

چگونگی ارائه مداخلات روان‌شناختی در بیماری کووید ۱۹: یک مطالعه مروری روایتی

محسن احمدی ظهور سلطانی^۱، شکوفه طاهرآبادی^۲، *امیر محسن راه‌نجات^۳،
ارسیا تقوا^۴، هاله شاهدحق قدم^۵، وحید دنیوی^۴

چکیده

مقدمه: شیوع کروناویروس جدید (کووید ۱۹) از ژانویه ۲۰۲۰ تبدیل به یک بحرانی ناگهانی و جهانی در حوزه سلامت عمومی شد. این پژوهش با هدف بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده جهت استخراج مداخلات روان‌شناختی اثربخش و همچنین ارائه راهکارهای عملی مداخله صحیح در بحران انجام شد.

روش بررسی: این مقاله به روش مقالات مروری روایتی از تاریخ ۱ ژانویه تا ۱ آوریل ۲۰۲۰ با جستجوی کلید واژگان بیماری کروناویروس جدید ۲۰۱۹، کادر پزشکی و پرستاری، مداخله در بحران، شیوع کرونا ویروس جدید، کووید ۱۹، شیوع بیماری واگیر، خدمات در بحران، مکانیسم‌های دفاعی، شخصیت و بحران در سایت‌های معتبر پایمد، ساینس دیرکت، اسکوپوس، گوگل اسکالر، پروکوئست و همچنین معروف‌ترین پایگاه‌های داده‌های داخلی یعنی پایگاه جهاد دانشگاهی، ایرانمکس، مجیران به دو زبان انگلیسی و فارسی انجام شد. علاوه بر این، برخی از مقالات که به طور آنلاین توسط کمیسیون بهداشت ملی چین، مرکز ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و سازمان جهانی بهداشت منتشر شده است، نیز مورد جستجو قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مجموع، از تعداد ۲۰۰ مقاله انگلیسی به دست آمده در زمینه مداخلات روان‌شناختی در بحران‌ها، تعداد ۳۵ مقاله واجد شرایط برای این مطالعه بودند که تمام متن مورد مرور روایتی نهایی قرار گرفتند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس مرور مقالات موجود مشخص شد خطوط تلفن ویژه و خدمات روان‌شناختی آنلاین نقش مهمی در حفظ و افزایش سلامت روان شهروندان در بدو شیوع کروناویروس دارد و نقش این نوع خدمات در ابتدای اپیدمی بیشتر از مداخلات روان‌شناختی چهره به چهره است.

کلمات کلیدی: کروناویروس، کووید ۱۹، مداخلات در بحران، مکانیسم‌های دفاعی

(سال بیست و دوم، شماره اول، بهار ۱۳۹۹، مسلسل ۷۰)
تاریخ پذیرش: ۹۹/۲/۸

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۹۹/۱/۱۸

۱. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله^(عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌شناسی بالینی، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران.
۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی آجا، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، تهران، ایران (مؤلف مسئول) arahnedjat@yahoo.com
۴. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه روان‌پزشکی، تهران، ایران.
۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین، ورامین، ایران.

مقدمه

در نوامبر ۲۰۱۹ اولین بار بیماری کروناویروس^۱ (COVID-19) گزارش شد و سپس در ووهان، پایتخت استان هوئی چین گسترده شد [۱]. این بیماری به سرعت در سرتاسر چین و نقاط دیگر گسترش یافت و تبدیل به یک اورژانس بهداشت جهانی شد [۲]. نتایج تحقیقی نشان داد که در مراحل اولیه شیوع بیماری یعنی زمانی که عفونت یا ویروس به سرعت منتشر می‌شود، احساس آسیب‌پذیری شدید، ابهام و تهدید زندگی تشدید شده و منجر به راه‌اندازی علائم جسمانی و شناختی اضطراب می‌شوند [۳]. نتایج یک مطالعه نشان داد در مبارزه با ظهور ناگهانی سندرم تنفسی حاد (SARS)^۲، در مراحل اولیه همه‌گیری، پریشانی روانی^۳ شامل ترس و اضطراب فوراً در بین کارکنان پزشکی ظاهر شد، اما افسردگی، علائم روان-تنی و علائم اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۴ بعدها شروع شد، ادامه پیدا کرد و تأثیرات عمیقی گذاشت. ۱۰٪ از شرکت‌کنندگان در این مطالعه سطوح بالایی از PTSD از زمان شیوع SARS را گزارش کردند. پاسخ‌دهندگانی که قرنطینه بودند یا در مکان‌های پرخطر از قبیل محل نگهداری بیماران مبتلا به SARS زندگی می‌کردند، و یا دوستان و خویشاوندانی داشتند که به ویروس آلوده شده بودند، ۲ تا ۳ برابر بیشتر از کسانی که چنین شرایطی را نداشتند در معرض PTSD بودند [۳، ۴]. ایزوله شدن، کار در شرایط پرخطر، داشتن تماس با افراد آلوده، علل اصلی تروما بودند [۴، ۵]. همچنین مطالعات نشان داده‌اند به خاطر شیوع بیماری کروناویروس، برخی خانواده‌ها ممکن است منبع درآمد خود را از دست بدهند و دانشجویان به خاطر پرداخت هزینه شهریه‌شان دچار اضطراب شوند. بنابراین علاوه بر تأثیری که این همه‌گیری در اقتصاد کشور دارد مشکلاتی در ارتباط با سلامت جسمانی و روانی در سطح ملی ایجاد می‌کند [۶].

