

## مروری بر تاثیرات روانی قرنطینه و چگونگی کاهش آن (بررسی نظامند) A review of the psychological effects of isolation and how to reduce it (systematic review)

Seyedeh Khadijeh Jamali\*

PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Iran.

[navehjamali@gmail.com](mailto:navehjamali@gmail.com)

Mozhdeh Baghaee lake

PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Abadan Branch, Iran.

سیده خدیجه جمالی (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، ایران.

مژده بقایی لاکه

دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آبادان، ایران.

### Abstract

Quarantine may cause psychological side effects. The aim of this study was to review the psychological effects of quarantine and how to reduce them (systematic study). Keywords of stress, anxiety, and quarantine were searched in electronic databases of national and international scientific Journals from the year 2005 to 2019. Most of the studied studies have reported negative psychological effects including post-traumatic stress symptoms, confusion, and anger. Some researchers have also shown long-term effects. According to the results of this study, it can be said that in cases where quarantine is considered necessary, the authorities must provide clear explanations for the quarantine to ensure people of providing sufficient resources. The presentation of educational protocols can slow down possible psychological damage.

**Keywords:** *psychological effects, stress, anxiety, quarantine.*

### چکیده

بررسی‌ها نشان داده است که قرنطینه ممکن است عوارض روانی ایجاد کند. هدف از این مطالعه، مرور تأثیرات روانی قرنطینه و چگونگی کاهش آن (بررسی نظامند) بود. کلمات کلیدی استرس، اضطراب، قرنطینه در پایگاه‌های الکترونیکی مجلات معتبر علمی - پژوهشی داخلی و بین‌المللی از سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۹ جستجو شد. بیشتر مطالعات بررسی‌شده، اثرات روانی منفی از جمله علائم استرس پس از سانحه، سردرگمی و عصبانیت را گزارش کرده است. برخی محققان اثرات طولانی‌مدت را نیز نشان داده‌اند. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت در شرایطی که قرنطینه ضروری تلقی می‌شود، مسئولان باید برای قرنطینه توضیحات روشنی ارائه دهند تا مردم برای تهیه منابع کافی، اطمینان حاصل کنند. ارائه پروتکل‌های آموزشی می‌تواند از آسیب‌های روانی احتمالی کم کند.

**واژه‌های کلیدی:** *تأثیرات روانی، استرس، اضطراب، قرنطینه.*

ویرایش نهایی: آذر ۹۹

پذیرش: اردیبهشت ۹۹

دریافت: فروردین ۹۹

نوع مقاله: مروری سیستماتیک

### مقدمه

قرنطینه جدایی و محدودیت رفت‌وآمد افرادی است که به‌طور بالقوه در معرض یک بیماری مسری قرار گرفته‌اند تا از عدم پخش بیماری اطمینان حاصل کنند، بنابراین خطر ابتلا به را به دیگران کاهش می‌دهد (مرکز کنترل بیماری‌ها، روتشتاین، آلكالد، الستر، ماگومدر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). واژه قرنطینه برای اولین بار در سال ۱۱۲۷ در ونیز، ایتالیا در رابطه با جدام مورد استفاده قرار گرفت و همچنین در زمان بیماری طاعون حدود ۳۰۰ سال پیش، انگلیس به‌درستی از قرنطینه در مهار طاعون استفاده کرد (نیومن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). اخیراً قرنطینه در شیوع بیماری کرونا و ویروس (COVID-19) رایج شده است. این بیماری باعث شده که تمام شهرهای چین به‌طور مؤثر در قرنطینه گسترده قرار بگیرند (رید، بریگن، کامینگز، هو و جوئل<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). قرنطینه ممکن است برای برخی از افراد مشکلات روحی

1.Center for Disease Control, Rothstein., Alcalde, Elster., Majumder, et al  
 2. Newman  
 3. Read, Bridgen. Cumming, Ho., & Jewell

## A review of the psychological effects of isolation and how to reduce it (systematic review)

و روانی سنگینی ایجاد کند. برای اثربخشی، قرنطینه نه تنها افراد در معرض خطر را خانه نشین می کند بلکه باید از اقدامات مناسب کنترل عفونت در محل قرنطینه خود نیز پیروی کند (باربارا، مکینتایر، گوستین، اینگلسبی، اوتولی، دالتی و لایتون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

گزارش در مورد قرنطینه بیماری SARS به روش هایی که اجرا شد و انطباق حاصل شد (مانداویل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳)، نشان داد که اثرات منفی بر روی افراد قرنطینه شده و راه هایی که می توان از آن به بهترین شکل حمایت کرد، صورت نپذیرفته. علاوه بر این، در مورد پیروی از اقدامات کنترل عفونت توسط افراد در قرنطینه اطلاعات کمی به دست آمده است.

بر اساس تحقیقات انجام شده در مورد سایر بیماری های عفونی، از جمله سندرم حاد تنفسی حاد (SARS) و بیماری ویروس ابولا، بسیاری از کارکنان مراقبت های بهداشتی در هنگام شیوع (تام، پنگ، لام و چیو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ موندرا، لانس، روروک، هانتز، گلدبوم، باندسون و فونز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ لانس، موندرا و گلدبوم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸) استرس شدید را تجربه می کنند. همچنین نشان داده شده است که کارکنان بهداشتی حتی پس از شیوع بیماری، فرسودگی، استرس آسیب زاء، اضطراب و علائم افسردگی را تجربه می کنند (لانس، موندرا و گلدبوم<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). تحقیقات قبلی نشان داده است که شیوع اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) نیز در بین بازماندگان بیماری های عفونی افزایش یافته است.

