

تعیین‌کننده‌های روانی - اجتماعی رفتار سالم در مقابله با کرونا

دکتر حمید پورشریفی

دانشیار روان‌شناسی سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

و بازرس انجمن روان‌شناسی ایران

چکیده:

نوشته حاضر، بعد از مقایسه مرگباری شکر و کرونا، با این پرسش شروع شده است که چرا با وجود اینکه شکر از کرونا مرگبارتر هست، ولی بسیج علیه کرونا، چه توسط دولت‌ها و چه ملت‌ها، هزاران بار بیشتر از اقدام علیه هر عامل تهدیدزای سلامت، از جمله شکر بوده است. در ادامه با هدف شناسایی عوامل موثر بر رفتار سلامت، به سه مولفه مدل همگانی سلامت، یعنی عامل (ویروس)، میزبان (عوامل فردی) و محیط (عوامل اجتماعی) پرداخته شده است.

در خصوص مولفه میزبان یا عوامل روان‌شناختی فردی، به استناد نظریه‌ها و مدل‌های رفتار سلامت، با ذکر مثال‌های مرتبط با کرونا، به ذکر مواردی نظیر آسیب‌پذیری در برابر بیماری، هزینه‌های انجام رفتار، منافع، نگرش نسبت به رفتار و هنجار ذهنی پرداخته شده و در نهایت عامل فردی مهم، یعنی ادراک خطر تشریح و نقش صاحبان اقتدار در خصوص آن بیان شده است.

بخش پایانی نوشته بر عوامل اجتماعی، به ویژه تاثیر سیاست‌های کلان‌کشوری بر رفتار سلامت مردم، متمرکز شده است و ضمن تاکید بر لزوم تبعیت مسئولان کشور از پروتکل‌های جهانی، با توجه به ضعف‌های پدیدآمده در اعتماد اجتماعی، ضرورت هرچه بیشتر شفافیت و مسئولیت‌پذیری و عواقب نقض آنها تشریح شده است.

سالانه میلیون‌ها نفر در جهان در اثر بیماری‌هایی می‌میرند که به نوعی تحت تاثیر رفتار هستند. به عنوان مثال، در سال ۲۰۱۷، بیش از ۱۷,۷۹۰,۰۰۰ نفر توسط بیماری‌های قلبی-عروقی و ۱,۳۷۰,۰۰۰ نفر توسط دیابت جان باختند (راث^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). در مرگ و میر ناشی از این دو بیماری، شکر به صورت مستقیم و نیز به صورت غیرمستقیم، از طریق چاقی، نقش تعیین‌کننده‌ای داشته است. در همان سال، قریب ۷۹۴,۰۰۰ نفر توسط خودکشی، ۴۰۵,۰۰۰ نفر توسط قتل، ۱۳۰,۰۰۰ نفر توسط نزاع، ۱۲۱,۰۰۰ نفر توسط تیراندازی و ۲۷,۰۰۰ نفر توسط ترور مرده‌اند (راث و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه بخش اندکی از خودکشی توسط اسلحه انجام می‌گیرد، در مجموع کمتر از یک میلیون نفر با باروت کشته شده‌اند. بدین ترتیب می‌توان گفت که سالانه میلیون‌ها نفر توسط شکر و کمتر از یک میلیون نفر توسط باروت می‌میرند، با وجود این، چه تعداد از مقالات و مباحث مجلات، روزنامه‌ها و رسانه‌ها به مرگباری شکر پرداخته است؟ آیا آنقدر بوده است که حداقل چند مورد انگشت شمار را به یاد داشته باشید؟ آیا آنقدر بوده است که در افکار و مکالمات روزانه و یا حتی خواب شبانه‌تان سهمی به خود اختصاص داده

باشد؟ احتمالاً پاسخ منفی است. از ۱۷ نوامبر ۲۰۱۹ (یعنی ۲۶ آبان‌ماه ۱۳۹۸) که به روایتی اولین مورد مثبت کروناویروس در چین کشف شد تا لحظه نگارش این نوشته (۹ فروردین ۱۳۹۹)، یعنی در مدت قریب ۱۳۰ روز، میزان مرگ و میر ناشی از کروناویروس در جهان حدود ۳۰ هزار نفر بوده است که اگر آن را به علت عدم شفافیت احتمالی برخی از دولت‌ها به سه برابر ضرب کنیم حداکثر به ۱۰۰ هزار نفر می‌رسیم که این میزان در همان دامنه زمانی از میزان مرگ و میر ناشی از شکر در جهان کمتر بوده است.