نتایج پژوهش سائو و همکاران [۷] نشان داد که ۹٪ دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش در زمان شروع کرونا، اضطراب شدید، ۲/۷٪ اضطراب متوسط و ۲۱/۳٪ اضطراب خفیف گزارش کردند. به علاوه زندگی در مناطق شهری، ثبات درآمد خانواده و زندگی همراه با والدین، عوامل حمایتی در برابر اضطراب بودند. داشتن خویشاوند یا آشنایی که به COVID-19 مبتلا باشد عامل خطرزای مهمی در افزایش اضطراب دانشجویان بود. به علاوه حمایت اجتماعی، عامل مهمی در کاهش اضطراب دانشجویان است. اپیدمی کرونا با خود نه تنها خطر مرگ ناشی از آلودگی به ویروس را فراهم می‌آورد بلکه همچنین فشار روان‌شناختی غیرقابل‌تحملی به مردم چین و سایر نقاط جهان وارد کرده است [۸]. تعداد افرادی که از مشکلات مرتبط با سلامت روان پس از اتفاق اصلی یعنی شیوع کرونا رنج خواهند برد اغلب بیشتر از افرادی است که صدمه جسمانی دیده‌اند و تأثیرات مرتبط با سلامت روان اپیدمی ممکن است طولانی‌مدت باشد [۹].

از طرفی در موقعیت‌های بحرانی افراد اطلاعات را می‌گیرند، آن را پردازش می‌کنند، و به روش‌های مختلفی عمل می‌کنند تا به روش بهنجار. پژوهش‌های قبلی نشان داده است که ادراک خطر تأثیر معناداری روی اقداماتی که مردم زمانی که با خطر مواجه می‌شوند، دارد [۱۰، ۱۱]. برطبق مطالعات مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۵، افراد زمانی خطرات را به راحتی قبول می‌کنند و یا احساس خطر کمتری خواهند داشت که خطر تحت کنترل باشد، بتوانند آن را مدیریت کنند، عملکرد عمومی که باعث مقابله با آن می‌شود را آموزش دیده باشند، خطر ساده باشد، یک منبع معتبر آن را مطرح و درباره آن اطلاع‌رسانی کند و آن خطر سخت و نامانوس نباشد. در مقابل خطر زمانی کمتر قابل پذیرش خواهد بود که مردم تحت تأثیر آن خطر هیچ راهی برای کنترل آن نداشته باشند، خطر سخت و نامانوس باشد، توسط انسان به وجود آمده باشد، اطلاع‌رسانی

1. Coronavirus
2. Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS
3. Psychological distress
4. Post Traumatic Stress Disorder-PTSD

5. (CDC or The Centers for Disease Control and Prevention)

فرد می‌شوند. برای مثال دفاع‌های انطباقی‌تر با روابط بهتر، رضایت کار، سلامت روان و بهزیستی ذهنی در حالی که مکانیسم‌های دفاعی کمتر انطباقی با سلامت‌روان پایین، مشکلات کاری و مشکلاتی در روابط همراهند [۱۷، ۱۸]. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که مکانیسم‌های دفاعی ممکن است پیامدهای مهمی برای سلامت جسمی افراد داشته باشند [۱۹، ۲۰].

مکانیسم‌های دفاعی به طور خودکار و ناهشیار جنبه‌هایی از واقعیت و احساساتی که راه‌انداز اضطراب هستند را پاک می‌کنند. از آنجایی که دفاع‌ها مانع از دیدن دقیق واقعیت می‌شوند ما نمی‌توانیم پاسخی مناسب در واکنش به آن بدهیم. در نتیجه ما در رسیدن به اهدافمان شکست می‌خوریم و احساسات منفی فزاینده‌ای را تجربه می‌کنیم. در طرف مقابل مکانیسم‌های مقابله‌ای، راهبردهای هشیاری هستند که ما به طور منطقی برای حل مشکلات بیرونی از آنها استفاده می‌کنیم. آنها احساسات منفی ما را به طور موقت کاهش داده، عملکرد ما را بهبود می‌بخشند طوری که ما می‌توانیم مشکلات را حل یا مدیریت کنیم [۲۱]. پس استفاده کوتاه‌مدت از آنها برای ما مفید است اما زمانی که تبدیل به عادت می‌شوند سلامتی ما را به تهدید مواجه می‌کنند. این سبک‌های عاداتی مقابله‌ای هیجان مدار^۳ اغلب به صورت خودکار و خارج از آگاهی فرد عمل می‌کنند [۲۲، ۲۳].

