

روان‌شناسی سلامت و بحران پاندمی ویروس کرونا (کووید ۱۹): یک مطالعه‌ی مروری

رضا باقریان سرارودی^۱، احمد علی پور^۲، بهاره میراحمدی^۳

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: شیوع بیماری کرونا (کووید ۱۹) علاوه بر تأثیرات جسمی، سبب پیامدهای روان‌شناختی جدی شده است. هدف از انجام این مطالعه، مرور اجمالی پیامدهای روان‌شناختی بحران پاندمی بیماری کووید ۱۹ و راه‌کارهای روان‌شناسی سلامت در مقابله با این بحران است.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مروری که در فروردین سال ۱۳۹۹ انجام شد، از مقالات نمایه شده درباره‌ی روان‌شناسی و کرونا در پایگاه‌های اطلاعاتی Proquest, PubMed, Scientific Information Database (SID), Ovid, Science direct, Iranmedex, Springer, Google Scholar و Scopus استفاده شد.

یافته‌ها: با مرور منابع معتبر مشخص شد که پیامدهای روان‌شناختی بیماری کووید-۱۹ در پرسنل درمانی و مراقبت‌های بهداشتی، مردم عادی، بیماران مبتلا، خانواده‌ی بیماران مبتلا و کودکان متفاوت است.

نتیجه‌گیری: در چشم‌انداز روان‌شناسی سلامت، راهبردهای مراقبتی برای طیف مختلف افراد و در نهایت، کاهش اثرات قرنطینه رایج شده است. همچنین، شواهد پژوهشی سایکونورواایمونولوژیکال مبنی بر تأثیر استرس و پیامدهای منفی روان‌شناختی بر عملکرد سیستم ایمنی افراد و آسیب‌پذیری بیشتر در برابر ویروس کرونا مورد بحث قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: بیماری کووید ۱۹؛ قرنطینه؛ روان‌شناسی؛ جنبه‌های روانی اجتماعی

ارجاع: باقریان سرارودی رضا، علی‌پور احمد، میراحمدی بهاره. روان‌شناسی سلامت و بحران پاندمی ویروس کرونا (کووید ۱۹): یک مطالعه‌ی مروری. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۹؛ ۳۸ (۵۷۰): ۲۲۶-۲۱۶

مقدمه

جهان در دو دهه‌ی گذشته، شیوع سه نوع کروناویروس را به خود دیده است. سندرم تنفسی حاد شدید (Severe acute respiratory syndrome یا SARS) نخستین بار در نوامبر ۲۰۰۲ در گوانگ‌دونگ چین گزارش شد. شیوع جهانی SARS در اوایل مارس ۲۰۰۳ زمانی که موارد زیادی از این بیماری در هنگ‌کنگ، سنگاپور، هانوی، کانادا، ایالات متحده‌ی آمریکا، انگلستان و مکان‌های دیگری گزارش شد، آغاز گردید (۱-۲). در دوران شیوع بیماری SARS، علاوه بر مخاطرات سلامت جسمی، مشکل روان‌شناختی جدیدی نیز پدیدار گشت که با اصطلاح فوبی SARS شناخته می‌شد. این ویروس، در ۲۹ منطقه گزارش شد و موجب ابتلای ۸۰۰۰ نفر و مرگ ۷۷۰ نفر

شد (۳). بیماران دچار SARS، احساساتی نظیر ترس، تنهایی، کسالت و خشم را گزارش می‌کردند و درباره‌ی اثرات قرنطینه و سرایت به اعضای خانواده و دوستان خود نگران بودند (۴). ۹ سال بعد، در سال ۲۰۱۲ سندرم تنفسی خاورمیانه توسط کروناویروس جدیدی (MERS-CoV) Middle east respiratory syndrome-CoV در عربستان شناسایی شد. تا ژوئن ۲۰۱۴، تعداد ۷۱۴ نفر با نرخ مرگ و میر ۴۰/۸ درصد و تعداد ۴۴۰ مبتلا در دسامبر ۲۰۱۵ گزارش شد (۵). بیشتر مبتلایان به MERS به پنومونی شدید، سندرم دیسترس تنفسی حاد و آسیب‌های حاد کلیه دچار شده بودند (۶). اگر چه اغلب موارد، ابتلای خفیفی داشتند، اما شیوع دو نوع بتاکرونا ویروس یعنی SARS و MERS موجب ابتلای بیش از ۱۰۰۰۰ نفر و نرخ مرگ و میر

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه علوم انسانی، دانشگاه تهران، پردیس بین‌الملل کیش، کیش، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: احمد علی‌پور؛ استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران

۱۰ درصد برای SARS و ۳۷ درصد برای MERS طی دو دهه‌ی گذشته شد.

در دسامبر ۲۰۱۹ نیز عده‌ی زیادی از بیماران مبتلا به پنومونی با سبب‌شناسی ناشناخته در ووهان چین مشاهده شدند. یک هفته بعد از بررسی این بیماران، کروناویروس جدید (SARS-CoV-2) گزارش شد. این ویروس نسبت به دو ویروس قبلی افراد بیشتری را مبتلا ساخت. گفته شده است نرخ مرگ و میر این ویروس در حدود ۲-۳ درصد است، اما هنوز به خوبی روشن نیست. هر چند نرخ مرگ و میر آن نسبت به MERS پایین‌تر است، اما به دلیل موارد مبتلای بیشتر، ویروس کووید ۱۹ موجب مرگ و میر بیشتری نسبت به دو ویروس قبلی می‌شود. از ویروس کووید ۱۹ نیز روایت‌های متفاوتی می‌شود و خواهد شد. از آن جایی که SARS و MERS نیز رفتارهای متفاوتی داشتند، این ویروس جدید نیز به احتمال زیاد ویژگی‌های متفاوتی دارد که با گذشت زمان اطلاعات بیشتری به دست خواهد آمد (۷).

علائم بیماران مبتلا به COVID-19 در ابتدا، به طور عمده با تب، سرفه، لرز، درد عضلانی یا خستگی شروع می‌شود و سپس، ممکن است همراه با علائم تنفسی باشد. خلط، سردرد، تهوع، اسهال و تنگی نفس از علائم شایع این بیماری هستند (۸). بیشتر بیماران، شکل رایج و خفیف بیماری را تجربه می‌کنند، اما در حدود ۲۰-۱۵ درصد بیماران دچار علائم جدی شده و در دسته‌ی بیماران شدید جای می‌گیرند. این دسته از بیماران، نیازمند اکسیژن‌رسانی به عنوان بخشی از درمان می‌باشند (۹). نرخ مرگ و میر در مبتلایان با علائم شدید، بالاتر است و اغلب این بیماران از سنین بالا و با بیماری‌های زمینه‌ای نظیر دیابت و یا بیماران کاندیدای جراحی هستند (۱۰). بیشتر مبتلایان مرد می‌باشند و بیماران با علائم شدید، اغلب دچار فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی-عروقی نیز می‌باشند. درجات متفاوتی از ناهنجاری‌های ریوی نیز در همه‌ی بیماران وجود دارد که از طریق سی تی اسکن تشخیص داده می‌شود (۸).