اگر چه ظهور تحقیقات مرتبط با SARS بیشتر پیرامون به وجود آمدن بیماری است، اما تحقیقات کمی در مورد تأثیرات روان شناختی افرادی که مستقیماً در معرض شیوع بیماری های عفونی قرار گرفته اند، وجود دارد (مک، چو، پان، بی، و چان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). مطالعات شناخته شده اندکی در مورد تأثیر عفونت MERS بر سلامت روان وجود دارد (کیم، لیائو، کیم، یون، لام و فیلدینگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). آن دسته از مطالعاتی که در دسترس است، عوامل مرتبط با علائم اضطراب و عصبانیت بعد از قرنطینه خانگی را در حین شیوع MERS مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است (جنونگ، بیم، آهنگ، کی، مین، چو و چای<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶) همچنین گزارش شده است که افراد در مراحل اولیه شیوع MERS اضطراب را با درجه بالاتری در مورد این بیماری تجربه کرده اند، و اعتماد بیشتر به اطلاعات غیر رسمی داشتند (رو، لی، کانگ، و یونگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). بروکس، وبستر، اسمیت، وودلند، وسلی و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۲۰) در یک مطالعه مروری، با بررسی سریع شواهد موجود، مشخص نمودند که کارکنان مراقبت های بهداشتی که تحت قرنطینه هستند، علائم اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، نگر و ترس از ضرر مالی را گزارش می دهند. عدم اطمینان از پشتیبانی مناسب در کادر درمانی می تواند، منجر به گزارش نشدن علائم و افزایش خطر انتقال بیماری شود مشاوره یک شبکه پشتیبانی اجتماعی قوی می تواند احساس انزوا را جبران کند.

استراتژی های قرنطینه مدرن در تلاش برای محدود کردن شیوع عفونت COVID-19 شامل تعطیلی های کوتاه مدت تا میان مدت، محدودیت در گردهمایی، لغو برنامه های اجتماعی و عمومی برنامه ریزی شده و سایر محدودیت های سفر در سطح جهانی است (آشر، بولار، و جکسون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۰). آگاهی و درک تجربیات افراد قرنطینه شده برای به حداکثر رساندن مهار بیماری های عفونی و به حداقل رساندن تأثیرات منفی بر روی افراد قرنطینه شده، خانواده های آن ها و شبکه های اجتماعی بسیار مهم است. افرادی که در قرنطینه قرار دارند آزادی خود را محدود می دانند. این امر عذاب قابل توجهی را برای شخص به همراه دارد (هاوریلوک، طلا، رابینسون، پوگورسکی، گالا و استایرا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴). همه گیری های اخیر و قرنطینه (اشکال شدیدتر فاصله اجتماعی) افسردگی و اضطراب را تسریع کرده است (جنونگ، بیم، آهنگ، کی، مین، چو و چای<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه کشور ما هم در مرحله فاصله گیری اجتماعی قرار دارد، طبیعتاً درگیر بحرانی هایی خواهد شد در این پژوهش به مرور تأثیرات روانی قرنطینه و چگونگی کاهش آن (بررسی نظامی) خواهیم پرداخت. آگاهی و درک تجربیات افراد قرنطینه شده برای به حداکثر رساندن مهار بیماری های عفونی و به حداقل رساندن تأثیرات منفی بر روی افراد قرنطینه شده، خانواده های آن ها و اجتماع بسیار مهم است. از مهم ترین اهداف مطالعه افزایش آگاهی در مورد اقدامات قرنطینه و کنترل

1. Barbera, Macintyre, Gostin, Inglesby, O'Toole, DeAtley. & Layton
2. Mandavilli
3. Tam, Pang, Lam, & Chiu
4. Maunder, Lancee, Rourke, Hunter, Goldbloom, Balderson, & Fones
5. Lancee, Maunder, & Goldbloom
6. Mak, Chu, Pan, Yiu & Chan
7. Kim, Liao, Yu, Kim, Yoon, Lam, & Fielding
8. Ro, Lee, Kang, & Jung,
9. Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, & Rubin
10. Usher, Bhullar, & Jackson
11. Hawryluck, Gold, Robinson, Pogorski, Galea, & Styra
12. Jeong, Yim, Song, Ki, Min, Cho, & Chae

عفونت افرادی است که در قرنطینه به سر می بردند، کشف روش‌هایی از این طریق با توجه به مرور پژوهش‌های صورت گرفته، به افراد اطلاعاتی خواهد داد تا با پیروی از توصیه‌های بهداشت عمومی و درک این موارد این دوره را به راحتی به سر ببرند.