دفاع‌ها به چند سطح طبقه‌بندی می‌شوند و همه ما از آنها استفاده می‌کنیم. دفاع‌های پخته (برای مثال والایش^۴، سرکوبی، نوع‌دوستی^۵، شوخ طبعی^۶) در کسانی که سطوح بالایی از موفقیت در کار و روابط و سطوح پایینی از آسیب‌شناسی دارند دیده می‌شود، دفاع‌های نوروپیک^۷ (برای مثال جابجایی، واپس‌رانی و واکنش وارونه) کمتر انطباقی

در مورد آن توسط منابع نامعتبر انجام شود، جدید و عجیب و غریب باشد و یا کودکان را تحت تأثیر قرار دهد [۱۲]. برای مثال شیوع بیماری واگیری که از قبل برای آن اطلاعاتی وجود دارد و راه‌های انتقال آن مشخص است ادراک خطر کمتری وجود دارد تا شیوع بیماری که به طور قابل ملاحظه‌ای ناشناخته است و یا حتی زمانی که شناخته شده، تهدیدات زیادی برای سلامت دارد.

تجربه کارکنان پزشکی در پاسخ به SARS نشان داد که اثرات آن روی سلامت روان کارکنان پزشکی صرفاً کوتاه مدت نبوده بلکه همچنین اثرات بلندمدتی دارد و ارزش حمایت‌های مؤثر و آموزش‌های معنادار را دارد [۱۳].

همچنین بروز و یا تشدید اختلالات روانی در شرایط بحرانی از عوامل مختلفی تأثیر می‌پذیرد. برای مثال پنگ و همکاران [۱۴] نشان دادند مشکلات مرتبط با سلامت روان، همبستگی مثبت با اتفاقات منفی در زندگی و ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری^۱ دارد. از طرفی دیگر حمایت اجتماعی، برون‌گرایی و تاب‌آوری با مشکلات مرتبط با سلامت روان همبستگی منفی دارند [۱۴]. مطالعات نشان می‌دهد مرگ والدین در کودکی، عدم زندگی با والدین، مشکلات روان‌شناختی و بیماری‌های ذهنی والدین عواملی هستند که با بروز اختلالات هیجانی و اضطرابی در بزرگسالان رابطه دارند [۱۵].

از جمله عوامل دیگری که در شرایط بروز بحران می‌توانند نقش ضربه‌گیر یا تشدیدکننده داشته باشند مکانیسم‌های دفاعی^۲ هستند. مکانیسم‌های دفاعی به تلاش‌های گسترده ناهشیار و خودآیندی اشاره دارد که برای حفظ ثبات روان‌شناختی در مواجهه با استرس‌زاهای بیرونی و درونی از طریق تغییر ادراک واقعیت عمل می‌کنند [۱۶]. به نظر می‌رسد برخی مکانیسم‌ها سازگارانه‌اند در حالی که برخی دیگر مشکل‌زا هستند و منجر به بروز مشکلاتی در زندگی هیجانی و پیرامونی

3. emotion-focused
4. sublimation
5. altruism
6. humor
7. neurotic defenses

1. neuroticism
2. Defense mechanisms

بیماری واگیر^۸، خدمات در بحران^۹، مکانیسم‌های دفاعی^{۱۰}، شخصیت و بحران^{۱۱} در سایت‌های معتبر پابمد^{۱۲}، ساینس دیرکت^{۱۳}، اسکوپوس^{۱۴}، گوگل اسکالر^{۱۵}، پروکوئست^{۱۶} و همچنین معروفترین پایگاه‌های داده‌های داخلی یعنی پایگاه جهاد دانشگاهی^{۱۷}، ایرانمدکس^{۱۸}، مگیران^{۱۹} و به دو زبان انگلیسی فارسی انجام شد. علاوه بر این، برخی از مقالات که به طور آنلاین توسط کمیسیون بهداشت ملی چین^{۲۰}، مرکز ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌ها^{۲۱} و سازمان جهانی بهداشت منتشر شده است، نیز مورد جستجو قرار گرفتند. از مجموع ۲۰۰ مقاله‌ای که در زمینه مداخلات روان‌شناختی در بحران، به طور کلی و مداخلات روان‌شناسی در کرونا به طور اختصاصی صورت گرفت، تعداد ۳۵ مقاله واجد شرایط برای این تحقیق استفاده شد. فرایند انتخاب مقالات به ترتیب زیر صورت گرفت: (۱) بررسی ارتباط موضوعی عناوین یافت شده با اهداف این پژوهش؛ (۲) بررسی ارتباط چکیده مقاله با اهداف مطالعه؛ (۳) بررسی ارتباط متن کامل مقاله با اهداف پژوهش. پس از انجام این مراحل مقالاتی که واجد معیارهای زیر بودند انتخاب شد. الف) مداخلات روان‌شناختی در بیماری کرونا؛ ب) مداخلات روان‌شناختی در بحران (از جمله بلایای طبیعی و بحران‌هایی که به صورت فردی ایجاد می‌شود مثل مورد تجاوز قرار گرفتن)؛ پ) عوامل زمینه‌ساز جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی فردی مؤثر در بحران.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش در صدد پاسخ‌گویی دو سؤال زیر و ارائه

هستند اما در تمام سطوح عملکرد زندگی یافت می‌شوند؛ در حالی که دفاع‌های ناپخته^۱ (برای مثال فرافکنی، برون‌ریزی و انکار) با مشکلاتی در زمینه دشواری در تنظیم، بیان و فهم تجارب هیجانی مرتبطند [۳۰]. نتایج تحقیق مالون و همکاران نشان داد که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی سازنده‌تر در میان سالی سلامت جسمی بهتری بعدها در اواخر زندگی ایجاد می‌کند [۲۴]. تحقیقات قبلی نیز نشان دادند که مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تر باعث حفظ سلامت جسمانی در درازمدت می‌شوند [۲۵، ۲۶].

همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که اختلالات زیر آستانه‌ای و خفیف سلامت روان برای اکثر جمعیت تحت تأثیر بحران ایجاد می‌شود. افراد دارای سطح خفیف مشکل سلامت روان به احتمال بیشتری نسبت به آنها که دارای اختلالات شدیدتری هستند، انگیزه بیشتری برای یادگیری مهارت‌های اساسی و سازگار شدن با چالش‌های گوناگون دارند. این مهارت‌ها در مطالعات گذشته نگر قبلی ارائه شده است [۲۷].

با توجه به آنچه در بالا اشاره شد ممکن است این سؤال پیش آید که آیا اساساً می‌توان در شرایط بحرانی مداخلات مؤثر روان‌شناختی انجام داد؟ از طرف دیگر با توجه به ماهیت متفاوت بیماری کرونا یعنی واگیر بودن آن بهتر است از کدام نوع خدمات روان‌شناختی استفاده کرد؟

روش بررسی

این مقاله به روش مقالات مروری روایتی^۲ از تاریخ ۱ ژانویه تا ۱ آوریل ۲۰۲۰ با جستجوی کلید واژگان: بیماری کرونا و ویروس جدید ۲۰۱۹^۳، کادر پزشکی و پرستاری^۴، مداخله در بحران^۵، شیوع کرونا و ویروس جدید^۶، کووید-۱۹^۷، شیوع

8. infectious disease outbreak
9. Crisis service
10. Defense mechanisms
11. personality and crisis
12. PubMed
13. science direct
14. Scopus
15. Google Scholar
16. ProQuest
17. SID
18. Iranmedex
19. Magiran
20. National Health Commission of China
21. National Center of Disease Prevention and Control

1. immature defenses
2. narrative review
3. 2019 novel coronavirus disease
4. medical and nursing staff
5. Crisis intervention
6. novel coronavirus outbreak
7. COVID-19

افراد می‌گرفتند آنها را برای دریافت خدمات مختلف روان‌شناختی ارجاع می‌دادند [۲۸].

علاوه بر کاهش آسیب‌های روان‌شناختی COVID-19 در بین کارکنان بیمارستان‌ها، کارکنان بخش سلامت روان در ووهان اقداماتی از قبیل تأسیس تیم‌های مداخله در بحران و گستره‌ای از خدمات روان‌شناختی از قبیل تهیه بروشورهای روان‌شناختی و مشاوره و روان‌درمانی فراهم کردند [۱۳]. به طور همزمان اخبار تلویزیون و رسانه‌ها آنلاین اطلاعاتی درباره راهبردهای مقابله روان‌شناختی خودیاری منتشر می‌کردند. هرچند که در این زمان خدمات سلامت روان مبتنی بر شواهد ترجیح داده می‌شود و ضروری است که به خدمات روان‌شناختی با کیفیت دسترسی داشت [۲۹].

دولت چین اقدامات مؤثر و گسترده‌ای برای کاهش فشار روی کارکنان پزشکی و پرستاری چین انجام داد، از جمله ارسال کارکنان پزشکی و پرستاری بیشتر جهت کاهش فشار کار، کنترل شدید عفونت، فراهم کردن تجهیزات برای کارکنان و ارائه راهنمایی عملی [۱۳].

در شرایط کنونی پاندومی ویروس کرونا، ارائه خدمات روان‌شناختی چهره به چهره نیازمند استانداردهای بالایی جهت به حداقل رساندن خطر ابتلا است. در این شرایط این خدمات صرفاً به کارکنانی که در خط اول درمان بوده و آلوده به ویروس نیستند، قابل ارائه است. هرچند که افراد آلوده به ویروس ممکن است با بحران‌های روان‌شناختی شدیدتر و ترومای دوم پس از بیماری روبرو باشند [۳۰]. بنابراین جهت اطمینان از تأمین خدمات سلامت روان و کاهش خطر عفونت متقابل، شبکه‌های مشاوره‌ای از راه دور توسط دولت چین به وجود آمد که در آن با استفاده از تلفن و خدمات اینترنتی می‌توان مشاوره داد [۳۱].