در حال حاضر، با فقدان اطلاعات روشن آسیب‌شناسی پنومونی کرونا در زمینه‌ی کالبدشکافی یا بافت‌برداری مواجه هستیم. دلایل آن می‌تواند شیوع ناگهانی، حجم گسترده‌ی بیماران بستری، کمبود کادر درمانی و نرخ بالای خطر انتقال بیماری باشد. این موضوع، موجب اولویت تشخیص بالینی بر سایر شیوه‌های تشخیصی شده است (۱۰). انتقال بیماری به طور عمده به صورت فرد به فرد و از طریق قطرات کوچک طی سرفه یا عطسه، تماس فردی یا تماس با سطوح آلوده صورت می‌گیرد (۷).

اقدامات مهار کننده بر شناسایی، درمان و جداسازی افراد مبتلا، ردیابی و قرنطینه کردن نزدیکان و ارتقای رفتارهای پیش‌گیرانه در بین

جمعیت عمومی متمرکز بوده است. در نتیجه، پاسخ‌های روان‌شناختی و رفتاری مردم نقش کلیدی و مهمی در کنترل بیماری دارند (۱۱). علاوه بر این، مطالعات همه‌گیری ویروس SARS همبندی اختلالات روان‌پزشکی با این بیماری را نشان می‌داد (۱۲). شیوع ناگهانی و سرعت ابتلا به ویروس کووید-۱۹ موجب اضطراب، افسردگی و سایر واکنش‌های مرتبط با استرس می‌شود (۱۳). بیشتر مطالعات مربوط به این ویروس، بر شناسایی همه‌گیرشناسی و خصوصیات بالینی مبتلایان تمرکز کرده‌اند و کمتر به جنبه‌های روان‌شناختی این بیماری در اوج دوران همه‌گیری پرداخته شده است. رفتار انسان در سرعت گسترش کووید ۱۹ و پیامدهای ناشی از آن همچون مرگ و میر بسیار تعیین کننده است. از این رو، روان‌شناسی سلامت، یکی از حوزه‌های محوری سلامت عمومی مرتبط با این ویروس است. افزایش مراجعه به مراکز خدمات پزشکی در زمان همه‌گیری SARS و عدم استفاده از واکسن H1N1 (Influenza A virus subtype H1N1)، بیانگر اهمیت راهکارهای روان‌شناسی سلامت در حوزه‌ی سلامت می‌باشد (۱۴). از این رو، در مطالعه‌ی حاضر به بررسی نقش روان‌شناسی سلامت در بحران کرونا پرداخته شد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مروری در فروردین سال ۱۳۹۹ با استفاده از واژه‌های کرونا، کووید ۱۹، پاندمی، اپیدمی، قرنطینه، روان‌شناسی، روانشناسی سلامت، جنبه‌های روانی اجتماعی، استرس، اضطراب، ترس و سوگ و مقالات نمایه‌شده با این واژگان در پایگاه‌های اطلاعاتی Proquest، Ovid، Scientific Information Database Pubmed، Ovid، Google Scholar، Springer، Science direct، Iranmedex و Scopus انجام شد. مقالاتی مورد استفاده قرار گرفتند که از ابتدای پاندمی کرونا یعنی از دسامبر ۲۰۱۹ تا ۱۹ آوریل ۲۰۲۰ (۳۱ فروردین ۱۳۹۹) به زبان انگلیسی یا فارسی چاپ شده بودند.

یافته‌ها

از چشم‌انداز روان‌شناسی سلامت، اثرات روانی-اجتماعی بیماری کرونا را می‌توان به اثرات کووید ۱۹ بر مبتلایان، پرسنل درمانی، خانواده‌ی مبتلایان، جامعه، کودکان و سالمندان و اثرات سوگ در بازماندگان تقسیم کرد. همچنین، می‌توان مداخلات روان‌شناسی سلامت را برای پرسنل درمانی و مردم به صورت جداگانه طراحی نمود.

پیامدهای روان‌شناختی بحران کرونا: اگر چه سطحی از اضطراب لازمه‌ی حساسیت عمومی است، اما تجارب قبلی مرتبط با شیوع بالای بیماری‌های خطرناک، بیانگر پتانسیل بالا برای وحشت‌زدگی عمومی است که اغلب از خود بیماری خطرناک‌تر است (۱۵). علاوه

دشوار در شرایط مرگ و زندگی و عدم دسترسی به منابع و امکانات وجود دارد (۲۲).

پیامدهای روان‌شناختی بحران کرونا در جامعه: پژوهش‌های پیشین نشان داده است که در دوران همه‌گیری بیماری‌های عفونی طیف گسترده‌ای از تأثیرات روان‌شناختی در سطح فردی و جمعی وجود دارد (۲). در جمعیت عمومی، ممکن است افراد ترس از ابتلا یا مرگ در اثر ویروس، احساس درماندگی و انگ را تجربه کنند (۲۳). در طی شیوع آنفلونزای نوع ۱ (H1N1) حدود ۳۰-۱۰ درصد از عموم مردم از امکان ابتلا به ویروس، نگرانی متوسط تا زیاد داشتند (۲۴). با تعطیلی مدارس و مشاغل، تجربه‌ی هیجان‌های منفی توسط مردم تشدید و پیچیده‌تر می‌شود (۲۵). در همه‌گیری ویروس SARS، مطالعات متعددی به بررسی اثرات روان‌شناختی این ویروس بر افراد غیر مبتلا پرداخته و همبندی‌های روان‌پزشکی معنی‌داری با این بیماری را نشان دادند (۱۲). در مطالعه‌ای در همه‌گیری کووید ۱۹ از ۱۹۴ شهر چین، ۱۲۱۰ نفر به صورت آنلاین مشارکت داده شدند. وضعیت روان‌شناختی با استفاده از مقیاس Depression, anxiety and stress scale-21 (DASS-21) ارزیابی شد. ۵۳/۸ درصد تأثیرات روان‌شناختی همه‌گیری را متوسط یا شدید، ۱۶/۵ درصد علائم افسردگی متوسط تا شدید، ۲۸/۸ درصد علائم اضطراب متوسط تا شدید و ۸/۱ درصد سطوح متوسط تا شدید استرس را گزارش کردند. ۷۵/۲ درصد نگران ابتلای اعضای خانواده به کووید ۱۹ بودند. سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی با مؤنث بودن، دانش‌آموز بودن و علائم جسمی خاص مانند درد عضلانی، سرگیجه و آبریزش بینی ارتباط داشت. روزرسانی اطلاعات صحیح بهداشتی و اقدامات پیش‌گیرانه (مانند پوشیدن ماسک) به طور معنی‌داری با تأثیرات روان‌شناختی کمتر و سطوح استرس، اضطراب و افسردگی پایین‌تر مرتبط بود (۲).

در مطالعه‌ی دیگری، ۶۰۰ نفر از افراد جامعه حین همه‌گیری کووید ۱۹ مقیاس‌های خودگزارشی اضطراب (Self-rating anxiety scale) یا (SAS) و افسردگی (Self-rating depression scale یا SDS) را تکمیل کردند. نتایج نشان داد اضطراب و افسردگی در جمعیت عمومی، بالا و خطر اضطراب در زن‌ها حدود سه برابر مردان و در افراد بالای ۴۰ سال نسبت به افراد با سنین پایین‌تر بیشتر بود (۱۳). Qian و همکاران (۱۱) نشان دادند که ۳۲/۷ درصد از شرکت‌کنندگان از شهر ووهان و ۲۰/۴ درصد از شانگهای، علائم اضطراب متوسط تا شدید داشتند. خطر اضطراب متوسط یا شدید با آسیب‌پذیری ادراک شده، شدت بیماری و تردید نسبت به درستی اطلاعات ارتباط مستقیمی دارد. میزان ادراک افراد و سپس، تردید درباره‌ی اطلاعات، قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییر رفتار بودند.