## روش

روش پژوهش به صورت مرور نظامند<sup>۱</sup> بود. کلیدواژه‌های مورد استفاده استرس، قرنطینه، اضطراب و افسردگی بودند. مقاله‌های منتشر شده در فاصله سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ بر سر می شدند. ابتدا عناوین تمام مقالات به دست آمده بررسی شد و به دقت مورد مطالعه قرار گرفت. مقالات فاقد معیارهای ورود که شامل مقالاتی بودند که متن کامل آنها وجود نداشتند؛ پژوهش‌هایی که اطلاعات کافی در بر نداشتند، مطالعاتی دارای ضعف‌های روش‌شناختی از مطالعه حذف شدند و مقالاتی که به بیماری‌های عفونی، استرس، اضطراب و افسردگی طی سال‌های ذکر شده پرداخته بودند وارد مطالعه شدند. از میان نتایج به دست آمده، ۱۴ مقاله جهت بررسی پژوهش انتخاب شدند.

## یافته‌ها

حسین، سلطانه، و پروهیت<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی مروری نه پایگاه داده اصلی و منابع اضافی را جستجو کردند که به صورت منظم بررسی می‌شدند. نتایج سلامت روان قرنطینه یا ایزوله را در هر جمعیت گزارش دادند. از میان ۱۳۶۴ استناد، تنها ۸ مورد معیارهای پژوهش را رعایت کردند. بیشتر مطالعات اولیه در این بررسی‌ها در کشورهای با درآمد بالا و در بیمارستان انجام شده بود. در این مقالات گزارش شده است که بار زیادی از مشکلات بهداشت روان در بین بیماران، مراقبان غیر رسمی و مراکز بهداشتی و درمانی که قرنطینه را تجربه کرده‌اند، وجود دارد. مشکلات روانی شایع در بین افراد مبتلا شامل افسردگی، اضطراب، اختلالات خلقی، پریشانی روانشناختی، اختلال استرس پس از سانحه، بی‌خوابی، ترس، ننگ، اعتماد به نفس پایین، عدم کنترل خود و... است. نتایج این پژوهش اذعان می‌دارد، افراد و جمعیتی که تحت قرنطینه و انزوا قرار گرفته‌اند دچار مشکلات بهداشت روانی شدید شده‌اند. با توجه به شواهد مداخلات چند جانبه از جمله اقدامات سیاسی و اجتماعی برای تقویت خدمات بهداشت روان در سطح جهان و ارتقاء بهزیستی روانی جامعه نیاز است. این مطالعه به بررسی پیامدهای روانشناختی قرنطینه در ۱۰۰۶ ایتالیایی پرداخته است. هرچند که برای شیوع گسترده بیماری در افراد متفاوت است، اما نتایج نشان داد که قرنطینه و فاصله گذاری اجتماعی، سلامت روانی را تهدید می‌کند (مثلاً افسردگی). تماس‌های اجتماعی آنلاین می‌توانند اثرات منفی محدودیت‌های اجتماعی را تعدیل کند. مخاطبین آنلاین می‌توانند سلامت روان خود را از انزوا به وجود آمده محافظت کنند (پانکانی، مارینوکی، اورلی و ریوا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰).

سونی، رنکین، چنگ، هو، لانگ، منگ و ژانگ<sup>۴</sup> (۲۰۲۰) تحقیق حاضر نقش دو منبع بالقوه مقابله‌ای را که در این دوره استرس زا را بررسی کرده است: تجربه روانی و ذهن آگاهی. شرکت کنندگان در شهرهای عمده ووهان که تحت تأثیر COVID-19 قرار دارند (۵۱۱۵ نفر) یک ارزیابی نظر سنجی آنلاین را درباره تجربه روانی، ذهن آگاهی و بهزیستی به پایان رساندند. قرنطینه طولانی‌تر با زندگی سخت‌تر همراه بود. تجربه روانی و ذهن آگاهی در برخی افراد بهزیستی را پیش‌بینی می‌کند. با این حال، تجربه روانی - اما نه ذهن آگاهی - پیوند بین طول قرنطینه و بهزیستی را کمتر می‌کند، افرادی که دارای سطح درآمد بالایی هستند تجربه روانی کمتری دارند و هیچ ارتباطی بین طول قرنطینه و بهزیستی پایین نشان ندادند.

در مطالعه روزن، وینبرگر-لیتمن، روزنویسویگ، روزمین، مونیگ، کاردیدی و لیتمن<sup>۵</sup> (۲۰۲۰) اضطراب و پیش‌بینی کننده اضطراب مرتبط با قرنطینه ناشی از قرار گرفتن در معرض COVID-19 را در بین اولین جامعه‌ای که در ایالات متحده قرنطینه شده است، ارزیابی شد. علاوه بر این، پتانسیل‌های مداخله به منظور کاهش پریشانی و به حداقل رساندن عواقب روانی و روانی مرتبط با اضطراب افزایش یافته و پایدار مشخص شدند. ۳۰۳ نفر از اولین جوامع در منطقه NYC که در هنگام شیوع COVID-19 در سال ۲۰۲۰ سفارش قرنطینه داده شد، به یک نظر سنجی آنلاین ناشناس پاسخ دادند. اضطراب و همچنین مشکلات رفتاری، روانشناختی، موقعیتی و

1. Review Article

2. Hossain, Sultana, & Purohit

3. Pancani, Marinucci, Aureli, & Riva

4. Sweeny, Rankin, Cheng, Hou, Long, Meng, & Zhang

5. Rosen, Weinberger-Litman, Rosenzweig, Rosmarin, Muennig, P., Carmody & Litman

## A review of the psychological effects of isolation and how to reduce it (systematic review)

اطلاعاتی را که ممکن است با اضطراب در ارتباط باشد، اندازه گیری شد. میانگین اضطراب در نمونه افزایش یافته و پایدار بوده و ۶۹,۰٪ نمونه اضطراب متوسط تا شدید گزارش کرده است.

