹۲	(۴/۰۷) ۴/۳۳	۳/۱۱ (۲/۷۲)	(۵/۲۴) ۶/۵۹
	متوسطه‌ی دوم	(۲۵/۶۴) ۳۹/۳۱	(۴/۹۴) ۷/۲۸	۴/۹۶ (۳/۵۷)	(۲/۱۰) ۲/۱۲	(۳/۵۰) ۴/۰۶	(۳/۲۰) ۴/۷۵	(۴/۱۵) ۵/۳۴	۴/۰۰ (۴/۰۰)	۶/۷۸ (۶/۰۴)
	P value**	۰/۷۲۶	۰/۲۲۱	۰/۰۰۱<	۰/۰۰۷	۰/۹۳۹	۰/۱۴۳	۰/۴۲۰	۰/۳۰۰	۰/۷۲۱

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

ادامه جدول ۳

رتبه‌ی تولد	تک‌فرزند	(۲۰/۷۸) ۳۹/۷۰	(۴/۰۲) ۷/۲۶	۳/۵۱ (۲/۲۱)	(۱/۴۶) ۱/۲۹	۴/۸۹ (۳/۲)	(۳/۲۹) ۴/۶۲	(۳/۸۱) ۵/۴۴	۳/۷۹ (۳/۳۱)	۸/۹۰ (۶/۰۶)
	فرزند اول	(۲۱/۰۰) ۳۲/۳۴	(۴/۲۷) ۶/۱۸	۳/۴۹ (۲/۵۸)	(۱/۷۱) ۱/۶۲	(۲/۹۲) ۳/۷۷	(۳/۰۴) ۳/۳۵	(۳/۶۴) ۴/۵۳	۳/۱۴ (۲/۹۲)	۶/۲۶ (۵/۲۸)
	فرزند دوم	(۲۰/۷۹) ۳۳/۹۲	(۳/۹۵) ۶/۰۶	۳/۳۷ (۲/۵۳)	(۱/۶۶) ۱/۴۸	(۲/۹۷) ۴/۰۲	(۳/۵۱) ۳/۹۹	(۳/۶۳) ۴/۴۴	۳/۲۶ (۲/۶۹)	۷/۲۲ (۵/۹)
	فرزند سوم و بالاتر	(۱۹/۲۷) ۲۸/۴۷	(۴/۵۲) ۶/۲۱	۲/۸۸ (۱/۸۲)	(۱/۲۸) ۱/۰۷	(۲/۹۵) ۳/۱۹	(۲/۸۲) ۲/۸۶	(۳/۱۶) ۳/۴۲	۲/۵۳ (۲/۷۴)	(۵/۱۸) ۶/۳۰
	P value**	۰/۰۲۵	۰/۲۳۱	۰/۵۱۴	۰/۱۹۲	۰/۰۱۶	۰/۰۱۱	۰/۰۳۵	۰/۱۵۲	۰/۰۱۰
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	(۲۱/۷۱) ۳۳/۱۱	۶/۱ (۴/۲۵)	۳/۶۹ (۲/۵۷)	۱/۴۴ (۱/۷)	(۳/۱۶) ۳/۸۱	(۳/۲۱) ۳/۸۴	(۳/۵۹) ۴/۱۴	۳/۲۷ (۲/۶۹)	۶/۸۳ (۶/۱۳)
	دیپلم	(۱۹/۴۵) ۳۶/۱۶	(۴/۰۶) ۶/۸۲	۳/۴۶ (۲/۱۵)	(۱/۶۲) ۱/۴۰	(۲/۸۶) ۴/۴۵	(۳/۲۴) ۴/۲۰	(۳/۵۲) ۴/۵۷	۳/۸۲ (۳/۵۵)	(۵/۴۰) ۷/۴۷
	فوق‌دیپلم	(۲۳/۲۰) ۳۲/۷۶	(۳/۷۷) ۶/۰۰	۳/۵۶ (۲/۹۶)	(۱/۵۸) ۱/۶۰	(۳/۰۷) ۳/۴۸	(۲/۹۷) ۲/۹۲	(۵/۲۵) ۵/۲۴	۳/۰۴ (۲/۲۶)	۶/۹۲ (۵/۶۵)