بر این، اتخاذ سیاست‌های مختلف مانند قرنطینه، محدودیت‌های رفت و آمد، تعطیلی بازارها و کاهش درآمد، کمبود تجهیزات پزشکی مانند ماسک و کمبود کادر درمانی، سلامت روان جامعه را تحت تأثیر جدی قرار داده است. از این رو، شناسایی مشکلات مرتبط با سلامت روان و اتخاذ تدابیر روان‌شناختی، می‌تواند سهم به‌سزایی در کاهش بحران داشته باشد. پیامدهای روان‌شناختی بیماری کووید ۱۹ بر حسب موقعیت و شرایط افراد متفاوت است.

پیامدهای روان‌شناختی بحران کرونا در پرسنل درمانی: کادر درمانی در خط اول تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ قرار دارند و در معرض خطر مشکلات جدی سلامت روان هستند. رشد روزافزون تعداد مبتلایان و موارد مشکوک به ابتلا، فشار کار زیاد، کمبود تجهیزات حفاظت شخصی، فقدان داروهای خاص و احساس حمایت ناکافی می‌تواند موجب فشار روانی شود (۱۶). مطالعات پیشین در زمان همه‌گیری SARS در سال ۲۰۰۳ نشان داد که کادر درمانی از ابتلای خانواده، دوستان و همکاران می‌ترسیدند. اغلب بیماران، احساس ابتلا و احساس انگ به آلودگی یا ابتلا به بیماری داشتند و از این رو، نسبت به کار بی‌میل شده یا به فکر استعفا بودند و سطوح بالایی از علائم استرس، اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کردند. همین مشکلات، می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی بلند مدتی در پی داشته باشد (۱۹-۱۷). ترس از ابتلای خود یا خانواده، نگرانی نسبت به همکاران و دوستان، تنهایی و انتظارات زیاد از آن‌ها می‌تواند منجر به خشم، اضطراب، بی‌خوابی و استرس ناشی از عدم قطعیت شود. اضطراب، یک نشانه‌ی مشترک در کادر درمانی است و می‌تواند کیفیت زندگی آنان را به میزان قابل توجهی کاهش دهد (۲۰). در حال حاضر نیز دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی درباره‌ی سلامت روان کادر درمانی بیماران مبتلا به کووید ۱۹ وجود دارد. Liu و همکاران (۱۶) ۱۲۵۷ نفر پرسنل بیمارستان ووهان و سایر کارکنانی را که در اقدامات تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران کووید ۱۹ اشتغال داشتند، مورد مطالعه قرار دادند. حدود ۵۰ درصد از آن‌ها افسردگی، ۴۵ درصد اضطراب، ۳۴ درصد بی‌خوابی و ۷۱ درصد استرس را گزارش کردند. مطالعه‌ی دیگری در چین، طی مطالعه‌ی همه‌گیری کووید ۱۹ روی ۱۵۶۳ نفر نشان داد حدود ۳۶ درصد از کادر درمانی، علائم بی‌خوابی دارند. تجزیه و تحلیل بیشتر نشان داد که علائم بی‌خوابی با سطح پایین تحصیلات، شغل پزشکی، اشتغال در واحد ایزوله، نگرانی درباره‌ی ابتلا، شنیدن اخبار کووید ۱۹، حمایت روان‌شناختی ناکافی و عدم قطعیت جدی در کنترل بیماری ارتباط داشت (۲۱). در زمان بحران، مشکلات زیادی نظیر خطر ابتلا به بیماری، نگرانی از آسیب اطرافیان، فشار کاری زیاد، مشاهده‌ی درد و رنج بیماران و خانواده‌ها، جدا بودن از خانواده، الزام به تصمیمات

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد افراد آسیب‌پذیر از نظر روان‌شناختی بیشتر در معرض خطرند. از این رو، مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی ممکن است پریشانی بیشتری تجربه کنند (۲۶). ترس از مسایل ناشناخته، موجب افزایش سطح اضطراب در افراد آسیب‌پذیر می‌شود (۲۷). افرادی که دچار نقایص شناختی یا دمانس هستند، ممکن است اضطراب، خشم، استرس، بی‌قراری و گوشه‌گیری را طی همه‌گیری یا بودن در قرنطینه تجربه کنند. افراد دچار این مشکلات، ممکن است اطلاعات را فراموش کنند و مدام در معرض اضطراب قرار گیرند (۲۸).

پیامدهای روان‌شناختی بحران کرونا در بیماران مبتلا: با توجه به سرعت انتشار به همراه میزان کشندگی کووید ۱۹، بسیاری این بحران را با پایان یافتن جهان یا انقراض بشر مقایسه کرده‌اند (۲۹). افرادی که آزمایش کروناویروس آن‌ها مثبت بوده است، علاوه بر تحمل رنج و درد بیماری، باید بتوانند با اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با این بحران نیز مقابله کنند و این استرس نیز پاسخ به درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گزارش‌ها بیانگر افزایش شیوع ترس، اضطراب و سایر احساسات ناخوشایند در مبتلایان به این ویروس است. علت این احساسات در مبتلایان به مسایلی همچون مرگ، احساس تنهایی در قرنطینه و خشم ناشی از محدودیت‌های بستری، نگرانی نسبت به سایر اعضای خانواده در زمان بستری و قرنطینه، انگ‌های اجتماعی و محدودیت‌های روابط بین فردی بر می‌گردد (۲۲).

سازمان‌های بهداشتی کشورهای مختلف در کنار مراقبت‌های پزشکی، نگاهی جدی به مراقبت‌های روان‌شناختی جهت مقابله با پیامدهای روانی ناشی از شیوع ویروس کرونا داشته‌اند. برای نمونه، سیستم خدمات سلامت روان در چین برای مقابله با این پریشانی‌ها، اقدام به تهیه بسته‌های مختلف روان‌شناختی کرده است. کمیسیون ملی بهداشت چین از ۲۰ ژانویه شروع به انتشار چندین دستورالعمل برای مداخلات روان‌شناختی مقابله با بحران کووید ۱۹ نموده است (۳۰). Zhu و Duan (۳۱) ادعا می‌کنند در طی شیوع ویروس کووید ۱۹ مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس بسیار افزایش یافته است. با وجود شیوع مشکلات و اختلالات روانی در میان بیماران مبتلا به ویروس کرونا، بیشتر آن‌ها خدمات روان‌شناختی مناسبی دریافت نمی‌کنند (۱۱). محققین در یک پژوهش روی بیماران آسیایی مبتلا به بیماری‌های عفونی، انگ اجتماعی و واکنش‌های نژادی در جوامع را از مهم‌ترین نگرانی بیماران عنوان کرده‌اند (۴). همچنین، در این پژوهش از دست دادن خودگردانی و مشکلات هیجانی ناشی از قرنطینه شدن از دیگر نگرانی‌های این بیماران گزارش شد. انگ اجتماعی، به طور غیر مستقیم نیز از طریق رفتارهای تبعیض‌آمیز اجتماعی و تضعیف روابط بین فردی و از دست رفتن