ووبستر، بروکس، اسمیت، وودلند، و سلی، و روبین و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) به بررسی مروری در مورد دلایل و عوامل مرتبط با تبعیت از قرنطینه در هنگام شیوع بیماری عفونی پرداختند. ۱۴ مقاله را مورد بررسی قرار دادند. پایداری به قرنطینه از ۰٪ تا ۹۲,۸٪ بود. مهم ترین عواملی که در تصمیم گیری ها، به پیروی از آن تأثیر داشته و یا همراه بوده اند، دانش مردم در مورد بیماری و روش قرنطینه، هنجارهای اجتماعی، فواید درک شده از قرنطینه و خطر درک شده از این بیماری و همچنین موارد عملی مانند تأمین منابع مصرفی یا موارد دیگر بوده است. مردم در پیروی از قرنطینه در هنگام شیوع بیماری های عفونی متفاوت عمل می کنند. برای بهبود این امر، مقامات بهداشت عمومی باید به طور منطقی و به موقع، دلایل روشنی برای قرنطینه و اطلاعات مربوط به پروتکل ها ارائه دهند. برای تشویق رفتار نودوسستانه بر هنجارهای اجتماعی تأکید کنند. افزایش منافع درک شده از مشارکت در قرنطینه بر سلامت عمومی مشخص شود. اطمینان داده شود که منابع غذایی کافی، دارو و سایر مواد ضروری تأمین می شود.

در مطالعه اسپرانگ و سیلمن<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) با مقایسه علائم استرس پس از سانحه در والدین و کودکان در قرنطینه با کسانی که قرنطینه نشده اند، نشان دادند که میانگین نمرات استرس پس از آسیب در کودکانی که قرنطینه شده چهار برابر بیشتر از کسانی بود که قرنطینه نشده بودند. ۲۸٪ (۲۷ از ۹۸) والدین در این مطالعه قرنطینه شدند، در مقایسه با ۶٪ (۱۷ از ۲۹۹) والدینی که قرنطینه نشده بودند علائم کافی را برای تأیید تشخیص اختلال استرس پس از تروما نشان دادند.

مطالعه لئو، کاکاد، فولر، فن، فن، کنگ و وو<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی کارکنان بیمارستان ۳ سال پس از قرنطینه برای علائم افسردگی مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که ۹٪ (۴۸ از ۵۴۹ نفر) از کل نمونه علائم افسردگی بالا را نشان می دهد. در گروه دارای علائم افسردگی بالا، تقریباً ۶۰٪ (۲۹ از ۴۸ نفر) قرنطینه شده بودند، اما فقط ۱۵٪ (۶۳ از ۴۲۴) از این گروه که علائم افسردگی پایین داشتند، قرنطینه شده بودند.

در مطالعه وانگ، زو، ژائو، کائو، او و فو<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) دانشجویان مقطع کارشناسی کسانی که قرنطینه نشده بودند و قرنطینه شده بودند مقایسه شدند از نظر علائم استرس پس از سانحه یا مشکلات سلامت روانی عمومی بین گروهها اختلاف معنی داری مشاهده نشد. آنان خاطر نشان می کنند، کل جامعه مورد مطالعه دانشجویان مقطع کارشناسی بودند (که عموماً جوان هستند و شاید مسئولیت کمتری نسبت به بزرگسالانی که شاغل تمام وقت هستند) داشته باشند بنابراین ممکن است که این نتیجه گیری ها را نتوان در جمع گسترده تر تعمیم داد.

مطالعه جئونگ، بیم، آهنگ، کی، مین، چو و چای (۲۰۱۶) نتایج روانی در دوران قرنطینه را با دوران بعد از قرنطینه مقایسه کرد و نشان دادند که در طول قرنطینه، ۷٪ (۱۲۶ از ۱۶۵۶) علائم اضطراب و ۱۷٪ (۲۷۵) احساس خشم نشان داده اند، در حالی که ۴-۶ ماه پس از قرنطینه این علائم به ۳٪ (اضطراب) و ۶٪ (عصبانیت) کاهش یافته است.

مطالعه وو، لئو، نیش، فن، فولر، گوان و لیتواک<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) در مورد اثرات طولانی مدت قرنطینه گزارش شده است. ۳ سال پس از شیوع SARS، سوء مصرف الکل با علائم وابستگی با داشتن قرنطینه در کارکنان مراقبت های بهداشتی همراه بود. پس از قرنطینه، بسیاری از شرکت کنندگان همچنان به رفتارهای اجتنابی ادامه دادند.

در پژوهش دیگری نشان داده شد که کارکنان مراقبت های درمانی، تجربه قرنطینه بودن با رفتارهای اجتنابی مانند کاهش حداقل تماس مستقیم با بیماران و گزارش نکردن کار، بطور معنی داری و مثبت همراه بود (مرجانوویچ، گرینگلاس و کوفی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷).