نتایج پژوهش جنتیلی و همکاران [۱۲] نشان داد که راهبرد ارتباطی جامع^۱ که توسط خدمات سلامت عمومی ارائه می‌شود که متمرکز است بر گشودگی و دسترسی‌پذیری^۲، می‌تواند در

یک‌سری راهکار متناسب با پژوهش‌های انجام شده قبلی است. **سؤال اول:** با توجه به ماهیت متفاوت بیماری کرونا یعنی واگیر بودن آن بهتر است از کدام نوع خدمات روان‌شناختی استفاده کرد؟

یافته‌های تحقیق کانگ و همکاران [۱۳] نشان می‌دهد که مشاوره و دستورالعمل‌های روان‌شناختی در منابع چاپی و انتشار آن در رسانه‌ها می‌تواند سطوحی از محافظت برای کارکنان پزشکی و پرستاری و بهبود سلامت روان با کاهش اثرات استرس ایجاد شده به خاطر خطر بالای ابتلا به بیماری فراهم آورد.

در این شرایط مداخلات روان‌شناختی در بحران نیاز است و استان سیچوان چین راهبردهای روان‌شناختی کمکی متعددی برای شهروندان فراهم آورد. در ابتدا راهنمای مداخلات روان‌شناختی و خودیاری کووید ۱۹ در ۴ فوریه منتشر شد. این راهنما توسط متخصصان حوزه‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در استان سیچوان فراهم شد. نویسندگان چندین روش مداخله خودیاری با جزئیات برای ۱۱ جمعیت مختلف نوشتند که عبارت بودند از جمعیت عمومی، مردم مضطرب، بیماران مشکوک، بیماران قطعی، اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی، اعضای خانواده افرادی که بیمارشان قطعی شده، کارکنان پزشکی، روان‌شناسان، کارکنان اجرایی، نیروهای پلیس و نظامی و کارمندان. راهنما به صورت آنلاین و مجانی در دسترس همگان بود. در مرحله دوم از ۶ فوریه استان سیچوان خط تلفن ویژه رایگان ۲۴ ساعته برای ارائه خدمات روان‌شناختی ایجاد کرد که کانالی برای تخلیه هیجانات منفی شهروندان بود. بیش از ۷۰ داوطلب به این برنامه ملحق شدند. در این اثنا خدمات روان‌شناختی آنلاین در چندین بیمارستان ایجاد شد. خطوط تلفن ویژه و خدمات روان‌شناختی آنلاین نقش مهمی در حفظ سلامت روان شهروندان در شرایط شیوع کروناویروس داشت. به علاوه جهت درک بهتر وضعیت روانی افراد در زمینه‌یابی‌های آنلاین از کارکنان بیمارستان‌ها آزمون‌های روان‌شناختی به عمل آمد و متناسب با نمره‌ای که

1. comprehensive communication strategy

2. openness and availability

مؤثر است؟

در پاسخ به این سؤال می‌توان گفت نه تنها وقایع استرس‌زای زندگی بلکه خصایص فردی در پاسخ به استرس‌ها است که منجر به اختلالات روان‌شناختی می‌شود [۱۶، ۳۴]. تحقیقات نشان داده کسانی که از مکانیسم‌های دفاعی پخته در واکنش به بحران‌ها استفاده می‌کنند از سلامت جسمانی و روانی بهتری نسبت به سایرین برخوردارند [۱۹، ۲۰] و افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و روان‌رنجور استفاده می‌کنند از سلامت کمتری در واکنش به بحران‌های زندگی برخوردارند [۳۵]. لذا در مواقع بروز بحران‌هایی که سلامت جسم و روان انسان را با خطر مواجه می‌کند باید همواره تصمیماتی که جهت مداخلات در نظر می‌گیرند متناسب با ظرفیت روان‌شناختی فرد یا قدرت سازگاری ایگو^۱ بیمار باشد که این کار جز با یک ارزیابی نسبتاً دقیق امکان‌پذیر نیست. همانطور که در بالا اشاره شد برای کسی که ظرفیت ایگوی بالایی دارد مواجهه با حقیقت (بحران و پیامدهای آن) شفا است اما برای کسانی که از ایگوی شکننده‌ای برخوردارند و مطابق عادت در مواجهه با واقعیت از مکانیسم‌های دفاع ناپخته و بدوی^۲ استفاده می‌کنند دیدن حقیقت نه شفا که بلا است. همانطور که مطالعه ماندر و همکاران [۲۷] نشان داد کسانی که مشکلاتشان زیر آستانه‌ای یا خفیف است انگیزه بیشتری برای یادگیری مهارت‌های اساسی و سازگار شدن با چالش‌های گوناگون دارند، لذا از آنجایی که بیشتر جمعیت در شرایط بحرانی از مشکلات زیر آستانه‌ای رنج می‌برند قادرند با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تر عدم تعادل ایجاد شده را با پشت سر گذاشتن شرایط بحرانی سپری کنند. در نقطه مقابل کسانی که سابقه اختلالات روان‌شناختی دارند و یا حتی اگر از قبل هیچ گونه علائمی دال بر اختلال گزارش نکرده باشند ولی عمدتاً از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته و بدوی استفاده می‌کنند، شروع بحران به عنوان راه‌اندازی برای شروع بحران‌های درونی و اختلالات روانی در

کاهش خشم جمعیت در طول بحران مفید باشد. کاهش معنادار خطر ادراک شده پس از مداخلات ارتباطی در بین شرکت‌کنندگانی که سطوح متوسط تا بالای خطر ادراک شده را گزارش کردند، دیده شد. هر چند در بین کسانی که در ابتدا خطر ادراک شده پایین را گزارش کردند سطح خطر ادراک شده تغییر نداشت.