موقعیت اجتماعی نیز بر فرد تأثیر می‌گذارد و منجر به تشدید افسردگی و سایر نگرانی‌های مرتبط با ویروس می‌شود. Maunder همکاران (۱۷)، در مطالعه‌ای در کانادا نگرانی‌های اصلی بیماران مبتلا به SARS را شامل ترس، تنهایی، خستگی، خشم و نگرانی درباره‌ی اثرات قرنطینه و همه‌گیری بر خانواده و دوستان گزارش نمودند. در پژوهشی، Tansey و همکاران (۳۲) انگ اجتماعی و از دست دادن استقلال را از جمله نگرانی‌های اصلی آزمودنی‌ها بیان کردند. در اپیدمی SARS، مشاهده شد علاوه بر تهدید سلامت جسمی، مشکل روانی جدید به نام «فویای SARS» شیوع پیدا کرد (۳). به نظر می‌رسد مشکلات روان‌شناختی به همراه مشکلات جسمی بر عملکرد فرد و مصرف داروها تأثیر می‌گذارد و بهبودی فرد را به تعویق می‌اندازد. به طور خلاصه، هنگام مواجهه با موقعیت‌های تهدید کننده، نگرانی از سلامت جسمی تنها دغدغه‌ی جامعه، خانواده و فرد نیست؛ بلکه در کنار این نگرانی‌ها، باید تأثیر روان‌شناختی این موقعیت‌ها بر فرد و اعضای خانواده مد نظر قرار گیرد و مداخلات متناسب و فوری برای آن‌ها تدارک دیده شود.

پیامدهای بیماری کرونا در خانواده‌ی فرد مبتلا: تمام پیامدهایی که برای فرد مبتلا به کروناویروس ذکر شد، بلکه بیشتر از آن، برای خانواده‌ی بیمار وجود دارد؛ چرا که علاوه بر درگیری مستقیم با بیماری عضو خانواده، باید بتوانند با استرس‌ها و نگرانی‌های ناشی از فقدان یکی یا چندتا از اعضای خانواده مقابله کنند؛ در مدت بسیار کوتاه، روال عادی زندگی را تغییر دهند، از اعضای آسیب‌پذیر خانواده نظیر کودکان و سالمندان مواظبت کند و در نهایت، خود را از آلوده شدن به ویروس حفظ نماید. همچنین، خانواده از ابتلای سایر اعضای خانواده نگران هستند و ممکن است از احتمال فوت فرد مبتلا نیز وحشت داشته باشند. بنابراین، مداخلات روان‌شناختی علاوه بر فرد باید بر خانواده نیز متمرکز شوند. از پیامدهای بسیار سنگین ویروس کرونا برای خانواده، زمانی است که یکی از اعضای مبتلا فوت می‌کند. شیوه‌نامه‌های بهداشتی سازمان‌های جهانی بر رعایت اصول بهداشتی در کفن و دفن و سوگواری تأکید می‌کنند و اعضای خانواده‌ی قربانی به دلیل عدم برگزاری آیین سوگواری و خاکسپاری مرسوم، عدم حضور اطرافیان جهت هم‌دردی و عدم امکان پردازش هیجان‌های ناخوشایند ممکن است دچار علائم افسردگی و سایر علائم روان‌شناختی شوند (۳۳).

یکی دیگر از عواملی که ممکن است خانواده‌های مبتلا به بیماری کرونا به طور خاص و جمعیت عمومی به طور عام را دچار استرس‌های بسیار شدید کند، اخبار و اطلاعات متناقض توسط رسانه‌ها است. فشارهای روانی حاصل از ابتلای یکی از اعضا بر خانواده از یک‌طرف و مراقبت شدید از اعضای آسیب‌پذیر در خانواده

میزان درک و رشد شناختی آن‌ها می‌باشد. برای نمونه، والدین می‌توانند به کودک احساس اطمینان بدهند که هر زمان خواست، می‌تواند درباره‌ی احساسات و نگرانی‌های خود صحبت کند و والدین به وی گوش خواهد داد و مورد حمایت خواهد بود. علاوه بر این، یکی از نگرانی‌های عمده‌ی کودکان، اطلاع از وضعیت دوستان و هم‌کلاسی‌ها می‌باشد که در دوره‌ی بحران قادر به ملاقات با آن‌ها نمی‌باشند. در چنین شرایطی، والدین می‌توانند با استفاده از تماس‌های تلفنی، ایمیل، تماس‌های تصویری و پیامک به ارتباط بچه‌ها با همدیگر کمک کنند و هنگام تنهایی، فضایی برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش و مفرح فراهم نمایند. در این خصوص، سازمان بهداشت جهانی در کشورهای مختلف برنامه‌های حمایتی مختلفی را به ویژه برای افراد آسیب‌پذیر از قبیل کودکان، زنان و سالمندان تدوین نموده است که می‌توان از آن‌ها استفاده کرد (۳۱). همان‌گونه که اشاره شد، اخبار و اطلاعات رسانه‌ها از یک طرف و استرس و نگرانی والدین و سایر بزرگسالان از طرف دیگر، کودکان را در شرایط سختی قرار می‌دهد. در شرایط شیوع کرونا، کودکان همان چالش‌های بزرگسالان را تجربه می‌کنند. برای نمونه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان دو ساله از تغییراتی که در اطراف آن‌ها ممکن است روی دهد، آگاه هستند. بنابراین، ارایه‌ی اطلاعات مورد نیاز و متناسب با سن و سطح درک کودک، می‌تواند کمک کننده باشد، اما این اطلاعات، باید صادقانه باشد؛ در غیر این صورت، آن‌ها تلاش خواهند کرد تا بر اساس برداشت خود موقعیت را ادراک نمایند. علاوه بر ارایه‌ی اطلاعات درست در خصوص بیماری به کودکان، گوش دادن به برداشت آن‌ها از موقعیت نیز بسیار مهم است تا از این طریق، بتوانند به برون‌ریزی ترس و سایر احساسات ناخوشایند بپردازند و سپس، برداشت آنان از موقعیت اصلاح گردد (۳۵).

سوغ در بازماندگان قربانیان کرونا: متأسفانه، با شیوع ویروس کرونا خانواده‌های زیادی عزیزانشان را از دست می‌دهند و باید علاوه بر کنار آمدن با این فقدان، شرایط سخت دیگری را نیز متحمل شوند. با توجه به شیوع بسیار سریع ویروس کرونا، خانواده‌های قربانیان اجازه‌ی برگزاری مراسم خاکسپاری، وداع با عزیزان و سوگواری را ندارند و این کنار آمدن با فقدان را به میزان بسیار زیادی دشوار می‌سازد (۲۲). البته، باید توجه داشت که واکنش‌های افراد به فقدان، بسته به کیفیت ارتباطی با فرد متوفی و ویژگی‌های شخصیتی آنان بسیار متفاوت است، اما در هر صورت، چون آیین معمول سوگواری وجود ندارد، هر کس بر حسب تجربه‌ی شخصی، فرایند سوگ و سازگاری با فقدان را تسهیل می‌کند. از این رو، با توجه به محدودیت‌ها برای مراسم خاکسپاری و برگزاری مراسم عزاداری، ممکن است فرایند سوگ به خوبی طی نشود و غلیم سوگ به تدریج

از طرف دیگر، می‌توانند سطح اضطراب و نگرانی‌های خانواده را بالا ببرد و در صورت فقدان خدمات حمایتی مناسب، اثرات مخربی در پی داشته باشند (۳۴). تغییراتی که باید در روال عادی زندگی ایجاد شود و همچنین، نیازهایی مترتب بر این‌گونه شرایط، از دیگر منابع اضطراب و استرس خانواده‌ها می‌باشند. اگر چه به تدریج، خانواده‌ها می‌توانند با استفاده از منابع خود و حمایت سازمان‌های مرتبط، از این شرایط استرس‌آمیز خارج شوند، اما سازگاری با شرایط بحرانی ممکن است به یک فرایند طولانی تبدیل شود و در صورت مواجهه‌ی مکرر با شرایط تهدید کننده، خستگی و فرسودگی روانی را به دنبال داشته باشد.