یک مطالعه کیفی گزارش داد که چندین شرکت کننده تغییرات رفتاری طولانی مدت پس از دوره قرنطینه را توصیف کرده اند، مانند شستشوی دست و امتناع از حضور در مکان شلوغ و برای برخی، بازگشت به حالت عادی ماه ها به تأخیر افتاده است (کاو، پری، بلندس، مکای و ویگنال<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

1. Webster, Brooks, Smith, Woodland, Wessely, & Rubin,
2. Sprang, & Silman
3. Liu, Kakade, Fuller, Fan, Fang, Kong, & Wu
4. Wang, Xu, Zhao, Cao, He, & Fu,
5. Wu, Liu, Fang, Fan, Fuller, Guan, & Litvak
6. Marjanovic, Greenglass, & Coffey
7. Cava, Fay, Beanlands, McCay, & Wignall,

در یک مطالعه مشخص شد که اگرچه شرکت کنندگان بسیار کمی در مورد آلوده شدن یا انتقال ویروس به دیگران نگران بودند، اما افرادی باردار و کسانی که دارای فرزندان خردسال بودند نگرانی زیادی تجربه کرده بودند (برانکا مایر، توهر، کالینز، استریت و مارشال، ۲۰۱۳).

لی، کانگ، چو، کیم و پارک<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) با هدف ارزیابی استرس ادراک شده و تأثیر روانشناختی بیماران قرنطینه شده تحت همودیالیز و کارکنان بیمارستان‌های دانشگاهی که بیماران مبتلا به سندرم تنفسی خاورمیانه (MERS) را در طی شیوع بیماری خود درمان کرده بودند را بررسی نمودند. گروه مورد بررسی شامل ۱۸۰۰ پزشک بیمارستان و ۷۳ بیمار قرنطینه شده تحت همودیالیز بودند. تأثیر مقیاس حوادث-تجدید نظر شده دو بار، یک بار در حین قرنطینه بیمارستان و دوباره یک ماه پس از خاموش شدن بیماری اجرا شد. صاحبه کوتاه بین المللی اعصاب و روان و مقیاس اضطراب و افسردگی برای بیماران تحت همودیالیز انجام شد. در مراحل اولیه شیوع MERS، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که وظایف مربوطه را انجام می‌دادند در کل مقیاس حوادث-تجدید نظر شده و خرده مقیاس‌های آن به طور قابل توجهی بالاتر بودند. در ارزیابی دوم از گروه بیماران، نمرات خرده مقیاس خواب و بی‌حسی از مقیاس حوادث-تجدید نظر شده بسته به اجرای قرنطینه خانه متفاوت نشان دادند و نمرات خرده مقیاس نفوذ بسته به عملکرد وظایف مرتبط با MERS متفاوت بود. کادر پزشکی که وظایف مربوط به MERS را انجام می‌دادند، حتی پس از گذشت زمان، بالاترین خطر را برای علائم استرس پس از سانحه نشان داد. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله روان پزشکی سریع و مداوم در شیوع بیماری‌های عفونی با مرگ و میر بالا برای افراد قرنطینه لازم است.

جوهرال<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) در مقاله‌ای به طور خلاصه پیامدهای روانی-اجتماعی که ممکن است در مورد بیماران و مراقبت‌های بهداشتی و سایر کارگران خط مقدم در هنگام استفاده از کنترل‌های قرنطینه به وجود آید را بررسی نمود. مبتلایان به قرنطینه به دلیل ترس و درک خطر احتمالی پریشانی را گزارش کردند. این پریشانی می‌تواند در مواجهه با اطلاعات و ارتباطات نامشخص تقویت شود که در دوره اولیه شیوع بیماری شایع است. در این مقاله توصیه‌هایی برای مراقبت از افراد در قرنطینه و کسانی که با آنها کار می‌کنند، از جمله کمک به شناسایی عوامل استرس زا و عادی سازی تأثیر آن بیان شده است. این امر باید در همه سطوح پاسخ، از پیام‌های اطلاع رسانی عمومی و ارتباطات گرفته تا مشاوره و پشتیبانی فردی صورت بگیرد.

رینولدز، گارای، الماس، موران، طلا و استیرا<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) در این مطالعه گروهی از افراد که در طول شیوع SARS در کانادا قرنطینه شده‌اند را مورد بررسی قرار داده‌اند تا درک آنها از مشکلات و انطباق با تأثیر روانی تجربه قرنطینه را شرح دهند. پرسشنامه بر ۱۹۱۲ بزرگسال واجد شرایط اجرا شد، شامل ارزیابی مقیاس وقایع - تجدید نظر شده (IES-R) برای ارزیابی علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بود. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی (HCW) پریشانی روانشناختی بیشتری را تجربه کردند، از جمله علائم استرس پس از سانحه. افزایش دشواری درک شده با انطباق، قرنطینه طولانی‌تر و رعایت الزامات قرنطینه از عوامل مهم در نمرات بالاتر ارزیابی مقیاس وقایع بودند. رعایت کم الزامات قرنطینه نگرانی‌هایی را در مورد اثربخشی قرنطینه به عنوان یک اقدام بهداشت عمومی ایجاد کرده بود. نتایج بررسی مشخص نمود که بهبود در انطباق و کاهش پریشانی روانی ممکن است با به حداقل رساندن مدت زمان، تجدید نظر در الزامات، و ارائه آموزش و پشتیبانی تسهیل شود.