آنچه مسلم است و در بالا نیز به آن اشاره شده، به نظر می‌رسد ضمن انجام کلیه اقدامات روان‌شناختی و روان‌پزشکی جهت کاهش اثراتی که بحران کرونا و یا هر گونه بحرانی دیگر در بر دارد، عوامل حمایتی که از طرف دولت‌ها فراهم می‌شود از تأمین مایحتاج اولیه و اقلام خوراکی گرفته تا دادن کمک هزینه‌ها و وام‌های بلاعوض و حمایت‌هایی که از طریق اعضای خانواده در این شرایط ایجاد می‌شود و وجود یک سری عوامل جمعیت‌شناختی از قبیل ثبات اقتصادی، تثبیت موقعیت شغلی، شرایط اقتصادی مناسب، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و... حتی به مراتب مؤثرتر از خدمات روان‌شناختی می‌تواند عمل کند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی پر قدرت و مؤثر در طول فوریت‌های سلامت عمومی ضروری است [۳۲]. چراکه ارائه خدمات روان‌شناختی نیز در صورت نبود عوامل حمایتی در این شرایط تأثیر چندانی ندارد. در حالی که وجود این دو در کنار یکدیگر است که حداکثر اثربخشی را در پی دارد. نتایج یک مطالعه نشان داد در صورتی که نوجوانانی که مورد سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی، کلامی و جنسی قرار گرفته‌اند اگر پس از بیان مشکلات خود و افشای آن نزد روان‌شناس مورد حمایت قرار نگیرند، مشکلات آنها به مراتب بیشتر از نوجوانانی خواهد بود که جهت دریافت کمک به روان‌شناس مراجعه نکردند [۳۳]. بنابراین در مجموع در پاسخ به سؤال اول می‌توان گفت که بهره‌گیری از روش‌های نوین ارائه خدمات روان‌شناختی و استفاده از رسانه‌های جمعی در کاهش تنش‌های افراد جامعه با حفظ اصول ایمنی بیمار و روان‌درمانگر مؤثر است.

سؤال دوم: آیا مداخلات روان‌شناختی در شرایط کنونی

1. Ego adaptive capacity

2. primitive

آنها است.

نتایج تحقیق مالون و همکاران [۲۴] نشان‌دهنده نقش بازسازی مکانیسم‌های دفاعی بیمار در سلامت روان بعدی او به ویژه در مواجهه با بحران‌ها است. برای مثال درمانگر ممکن است به بیمار کمک کند با فقدان پیش آمده با استفاده کمتر از مکانیسم انکار و بیشتر از طریق تأیید و تفسیر تجربه‌اش به روشی سازنده مقابله کند. این محققان نشان دادند مداخلاتی که با هدف تسهیل عملکرد شخصیتی انطباقی در میان‌سال‌ها انجام می‌شود، می‌تواند روی بهبود رابطه فرد با خانواده، دوستان و جامعه اثر گذارد که این کار به نوبه خود باعث بهبود سلامت جسمانی در اواخر عمر می‌شود [۲۴]. بنابراین در مجموع می‌توان گفت مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تر در ایجاد روابط اجتماعی مهم است، که این نیز به نوبه خود در سلامت جسمانی بعدی در زندگی نقش دارد. مداخلات روان‌شناختی که با هدف بهبود این حیطه‌ها استفاده می‌شوند ممکن است برای سلامت جسمانی مفید باشند.

آنچه که پژوهشگران با مطالعه مقالات منتشر شده در زمینه کرونا به دست آوردند، نشان می‌دهد که حتی در پیشرفته‌ترین کشورها نیز ارائه خدمات روان‌شناختی به صورت آنلاین و از طریق فضای مجازی صورت می‌گیرد تا خطر انتقال بیماری به حداقل برسد. البته کادر درمان از این قاعده مستثنی هستند. لازم به ذکر است در این گروه هم ارائه چهره به چهره خدمات، منوط به عدم ابتلای فرد مراجعه‌کننده و با رعایت کلیه نکات بهداشتی می‌باشد. در درجه اول خدمات روان‌شناختی و بروشورهای تهیه شده باید متناسب با جامعه هدف باشد. همچنین همانطور که مطالعه ژیاثو [۲۸] نشان داد جهت درک بهتر وضعیت روان‌شناختی افراد حتی در خدمات آنلاین از آنها آزمون گرفته شد تا متناسب با نمره‌ای که در آزمون می‌گیرند جهت ارائه خدمات معرفی شوند. چرا که مطابق مطالعه آرونس و همکاران [۲۹] بهتر است از روش‌های درمانی که کارایی آنها اثبات شده استفاده کرد. این کار زمینه را برای ارائه خدمات تخصصی برای کسانی که مشکل آنها حادثر است، فراهم

می‌کند. آنچه که حتی بیش از خدمات روان‌شناختی مطابق مطالعات منتشر شده در این شرایط مؤثر است کم کردن فشار کار کارکنان درمان به انحاء مختلف است [۱۳]. بسیاری از مطالعات نیز از حمایت‌های دولت‌ها در این شرایط برای کاهش بحران حکایت دارد [۸، ۶، ۱۴].