اما چرا از کروناویروس بیش‌تر از شکر می‌ترسیم؟ چرا کرونا بیش‌تر از شکر، همه را، از دولت‌مردان، سیاستمداران، اقتصاددانان و متخصصان علوم پزشکی، ایمنی‌شناسی، ژنتیک، اپیدمیولوژیست‌ها تا جامعه‌شناسان و روان‌شناسان به حرکت درآورده است؟ شاید بخشی از آن را به ملموس بودن آثار کرونا به دلیل پوشش رسانه‌ای بیشتر نسبت داد، اما بی‌شک دلیل اصلی، احتمال انتشار آن هست که بر مرگباری‌اش می‌افزاید. به ویژه اینکه برخلاف بیماری‌های قلبی - عروقی که به تدریج رخ‌نمایی می‌کند، شیوع تصاعدی کرونا باعث می‌شود که امکانات بیمارستانی پاسخگوی میزان افراد درگیر نبوده و همین امر بر مرگ و میر بیماری می‌افزاید. این انتشار به شدت وابسته به رفتار مردم و مسئولان کشورهاست و از آنجا که روان‌شناسی علم مطالعه رفتار است، بیش از علوم دیگر می‌تواند در خصوص عوامل موثر بر انتشار ویروس، نظریه‌پردازی کند. مصرف شکر و شیوع کرونا، هر دو تحت تاثیر رفتار هستند اما رفتارهایی که در شیوع کرونا نقش دارند تنها آثار فردی ندارند و هر جا رفتاری آثار منفی جمعی داشته باشد، به میزان بیشتری مورد توجه قرار می‌گیرد.

کروناویروس (کووید ۱۹) به تعبیری چالش‌برانگیزترین و در عین حال رشددهنده‌ترین مشکل سلامتی در دهه‌های اخیر محسوب می‌شود. شواهد گویای این است که کروناویروس به صورت غیرمستقیم تاثیر تعیین‌کننده‌ای بر ابعاد مختلف زندگی و نیز جهان روانی انسان‌ها گذاشته و علاوه بر تغییر در ارتباطات بین‌فردی و عادات رفتاری، حتی در حال تاثیرگذاری بر ارزش‌های فردی انسان‌ها است. هر کدام از این تغییرات، ابعاد روان‌شناختی مهمی دارد و پرداختن به آنها ضروری است، اما در اینجا بجای پرداختن به آثار کرونا، بر عوامل موثر بر شیوع آن پرداخته می‌شود؛ اینکه رفتار ما چه تاثیری بر کنترل کرونا دارد و سالم بودن یا ناسالم بودن رفتار ما، از چه عواملی سرچشمه می‌گیرد. هدف نوشته حاضر در درجه اول شناسایی، در درجه دوم پیشگیری و در درجه سوم زمینه‌سازی برای کنترل مهمترین تعیین‌کننده‌های روانی-اجتماعی رفتار سالم در مقابله با کرونا است.

عوامل موثر بر رفتار سلامت

یکی از مدل‌های سلامت-بیماری، مدل همگانی سلامت است. بر اساس این مدل برای توجیه وضعیت سلامت یا بیماری لازم است سه متغیر را مورد توجه قرار داد:

۱. **عامل^۳:** عاملی که ایجادکننده بیماری یا تهدیدکننده سلامت است. در این مورد خاص، با ویروسی مواجه هستیم که میزان کشندگی آن هنوز به روشنی مشخص نشده است ولی از آنفلوآنزای فصلی بالاتر هست، به سرعت و به صورت تصاعدی انتشار می‌یابد و تاکنون برای آن واکسن و درمانی که مورد تایید سازمان جهانی بهداشت باشد یافت نشده است.

2 . Public Health Model

3 . agent

۲. **میزبان:** فرد یا موجود زنده‌ای که تحت تاثیر این عامل قرار می‌گیرد. برای این که عامل بتواند بر فرد اثر کند ویژگی‌های زیستی، روانی، رفتاری وی مهم است. در این نوشته، موارد مرتبط با میزبان، با عنوان عوامل فردی مطرح شده است.

۳. **محیط:** شرایطی است که تحت آن، عامل و میزبان در ارتباط با یکدیگر قرار می‌گیرند. در این نوشته، محیط با عنوان عوامل اجتماعی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

عوامل فردی

لازم است ابتدا تعریفی از رفتار سالم و ناسالم داشته باشیم و سپس عوامل موثر بر رفتار سالم را مورد بحث قرار دهیم. در خصوص مشکلات سلامت، نظیر دیابت یا بیماری‌های قلبی- عروقی، رفتار سالم صرفاً بر اساس میزان تبعیت از توصیه‌های بهداشتی تعریف می‌شود. از این منظر اگر ابتلا شدن به کروناویروس را مشابه مشکلات سلامت ذکر شده در نظر بگیریم، رفتار سالم، به عنوان تبعیت از توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، از قبیل شستن مکرر دست‌ها و حفظ فاصله اجتماعی تعریف می‌شود. در چنین نگاهی، از مدل‌هایی برای پیش بینی رفتارهای سلامت استفاده می‌شود که عبارتند از: مدل باور سلامت^۴، نظریه انگیزه محافظت^۵، نظریه عمل مستدل^۶، نظریه رفتار برنامه ریزی شده^۷، نظریه شناختی اجتماعی^۸، و نظریه منبع کنترل سلامت^۹.

عوامل فردی مطرح شده توسط این مدل‌ها عبارتند از:

- **ویژگی‌های جمعیت‌شناختی:** سن، جنسیت؛
- **توانایی پیش‌بینی رخدادها،** («به زودی کرونا کنترل می‌شود»، «معلوم نیست عاقبت کرونا چی میشه»)،
- **خودمختاری** («می‌خواهم طوری رفتار کنم که کرونا نگیرم»، «نمی‌خواهم زندگی‌ام را به خاطر کرونا متوقف کنم»);
- **شایستگی** («می‌توانم طوری بر محیط تسلط داشته باشم که خودم یا اطرافیانم کرونا نگیرند»، «برای پیشگیری از کرونا، هیچ تسلطی بر محیط ندارم»);
- **خودکارآمدی** («اگر کرونا بگیرم می‌توانم از پس آن بریام»، «اگر کرونا گرفتم دیگه نمی‌توانم بر آن غلبه کنم»);
- **انتظار پیامد** («قرنطینه خانگی می‌تواند در شکستن حلقه کرونا موثر باشد»، «قرنطینه خانگی تاثیری در شکستن حلقه کرونا ندارد»);
- **آسیب‌پذیری در برابر بیماری** («شانس ابتلای من به کرونا زیاد است»، «شانس ابتلای من به کرونا کم است»);

4 . host

5 . environment

6 . Health Belief Model

7 . Protection Motivation Theory

8 . Theory of Reasoned Action

9 . Theory of Planned Behavior

1 . Social Cognitive Theory ⁰

1 . Health Locus Control ¹

- هزینه‌های انجام رفتار («قرنطینه مرا از زندگی ساقط خواهد کرد»، «قرنطینه مرا محدود می‌کند، در عین اینکه فرصت‌های بودن با خانواده برابم ایجاد می‌کند»);
- منافع («اگر توصیه‌ها را رعایت کنم، پولی برای دارو و درمان نخواهم داد»، «رعایت توصیه‌ها سودی ندارد»);
- نشانه‌های درونی عمل («سرفه می‌کنم پس کرونا گرفته‌ام»);
- نشانه‌های بیرونی عمل («براساس آنچه از بروشورها و کلیپ‌ها یاد گرفته‌ام، چون همکارم بدون ماسک سرفه کرد من مبتلا خواهم شد»);
- نگرش نسبت به رفتار («شستن دست برای مقابله با کرونا ضروری است»، «زدن ماسک تاثیری بر کرونا ندارد»، «جوان‌ها کرونا نمی‌گیرند»);
- هنجار ذهنی («اگر ماسک بزنم مورد تایید اطرافیان قرار خواهم گرفت»، «اگر ماسک بزنم بچه ننه دیده می‌شوم»);
- حالات هیجانی («قرنطینه کلافه‌ام کرده، می‌خوام تمومش کنم»، «خسته شدم، کرونا بگیرم از این بهتره که همه‌اش ماسک بزنم»، «حوصله‌ام سررفته، می‌خوام برم دیدار دوستان»);
- ترس («از کرونا گرفتن می‌ترسم»).

بجز عوامل جمعیت‌شناختی، اکثر عوامل فردی یاد شده، از جنس افکار و باور هستند و می‌توان گفت این افکار و باورها، در مواردی به دو نوع سالم و ناسالم تقسیم می‌شوند. افکار سالم موجب هدایت رفتار سالم و در نهایت کنترل هرچه بیشتر کرونا شده و افکار ناسالم بر عکس آن عمل می‌کنند. در شکل ۱ نمونه‌ای از افکار سالم و ناسالم کرونا نشان داده شده است.

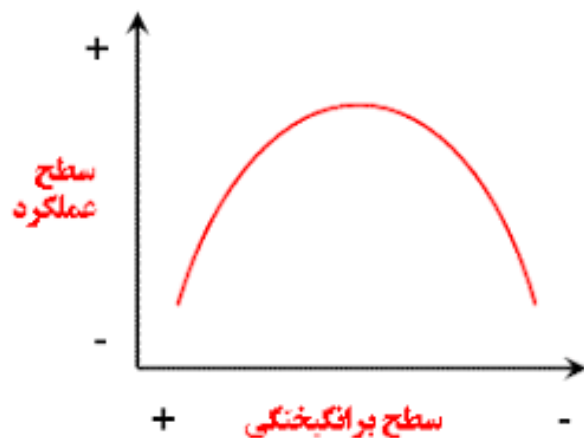


شکل ۱- افکار سالم و ناسالم در مورد کروناویروس

اینک که متخصصان، هنرمندان، سازمان‌های مردم‌نهاد و اصحاب رسانه با تمام وجود بر اتخاذ رفتارهای سالم توسط هم‌میهنان متمرکز شده‌اند و از همه روش‌های خلاقانه در این خصوص بهره می‌گیرند لازم است صرفاً بر رعایت توصیه‌ها، شستن دست و قرنطینه خانگی تمرکز نکنند و با رعایت ظرافت‌های لازم بر عوامل فردی به گونه‌ای بپردازند که احتمال رفتار سالم افزایش یابد: با ساخت کلیپ‌هایی، برای تغییر هنجار ذهنی به ویژه جوانان و نوجوانان اقدام کنند؛ از نگرش‌ها نسبت به رفتار سالم غافل نبوده و از هر روشی برای اصلاح نگرش‌های ناسازگار استفاده کنند؛ نسبت به عینی‌سازی هزینه‌های انجام رفتار ناسالم و منافع رفتار سالم اقدام کنند؛ اطلاعات واقعی در خصوص آسیب‌پذیری در برابر بیماری ارایه دهند؛ انتظار پیامد را بهبود بخشیده و با روش‌های خلاقانه نشان دهند که رعایت توصیه‌ها پیامدهای مثبتی را برای خودشان و جامعه خواهد داشت؛ بر خودکارآمدی و توان مقابله‌ای و شایستگی تاکید کنند بی‌آنکه هر کدام از این اقدامات نافی خودمختاری افراد باشد؛ از طریق شفافیت بر توانایی پیش‌بینی رخدادهای بیفزایند و در نهایت با شیوه‌های خلاقانه افزایش شادابی، بر حالات هیجانی منفی ناشی از محدودیت‌های پیش‌آمده، غلبه کنند.

ادراک خطر

ادراک خطر، وجه مشترک عوامل مطرح شده توسط اکثر مدل‌های پیش‌بینی رفتار سلامت است و به دلیل همین اهمیت، جداگانه مورد بحث قرار می‌گیرد. قبل از هرچیز یک پرسش مطرح می‌شود و آن اینکه آیا احساس خطر کردن و اینکه افراد از کرونا بترسند برای تغییر رفتار مفید است یا مضر؟ شواهد موجود در روان‌شناسی اجتماعی گویای این است که در مجموع ترسیدن موجب رفتار سالم می‌شود و ذکر «هزینه‌های عدم رفتار سلامت» سودمندتر از «بیان منافع انجام رفتار سلامت» هست. با وجود این، مطابق شکل ۲، ترسیدن یا نگرانی زیاد نیز تاثیر منفی بر عملکرد می‌گذارد. چه در مورد افکار (شکل ۱) و چه نگرانی‌ها (شکل ۲)، دو سر پیوستار ناسالم تلقی می‌شود.



شکل ۲. رابطه ادراک خطر (نگرانی) و رفتار سالم در مقابل کرونا

بر اساس شکل ۲، لازم است هم‌میهنان عزیز از خطر واقعی که در پیش است آگاه باشند. ممکن است رسانه‌ها، دولت‌مردان و سیاستگذاران، نگران التهاب جامعه باشند و سعی کنند میزان خطر واقعی را کمینه کنند. حتی شاید برخی از روان‌شناسان هم بنادریست فکر کنند که بایستی نگرانی را در جامعه به حداقل ممکن برسانند. لازم است ضمن توجه به التهاب جامعه، از هر

گونه اقدامی که موجب نادیده گرفتن خطر واقعی می‌شود خودداری شود. در عین دادن اطلاعات غیرواقعی و ترساندن با هدف پیشگیری از رفتار ناسالم، خود رفتار آسیب‌زا است و زیان‌های آن از سودمندی‌های احتمالی‌اش بیشتر است. لازم است از هرگونه فاجعه‌سازی خودداری شود و در عین حال برای افرادی که استعداد فاجعه‌سازی دارند و حتی اخبار معمولی را سوءتعبیر می‌کنند ضمن تصریح اطلاعات واقعی، برای افزایش توان مقابله‌ای آنها مداخلات روان‌شناختی لازم آرایه شود.

مطلب شایان توجه اینکه، تاریخچه تجارب قبلی بر ادراک و واکنش‌های افراد اثر می‌گذارد. قبل از آنکه کرونا بیاید مشخص شده بود که بیش از ۲۳ درصد افراد کشورمان به درجاتی از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند که بیشترین آن، مشکلات اضطرابی بود؛ طوری که وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وضعیت بهداشت روان جامعه را قرمز اعلام کرده بود. همچنین یادمان نرفته است که قبل از کرونا، جامعه ایران، از سیل و تحریم گرفته تا حوادث تلخ و فراموش نشدنی آبان و حادثه هواپیما را تجربه کرده بودند. بر این اساس انتظار می‌رود که این اتفاقات، آستانه پاسخدهی افراد را تحت تاثیر قرار داده، برخی را بی‌حس و کرخت و برخی را تحریک‌پذیر کرده باشد. ترکیبی از تجارب قبلی و حالات هیجانی ناشی از شرایط قرنطینه ممکن است بر پردازش اطلاعات جدید و پیام‌های مرتبط با کرونا اثر بگذارد. تغییر حالات هیجانی و نیز استفاده از آموزش‌های تاب‌آوری تا حدودی راهگشا خواهد بود.

عوامل فردی تعدیل‌کننده

بجز میزان تحصیلات که در برخی از مدل‌ها به آن پرداخته شده است، عواملی وجود دارند که در مدل‌ها و نظریه‌های رفتار سلامت به آنها اشاره نشده است، اما بهتر است از نقش تعدیل‌کنندگی آنها غافل نبود. در این خصوص انواعی از سواد تعریف شده توسط یونسکو ممکن است اهمیت درخور توجهی داشته باشد که برخی از منظر پیشگیری اولیه و برخی دیگر با توجه به نقش سیستم ایمنی در بیماری، از منظر پیشگیری ثانویه نقش آفرینی می‌کنند: سواد عاطفی، یعنی توانایی برقراری روابط عاطفی با خانواده و دوستان؛ سواد ارتباطی، یعنی توانایی برقراری ارتباط مناسب با دیگران و دانستن آداب اجتماعی؛ سواد رسانه‌ای، یعنی این که فرد بداند کدام رسانه معتبر و کدام نامعتبر است، و سواد سلامتی یعنی دانستن اطلاعات مهم درباره تغذیه سالم و کنترل بیماری‌ها. بر این اساس، هر گونه اقدام برای افزایش مولفه‌های کوناگون سواد که به آنها اشاره شد، سودمند به نظر می‌رسد.

مسئولیت‌پذیری اجتماعی

تعریفی از رفتار سالم آرایه شد که بیشتر مناسب مشکلات سلامت نظیر دیابت بود؛ مشکلاتی که در آن رفتار فرد آثار و هزینه‌های فردی دارد. یک فرد دیابتی که خوردن بدون کنترل و تحرک کم دارد دیر یا زود با مشکلاتی نظیر رتینوپاتی (مشکل در بینایی)، نفروپاتی (مشکل در کلیه) یا نوروپاتی (سندرم پای دیابتی) مواجه خواهد شد که خود فرد و حداکثر افراد نزدیک درگیر آثار آن خواهند شد. اما فردی که بدیهی‌ترین توصیه‌های مرتبط با کرونا را نادیده می‌گیرد نه تنها مواجهه با بیماری و حتی مرگ را برای خود و نزدیک‌ترین افراد به ویژه سالمندان و افراد در معرض خطر به ارمغان می‌آورد بلکه در مشکلات سلامتی آحاد جامعه، به ویژه کادر پزشکی و بیمارستانی نقش ایفا می‌کند.

با توجه به آثار جمعی کرونا، لازم است در تعریف رفتار سالم، علاوه بر رعایت توصیه‌های بهداشتی، این امر را اضافه کنیم که فرد تا چه اندازه به آثار اجتماعی رفتار خود می‌اندیشد یعنی به چه میزانی از مسئولیت‌پذیری اجتماعی برخوردار است. از دیدگاه نظریه‌پردازانی همچون بندورا، در پدیدآیی ویژگی‌هایی همچون مسئولیت‌پذیری اجتماعی، یادگیری مشاهده‌ای نقش

بسیار مهم و تعیین کننده دارد. بر این اساس، لازم است بزرگسالان به ویژه آنهایی که نقش الگو دارند بر آثار رفتار خود واقف باشند. همانطور که نمی توانیم دروغ بگوییم و انتظار داشته باشیم که کودکان مان دروغ نگویند، همین طور هم نمی توانیم رفتارهای مسئولانه انجام ندهیم و انتظار داشته باشیم افرادی که از ما سرمشق می گیرند از خود رفتارهای مسئولانه نشان دهند و از همین مبحث، بهتر است وارد عوامل اجتماعی شده و به رفتار دولتمردان و سیاستگذاران هم نیم نگاهی داشته باشیم.

عوامل اجتماعی

سیاست های کلان کشوری

برای کنترل کرونا، رفتار مردم و مسئولین به شدت به هم گره خورده است. به عنوان مثال، به هر میزان که مسئولین همسو یا نامشان، به معنای واقعی مسئول باشند، این مسئولیت پذیری در رفتار مردم نیز نمود خواهد گذاشت و برعکس. همین موارد باعث می شود که یک متخصص رفتاری را وادارد که خود را فقط در تعیین کننده های فردی رفتار سلامت محدود نکند و بی آنکه وارد عالم سیاست شود، از تعیین کننده های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی سلامت غافل نماند.

وقتی مردم به مسئولان کشور نگاه می کنند ممکن است بر اساس خطای شناختی «گروه خودی- گروه بیگانه»، مسئولان یا حاکمیت را یک مجموعه واحد ادراک کنند. در حالی که وزارت بهداشت، بخشی از دولت، دولت یکی از قوای سه گانه و قوای سه گانه بخشی از حاکمیت کشور است و بخش هایی در حاکمیت کشور به صورت تعیین کننده نقش آفرینی می کنند که در هیچ کدام از قوای سه گانه کشور حضور ندارند. در چنین تنوعی، ممکن است مسئولانی در کشور وجود داشته باشند که علاقمند اجرای پروتکل های سازمان جهانی بهداشت هستند و نیز مسئولانی منشا اثر باشند که با نگاه امنیتی و شاید بر اساس «تئوری توطئه» به مساله نگاه کنند و با ادراکی که از «آبروی کشور» دارند تصمیم گیری های مبتنی بر نگاه امنیتی را بر رعایت پروتکل های سازمان جهانی بهداشت ترجیح دهند. به تعبیری دیگر، ممکن است مسئولانی در کشور باشند که قواعد مدیریت سلامت را از قواعد سیاسی مجزا می کنند و احتمال دارد مسئولانی باشند که معتقدند لازم است همه چیز، حتی مدیریت سلامت، در چهارچوب های سیاسی مدیریت شود. در نگاه اخیر، ممکن است وجود آمار بیشتر افرادی که کرونای آنها مثبت تشخیص داده شده است نشانه بی کفایتی مسئولین تلقی شود، در حالی که از نگاه سازمان جهانی بهداشت، گویای عزم جدی مسئولان آن کشور در یافتن افراد بیمار محسوب می شود.

از آنجا که پیام های مستقیم و نیز ضمنی مسئولان کشور، تاثیر تعیین کننده ای بر اتخاذ رفتار سلامت در مردم دارد، امید اینکه سیاست کلی حاکم بر کشور در مورد کرونا، بهره گیری حداکثری از نظر انجمن های علمی و متخصصان مرتبط و ضمن تلاش برای مدیریت بهینه مقابله با کرونا، کاهش حداکثری مرگ و میر باشد و مطابق پروتکل های جهانی، مسئولیت پذیری و شفافیت در دستور کار قرار داده شود و از هر گونه تلاش برای حفظ «آبروی کشور» که مغایر با مسئولیت پذیری و شفافیت هست اجتناب شود؛ هر چند شواهدی همچون نامه ۵۷ انجمن علمی پزشکی کشور به ریاست جمهوری گویای مواردی هست که نگرانی هایی را ایجاد می کند. تا این لحظه سیاست ایزولاسیون و قرنطینه کلی یا حتی منطقه ای در دستور حاکمیت نیست. اگر رویکرد کلی حاکم بر مسئولین در مقابله با کرونا، ایمنی جمعیتی باشد یعنی این رویکرد که پاندومی (همه گیری) زمانی رو به کاهش خواهد رفت که بیش از نیمی از جمعیت کشور مبتلا بشوند، این امر نیازمند ملزوماتی همچون تخت های بیمارستانی کافی است؛ امری که در خصوص آن تردید جدی وجود دارد و بیم این می رود در سایه تصمیم ها و اقداماتی از ناحیه مسئولان،

اقدامات مردمی برای کنترل کرونا نظیر قرنطینه خودخواسته خانگی با همه فشاری که به مردم وارد می‌سازد از سودمندی درخور توجهی برخوردار نباشد.

یادمان نرفته است که در سال اخیر، نمره کشور در شاخص جهانی ادراک فساد از ۱۸۰ کشور به ۱۴۶ رسیده بود که گویای پایین‌ترین شفافیت در کشورمان در سال‌های اخیر بود؛ امری که می‌تواند به صورت غیرمستقیم و از طریق افزایش ناامیدی، بر بهداشت روانی هم‌میهنان تاثیر منفی داشته باشد. امید اینکه مقابله با کرونا، یکی از حوزه‌هایی باشد که به واسطه شفافیت، از میزان این نمره کاسته شود. هرچند طی چندماه گذشته متأسفانه شرایط در راستای این آرزو پیش نرفته است. همچنین به نظر می‌رسد طی سال‌ها و به ویژه ماه‌های گذشته، ترک‌های جدی به «سرمایه اجتماعی» وارد شده است و امید اینکه، مسئولان کشور در مقابله با کرونا به گونه‌ای عمل کنند که از میزان این ترک‌ها کاسته شود؛ امری که هم در مقابله با کرونا، هم ارتقای بهداشت روانی هم‌میهنان عزیز و هم برای رشد کشورمان بعد از کرونا، به شدت نیازمند آن هستیم.

محیط اجتماعی

عوامل فردی به تنهایی نقش‌آفرینی نمی‌کنند. محیط اجتماعی از هنجارها، قوانین گرفته تا امکانات به‌شدت بر رفتار سلامت اثر می‌گذارد. محیط اجتماعی، محصول مشترک رفتار و نگاه‌های مردم و مسئولان کشور هست. برای پدیدآوردن محیط اجتماعی مناسب برای رفتار سلامت، همه ما، به اندازه توان‌مان مسئولیم و در این میان دولتمردان و سیاستگذاران از یک طرف، و چهره‌های علمی، فرهنگی و هنری، با توجه به سطح اثرگذاری، از مسئولیت بالاتری برخوردارند. همچنان که در خانه خواهیم ماند و قرنطینه خانگی را انتخاب خواهیم کرد، بر مسئولیت‌های اجتماعی خود در پدیدآوردن محیط اجتماعی مناسب رفتار سلامت واقف بوده و به آن عمل خواهیم کرد. در مقابله موفق با کرونا، جان همه ما به همدیگر و سرنوشت همه کشورها به همدیگر وابسته است.

Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736-1788.