#### جدول ۱- خلاصه پژوهش‌هایی که پیرامون عامل‌های روانشناختی گزارش شده

نویسندگان	هدف پژوهش	نتایج
حسین، سلطانه و پروهیت (۲۰۲۰)	پيامدهای سلامت روانی قرنطینه برای پیشگیری از عفونت: بررسی منظم شواهد جهانی	مشکلات بهیستی روانی شدید
پانکانی، مارینوکی، اورلی و ریوا (۲۰۲۰).	انزوای اجتماعی اجباری و سلامت روان: مطالعه‌ای بر روی ۱۰۰۶ ایتالیایی تحت قرنطینه COVID-19	قرنطینه و فاصله گذاری اجتماعی، سلامت روانی را تهدید می‌کند.

## A review of the psychological effects of isolation and how to reduce it (systematic review)

سونی، رنکین، چنگ، هو، لانگ، منگ و ژانگ (۲۰۲۰)	اتفاقات در زمان COVID-19: یافته‌های چین.	قرنطینه طولانی‌تر با زندگی سخت‌تر. افرادی که دارای سطح درآمد بالایی دارند تجربه روانی کمتری دارند.
روزن، وینبرگر-لیتمن، روزنویسو-یگ، روزمرین، موئیگ، کاردیدی و لیتمن (۲۰۲۰)	اضطراب و پریشانی در بین اولین جامعه قرنطینه شده در ایالات متحده به دلیل COVID-19	میانگین اضطراب در نمونه افزایش یافته و پایدار بوده و ۶۹٫۰٪ نمونه اضطراب متوسط تا شدید گزارش کرده است.
ویستر، بروکس، اسمیت، وودلند، وسلی، و روبین و همکاران (۲۰۲۰)	چگونگی بهبود پیروی از قرنطینه: بررسی سریع شواهد	مردم در پیروی از قرنطینه در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی متفاوت عمل می‌کنند.
اسپرانگ و سیلمن (۲۰۱۳)	اختلال استرس پس از سانحه در والدین و جوانان پس از بلای مرتب با سلامتی	میانگین نمرات استرس پس از آسیب در کودکانی که قرنطینه شده چهار برابر بیشتر از کسانی بود که قرنطینه نشده بودند.
لئو، کاکاد، فولر، فن، فن، کنگ و وو (۲۰۱۲)	افسردگی پس از مواجهه با حوادث استرس‌زا: درس‌هایی که از اپیدمی شدید سندرم تنفسی حاد آموخته می‌شود.	نمونه علائم افسردگی بالا را نشان می‌دهد. در گروه دارای علائم افسردگی بالا، تقریباً قرنطینه شده بودند.
وانگ، زو، ژائو، کائو، او و فو (۲۰۱۱)	قرنطینه مربوط به پیامدهای روانی منفی فوری در طول اپیدمی H1N1 2009	دانشجویان مقطع کارشناسی قرنطینه از نظر علائم استرس پس از سانحه یا مشکلات سلامت روانی عمومی بین گروه‌ها اختلاف معنی داری مشاهده نشد.
جئونگ، بیم، آهنگ، کی، مین، چو و چای (۲۰۱۶)	وضعیت سلامت روان افراد قرنطینه به علت سندرم تنفسی خاورمیانه.	در طول قرنطینه، افراد علائم اضطراب و احساس خشم نشان داده‌اند
وو، لئو، نیش، فن، فولر، گوان و لیتواک (۲۰۰۵)	علائم سوءاستفاده / الکل در کارکنان بیمارستان که در معرض شیوع SARS قرار دارند	۳ سال پس از شیوع SARS، سوء مصرف الکل یا علائم وابستگی با داشتن قرنطینه در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی همراه بود
مرجانویچ، گرینگلاس و کوفی، (۲۰۰۷)	ارتباط متغیرهای روانی-اجتماعی و شرایط کار در پیش بینی راهبردهای مقابله پرستاران در طول بحران SARS	رفتارهای اجتنابی مانند کاهش حداقل تماس مستقیم با بیماران و گزارش نکردن کار،
کاوا، پری، بلندس، مکای و ویگنال، (۲۰۰۵)	تجر به قرنطینه برای افراد مبتلا به SARS در تورنتو	تغییرات رفتاری طولانی مدت پس از دوره قرنطینه
برانکا مایر، توهر، کالینز، استریت و مارشال، (۲۰۱۳)	درک پاسخ مدرسه به تعطیلی مدارس در طول همه گیر آنفولانزای H1N1 2009	مشخص شد که اگرچه شرکت کنندگان بسیار کمی در مورد آلوده شدن یا انتقال ویروس به دیگران نگران بودند، اما افرادی باردار و کسانی که دارای فرزندان خردسال بودند نگرانی زیادی تجربه کرده بودند
لی، کانگ، چو، کیم و پارک (۲۰۱۵)	تأثیر روانشناختی شیوع MERS در سال ۲۰۱۵ بر کارکنان بیمارستان و بیماران مبتلا به همودیالیز قرنطینه	پس از گذشت زمان، بالاترین خطر را برای علائم استرس پس از سانحه نشان داد.
جوهرال (۲۰۰۹)	اثرات روانی اجتماعی قرنطینه در هنگام شیوع بیماری و مداخلات	دلیل ترس و درک خطر احتمالی پریشانی را گزارش کردند.
رینو لدز، گارای، الاماس، موران، طلا و استیبرا (۲۰۰۸)	درک، انطباق و تأثیر روانشناختی تجربه قرنطینه SARS.	بهبود در انطباق و کاهش پریشانی روانی با به حداقل رساندن مدت زمان،