به طور خلاصه یافته‌های این پژوهش نشان داد ارائه خدمات روان‌شناختی مناسب پیوسته حتی برای کسانی که مشکلات روان‌شناختی خفیف یا زیر آستانه‌ای دارند در طول پاندمی‌ها جهت به حداقل رساندن احتمال تشدید مشکلات لازم است.

با توجه به آنچه در این مقاله آمد، سطوح مداخلات روان‌شناختی در شرایط بحران کنونی را می‌تواند به شکل زیر سطح‌بندی کرد:

۱- روان‌پزشکان و روان‌شناسان می‌توانند با تشخیص صحیح و تشکیل پرونده بر اساس شدت مشکلات روان‌شناختی برای کسانی که در معرض بحران قرار دارند و تفکیک آنها در گروه‌بندی‌های مختلف به مسئولین در جهت رساندن کمک‌های مالی و یا هرگونه حمایت درمانی به اقشار بیشتر آسیب‌پذیر که در این شرایط عملکرد آنها ممکن است کاملاً مختل شود، نقش سازنده‌ای داشته باشند.

۲- به افراد دارای علائم زیرآستانه‌ای یا خفیف که اکثریت مردم را تشکیل می‌دهند می‌توان با تهیه بروشورها و فعال کردن خطوط تلفن یا اینترنت در صورت نیاز و همچنین آموزش‌هایی که رسانه‌های عمومی ارائه می‌کنند سطح مشکل را تا حد زیادی پایین آورد. جهت ارائه خدمات به این دسته از مراجعین که از سلامت روانی خوبی برخوردارند و صرفاً نیاز به راهنمایی دارند می‌توان از مشاوران و روان‌شناسانی که در این خصوص آموزش‌های مربوطه را دریافت کرده‌اند، استفاده کرد چرا که کار آنها بیشتر در زمینه پیشگیری از بروز اختلال است تا درمان آن. این دسته از مشاوران می‌توانند در صورت مواجهه با موارد حاد بیمار را به درمانگران متخصص ارجاع دهند. عمده کسانی هم که در شرایط بحرانی نیاز است که پاسخگوی مردم

شود و مابقی کارشناسان زیر نظر این کمیته فعالیت کنند تا از تشتت آراء و پراکنده کاری‌ها که نه تنها نتیجه‌بخش نیستند بلکه به شدت مردم را سردرگم می‌کنند جلوگیری به عمل آید. تشکیل کمیته‌های منسجم که دستورالعمل آنها ولو آن که در پاره‌ای از موارد اشتباه باشد ولی مورد پذیرش اکثریت باشند بهتر از تصمیم‌گیری‌های درست ولی پراکنده است. پرهیز از هر گونه عجله و تشکیل کمیته‌های سر خود در این گونه موارد همیشه نتیجه عکس می‌دهد.

۷- همانطور که در متن مقاله اشاره شد بسیاری از بحران‌های روان‌شناختی و اضطراب ایجاد شده در شرایط اپیدمی مربوط به مشکلات مالی و اقتصادی است که بسیاری از افراد در حین چنین بحران‌هایی با آن مواجه می‌شوند و اساساً جنبه درون روانی ندارد. چنین اشخاصی در صورت زنگ زدن به مشاور و بیان مشکلات خود نه تنها کمکی دریافت نمی‌کنند بلکه حتی ممکن است بیشتر احساس سرخوردگی و ناامیدی بکنند. پیشنهاد می‌شود در صورت امکان کمیته‌ای جهت رفع مشکلات مشاغل در معرض خطر و راه‌اندازی خطوط تلفنی جهت ارائه خدمات به این عزیزان تشکیل شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران با کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.1399.020 به تصویب رسیده است.

References

1. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395(10223):514-523.
2. WorldHealthOrganization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 2005.
3. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004;185:127-133.
4. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 2009;54(5):302-311.
5. 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 : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2003;168(10):1245-1251.

باشند این دسته از مشاوران هستند. همانطور که در مقاله اشاره شد، عمده استرس ایجاد شده برای این گروه پس از فروکش کردن تب اپیدمی از بین می‌رود.

۳- کادر درمان که در خط مقدم مقابله با بیماری هستند. برای این عده می‌توان در محل بیمارستان و به صورت چهره به چهره و با رعایت کلیه نکات بهداشتی و در صورت عدم ابتلای روان‌درمانگر و مراجع به ارائه خدمات روان‌درمانی پرداخت.

۴- افرادی که مبتلا به اختلالات شدید شده‌اند. برای این دسته از افراد نیاز است که از روان‌درمانگران حرفه‌ای که دوره‌های تخصصی در زمینه درمان اختلالات روان را طی کرده‌اند، استفاده کرد.

۵- بروشورهای آموزشی و محتوای تولید شده جهت کاهش اضطراب و استرس در شرایط اپیدمی کرونا باید متناسب با مخاطبان آن تهیه شده باشد. همانطور که نتایج تحقیقات که در مقاله به آن اشاره شد، نشان داد که در چین بروشورها حداقل برای ۱۱ جامعه هدف تهیه شده‌اند که البته کل جامعه را در بر نمی‌گیرد و در ضمن ذکر شود که مخاطب این بروشورها چه جمعیتی است تا مطالب تهیه شده به جای اثر بخش بودن نتیجه عکس نگیرند.

۶- همانطور که بیان شد اولین گام در چین تشکیل کمیته‌های تخصصی مدیریت بحران بود. لازم است که در کشور ما کمیته‌های تخصصی که صد البته متشکل از افراد صاحب‌نظر در حوزه مدیریت روان‌شناختی بحران باشند تشکیل

6. Kernan WD. Health-related impediments to learning among dental and oral surgery students. *Journal of prevention & intervention in the community*. 2019;47(1):32-44.
7. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*. 2020;287:112934.
8. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The lancet. Psychiatry*. 2020;7(4):300-302.
9. Allsopp K, Brewin CR, Barrett A, Williams R, Hind D, Chitsabesan P, et al. Responding to mental health needs after terror attacks. *Bmj*. 2019;366:l4828.
10. Rubin GJ, Amlot R, Page L, Wessely S. Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *Bmj*. 2009;339:b2651.
11. Seeger MW, Pechta LE, Price SM, Lubell KM, Rose DA, Sapru S, et al. A Conceptual Model for Evaluating Emergency Risk Communication in Public Health. *Health security*. 2018;16(3):193-203.
12. Gentili D, Bardin A, Ros E, Piovesan C, Ramigni M, Dalmanzio M, et al. Impact of Communication Measures Implemented During a School Tuberculosis Outbreak on Risk Perception among Parents and School Staff, Italy, 2019. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(3).
13. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*. 2020.
14. Peng L, Zhang J, Li M, Li P, Zhang Y, Zuo X, et al. Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry research*. 2012;196(1):138-141.
15. Woodgate RL, Tailor K, Tennent P, Wener P, Altman G. The experience of the self in Canadian youth living with anxiety: A qualitative study. *PloS one*. 2020;15(1):e0228193.
16. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*. 1994;103(1):44-50.
17. Larsen A, Boggild H, Mortensen JT, Foldager L, Hansen J, Christensen A, et al. Psychopathology, defence mechanisms, and the psychosocial work environment. *The International journal of social psychiatry*. 2010;56(6):563-577.
18. Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. *The American journal of psychiatry*. 2001;158(6):839-847.
19. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harvard review of psychiatry*. 2004;12(5):263-278.
20. Cramer P. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *The American psychologist*. 2000;55(6):637-646.
21. Gipps R. *Co-creating change: effective dynamic therapy techniques*. Taylor & Francis; 2014.
22. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company; 1984.
23. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *The American psychologist*. 2000;55(1):89-98.
24. Malone JC, Cohen S, Liu SR, Vaillant GE, Waldinger RJ. Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and individual differences*. 2013;55(2):85-89.
25. Flannery RB, Jr., Perry JC. Self-rated defense style, life stress, and health status: an empirical assessment. *Psychosomatics*. 1990;31(3):313-320.
26. Olf M, Brosschot JF, Godaert G. Coping styles and health. *Personality and individual differences*. 1993;15(1):81-90.
27. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*. 2006;12(12):1924-1932.
28. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry investigation*. 2020;17(2):175-176.
29. Aarons GA, Glisson C, Green PD, Hoagwood K, Kelleher KJ, Landsverk JA, et al. The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implementation science : IS*. 2012;7:56.
30. Peng EY, Lee MB, Tsai ST, Yang CC, Morisky DE, Tsai LT, et al. Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*. 2010;109(7):524-532.
31. Jiang X, Deng L, Zhu Y, Ji H, Tao L, Liu L, et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry research*. 2020;286:112903.
32. Yin-xia B, GEGENTUYA H, Hu L, Zhen-hua W, Wen-rui W, Zhi-gang N. Correlation Between Psychological Changes of The Community Crowd and The Social Support in Grave Public Health Event [J]. *Nei Moivgol Medical Journal*. 2005;4.
33. Cash SJ, Murfree L, Schwab-Reese L. "I'm here to listen and want you to know I am a mandated reporter": Understanding how text message-based crisis counselors facilitate child maltreatment disclosures. *Child Abuse & Neglect*. 2020;102:104414.
34. Tanji F, Kakizaki M, Sugawara Y, Watanabe I, Nakaya N, Minami Y, et al. Personality and suicide risk: the impact of economic crisis in Japan. *Psychological medicine*. 2015;45(3):559-573.
35. Cramer P. Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of personality*. 1998;66(6):919-946.