پایه‌های بیماری کرونا در کودکان: وقتی از کودکان در شرایط بحرانی سخنی بیان شود، در واقع از مراقبت و حمایت از آن‌ها صحبت می‌شود. کودکان آسیب‌پذیرترین قشر یک جامعه در تمام شرایط محسوب می‌شوند و واکنش بسیار متفاوتی مانند اضطراب، شب‌اداری، آشفتگی، خشم، کج خلقی و چسبندگی به مراقب یا مراقبان از خود نشان می‌دهند. کودکان نیز همان احساسات و هیجان‌های ما را تجربه می‌کنند؛ با این تفاوت که شیوه‌های بسیار متفاوتی در پاسخ به آن‌ها دارند (۳۲). در شرایط چالش برانگیزی نظیر قرنطینه‌ی خانواده، کودکان بیش از سایرین نیاز به حمایت و مراقبت دارند؛ چرا که چنین شرایطی می‌تواند بسیاری از نیازهای عاطفی آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد. برخی از آثار قرنطینه برای کودکان شامل کاهش فعالیت جسمی، آشفتگی خواب و تغذیه، ترس از ابتلا، خستگی، عدم قطعیت در مورد بحران و بیماری، عدم ارتباط با دوستان، هم‌کلاسی‌ها و معلمان و فقدان فضای کافی برای بازی می‌باشد (۲۲). بسیاری از والدین شاغل در مراکز درمانی، ممکن است برای روزها و هفته‌ها قادر به دیدار با خانواده و فرزندان خود نباشند. برخی از خانواده‌ها نیز ارایه‌ی توضیح به فرزندان در مورد بیماری و تغییر نقش‌ها و روال عادی زندگی به خصوص هنگام قرنطینه را بسیار دشوار می‌دانند (۴).

علاوه بر این‌ها، کودکان در شناسایی و درک اضطراب والدین خود بسیار ماهر هستند. بنابراین، اضطرابی که از طریق رسانه‌ها، والدین، مراقبان سلامت و سایر افراد درگیر در زندگی کودک انعکاس می‌یابد، می‌تواند تأثیر بسیار مخربی بر کودکان داشته باشد (۳۲). کودکان به ویژه کودکان خردسال و پیش از دبستان، به دلیل ظرفیت شناختی پایین، قادر به برقراری ارتباط بین رویدادها نیستند. از این رو، در صورت عدم توجه بسیاری از اتفاقات و اخبار بحران کرونا، می‌تواند تأثیرات بسیار مخربی بر کودک داشته باشد (۲۸). نکته‌ی قابل تأمل این است که در هر صورت، کودکان با بحران مواجه خواهند شد. بنابراین، هدف دور نگه داشتن آنان از رویدادها نیست؛ بلکه هدف کمک به آن‌ها به منظور درک و پردازش اتفاقات بر حسب

علایم بدنی، شناختی و انگیزشی افکار و احساسات و اقدام به انتخاب و پاسخ بر اساس ارزش‌ها می‌شود (۱۲).

علاوه بر این، بسیاری از مراکز روان‌شناختی اقدام به راه‌اندازی امکانات و شیوه‌نامه‌هایی برای مشاوره از طریق تماس‌های تصویری نموده‌اند. بیشتر مداخلات مورد استفاده، مبتنی بر رویکردهای Cognitive Behavior Therapy (CBT) و ذهن‌آگاهی می‌باشند. با درمان CBT، می‌توان سوگیری‌های شناختی افراد در ارتباط با کروناویروس را به چالش کشید. در درمان رفتاری، بیشتر بر آرامش‌سازی عضلانی برای مقابله با اضطراب و نگرانی‌های ناشی از شیوه ویروس کرونا و فعال‌سازی رفتاری برای پیش‌گیری یا درمان افسردگی تأکید می‌شود. درمان CBT از طریق تقویت مدیریت استرس، می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه نظیر اجتناب و خود آسپ‌رسانی را اصلاح کند یا فرد سوگیری‌های شناختی را با افکار سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه را با راهبردهای سازگارانه جایگزین نماید (۳۷).

درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر آگاهی غیر قضاوتی رویدادهای مرتبط با ذهن و محیط در لحظه حاضر تأکید می‌کند و نشان داده شده است که این روش در کاهش استرس در افراد مبتلا به انواع بیماری‌های جسمی بسیار مفید است (۳۸).

مداخلات روان‌شناسی سلامت برای پرسنل درمانی: توجه به راهبردهای مدیریت استرس و اتخاذ راهبردهای خود مراقبتی به اندازه‌ی حفظ سلامت جسمی پرسنل اهمیت دارد. استراحت و خواب کافی در طی کار یا بین شیفت‌ها، تغذیه‌ی مناسب و کافی، ورزش مناسب و ارتباط با دوستان و اعضای خانواده، از جمله‌ی این راهبردهای خود مراقبتی هستند. اجتناب از راهبردهای غیر مفید نظیر مصرف الکل و یا روی آوردن به دارو نیز بسیار مهم است. به علاوه، داشتن تجربه‌های مشابه در گذشته، می‌تواند به فرد در مقابله با موقعیت مشابه فعلی بسیار سودمند باشد. کادر درمانی حین شیوع بیماری، ممکن است به دلیل دور ماندن از خانواده و فعالیت‌های روزمره، تجربه‌های ناخوشایندی را متحمل شوند. این امر، به نوبه‌ی خود، می‌تواند شرایط را به مراتب دشوارتر سازد. بنابراین، در این خصوص توصیه می‌شود این افراد ارتباط خود را با نزدیکان و خانواده با استفاده از ارتباط‌های دیجیتالی حفظ کنند. همچنین، دریافت حمایت اجتماعی از همکاران، دوستان، خانواده و افراد مورد اعتماد دیگر، می‌تواند راهبرد سودمندی برای این گروه باشد. به اشتراک گذاشتن تجارب خود نیز با متخصص یا سایر افراد مورد اعتماد بسیار سودمند است (۲۱، ۱۸).