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیرات روانی قرنطینه و چگونگی کاهش آن (بررسی نظامند) انجام شده است. نتایج مطالعه گویای ارتباط این وضعیت با استرس پس از سانحه، تأثیر روانشناختی و افسردگی است. بیشتر بررسی‌ها در زمینه استرس و اختلالات اضطرابی بوده‌اند. نتایج نشان داد که شیوع اختلالات روان‌پزشکی مختلف در این دوران از جمعیت عمومی رخ می‌دهد.

داده‌های ما از بررسی پژوهش‌ها، نشان می‌دهد که قرنطینه می‌تواند منجر به پریشانی روانشناختی قابل ملاحظه‌ای در اشکال استرس پس از سانحه و علائم افسردگی شود. افرادی که در قرنطینه قرار دارند آزادی خود را محدود نموده‌اند تا بتوانند از انتقال بیماری‌های قابل جلوگیری کنند. این امر فشار قابل توجهی را برای شخص به همراه دارد. اختلال استرس پس از سانحه ممکن است بعد از قرار گرفتن در معرض حوادث آسیب‌زا که شامل یک مؤلفه تهدید کننده زندگی است، گسترش یابد و در صورت آسیب دیدگی از آن شرایط، به عنوان یک حالت آسیب پذیری در شخص افزایش یابد (برسلاو، کسلر، چیلکوات، ۱۹۹۶).

مسئولان بهداشت عمومی، پزشکان بیماری‌های عفونی و روانپزشکان و روانشناسان باید از این موضوع آگاه شوند. آن‌ها باید برای تعریف عوامل مؤثر در موفقیت قرنطینه و شیوه‌های کنترل عفونت برای مهار بیماری و بهبودی جامعه تلاش کنند و باید آماده باشند تا برای افرادی که در معرض خطر بیشتری از عواقب نامطلوب روانی و اجتماعی قرنطینه هستند، حمایت بیشتری را ارائه دهند. به طور کلی، این بررسی نشان می‌دهد که تأثیر روانی قرنطینه گسترده و قابل توجه است که می‌تواند ماندگار باشد. این بدان معنی نیست که نباید از قرنطینه استفاده شود. اثرات روانی عدم استفاده از قرنطینه و گسترش بیماری ممکن است بدتر باشد (هاوریلک، طلا، رابینسون، پوگورسکی، گالا و استایرا، ۲۰۰۴). با این حال، محروم کردن مردم از آزادی خود برای منافع عمومی گسترده، اغلب مورد اختلاف است و باید با دقت بررسی شود. اگر قرنطینه ضروری است، پس نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مقامات باید تمام اقدامات خود را انجام دهند تا اطمینان حاصل شود که این تجربه تا حد ممکن برای افراد قابل تحمل شود. این امر می‌تواند با دستیابی به موارد زیر انجام شود: به مردم گفته شود چه اتفاقی می‌افتد و چرا و توضیح درباره اینکه چه مدت این وضعیت ادامه خواهد یافت. فعالیت‌های معناداری را برای انجام آن، در دوران قرنطینه تعیین شود، برقراری ارتباط روشن، تضمین منابع اولیه (مانند غذا، آب و لوازم پزشکی) فراهم شود، تقویت احساسات نودوستانه‌ای که مردم باید به درستی حس کنند. مسئولان بهداشتی مجری قرنطینه، که به طور مشخص در اشتغال هستند و معمولاً از امنیت شغلی معقول برخوردار هستند، باید به خاطر داشته باشند که همه در یک وضعیت قرار ندارند. اگر تجربه قرنطینه منفی باشد، نتایج این بررسی نشان می‌دهد که می‌تواند عواقب طولانی مدت داشته باشد که نه تنها افراد قرنطینه شده بلکه سیستم مراقبت‌های بهداشتی و سیاستمداران و مسئولان بهداشت عمومی که آن را اجباری می‌کنند، تأثیر گذار باشد. کادر درمانی مهمترین نقش را در این دوره ایفا می‌کنند. مسئولان با به وجود آوردن شرایطی مثل تماس‌های ویدیویی و جلسات مجازی امکان ماندن در قرنطینه را باید برای آنان فراهم آورد. روابط اجتماعی ضمن حفظ فاصله گذاری، مداخلات شامل تحویل تجهیزات عمومی و پزشکی، محدود کردن قرنطینه به کمترین زمان لازم و تأکید بر این که نوع دوستی و خدمت به منافع یکی از ارزش‌های اصلی این حرفه است، می‌تواند اثر منفی قرنطینه را کاهش و کمک به حفظ سلامتی کادر درمانی کنند، تا بهتر بتوانند این دوره را طی نمایند. کاهش تأثیرات قرنطینه بر بهداشت روان نیازمند تلاش همگانی از طرف مردم، سیاستگذاران و متخصصان بهداشت است. برای عموم مردم، کارهای روزمره که شامل یک سبک زندگی سالم، سرگرمی، تعامل اجتماعی مجازی و ذهن آگاهی هستند تعریف شده است و اینگونه زندگی بسیار دشوار است. دولت رسانه‌ها و کادر مراقبت‌های بهداشتی باید راهنمایی‌های صحیح و دقیق بهداشت عمومی را با مردم در میان بگذارند. کارمندان و مراقبین درمانی می‌توانند از راه دور افراد در معرض خطر (افراد مستعد بیماری روانی و گروه‌های آسیب‌پذیر) را برای ارائه پشتیبانی اضافی نظارت کنند. برای اجرای موفقیت آمیز مهار بیماری، باید با تأثیرات قرنطینه بر سلامت روان مقابله کنیم. چالش‌های بازگشت جامعه به حالت عادی پس از دوری از اجتماعی هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است. مطالعات آینده باید افراد را برای سایر پاسخ‌های روانشناختی، از جمله ترس، عصبانیت، گناه و ننگ ارزیابی کند. یک ابزار بررسی استاندارد که طیف کاملی از پاسخ‌های روانشناختی به قرنطینه را در نظر می‌گیرد، بهتر است تدوین شود. که در صورت بروز شیوع دوباره مورد استفاده قرار بگیرد، از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره نمود که مطالعاتی دارای ضعف‌های روش‌شناختی و فاقد نتیجه بودند، حذف شدند. همچنین یکی دیگر از مشکلات موجود در پژوهش‌ها عدم توضیح شفاف و کامل متغیرهای مداخله است.