	کارشناسی و بالاتر	(۲۰/۷۷) ۳۳/۰۳	(۴/۲۵) ۶/۳۵	۳/۰۳ (۲/۳۱)	(۱/۵۲) ۱/۴۵	(۳/۰۱) ۳/۹۶	(۳/۳۳) ۳/۴۸	۴/۸۰ (۳/۴)	۲/۸۳ (۲/۷۰)	(۵/۵۳) ۷/۰۹
	P value**	۰/۶۷۶	۰/۶۲۸	۰/۱۸۹	۰/۹۶۱	۰/۳۶۲	۰/۲۲۶	۰/۴۰۴	۰/۱۰۱	۰/۸۸۰
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	(۲۲/۷۲) ۳۵/۷۷	(۴/۳۸) ۶/۴۹	۳/۸۶ (۲/۷۵)	(۱/۷۱) ۱/۶۵	(۳/۱۱) ۳/۹۷	(۳/۲۲) ۴/۲۳	(۳/۹۵) ۴/۵۷	۳/۵۹ (۳/۲۰)	(۶/۱۳) ۷/۳۳
	دیپلم	(۲۰/۸۱) ۳۹/۲۳	(۴/۲۳) ۷/۲۷	۳/۷۷ (۲/۰۳)	(۱/۸۰) ۱/۷۹	(۳/۵۶) ۵/۰۶	(۳/۵۹) ۴/۵۶	(۳/۴۳) ۵/۱۷	۳/۳۲ (۲/۸۶)	(۵/۹۵) ۸/۳۰
	فوق‌دیپلم	(۱۲/۹۱) ۳۲/۱۱	(۲/۹۷) ۶/۰۷	۳/۰۴ (۱/۵۳)	(۱/۱۹) ۱/۱۸	(۲/۱۳) ۳/۸۲	(۲/۷۶) ۳/۵۴	(۲/۴۹) ۳/۹۶	۳/۸۲ (۲/۲۸)	۶/۶۸ (۳/۸۱)
	کارشناسی و بالاتر	(۱۹/۶۵) ۲۹/۱۲	(۴/۰۷) ۵/۷۵	۲/۷۹ (۲/۳۳)	(۱/۳۷) ۱/۱۰	(۲/۵۸) ۳/۴۲	(۲/۹۵) ۲/۸۳	(۳/۶۸) ۴/۲۹	۲/۷۳ (۲/۷۸)	(۵/۳۲) ۶/۲۱
	P value**	۰/۰۰۴	۰/۰۷۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۰	۰/۰۷۷	۰/۰۶۶
شغل پدر	بیکار	(۲۰/۴۶) ۳۱/۴۰	(۳/۵۳) ۵/۹۳	۳/۸۳ (۲/۱۲)	۱/۶ (۱/۹۹)	۳/۵ (۳/۵)	(۳/۲۸) ۴/۵۷	(۳/۷۶) ۳/۱۳	۲/۷۳ (۲/۸۶)	۶/۱ (۵/۵۲)
	آزاد	(۲۲/۰۱) ۳۶/۴۰	(۴/۳۳) ۶/۶۴	۳/۵۷ (۲/۵۲)	(۱/۶۳) ۱/۶۸	(۳/۱۸) ۴/۲۶	(۳/۳۷) ۴/۰۸	(۳/۸۷) ۵/۰۴	۳/۴۷ (۳/۰۶)	۷/۶۲ (۶/۱۶)
	کارمند	(۱۹/۰۷) ۳۰/۸۶	(۴/۰۳) ۶/۰۵	۳ (۲/۳۲)	(۱/۴۲) ۱/۰۸	(۲/۶۹) ۳/۷۲	(۳/۰۷) ۳/۱۳	(۳/۲۶) ۴/۲۳	۳/۱۲ (۲/۸)	(۵/۰۲) ۶/۵۲
	کادر درمان	(۱۸/۲۸) ۳۰/۴۲	(۴/۵۲) ۶/۴۲	۳/۳۳ (۱/۹۷)	(۱/۳۱) ۱/۰۸	(۲/۵۴) ۴/۰۸	(۱/۸۸) ۲/۵۸	(۴/۷۲) ۳/۹۲	۲ (۱/۷۱)	۷ (۴/۴۳)
	P value**	۰/۱۰۲	۰/۶۰۳	۰/۱۴۳	۰/۰۰۸	۰/۳۴۸	۰/۰۱۹	۰/۰۲۵	۰/۲۱۸	۰/۲۸۱
شغل مادر	خانه‌دار	(۲۰/۴۱) ۳۳/۵۴	(۴/۰۳) ۶/۱۸	۳/۴۰ (۲/۳۶)	(۱/۵۹) ۱/۳۳	(۲/۹۸) ۳/۸۹	(۳/۲۹) ۳/۷۴	(۳/۶۴) ۴/۴۱	۳/۳۸ (۳/۰۳)	(۵/۸۲) ۷/۱۷
	آزاد	(۱۹/۲۳) ۳۹/۸۱	(۴/۵۵) ۸/۳۳	۳/۸۶ (۲/۶۵)	(۱/۴۱) ۲/۱۰	(۲/۸۰) ۴/۷۱	(۲/۴۸) ۴/۶۷	(۳/۹۲) ۵/۴۸	۳/۵۲ (۲/۹۸)	(۴/۸۹) ۷/۱۴
	کارمند	(۲۰/۱۱) ۳۲/۷۷	(۴/۰۰) ۶/۴۵	۳/۲۴ (۲/۵۵)	(۱/۶۴) ۱/۵۹	(۳/۱۷) ۴/۲۹	(۲/۸۹) ۳/۴۴	(۳/۱۲) ۴/۵۲	۲/۷۴ (۲/۲۳)	۶/۵ (۴/۸۳)
	کادر درمان	(۲۸/۴۳) ۳۴/۶۷	(۵/۳۸) ۶/۲۹	۳/۲۱ (۲/۴۷)	(۱/۷۶) ۱/۶۳	(۳/۳۷) ۳/۷۵	(۳/۲۵) ۳/۷۱	(۴/۷۳) ۵/۴۲	۲/۸۸ (۳/۴۶)	(۷/۱۶) ۷/۷۹
	P value**	۰/۵۷۹	۰/۱۵۷	۰/۷۶۰	۰/۱۳۸	۰/۵۲۴	۰/۵۲۰	۰/۳۷۸	۰/۳۸۹	۰/۷۷۱
سطح درآمد	کمتر از ۵ میلیون تومان	(۲۱/۶۳) ۵۳/۵۴	(۴/۱۸) ۶/۳۳	۳/۶۳ (۲/۴۳)	(۱/۷۶) ۱/۵۸	(۳/۰۹) ۳/۸۸	(۳/۳۸) ۴/۱۱	(۳/۸۷) ۴/۴۱	۳/۳۵ (۳/۰۷)	(۶/۱۲) ۷/۱۹
	۵ تا ۱۰ میلیون تومان	(۱۹/۳) ۳۵/۴۴	(۴/۲۳) ۶/۷۹	۳/۳۶ (۲/۳۳)	(۱/۴۹) ۱/۴۱	(۳/۱۰) ۴/۳۶	(۳/۰۵) ۳/۷۴	(۳/۳۹) ۴/۸۳	۳/۳۸ (۲/۷۲)	(۵/۲۷) ۷/۵۷
	بیش از ۱۰ میلیون تومان	(۲۲/۱) ۲۷/۲۵	(۳/۷۹) ۵/۲۵	۲/۷۵ (۲/۵۲)	(۱/۳۹) ۱/۱۳	۳/۳۲ (۲/۵)	(۳/۲۵) ۲/۶۶	(۳/۶۷) ۴/۲۳	۲/۴۹ (۳/۰۰)	(۵/۳۰) ۵/۴۲
	P value**	۰/۰۴۱	۰/۰۶۷	۰/۰۷۳	۰/۱۹۷	۰/۰۷۹	۰/۰۱۹	۰/۴۶۶	۰/۱۳۲	۰/۰۵۷

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

ادامه جدول ۳

فوت یکی از والدین	بله	(۲۷/۸۲) ۴۶/۵۴	(۴/۹۶) ۶/۸۲	۴/۴۵ (۳/۱۱)	(۱/۴۴) ۱/۴۵	(۴/۲۷) ۶/۳۶	۵/۶۴ (۳/۸)	(۴/۴۷) ۶/۲۷	۳/۷۳ (۲/۴۱)	(۷/۹۶) ۱۱/۸۲
	خیر	(۲۰/۵۴) ۳۳/۴۴	(۴/۱۵) ۶/۳۵	۳/۳۵ (۲/۳۸)	(۱/۶۱) ۱/۴۴	(۲/۹۶) ۳/۹۳	(۳/۲۲) ۳/۶۸	۴/۵ (۳/۶۱)	۳/۲۲ (۲/۹۴)	(۵/۵۵) ۶/۹۴
	P value*	۰/۱۵۱	۰/۷۱۴	۰/۱۳۶	۰/۹۸۳	۰/۰۸۹	۰/۰۴۹	۰/۱۱۳	۰/۵۷۳	۰/۰۷۰
سابقه‌ی طلاق والدین	بله	(۲۲/۹۶) ۴۲/۰۰	۷/۲ (۳/۹۰)	۴/۵۵ (۲/۲۴)	(۲/۱۵) ۲/۲۵	(۳/۹۹) ۵/۱۵	(۲/۹۰) ۵/۷۰	(۴/۱۱) ۴/۴۵	۳/۴۰ (۲/۶۴)	(۷/۲۰) ۹/۳۰
	خیر	(۲۰/۶۸) ۳۳/۳۶	(۴/۱۸) ۶/۳۱	۳/۳۲ (۲/۴۱)	(۱/۵۶) ۱/۴۰	(۲/۹۶) ۳/۹۴	(۳/۲۴) ۳/۶۲	(۳/۶۲) ۴/۵۶	۳/۲۳ (۲/۸۵)	۶/۹۶ (۵/۵۷)
	P value*	۰/۰۷۲	۰/۳۵۶	۰/۰۲۶	۰/۰۲۱	۰/۱۹۵	۰/۰۰۵	۰/۸۹۳	۰/۷۹۷	۰/۱۶۸
سابقه‌ی ابتلای نزدیکان به کرونا	بله	(۲۰/۷۶) ۳۶/۴۶	(۴/۰۵) ۶/۷۴	۳/۵۱ (۲/۴۸)	۱/۶ (۱/۷)	(۳/۱۱) ۴/۳۶	(۳/۳۹) ۴/۰۴	(۳/۵۸) ۴/۹۶	۳/۵۳ (۳/۱)	(۵/۶۷) ۷/۷۲
	خیر	(۲۰/۲۲) ۲۸/۶۸	(۴/۳۱) ۵/۶۴	۳/۱۴ (۲/۲۵)	(۱/۳۶) ۱/۱۵	(۲/۷۵) ۳/۳۱	(۲/۸۹) ۳/۱۵	(۳/۶۶) ۳/۷۶	۲/۶۶ (۲/۴۷)	(۵/۵۴) ۵/۸۶
	P value*	۰/۰۰۱	۰/۰۱۸	۰/۱۶۵	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۹	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳
سابقه‌ی فوت نزدیکان به دلیل کرونا	بله	(۲۴/۵۰) ۳۹/۴۳	(۴/۳۵) ۶/۶۶	۳/۷۳ (۲/۶۵)	۱/۷ (۱/۷۸)	(۳/۴۶) ۴/۶۶	۴/۷ (۳/۶۸)	(۴/۰۱) ۵/۲۱	۴/۲ (۳/۶۸)	(۶/۵۵) ۸/۵۷
	خیر	(۲۰/۰۱) ۳۲/۸۱	(۴/۱۴) ۶/۳۱	۳/۳۲ (۲/۳۶)	۱/۴ (۱/۵۷)	(۲/۹۳) ۳/۸۸	(۳/۱۴) ۳/۵۶	(۳/۵۷) ۴/۴۴	۳/۰۶ (۲/۷۴)	(۵/۴۸) ۶/۸۲
	P value*	۰/۰۶۱	۰/۵۶۲	۰/۲۴۳	۰/۲۰۱	۰/۱۱۷	۰/۰۳۴	۰/۱۴۲	۰/۰۳۱	۰/۰۶۳

* Two independent sample t-test
** One-Way ANOVA

بر اساس نتایج جدول ۳، رتبه‌ی تولد، تحصیلات پدر، سطح درآمد خانواده و سابقه‌ی ابتلای نزدیکان کودک به کرونا با مشکلات کلی عاطفی‌رفتاری کودک در دوران پاندمی کووید۱۹ ارتباط معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۵). همچنین، بین جنسیت کودک و گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری، بین تحصیلات کودک و گوشه‌گیری و شکایات جسمانی، بین رتبه‌ی تولد و رفتار پرخاشگری، مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی ارتباط معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۵). بین شغل و تحصیلات مادر و مشکلات کودک ارتباطی دیده نشد؛ اما بین تحصیلات پدر و گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی و مشکلات تفکر و بین شغل پدر و شکایات جسمانی و مشکلات توجه و تفکر ارتباط وجود داشت (P<۰/۰۵). همچنین، بین سطح درآمد و مشکلات تفکر، بین سابقه‌ی فوت یکی از والدین و مشکلات تفکر، بین سابقه‌ی طلاق والدین و گوشه‌گیری، شکایات جسمانی و مشکلات تفکر و نیز بین سابقه‌ی فوت یکی از نزدیکان کودک در اثر ابتلا به کرونا و رفتار قانون‌شکنی و مشکلات تفکر ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (P<۰/۰۵). همچنین، بین سابقه‌ی ابتلای نزدیکان کودک به کرونا و همه‌ی حیطه‌ها به‌جز گوشه‌گیری / افسردگی، ارتباط معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۵).

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان ۶ تا ۱۸ساله‌ی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان بروجرد در دوران پاندمی کووید۱۹ انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، بالاترین میانگین مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان در دوران همه‌گیری بیماری کرونا مربوط به ابعاد اضطراب / افسردگی، مشکلات توجه و رفتار پرخاشگرانه بود. از این میان، ترس، تحریک‌پذیری، بی‌قراری و نیاز به جلب توجه بیشترین موارد مشاهده‌شده در کودک بود که والدین گزارش کردند.

در این راستا، مطالعه‌ی Spinelli و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که شیوع مشکلات رفتاری در کودکان ۷/۲۳ درصد، علائم عاطفی ۷/۰۹ درصد و علائم بیش‌فعالی و کم‌توجهی ۸/۹۰ درصد است [۹]. Jiao (۲۰۲۰) وجود مشکلات روانی نظیر ترس، چسبیدن به والدین، بی‌توجهی، و تحریک پذیری در کودکان خردسال را در طی همه گیری کووید۱۹ گزارش کرد [۱۴]. نتایج مطالعه‌ی Liu و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که شیوع مشکلات رفتاری ۷ درصد، بی‌توجهی و بیش فعالی ۶/۳ درصد، مشکل در ارتباط با همسالان ۶/۶ درصد، رفتارهای نامطلوب اجتماعی ۱۰/۳ درصد و علائم عاطفی‌هیجانی۴/۷ درصد بود [۶]. نتایج پژوهش Duan و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که سطح اضطراب کودکان ۱۵/۷۹±۲۳/۸۷ و سطح اضطراب نوجوانان ۱۹/۷۹±۲۹/۲۷ بود. بیشترین علائم اضطراب در کودکان شامل اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، فوبیای اجتماعی، اختلالات پانیک و اختلالات وسواس بود [۳]. در مطالعه‌ی Loades و همکاران (۲۰۲۰)، گزارش شده است که کودکان و نوجوانان در دوره‌ی قرنطینه‌ی اجباری و احتمالا بعد از آن، افسردگی و اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند [۱۵]. نتایج مطالعه‌ی Avila و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که شیوع اضطراب با استفاده از مقیاس CAQ، ۴/۱۹ درصد و بر اساس NRS، ۸/۲۱ درصد

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

بود [۱۶]. چوبداری و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ی خود، بیان کردند که افزایش مشکلات رفتاری، مشکلات مربوط به خودتنظیمی، اضطراب و ترس، مشکلات مربوط به سازگاری و راهبردهای مقابله‌ای، تجربه‌ی بدرفتاری و آزار هیجانی، افزایش شدت اختلال‌های روانی و افسردگی و استرس پس از آسیب از پیامدهای روان‌شناختی شیوع بیماری کووید۱۹ برای کودکان به شمار می‌رود [۱۰]. همچنین، مطالعه‌ی امیدی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که افزایش مشکلات اضطراب و ترس، افزایش مشکلات رفتاری و هیجانی، تجربه‌ی بدرفتاری و آزار هیجانی، افزایش اضطراب و استرس پس از آسیب از پیامدهای منفی بر سلامت روان کودکان در دوران شیوع بیماری کووید۱۹ به شمار می‌آید [۱۷]. مطالعه‌ی Roccella (۲۰۲۰) نشان داد که سطح استرس پس از سانحه در کودکانی که قرنطینه بودند، چهار برابر بیشتر از کودکانی بود که قرنطینه نشده بودند [۱۸]. رنجبر و همکاران (۲۰۲۱) مطالعه ای را با هدف تعیین تأثیر تعطیلی مدارس در جریان همه‌گیری کووید۱۹ بر نگرش و الگوی خواب دانش‌آموزان جنوب ایران انجام دادند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، پژوهشگران بیان کردند که قرنطینه‌ی ناشی از پاندمی کووید۱۹ بر جنبه‌های مختلف سبک زندگی کودکان، به‌ویژه ساعات تماشای صفحه‌نمایش و تغییر در ساعات و الگوی خواب آنان اثر گذاشته است [۱۹].

با توجه به نتایج مطالعات و همان‌طور که پیش از این اشاره شد، ترس از بیماری و مرگ، انتشار شایعات، تداخل در فعالیت‌های روزمره، دور شدن از فضای مدرسه و نداشتن ارتباط با دوستان، محدود شدن بازی به خانه و دور شدن از تفریحات باعث می‌شود که اغلب کودکان در زمان قرنطینه، دچار مشکلات عاطفی‌رفتاری نظیر افزایش اضطراب و پرخاشگری شوند. این امر اهمیت توجه به سلامت روان کودکان و نوجوانان را در زمان همه‌گیری بیماری کووید۱۹ دوچندان می‌کند. بروز علائم روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان و مداخله نکردن به‌موقع و مناسب برای برطرف کردن آن‌ها ممکن است آسیب‌های ماندگار و جبران‌ناپذیری در سلامت روانی این گروه سنی ایجاد کند و به بروز مشکلات پیچیده‌تری در بزرگ‌سالی منجر شود.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که بین رتبه‌ی تولد، تحصیلات پدر، سطح درآمد خانواده و سابقه‌ی ابتلای نزدیکان کودک به کرونا و مشکلات کلی عاطفی‌رفتاری کودک در دوران پاندمی کووید۱۹، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در این راستا، نتایج مطالعه‌ی مروری شهیاد و محمدی (۲۰۲۱) نشان داد که فاکتورهایی مانند ترس طولانی‌مدت از ابتلا به ویروس، کاهش ارتباط با افراد در فضای آموزشی، کمبود فضای مناسب خانه، احساس ناکامی و کسالت و در نهایت، مشکلات مالی والدین از عوامل مهمی هستند که ممکن است تأثیرات درخور توجهی بر سلامت روانی کودکان در طی پاندمی کووید۱۹ ایجاد کند [۲۰]. بر اساس مطالعه‌ی رضایی و همکاران (۲۰۲۰)، می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر روانی قرنطینه‌ی خانگی ناشی از پاندمی کووید۱۹ در والدین می‌تواند بر اضطراب و افسردگی کودکان تأثیر مخربی بگذارد [۲۱]. مطالعه‌ی شیرزادی و همکاران (۲۰۲۰) با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب کرونا در مادران و پرخاشگری کودکان در ایام قرنطینه، نشان داد که بین اضطراب کرونا در مادران و پرخاشگری کودکان رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و با ارائه‌ی مداخلات برای کاهش اضطراب ناشی از بیماری کرونا در مادران می‌توان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان را کاهش داد [۲۲]. همچنین، مطالعه‌ی گودرزی و همکاران (۲۰۲۲) نیز بیانگر ارتباط مثبت و معنی‌دار بین اضطراب ناشی از پاندمی کووید۱۹ در مادران و اضطراب آشکار و بعد فیزیولوژیکی، بعد حساسیت افراطی و تمرکز و بعد نگرانی کودکان ابتدایی بود [۲۳]. بنابر نتایج ذکرشده، در زمان شیوع بیماری، بروز مشکلات شغلی و پیامدهای اقتصادی آن، کاهش روابط اجتماعی و همچنین، کمبود فضای مناسب در خانه و فقدان مهارت والدین برای پر کردن اوقات فراغت کودکان باعث ایجاد احساس اضطراب و خستگی در والدین می‌شود و این امر ممکن است به‌طور مستقیم، بر کودک و نوجوان اثر بگذارد و به تشدید مشکلات رفتاری این رده‌ی سنی منجر شود. در نتیجه، نحوه‌ی برقراری ارتباط مناسب و صحیح با کودک و نوجوان، آموزش مهارت‌های مختلف به کودک، انجام بازی‌های مشترک و استفاده از خدمات مشاوره‌ای در صورت لزوم و مداخلاتی از این دست می‌توانند راهکارهای آموزشی برای والدین به‌منظور کاهش مشکلات عاطفی‌رفتاری کودکان در دوران قرنطینه باشند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی و بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر و مطالعات مشابه، می‌توان گفت که پاندمی ناشی از کووید۱۹ به بروز مشکلات عاطفی‌رفتاری مختلفی در کودکان منجر شده است. همچنین، وضعیت والدین و ابتلای نزدیکان به کرونا بر شدت بروز این مشکلات تأثیر می‌گذارد. بنابراین، شناسایی پیامدهای روان شناختی ناشی از بیماری کووید۱۹ در کودکان برای کاهش شیوع و همچنین، افزایش آمادگی برای مواجهه و مداخله‌ی زودهنگام به‌منظور درمان این پیامدها ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این مطالعه کم بودن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی به‌دلیل شیوع بیماری بود که باعث طولانی شدن مدت نمونه‌گیری شد. همچنین، نداشتن وقت و حوصله‌ی کافی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌علت تعداد بالای سؤالات از دیگر محدودیت‌های اجرای مطالعه به شمار می‌آمد که با دادن توضیحات لازم و جلب مشارکت والدین سعی شد تا حد امکان کنترل شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرحی تحقیقاتی است که در تاریخ ۲۳ تیر ۱۴۰۰ با کد طرح ۲۱۵۰-۱۳۹۷-۱-۹۹ در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان به

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]

تصویب رسید. بدین‌وسیله، از تمام والدین کودکان مورد مطالعه و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این طرح یاری کردند، سپاس فراوان به عمل می‌آید.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی را نویسندگان بیان نکرده‌اند.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان امور مربوط به نگارش مقاله و پیگیری های آن را به عهده داشته اند.

ملاحظات اخلاقی

این طرح در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان بررسی و با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1400.139 تأیید شد. تمام ملاحظات اخلاقی لازم، نظیر اخذ رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات و...، در طول مطالعه رعایت شده است.

حمایت مالی

برای اجرای پژوهش از هیچ گونه حمایت مالی استفاده نشده ا ست.

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). (2020, 30 January). Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
2. Biscayart C, Angeleri P, Lloveras S, Chaves TDSS, Schlagenhauf P, Rodríguez-Morales AJ. The next big threat to global health? 2019 novel coronavirus (2019-nCoV): What advice can we give to travellers? - Interim recommendations January 2020, from the Latin-American society for Travel Medicine (SLAMVI). *Travel Med Infect Dis*. 2020;**33**:101567. PMID:32006657 DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101567.
3. Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, Zhu G. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *J Affect Disord*. 2020;275:112-118. PMID: 32658812 DOI:10.1016/j.jad.2020.06.029
4. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;**4**(5):346-347. PMID: 32243784 DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30097-3
5. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child Adolesc *Psychiatry Ment Health*. 2020;**14**:20. PMID: 32419840 DOI: 10.1186/s13034-020-00329-3
6. Liu Q, Zhou Y, Xie X, Xue Q, Zhu K, Wan Z, Wu H, Zhang J, Song R. The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in china. *J Affect Disord*. 2021;279:412-416. PMID: 33099056 DOI: 10.1016/j.jad.2020.10.008
7. Ye J. Pediatric Mental and Behavioral Health in the Period of Quarantine and Social Distancing With COVID-19. JMIR Pediatr Parent. 2020;**3**(2):e19867. PMID: 32634105 DOI: 10.2196/19867
8. Grechyna D. Health threats associated with children lockdown in Spain during COVID-19. Available at SSRN 3567670. 2020. DOI: 10.2139/ssrn.3567670
9. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol*. 2020;11:1713. PMID: 32719646 DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01713
10. Chobdari A, Nikkho F, Foladi F. Implicit consequences of the new coronavirus (Covid 19) in children: A systematic review study. [Persian].*Journal of Quarterly of Educational Psychology*. 2020; **16**(56):51-63.
11. Tm A. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991.
12. Minaee A. Adaptation and standardization of Akhenbach's child behavioral list, questionnaire. [in persian].Research on Exceptional Children. 2006;**19**(1): 529-558. DOI: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.3.6
13. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan.[in Persian]. *IJPCP*. 2010; **17**(1): 60-70.
14. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, Somekh E. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. 2020;**221**:264-266.e1. PMID: 32248989 DOI:10.1016/j.jpeds.2020.03.013
15. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;**59**(11):1218-1239.e3. PMID:32504808 DOI: 10.1016/j.jaac.2020.05.009
16. Garcia de Avila MA, Hamamoto Filho PT, Jacob FLDS, Alcantara LRS, Berghammer M, Jenholt Nolbris M, Olaya-Contreras P, Nilsson S. Children's Anxiety and Factors Related to the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Study Using the Children's Anxiety Questionnaire and the Numerical Rating Scale. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;**17**(16):5757. PMID:32784898 DOI: 10.3390/ijerph17165757
17. Omidi T, Mahdi-Akhgar M. The Effect of COVID-19 Outbreak on Children's Stress and Anxiety: A Systematic Review Study. *Pajouhan Scientific Journal*. 2022;**20**(1):57-62. DOI: 10.52547/psj.20.1.1
18. Roccella, M. Children and Coronavirus Infection (Covid-19): What to Tell Children to Avoid Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). *The Open Pediatric Medicine Journal* .2020; **10** (1): 14-19. DOI: 10.2174/1874309902010010001
19. Ranjbar K, Hosseinpour H, Shahriarirad R, Ghaem H, Jafari K, Rahimi T, Mirahmadizadeh A, Hosseinpour P. Students' attitude and sleep pattern during school closure following COVID-19 pandemic quarantine: a web-based survey in south of Iran. *Environ Health Prev Med*. 2021;26(1):33. PMID: 33691642 DOI: 10.1186/s12199-021-00950-4
20. Shahyad S, Mohammadi MT. Strategies to Promote the Mental Health of Children and Teenagers during the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. *Journal of Marine Medicine*. 2021;**3**(4):142-52. DOI:10.30491/3.4.142
21. Rezaei S, Sameni Toosarvandani A , Zebardast A. Effect of COVID-19-induced Home Quarantine on Parental Stress and its Relationship With Anxiety and Depression Among Children in Guilan Province. [in persian]. *Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology*. 2020; **26**(3):280-292. DOI: 10.32598/ijpcp.26.3402.1
22. Shirzadi P, Amini Shirazi N, Asgharpour Lashkami Z, Relationship between Corona Anxiety in Mothers and Parent -Child Interaction and Children's Aggression during Quarantine Days. [in persian].*Journal of Family Research*.2020; **16**(2): 139-154.
23. Godarzi H, Ghasemi F, Valizadeh F, Mohammadi R. Investigating the relationship between mothers' anxiety caused by the covid-19 pandemic and children's anxiety in elementary schools in Borujerd city in 1401. [in persian].20th Congress on Pediatric Nursing; October; Tehran 2022.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/psj.21.4.224]