راهبردهای کاهش اثرات قرنطینه: حین شیوع بیماری‌های عفونی، قرنطینه یکی از شیوه‌های ضروری پیش‌گیری است، اما اغلب تجربه‌ی

تشدید گردد و موجب پیامدهای روان‌شناختی مخرب، بروز علایم افسردگی و افکار خودکشی در بازماندگان شود (۳۳). کودکان به عنوان عضو آسیب‌پذیر خانواده، قادر نیستند بسیاری از مسایل و مفاهیم انتزاعی را درک کنند؛ به خصوص وقتی برای نخستین بار با مرگ یکی از اعضای خانواده مواجه می‌شوند، نیاز به حمایت و مراقبت‌های بسیار خاص دارند. این موضوع، زمانی بیشتر اهمیت دارد که عضو از دست رفته، یکی از مراقبان کودک به ویژه مادر است. به هر حال، لازم است فرد سوگوار در درون محدودیت‌های تعیین شده، امکان برخی موارد سوگواری نظیر گریه، صحبت با یک فرد متخصص و دریافت حمایت‌های عاطفی، همدلی و درک شدن، بیان احساسات و خودافشایی داشته باشد و به نحوی دوره‌ی سوگ را طی نماید تا بتواند به زندگی عادی خود برگردد.

راهبردهای روان‌شناسی سلامت در مقابله با بحران کرونا: مراکز پزشکی چین اقدام به راه‌اندازی مراکز با دستورالعمل‌ها و مدل‌های مداخلات روان‌شناختی برای ارابه‌ی خدمات در بحران کرونا نموده‌اند (۳۱). پژوهش‌های نظری و عملی قابل توجهی در چین در ارتباط با مداخله در بحران انجام شده است. این مدل‌ها و پژوهش‌ها، تأکید می‌کنند که مداخلات روان‌شناختی باید مبتنی بر ارزیابی‌های جامع از عوامل خطر مشکلات روان‌شناختی نظیر آسیب‌پذیری قبل از بحران، ابتلای خود یا اعضای خانواده، شرایط تهدید کننده، وحشت‌زدگی، جدایی از خانواده و درآمد پایین باشد (۲۰). مقابله با بحران کرونا نظیر سایر موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، مستلزم به کارگیری راهبردهایی برای برون‌رفت از آن شرایط است. از زمان شیوع این ویروس، متخصصان سلامت روان اقدام به انتشار دستورالعمل‌هایی برای مدیریت این بحران نموده‌اند. اضطراب، ترس، نگرانی، خشم، احساس گناه، ناامیدی و سایر احساسات ناخوشایند، پیامدهای هر بحرانی هستند و تأثیرات پایدار این احساسات در سلامت روان بسته به پاسخ‌های فرد به آن بسیار متفاوت خواهند بود. نشخوارگری، پایش خطر، اضطراب سلامتی، نگرانی، اطمینان‌جویی و نظیر این‌ها، پاسخ‌های ناسازگارانه‌ای هستند که افراد در این موقعیت‌ها از خود نشان می‌دهند. این پاسخ‌ها، به احتمال زیاد در ابتدا مفید هستند، اما در بلندمدت مشکلات روان‌شناختی و بین فردی را بسیار سنگین می‌کنند (۳۶). این پاسخ‌ها بیشتر روی مسایل خارج از کنترل فرد متمرکز می‌شود و فرد را در یک چرخه‌ی باطل به دام می‌اندازند. تفاوت افراد در این موقعیت‌ها به تفاوت راهبردهای مورد استفاده برمی‌گردد. در برابر راهبردهای ناسازگارانه، راهبردهای منعطف و سازگارانه‌ای وجود دارند که می‌توانند علاوه بر خارج نمودن از بحران‌های روان‌شناختی، منجر به رشد فرد شوند. این قبیل راهبردها شامل شناسایی افکار و احساسات، تصدیق و نام‌گذاری آن‌ها، توجه به

ناخوشایندی برای افراد ایجاد می‌کند. جدایی از افراد مورد علاقه، از دست دادن آزادی، عدم قطعیت در مورد جنبه‌های مختلف این بیماری و ملالت ناشی از آن، ممکن است اغلب موجب اثرات قابل توجهی شود. در همه‌گیری‌های قبلی مواردی از خودکشی (۳۹)، خشم زیاد و مشکلات قضایی (۴۰) به دنبال قرنطینه گزارش شده است. روش‌هایی برای کاهش اثرات قرنطینه پیشنهاد شده است که به برخی از این‌ها پرداخته می‌شود.

کوتاه کردن مدت قرنطینه: بهتر است تا حد ممکن، طول مدت

قرنطینه با اتخاذ رویکرد احتیاطی و علمی کاهش یابد.

ارایه‌ی اطلاعات کافی: افراد در قرنطینه، اغلب از مبتلا بودن یا مبتلا کردن دیگران ترس دارند و دچار سوگیری شناختی (ارزیابی‌های فاجعه‌آمیزی) از تجربه‌ی علایم جسمی می‌شوند. از این رو، ممکن است اطلاعات ناکافی موجب تشدید ترس شود. به همین دلیل، اطمینان از درک درست بیماری و دلیل قرنطینه توسط افراد اهمیت دارد. همچنین، مسئولان باید از وجود منابع کافی حین قرنطینه برای رفع نیازهای اساسی افراد و تأمین سریع آن اطمینان یابند (۴۱).

کاهش خستگی، رخوت و بهبود ارتباطات: راهبردهایی نظیر

تکنیک‌های مدیریت استرس باید به افراد در قرنطینه آموخته شود. وجود تلفن همراه، اینترنت، دسترسی به روان‌شناس سلامت، شبکه‌های اجتماعی، ارتباط با خانواده و دوستان در شرایط قرنطینه، یک ضرورت است و موجب کاهش انزوا، استرس و وحشت می‌شود. در مطالعه‌ای محققین دریافتند که برخورداری از گروه حمایتی و داشتن احساس ارتباط، می‌تواند تجربه‌ای اعتباربخش و نیرومند باشد که ممکن است حمایتی را که در شرایط عادی دارند و از آن محروم شده‌اند، جبران نماید (۴۲).

استرس کرونا و عملکرد سیستم ایمنی: شواهد

سایکونورویمونولوژیک نشان داده است که سیستم ایمنی در تعامل با سیستم اعصاب مرکزی و سیستم اندوکرین و عوامل روان‌شناختی است (۴۳). با توجه به اثرات عوامل روان‌شناختی بر سیستم ایمنی و نقش سیستم ایمنی و التهاب در بیماری‌هایی همچون بیماری‌های قلبی-عروقی، احتمال این وجود دارد که حداقل بخشی از اثرات عوامل و شرایط روان‌شناختی نیز بر سلامت جسمی از طریق سیستم ایمنی صورت گیرد. به عنوان نمونه، مطالعات حاکی از همبستگی منفی بین برون‌گرایی به عنوان یک عامل روان‌شناختی و نسبت CD4/CD8 به عنوان یک متغیر ایمنی است و همچنین، افرادی که در مقیاس برون‌گرایی و حمایت اجتماعی نمره‌ی بالاتری داشتند، دارای سطح بالاتر از سلول‌های NK بودند (۴۴-۴۵). همچنین، در حوزه‌ی سایکونورویمونولوژیک، تلاش می‌شود تصویری از روابط متقابل بین رفتار و ایمنی به منظور تبیین مکانیسم‌های سیستم اتونوم و

محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال ارایه نماید. در مطالعات مختلف، رابطه‌ی بین عوامل روان‌شناختی و شاخص‌های عملکرد سیستم ایمنی از سرماخوردگی‌های معمول تا پاسخ ایمنی به واکسیناسیون‌ها مشاهده شده است (۴۵-۴۴). همچنین، در مطالعات قبلی مشاهده شده است که حتی مداخلات روان‌شناختی نیز بر متغیرهای ایمنی تأثیر می‌گذارد (۴۶). برخی از مطالعات نیز رابطه‌ای بین اضطراب و افسردگی با متغیرهای ایمنی نظیر التهاب سیستمیک را نشان نداده است (۴۶، ۴۳). از طرفی، ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماران از بیماری، در شدت استرس بیمار نقش مهمی دارد. در حقیقت، ادراک بیماری ناظر بر باورهای بیمار از بیماری و موقعیت بیمار در ارتباط با بیماری وی است که می‌تواند بر سلامت روان و نحوه‌ی برخورد آن‌ها با بیماری تأثیرگذار باشد. از سویی، حمایت اجتماعی موجب کاهش استرس و افزایش منابع روانی و مادی در مقابله با استرس و افزایش تاب‌آوری می‌شود و تا حدودی باعث کاهش نرخ مرگ و میر می‌گردد (۴۷). این متغیرهای روان‌شناختی، می‌تواند بر متغیرهای ایمنی تأثیرگذار باشد (۴۷، ۴۴).

بسیاری از مطالعات نیز تغییرات در تعداد و نسبت سلول‌های T و B، تغییراتی در NK و سیتوکاین‌ها و نقص در پاسخ‌های عملکردی در نتیجه‌ی استرس‌های حاد روان‌شناختی را تأیید کرده‌اند (۴۳). امروزه، روشن شده است که استرس اثرات روان‌شناختی و ایمنی‌شناختی یکسانی بر افراد مختلف ندارد. عوامل استرس‌زای مختلف، در فعالیت سیستم خودمختار و هورمون‌های متفاوت تغییر متفاوتی ایجاد می‌کنند. یک عامل استرس‌زا، ممکن است به فعالیت شدید خودمختار و در نتیجه ترشح کاته‌کول‌آمین‌های پلازما بینجامد، اما به فعالیت کم هیپوفیز و آدرنال و هورمون‌های آن‌ها منجر شود و استرس دیگری ممکن است الگوی متضادی ایجاد کند. از طرفی، دستگاه اعصاب سمپاتیک، اندام‌های لنفاوی اولیه و ثانویه را عصب‌رسانی می‌کند و رشته‌های عصبی در تماس مستقیم با لنفوسیت‌ها، مونوسیت‌ها، ماکروفاژها و گرانولوسیت‌ها هستند و چون هر نوع استرس از جمله استرس کرونا هم دستگاه عصبی سمپاتیک و هم Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) را درگیر می‌کند، به واسطه‌ی این تأثیرات پاسخ ایمنی را نیز تغییر می‌دهد (۴۷، ۴۴). برای مثال در پژوهشی، علی‌پور و سیادتی (۴۸) در بررسی تأثیر امتحانات نهایی مدارس ابتدایی بر میزان ایمنوگلوبولین A بزاقی دانش‌آموزان نشان دادند که میزان ایمنوگلوبولین A بزاقی طی امتحانات (استرس) نسبت به قبل و بعد از امتحانات به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. همین‌طور مداخلاتی چون مراقبه حتی برای یک جلسه نیز ممکن است تأثیر مثبتی بر مؤلفه‌های ایمنی‌شناسی و بهبود حالات عاطفی داشته باشد (۴۹). در نتیجه، شواهد بیانگر تأثیر استرس ادراک شده و وقایع زندگی و همچنین، تأثیر مداخلات روانی بر پاسخ ایمنی است. با توجه به

روانشناختی حاصل از بحران، طراحی دستورالعمل‌های مداخله‌ای و یا با استفاده از شیوه‌نامه‌های مداخله‌ای تهیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای معتبر، نقش مهمی در کاهش پیامدهای روان‌شناختی بحران کرونا در جامعه داشته باشند. این مداخلات، رویکرد رفتاری CBT و ذهن‌آگاهی، مداخلات جامعه‌نگر و حتی ارتقای تبعیت بهداشتی مردم را شامل می‌شود. در صورتی که تبعات روان‌شناختی ناشی از کرونا مورد توجه قرار نگیرد، نه تنها سلامت روانی افراد به شدت در معرض تهدید قرار می‌گیرد، بلکه با توجه به شواهد پژوهشی حوزه‌ی پویای سایکونورواپمونولوژیک، می‌تواند باعث ضعف سیستم ایمنی افراد و آسیب‌پذیری بیشتر در برابر ویروس کرونا شوند. از این رو، خدمات روان‌شناسی سلامت در ارتقای سلامت جسمی و روانی مردم در بحران کرونا بسیار حایز اهمیت و کلیدی است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از آقایان سید محمد حسین موسوی و توکل خانی‌زاده دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در جمع‌آوری منابع و سرکار خانم پریسا نیک‌سیرت که در تنظیم منابع همکاری مؤثری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالب پیش‌گفته، به نظر می‌رسد که استرس می‌تواند عملکرد سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو، استرس و عوامل روان‌شناختی نه تنها در سلامت روان نقش دارند، بلکه با مکانیزم‌های ایمنی سلامت جسمی را نیز به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، استرس کرونا، قرنطینه و محدودیت‌های اجتماعی به دنبال کرونا و همچنین، اضطراب و ترس ناشی از گسترش و پاندمیک شدن کرونا، می‌تواند باعث تضعیف شدید عملکرد سیستم ایمنی و آسیب‌پذیری فرد در برابر کرونا شود. مداخلات روان‌شناختی پیش‌گفته، در کنار روش‌های بهداشتی می‌تواند با تقویت سیستم ایمنی به مقاومت بدنی و جسمی فرد نیز کمک کنند.

نتیجه‌گیری

پاندمی کووید ۱۹ در جهان پیامد روان‌شناختی جدی برای اقشار مختلف جامعه از جمله کادر درمانی، مبتلایان، اطرافیان و خانواده‌ی مبتلایان به کرونا، مردم عادی، کودکان و سالمندان به همراه دارد. اهمیت روان‌شناسی سلامت به عنوان یک حوزه‌ی بین روان‌شناسی و رشته‌های مرتبط با حوزه‌ی پزشکی و سلامت در چنین بحران‌های مرتبط با سلامتی بیشتر آشکار می‌گردد. در چنین شرایط بحران‌زایی، روان‌شناسان سلامت می‌توانند با شناسایی دقیق پیامدها و مشکلات

References

1. Tsang KW, Ho PL, Ooi GC, Yee WK, Wang T, Chan-Yeung M, et al. A cluster of cases of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *N Engl J Med* 2003; 348(20): 1977-85.
2. Poutanen SM, Low DE, Henry B, Finkelstein S, Rose D, Green K, et al. Identification of severe acute respiratory syndrome in Canada. *N Engl J Med* 2003; 348(20): 1995-2005.
3. Cheng C, Tang CS. The psychology behind the masks: Psychological responses to the severe acute respiratory syndrome outbreak in different regions. *Asian J Soc Psychol* 2004; 7(1): 3-7.
4. Johal S. Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *N Z Med J* 2009; 122(1296): 47-52.
5. AlNajjar NS, Attar LM, Farahat FM, AlThaqafi A. Psychobehavioural responses to the 2014 Middle East respiratory syndrome-novel corona virus (MERS CoV) among adults in two shopping malls in Jeddah, western Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2017; 22(11): 817-23.
6. World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus: Case definition for reporting to WHO [Online]. [cited 2017 Jul 26]; Available from: URL: https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case_definition/en/
7. Guarner J. Three emerging coronaviruses in two decades. *Am J Clin Pathol* 2020; 153(4): 420-1.
8. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395(10223): 497-506.
9. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020.
10. Tian S, Hu W, Niu L, Liu H, Xu H, Xiao SY. Pulmonary pathology of early-phase 2019 novel coronavirus (COVID-19) pneumonia in two patients with lung cancer. *J Thorac Oncol* 2020; 15(5): 700-4.
11. Qian M, Wu Q, Wu P, Hou Z, Liang Y, Cowling BJ, et al. Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: A population based cross-sectional survey. *medRxiv* 2020; 2020.
12. Sim K, Huak CY, Chong PN, Chua HC, Wen SS. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J Psychosom Res* 2010; 68(2): 195-202.
13. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med* 2020; 1-10. [Epub ahead of print].

14. West R, Michie S, Rubin GJ, Amlot R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nat Hum Behav* 2020; 4(5): 451-9.
15. Leung GM, Lam TH, Ho LM, Ho SY, Chan BH, Wong IO, et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(11): 857-63.
16. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4): e17-e18.
17. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ* 2003; 168(10): 1245-51.
18. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004; 55(9): 1055-7.
19. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry* 2007; 52(4): 233-40.
20. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Journal of Health Psychology* 2020; 8(32): 163-75. [In Persian].
21. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry* 2020; 11: 306.
22. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(5).
23. Hall RC, Hall RC, Chapman MJ. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: Lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(5): 446-52.
24. Rubin GJ, Potts HW, Michie S. The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: Results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technol Assess* 2010; 14(34): 183-266.
25. Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, et al. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bull World Health Organ* 2016; 94(3): 210-4.
26. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, Nunes JVAO, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res* 2020; 287: 112915.
27. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 74(4): 281-2.
28. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Online]. [cited 2020 Mar 18]; Available from: URL: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
29. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020; 368: m313.
30. National Health Commission of China. Guidelines for psychological assistance hotlines during 2019-nCoV Pneumonia epidemic [2020]. Available from: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202002/f389f20cc1174b21b981ea2919beb8b0.shtml>. [In Chinese].
31. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4): 300-2.
32. Tansey CM, Louie M, Loeb M, Gold WL, Muller MP, de Jager J, et al. One-year outcomes and health care utilization in survivors of severe acute respiratory syndrome. *Arch Intern Med* 2007; 167(12): 1312-20.
33. Yardley S, Rolph M. Death and dying during the pandemic. *BMJ* 2020; 369: m1472.
34. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun* 2020.
35. Stein A, Dalton L, Rapa E, Bluebond-Langner M, Hanington L, Stein KF, et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *Lancet* 2019; 393(10176): 1150-63.
36. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, NY: Guilford Publications; 2009.
37. Rodin P, Ghersetti M, Oden T. Disentangling rhetorical subarenas of public health crisis communication: A study of the 2014-2015 Ebola outbreak in the news media and social media in Sweden. *J Contingencies Crisis Manag* 2019; 27(3): 237-46.
38. Carlson LE. Mindfulness-based interventions for physical conditions: A narrative review evaluating levels of evidence. *ISRN Psychiatry* 2012; 2012: 651583.
39. Barbisch D, Koenig KL, Shih FY. Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep* 2015; 9(5): 547-53.
40. Miles SH. Kaci Hickox: Public health and the politics of fear. *Am J Bioeth* 2015; 15(4): 17-9.
41. Manuell ME, Cukor J. Mother Nature versus human nature: Public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters* 2011; 35(2): 417-42.
42. 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. *Lancet* 2020; 395(10227): 912-20.
43. Bagherian R, Andalib A. The role of psychoneuroimmunological processes in pathogenesis of coronary artery disease. *J Isfahan Med Sch* 2010; 28(107): 293-302. [In Persian].
44. Bagherian Sararoudi R, Kheirabadi GR, Kousha M, Toghiani F, Hashemi M, Maracy MR. Is there any association of personality traits with vascular

- endothelial function or systemic inflammation? *Adv Biomed Res* 2014; 3: 210.
45. Lin TK, Weng CY, Wang WC, Chen CC, Lin IM, Lin CL. Hostility trait and vascular dilatory functions in healthy Taiwanese. *J Behav Med* 2008; 31(6): 517-24.
46. Kheirabadi GR, Toghani F, Kousha M, Hashemi M, Maracy MR, Sharifi MR, Bagherian-Sararoudi R. Is there any association of anxiety-depressive symptoms with vascular endothelial function or systemic inflammation? *J Res Med Sci* 2013; 18(11): 979-83.
47. Bagherian Sararoudi R, Maracy M, Saenei HM, Shiri M. The relationship of perceived social support and locus of control subscales with illness perception in myocardial infarction patients, using Structural Equation Modeling. *Arch Psychiatry Psychother* 2019; 21(12): 36-44.
48. Alipour A, Siadati SM. The effect of examination stress on changes of salivary cortisol and puls rate in children and the role of personality traits on them. *J Gorgan Univ Med Sci* 2006; 8(2): 19-26. [In Persian].
49. Torkamani F, Aghayousefi A, Alipour A, Nami M. Effects of single-session group mantra-meditation on salivary immunoglobulin a and affective state: a psychoneuroimmunology viewpoint. *Explore (NY)* 2018; 14(2): 114-21.

Health Psychology and Coronavirus Pandemic Crisis (COVID-19): A Review Study

Reza Bagherian-Sararoudi¹, Ahmad Alipour², Bahareh Mirahmadi³

Review Article

Abstract

Background: In addition to physical effects, the prevalence of COVID-19 has serious psychological consequences. The aim of this study was to provide a brief overview of the psychological consequences of the pandemic crisis of COVID-19 disease, and the strategies of health psychology in dealing with this crisis.

Methods: In this review study that was done in March 2020, indexed articles on psychology and corona were used at the ProQuest, Pubmed, Scientific Information Database (SID), Ovid, Iranmedex, Science direct, Springer, google scholar, Scopus database.

Findings: It was determined by reviewing reliable sources that psychological consequences of COVID-19 disease were different among health staff, general population, infected patients, their families, and children, separately.

Conclusion: From the perspective of health psychology, care strategies for different spectrums of individuals and ultimately reducing the effects of quarantine have been proposed. Furthermore, psychoneuroimmunological research evidence of the effects of stress and negative psychological consequences on immune function and greater vulnerability to coronavirus has also been discussed.

Keywords: COVID-19; Quarantine; Psychology; Psychosocial aspects

Citation: Bagherian-Sararoudi R, Alipour A, Mirahmadi B. **Health Psychology and Coronavirus Pandemic Crisis (Covid-19): A Review Study.** J Isfahan Med Sch 2020; 38(570): 216-226.

1- Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- PhD Student of Health Psychology, Department of Humanities, University of Tehran, Kish International Campus, Kish, Iran
Corresponding Author: Ahmad Alipour, Professor of Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran; Email: alipor_a@yahoo.com