## A review of the psychological effects of isolation and how to reduce it (systematic review)

«تحقیق حاضر توسط مرکز روان شناختی پایا واحد پژوهش، با همکاری سازمان ورزش و جوانان استان گیلان تأمین شد.»

## منابع

- Barbera, J., Macintyre, A., Gostin, L., Inglesby, T., O'Toole, T., DeAtley, C., & Layton, M. (2001). Large-scale quarantine following biological terrorism in the United States: scientific examination, logistic and legal limits, and possible consequences. *Jama*, 286(21), 2711-2717.
- Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., & Marshall, H. (2013). Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC public health*, 13(1), 344.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22(5), 398-406.
- Center for Disease Control, Rothstein, M. A., Alcalde, M. G., Elster, N. R., Majumder, M. A., Palmer, L. I., & Hoffman, R. E. (2003). Quarantine and isolation: Lessons learned from SARS. University of Louisville School of Medicine, Institute for Bioethics, Health Policy and Law.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Available at SSRN 3561265*.
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38.
- Johal, S. S. (2009). Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain.
- Kim, E. Y., Liao, Q., Yu, E. S., Kim, J. H., Yoon, S. W., Lam, W. W. T., & Fielding, R. (2016). Middle East respiratory syndrome in South Korea during 2015: risk-related perceptions and quarantine attitudes. *American journal of infection control*, 44(11), 1414-1416.
- Lancee, W. J., Maunder, R. G., & Goldbloom, D. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatric services*, 59(1), 91-95.
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry*, 87, 123-127.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive psychiatry*, 53(1), 15-23.
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318-326.
- Mandavilli, A. (2003). SARS epidemic unmasks age-old quarantine conundrum.
- Marjanovic, Z., Greenglass, E. R., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(6), 991-998.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Rourke, S., Hunter, J. J., Goldbloom, D., Balderson, K., & Fones, C. S. (2004). Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 938-942.
- Newman, K. L. (2012). Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England. *Journal of social history*, 45(3), 809-834.
- Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P. (2020). Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine.
- Read, J. M., Bridgen, J. R., Cummings, D. A., Ho, A., & Jewell, C. P. (2020). Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. *MedRxiv*.
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136(7), 997-1007.
- Ro, J. S., Lee, J. S., Kang, S. C., & Jung, H. M. (2017). Worry experienced during the 2015 Middle East respiratory syndrome (MERS) pandemic in Korea. *PloS one*, 12(3).
- Rosen, Z., Weinberger-Litman, S. L., Rosenzweig, C., Rosmarin, D. H., Muennig, P., Carmody, E. R., & Litman, L. (2020). Anxiety and distress among the first community quarantined in the US due to COVID-19: Psychological implications for the unfolding crisis.
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105-110.



- Sweeny, K., Rankin, K., Cheng, X., Hou, L., Long, F., Meng, Y., & Zhang, W. (2020). Flow in the Time of COVID-19: Findings from China.
- Tam, C. W., Pang, E. P., Lam, L. C., & Chiu, H. F. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological medicine*, 34(7), 1197-1204.
- Usher, K., Bhullar, N., & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*.
- Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Cao, R., He, X., & Fu, S. (2011). Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic?. *General hospital psychiatry*, 33(1), 75-77.
- Webster, R. K., Brooks, S. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., & Rubin, G. J. (2020). How to improve adherence with quarantine: Rapid review of the evidence. *Public Health*.
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism*, 43(6), 706-712.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی