# إدراك جائحة كوفيد ـ ١٩ كحدث صدمي وأثره في بعض الاختلالات النفسية لدى عينة من المصريين[1]

**أ.د/ هناء أحمد محمد شويخ[2]**

**أستاذ علم النفس الإكلينيكي**

**كلية الآداب ــ جامعة الفيوم**

**الملخص باللغة العربية**:

**هدف الدراسة:** تسعى الدراسة إلى توضيح أثر إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي في بعض الاختلالات النفسية المتمثلة في: المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة لدى عينة من المصريين. كما تحاول الوقوف على دلالة الفروق في إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي طبقًا للمتغيرات الديموجرافية. **المنهج والإجراءات:** قد اشتملت أدوات الدراسة على: استمارة البيانات الأولية، ومقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وأداة مسح للمساندة الاجتماعية، وقائمة كرب ما بعد الصدمة، ومقياس شدة الاكتئاب المختصر، ومقياس القلق العام، ومقياس مؤشر نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية. وقد تكونت العينة من (٢٤٧) مشارك ومشاركة، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين ١٨–٥٥ سنة، بمتوسط ٢٤,٣٩ سنة وانحراف معياري ٦,٧٤، وتم إدخال البيانات وتحليلها بواسطة البرنامج الإحصائي SPSS (نسخة ٢٢). والاستعانة بالأساليب الإحصائية: اختبار (ت)، ومعامل الارتباط بيرسون، وتحليل التباين في اتجاه واحد، وتحليل الانحدار المتعدد. **النتائج:** (١) جاءت الإناث أكثر إدراكًا جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي من الذكور. (٢) كشفت الدراسة أن إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي له تأثير في حدوث بعض الاختلالات النفسية المتمثلة في: كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام. **الخلاصة:** أن إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي له تأثيرات نفسية سلبية.

**المصطلحات الأساسية:** إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، المساندة الاجتماعية، كرب ما بعد الصدمة، الاكتئاب، القلق العام، نوعية الحياة.

---

[1] تم استلام البحث في ٢٠٢٠/٧/٣٠ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٠٢٠/٨/٣٠

[2] ت: ٠١٠٠١٢٧٢٨٣١ **E-mail: has11@fayoum.edu.eg**

# إدراك جائحة كوفيد ـ ١٩ كحدث صدمي وأثره في بعض الاختلالات النفسية لدى عينة من المصريين[٣]

أ.د/ هناء أحمد محمد شويخ[٤]
أستاذ علم النفس الإكلينيكي ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب ــ جامعة الفيوم

## المقدمة:

تهدف الدراسة الراهنة إلى محاولة الكشف عن إدراك جائحة كوفيد-١٩ كحدث صدمي-COVID 19 traumatic stress، وأثره في بعض الاختلالات النفسية المتمثلة في: المساندة الاجتماعية Social Support، واضطراب كرب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder، والاكتئاب Depression، والقلق العام Generalized Anxiety، ونوعية الحياة Well-being لدى عينة من المصريين.

حيث أعلنت منظمة الصحة العالمية(World Health Organization (WHO), 2020a) تفشي جائحة كوفيد-١٩ يوم ١١ مارس ٢٠٢٠، ويمثل وباء جائحة كوفيد-١٩ لعام ٢٠١٩ في الصين تهديدًا صحيًا عالميًا(Wang, 2020)، وانتشر هذا الالتهاب الرئوي اللانمطي بشكل يفوق متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد (السارس SARS) الذي تفشي في عام ٢٠٠٣. وفي غضون أسابيع من تفشي المرض، تجاوز العدد الإجمالي لحالات الإصابة والوفيات تلك من السارس (Hawryluck, 2004). وتم الكشف عن تفشي المرض لأول مرة في أواخر ديسمبر ٢٠١٩ عندما عثر على حالات من الالتهاب الرئوي غير معروفة السبب ومرتبطة بسوق المأكولات البحرية في مدينة وهان بمقاطعة هوبي(Nishiura, 2020). ومنذ ذلك الحين، استمر عدد الحالات في التصاعد باطراد داخل وهان وخارجها، وانتشر إلى جميع مناطق الصين الـــ ٣٤ بحلول ٣٠ يناير ٢٠٢٠. وفي نفس اليوم أعلنت منظمة الصحة العالمية تفشي جائحة كوفيد-١٩ وحالة الطوارئ للصحة العامة الدولية(Mahase, 2020). حيث أن قابلية انتقال جائحة كوفيد-١٩ كما هو مبين في رقمه التناسلي يقدر بـــ ٤,٠٨ (Cao, 2020)، مما يشير إلى أنه في المتوسط ستعدى كل حالة من

---

[٣] تم استلام البحث في ٢٠٢٠/٧/٣٠ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٠٢٠/٨/٣٠

[٤] ت: ٠١٠٠١٢٧٢٨٣١ E-mail: has11@fayoum.edu.eg

جائحة كوفيد-١٩ ما يصل إلى ٤ حالات جديدة. وبعد ١٧ يناير ٢٠٢٠ زاد معدل الحالات بنسبة ٢١ مرة مقارنة إلى الوضع في النصف الأول من يناير ٢٠٢٠(Zhao, 2020). كما يقدر متوسط فترة الحضانة ٥,٢ يومًا، مع اختلاف كبير بين المرضى في ظهور أعراض المرض من عدمه(Li, 2020; Rothe, 2020). وتشمل أعراض العدوى: الحمى، والقشعريرة، والسعال، والزكام، والتهاب الحلق، وصعوبة التنفس، وألم عضلي، والغثيان، والقيء، والإسهال (Ryu &Chun, 2020). ويعاني كبار السن من هذه الأعراض بشكل أسوء(Chen, 2020). وتؤدي حالات العدوى الشديدة إلى الإصابة القلبية وفشل الجهاز التنفسي والوفاة، وقد أشارت منظمة الصحة العالمية أن معدل الوفاة وصل إلى ٢٪ ، بينما أكد بعض الباحثين أن المعدل يتراوح من ٠,٣٪ إلى ٠,٦٪(Holshue, 2020; Nishiura, 2020). وبالإضافة إلى التأثير السلبي على الأفراد، فقد ترتب أيضًا عن تفشي هذا الفيروس عن انخفاض حاد للاقتصاد على المستوى العالمي أو المجتمعي (MacIntyrea, 2020; Shigemura, Ursano, & Morganstein, 2020). حيث انخفض معدل النمو الاقتصادي العالمي بنسبة ٤,٢٪ للعام ٢٠٢٠، وتسبب ذلك في تسريح وفصل العالمين والموظفين، مما زاد الأمر في وطئته عليهم وعلى أسرهم (Hamouche, 2020). ومن هنا سعت كثير من الدول في إعداد وتطوير نماذج جديدة للتدخل النفسي لإدارة الأزمة من خلال الاستعانة بطلاب كلية الطب، والأطباء النفسيين، وعلماء النفس، والخدمات الاجتماعية (Ceukelaire & Bodini1, 2020; Zgueb et al., 2020).

كذلك مع زيادة أعداد الإصابات والوفيات، أدى ذلك إلى تعرض الطاقم الطبي والجمهور لكثير من المشكلات النفسية مثل القلق، والاكتئاب، والمشقة (Araújo et al., 2020; Brooks et al., 2020). وأصبحت الحاجة ملحة لفهم الحالة الصحية العقلية والنفسية في هذا الوقت للمجتمع(Maben & Bridge, 2020; Xiang, 2020). وأجمعت العديد من الأبحاث حول أنه من المرجح أن يشعر الأفراد بالخوف من الإصابة بالمرض أو الموت، وتنتشر مشاعر العجز والوصم(Hall, 2008; Huang et al., 2020; Cui, Li & ShiZ, 2019). كذلك وجد أن خلال تفشي أعراض الإنفلونزا الموسمية، يُصاب حوالي من ١٠٪ إلى ٣٠٪ بالقلق الشديد من الإصابة بفيروس كوفيد-١٩(Rubin, Potts & Michie, 2010) . كذلك مع زيادة الإجراءات الاحترازية من غلق المدارس، والجامعات، ورياض الأطفال، ودور السينما، والمتاحف، والمطاعم، والتجمعات العامة، وإلغاء الاحتفالات، ووضع الأشخاص في الحجر الصحي، وقيود السفر، وإغلاق الحدود، وإلغاء الرحلات الجوية من وإلى البلدان المبؤءة (مثل الصين، وإيطاليا، وفرنسا، وإسبانيا، والولايات المتحدة، وكندا) تتفاقم المشاعر السلبية لدى الأفراد (Hamouche,

.2020; Van Bortel, 2016; Khan et al., 2020; Liu et al., 2016)

## مشكلة الدراسة:

مع تفشي وباء كوفيد-١٩ بين السكان، تم التركيز على الأهمية الأساسية للصحة الجسمية التي تشمل العلاجات الطبية والعلاج من الأعراض الرئوية، وتجاهل أهمية الصحة النفسية التي ترتبت على العدوى الفيروسية، والعزلة، والأنشطة الاجتماعية المقيدة، واضطراب النوم، وانتشار الأخبار المزيفة؛ أدى ذلك إلى ذروة في التوتر والقلق ونوبات الاكتئاب ليس فقط من وباء كوفيد-١٩، ولكن أيضا بسبب المشكلات الصحية الخطيرة، والتي ترتب عليها تزايد من خطورة الأمراض العقلية والنفسية(Zarocostas, 2020).

وبالتالي بدءت الدراسات تتجه نحو حصر الآثار السلبية في جوانب متعددة منها الاجتماعي والاقتصادي والنفسي، مثل انتشار الخوف والقلق بين الأفراد بسبب عدم معرفة طرق العدوي، وتدمير العلاقات الاجتماعية بسبب إجراءات الإغلاق والحجر الصحي، وظهور الكثير من الاضطرابات النفسية مثل كرب ما بعد الصدمة، الاكتئاب، والقلق، والهلع والاضطرابات السلوكية، وزاد الأمر من واطئته انتشار المعلومات الخاطئة من خلال وسائل التواصل الاجتماعي، وانعدام الأمن المالي، والوصمة. ومن ثم أصبح من الأهمية فهم التأثير النفسي والبحث عنه والمحددات الرئيسية لمنع هذه المشكلات وإدارتها من خلال طرح العديد من التدخلات الخاصة بتقديم الدعم للأفراد القلقين، والاستعانة بمجموعات الاتصال والمساعدة الافتراضية، وتشجيع التأمل، وإجراء البحوث لحصر الآثار النفسية، وتطوير التدخلات المناسبة(Sood, 2020; Xiang, Li, Yang & Zhang, 2020).

من هنا جاءت الدراسة الراهنة كدراسة داعمة لحصر الآثار النفسية لإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، والتركيز على بعض المتغيرات النفسية مثل المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة، ومن ثم جاءت تساؤلات الدراسة كالتالي:

هل توجد فروق دالة إحصائيًا في إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي طبقًا للنوع، والعمر، والحالة الاجتماعية والوظيفية، والمستوي التعليمي، والديانة؟

هل توجد علاقة ارتباطيه بين إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وكل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة؟

ما مدى تباين درجات كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق

العام، ونوعية الحياة بتباين درجة إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي؟

ما دور كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة، وبعض المتغيرات الديموجرافية في التنبؤ بإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي؟

## مصطلحات الدراسة:

### [١] جائحة كوفيد-١٩:

تُعرف جائحة كوفيد ــ ١٩ بأنها هو مرض معد تسببه الفيروسات التاجية Coronavirus، وهي مجموعة كبيرة من الفيروسات التي تسبب أمراض تتراوح في شدتها ما بين نزلات البرد ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية Middle East Respiratory Syndrome- (MERS-CoV)، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV). أما الفيروس التاجي الجديد (nCoV) فهو سلالة جديدة لم تكن معروفة لدى البشر، ويتم نقلها بين الحيوانات والبشر، ومن أعراضها الحمى، والسعال الجاف، ضيق في التنفس، وصعوبة في التنفس، والآلام، واحتقان الأنف، وسيلان الأنف، والتهاب الحلق، والإسهال. وقد تفشى هذا الفيروس الجديد في ووهان بالصين، في ديسمبر ٢٠١٩، ثم انتشر بسرعة البرق ليؤثر في العديد من البلدان، حتى وصل الفيروس إلى ٢٠٢ دولة أو منطقة أو إقليم مع ٦٩٣,٢٢٤ حالة مؤكدة بالإصابة و٣٣٣٩١ حالة وفاة(WHO, 2020b). ويحذر خبراء الصحة النفسية من أن الإصابة جائحة كوفيد ــ ١٩ أو الخوف من الإصابة بها، وكذلك القيود الموضوعة لمنع تفشي هذا الوباء سيترتب على ذلك العديد من المشكلات النفسية، التي تتطلب تدخل الأخصائيين النفسيين عاجلاً وليس آجلا( Legal Monitor Worldwide, 2020).

### [٢] المساندة الاجتماعية:

أتفق الباحثون على أن هناك على الأقل خمس فئات للمساندة الاجتماعية طبقًا للوظيفة التي تقوم بها، وهي: (١) المساندة الوجدانية Emotional Support: ويقصد بها مشاعر المودة، والصداقة، والرعاية، والاهتمام والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، التي تقدم للفرد أثناء أوقات المشقة. (٢) المساندة الأدائية Instrumental Support: وتشمل المساعدة المادية أو المالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أو دفع الفواتير، أو المساعدة في الأعباء المنزلية، أو مساعدته للقيام ببعض الأعمال البسيطة. (٣) المساندة المعلوماتية Informational Support: ويقصد بها التزويد بالنصيحة، والإرشاد أو المعلومات المناسبة

للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أو التعايش مع مشاكل البيئة أو مشاكله الشخصية. (٤) المساندة التقديرية Esteem Support: وهي تمد الفرد بالعائد أو بالتعبيرات الإيجابية والمعلومات المناسبة لعملية التقييم الذاتي من خلال عملية المقارنة الاجتماعية، حيث تساعد الفرد على بناء مشاعره الخاصة بتقييم ذاته وتكاملها. (٥) مساندة الشبكة الاجتماعية Networks Support: ويقصد بها الاندماج مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ، وكذلك تمد الفرد بالمشاعر اللازمة للفرد ليشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية (Bloom & Kessler, 1994; Helgeson & Cohen, 1996). وتستخلص الدراسة الراهنة تعريفاً لمصطلح المساندة النفسية الاجتماعية بأنه "إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين لها، تثق فيهم، ويهتمون بها في أوقات الأزمات، يمدونها بأنماط المساندة المتعددة، سواء في صورة حب وعطف، أم في صورة تقدير واحترام، أم في صورة مساعدة مادية، أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين، أم كلهم معاً".

## [٣] كرب ما بعد الصدمة:

يُعرف كرب ما بعد الصدمة بأنه استجابة بالغة لمصادر المشقة تتضمن القلق المتزايد، وتفادي المؤثرات المرتبطة بالصدمة، وأعراض للإثارة المتزايدة، حيث من الضروري أن يتعرض الفرد أو أن يشاهد حدث يشمل تعرضه لموت حقيقي أو إصابة خطيرة أو تعرضه لانتهاك جنسي (Breslau, Chilcoat, Kessler & Davis,1999).

## المعايير التشخيصية لكرب ما بعد الصدمة طبقاً للدليل الخامس DSM-5 :

تعرض الفرد لموت حقيقي أو تهديد حقيقي بالموت أو تعرضه لإصابة خطيرة أو لعنف جنسي بطريقة أو أكثر مما يلي: التعرض للحادث شخصيا أو مشاهدة الحدث شخصيا أو العلم بأن الوفاة من جراء العنف أو الوفاة في الحادث أو التهديد بالموت قد حدث عن قرب أو التعرض بصورة متكررة أو التعرض الشديد لتفاصيل بغيضة للحدث أو الأحداث وليس من خلال تقارير الإعلام.

## أحد الأعراض أو أثنين من الأعراض المتداخلة التالية على الأقل:

ذكريات تطفلية مؤلمة مكروه عن الصدمة.

أحلام مفزعة متكررة ترتبط بالحادث أو الأحداث.

تفاعلات مفككة (مثل استرجاع الأحداث) حيث يشعر أو يفعل الفرد وكأن الصدمة تتكرر.

نشاط فسيولوجي مكثف أو مفزع كاستجابة للذكريات المرتبطة بالصدمة أو الصدمات.

**عرض واحد على الأقل من أعراض التهرب التالية:**

التهرب من الذكريات الداخلية للصدمة أو الصدمات.

التهرب من الذكريات الخارجية للصدمة أو الصدمات.

تغييران على الأقل من التغييرات السلبية التالية في المفاهيم والمزاج:

عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة أو الصدمات.

معتقدات أو توقعات سلبية مستمرة مفرطة عن ذات المرء أو الآخرين أو العالم.

لوم مفرط مستمر للنفس أو الآخرين عن الصدمة أو الصدمات.

حالة انفعالية سلبية مستمرة.

اهتمام أو مشاركة قليلة ملحوظة في الأنشطة المهمة.

شعور بالانفصال أو النفور من الآخرين.

**تغيران على الأقل في الإثارة ورد الفعل:**

سلوك هياجي أو عدواني.

يقظة مفرطة.

ردود فعل مفاجئة مبالغ فيها.

مشاكل في التركيز.

اضطراب في النوم.

تبدأ الأعراض أو تتفاقم بعد الصدمة أو الصدمات وتستمر شهرا على الأقل(أمثال الحويلة ؛ فاطمة عياد ؛ هناء شويخ؛ ملك الرشيد ؛ نادية الحمدان، ٢٠١٧، ص٣٢٣).

وتؤثر شدة الصدمة ــ سواء ظهرت أو لم تظهر على الفرد ــ في الإصابة بكرب ما بعد الصدمة، وتتباين استجاباتهم، كذلك فالصدمات التي تحدث بفعل البشر تكون أكثر احتمالا لإحداث كرب ما بعد الصدمة مقارنة بالكوارث الطبيعية(Charuvastra & Cloitt, 2008) فمثلا حالات الاغتصاب والخبرة القتالية والإساءة والاعتداء جميعها ترتبط بخطر أكبر من خطر الكوارث الطبيعية، وربما يرجع ذلك لأن هذه الأحداث أكثر ألما لأنها تتحدى أفكارا عن البشرية كمحبة للخير.

**[٤] الاكتئاب:**

يشير إلى الاكتئاب بأنه زملة إكلينيكية تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابي، ومجموعة من

الأعراض الاكتئابية كالحزن، وانخفاض المزاج، وقلة النشاط، والقدرة على الاستمتاع بالأشياء والاهتمام بها والتركيز عليها، وشيوع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، وكثيراً ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب، وفقدان القيمة، هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الإنجاز، وصعوبة التركيز والتفكير، كما يتميز بوجود بعض الأعراض الجسمية مثل توهم المرض، واضطراب الشهية، ونقصان الوزن، وفقدان الرغبة الجنسية، وغيرها من الأعراض التي يتفق حولها الباحثون(Rybasb, Roodin & Santrock, 1991, p.469). ونظراً لتعدد النظريات المفسرة لتطور الاكتئاب ونشأته عند الفرد، فإنه يمكن استعراضها في ضوء منحيين، هما: المنحى المرتكز على الأسباب البيولوجية والوراثية، والمنحى المهتم بالأسباب النفسية والاجتماعية والمعرفية المسببة للاكتئاب. **أولاً: المنحى الحيوي:** ويشتمل هذا المنحى على النظريات التالية: **(١) النظريات الوراثية:** وتستند هذه النظريات على ما كشفتْ عنه البحوث من وجود تماثل في شيوع الاكتئاب في أسر دون أخرى، أي أن العوامل الوراثية لها إسهام كبير في حدوث الاكتئاب، وأثبتت ذلك الدراسات الأسرية حينما وجدت أنه عندما يكون أحد الوالدين مصاباً باضطراب المزاج، فإن نسبة ٣٠٪ من الأبناء يكونون معرضين لخطر الإصابة به مستقبلاً، ولو كان كلا الأبوين مصاباً فإن النسبة تصل إلى ٧٠٪(محمود مصطفى ، ٢٠٠٤ ، ص٣١). **(٢) النظريات الكيميائية الحيوية:** تتجه البحوث في هذه النظريات نحو المقارنة بين الأصحاء والمكتئبين، لمعرفة إمكانية وجود فروق بينهما فيما يتعلق ببعض الاختلالات في العناصر الكيميائية بالجسم. وقد اكتسبت هذه النظريات أهمية خاصة بعدما اتضح من خلال سلسلة من الدراسات أن بعض الأعراض الاكتئابية قد ترجع إلى اختلال في توازن الصوديوم، والبوتاسيوم، وأن هذه العناصر تعود لمستوياتها الطبيعية لدى المكتئبين بعد شفائهم من المرض(المرجع السابق ، ص ص ٣١-٣٢). **ثانياً: المنحى النفسي والنفسي الاجتماعي والمعرفي:** ويحتوي هذا المنحى على النظريات المفسرة للاكتئاب في ضوء أسباب نفسية فقط، أو أسباب نفسية اجتماعية، أو أسباب معرفية، وهي: **(١) التحليل النفسي:** يعد هذا التوجه من أوائل التوجهات النفسية المهتمة بتفسير الاكتئاب، وحصر أسبابه، ويبنى على افتراض مؤداه أن الأمراض النفسية التي يصاب بها الفرد في حياته بمراحلها المختلفة بما فيها الاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات والخبرات الصدمية في السنوات المبكرة من العمر(حسن عبد اللطيف، ١٩٩٧). **(٢) أخطاء التعلم الاجتماعي:** وتعتمد هذه النظرية على دور عمليات التعلم في نشأة الأعراض الاكتئابية، وقد أجرى "سيلجمان" Seligman سلسلة من التجارب ليبرهن على أن الاكتئاب استجابة متعلمة، وذلك عندما نتعامل مع مواقف مهددة لطمأنينة الفرد(عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٧). **(٣) الضغوط**

**النفسية وأحداث الحياة:** يرى أصحاب هذا التوجه أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي دوراً مهماً في بداية تفجر النوبة الاكتئابية، إلا أن دورها ثانوي من حيث مسئوليتها في استمرار الاكتئاب(محمود مصطفى ، ٢٠٠٤ ، ص ٣٨). **(٤) نظرية التفاعل الاجتماعي:** وتركز هذه النظرية على البيئة الاجتماعية، بما تعكسه من أنماط للتفاعل بين الأفراد المكتئبين وبيئاتهم المختلفة، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على بقاء المرض أو زواله(حسن عبد اللطيف، ١٩٩٧). **(٥) النظرية المعرفية:** وتفترض هذه النظرية أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم، تتأثر بإدراكهم للمواقف المختلفة، وبالتالي تفسر الاكتئاب باعتباره اضطرابًا معرفيًا (Alloy, Jacobson & Acocella, 1996, p.252).

وبعد استعراض التعريفات المطروحة لمفهوم الاكتئاب، والأطر النظرية المفسرة له، ستتبنى الدراسة الراهنة تعريف "بك" للاكتئاب بأنه "**حالة وجدانية تتضمن تغيراً محدداً في المزاج، كالشعور بالحزن، والوحدة النفسية، وانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس، بالإضافة إلى بعض التغيرات الجسمية تبدو في صعوبة النوم، وفقدان الشهية، وانخفاض الطاقة**" (Beck, 1977, p.6).

## [٥] القلق:

يُعد القلق من أكثر المصطلحات الشائعة في مجال علم النفس عموماً، وفي مجال الصحة النفسية خصوصاً، فالقلق حقيقةٌ من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي مهم في بناء الشخصية، وبالرغم من كونه خبرة غير سارة يمكن أن تؤدي إلى تصدع الشخصية، إلا أن وجوده بقدرٍ مناسب يعد ضرورة للتكامل النفسي، لأنه يخدم أغراضاً مهمة في حياة الإنسان وينبه الفرد للخطر قبل وقوعه(مجدى الدسوقي، ١٩٩٨). ويعرف القلق بأنه "عدم الاستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد، مما يسبب اضطراباً في سلوكه ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية"(نيرة عبد الفتاح، ٢٠٠٤). وتشمل الأعراض الجسمية للقلق: الضعف العام، نقص الطاقة الحيوية، توتر العضلات، التعب، الصداع المستمر، العرق، ارتعاش الأصابع، شحوب الوجه، السرعة في نبضات القلب، الدوار، الغثيان، جفاف الفم والحلق، فقدان الشهية، اضطراب النوم، االرتفاع ضغط الدم، اضطراب في التنفس، ضيق الصدر، عسر الهضم وآلام المعدة. بينما تحتوي الأعراض النفسية للقلق: القلق العام على الصحة، العصبية، عدم الاستقرار، الخوف، توهم المرض، سوء التوافق، ضعف التركيز، شرود الذهن، الهم، الخوف من الموت(بدر الأنصاري، ٢٠٠٣).

**[٦] نوعية الحياة**:

وجد الباحثون في العلوم النفسية والتربوية صعوبة في تعريف نوعية الحياة تعريفًا محددًا، فقد تعددت الآراء حول هذا المفهوم، ويُعرف بأنه الدرجة التي يشعر فيها الفرد بأهمية ما يملك، مهما كان ضئيلا، ويستمتع به، وهو نتاج خبرة الفرد ورضاه عن إمكاناته(عفاف عويس، ٢٠٠٦؛ de Moor, de Moor, Basen-Engquist, Kudelka, Bevers & Cohen, 2006).

وتشير نوعية الحياة ــ طبقاً لتعريف جمعية علم النفس الأمريكية ــ إلى المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق الرضا عن الحياة، وبلوغ الفرد نوعية الحياة الجيدة يلزمه تحقق أمور مهمة هي: جودة المعيشة أو اللياقة الوجدانية والمادية والجسمية، والارتباط بعلاقات شخصية، ووجود فرص للارتقاء الشخصي (مثل المهارات)، وممارسة الحقوق، وعمل اختيارات أسلوب الحياة وتحديدها ذاتياً، والمشاركة في المجتمع، وتعتبر تقوية نوعية الحياة (ودعمها) ذات أهمية خاصة لأولئك الذين لديهم مرض مزمن، وذوي المشكلات الارتقائية، ومشكلات العجز الأخرى، وأولئك الذين يخضعون لعلاج طبي أو نفسي(VendenBos, 2007). ويتفق مع تعريفات أخرى (Grant & Rivera, 1998, p.5; Graves, 2003; Vukadinovic, 2000) ألقت الضوء بشكل واضح على المتغيرات التي تشكل نوعية الحياة، وهذه المتغيرات تتمثل في اللياقة الجسمية، وهي تنعكس من خلال أسئلة عن القوة والطاقة، والقدرة على أداء نشاطات الحياة اليومية، واللياقة النفسية، وهي تتضمن مدى البعد أو القرب من الخبرة بأعراض القلق والخوف من المرض، واحتمالات الوفاة الناجمة عنه، واللياقة الاجتماعية، وهي تشير إلى علاقات المريض بالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، والخبرة الذاتية بالأعراض المرتبطة بالمرض الجسمي وتلك المرتبطة بالعلاج، وهي تشمل أعراض المرض من قيء وغثيان، وألم، والأعراض الجانبية للعلاج، واللياقة الروحانية، وهي تعكس معنى الحياة والتوقعات الخاصة بالمرض)(من خلال: هناء شويخ، ٢٠٠٧).

وعلى ضوء هذه التعريفات يمكن تَمثُّل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وقياسها في البحث الراهن بكونها "مجمل الشعور الذاتي للفرد بمدى تحقق الرضا لديه فيما يتعلق بمختلف متغيرات الحياة الشخصية المرتبطة بالصحة، والتي تتمثل في إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، حدود النشاط اليومي، مشكلات الصحة الجسمية، مشكلات الصحة النفسية، الأنشطة الاجتماعية، الألم، الحيوية والحالة المعنوية العامة، الأداء الاجتماعي".

**الآثار النفسية المترتبة على تفشي جائحة كوفيد ـ ١٩:**

أضافت بعض الدراسات أن الأكبر سنًا، والأكثر تعليمًا، والإناث، ومن له تاريخ الاتصال الإيجابي هم الأكثر عرضة للاضطرابات النفسية أثناء تفشي وباء كورونا(Leung, 2003; Sim, 2010). وفي إحدى الدراسات التي أجريت في بيئة تفشي الوباء "وهان"، وجد ــ بسؤال عينة (ن=٤٦٠٠) عن طريق الأنترنت ــ شيوع القلق من إصابة الزملاء بنسبة ٧٢,٥٪، وإصابة أحد من أفراد الأسرة بنسبة ٦٣,٩٪، والخوف من تدابير الوقاية بنسبة ٥٢,٣٪، وانتشار العنف الطبي بنسبة (٤٨,٥٪)، كما وجد أن ٣٩,١٪ من العاملين يعانون من المشقة النفسية (Dai, Hu, Xiong, Qiu, & Xiang, 2020). كذلك بسؤال عينة (ن=١٥٦٩) من الممرضات العاملات في مستشفيات خصصت لعلاج مرضى جائحة كوفيد-١٩ في الصين، وجد أن الممرضات الأقل قلقًا واكتئابًا، هن الأكثر تلقي للمساندة الاجتماعية، ورغبة في زيادة معرفتهن عن هذا الفيروس، وقد انحصر خوفهن في العدوى(Jiang, Li, She, Yan, Chung & Han, 2020). وبالمقارنة بين عينة (ن=٢١١٠) من الفريق الطبي وعينة (ن=٢١٥٨) من طلاب الجامعة في المشقة النفسية الناتجة من التعرض لجائحة كوفيد-١٩، وجد ارتفاع جوهري في المشقة النفسية لدى الفريق الطبي بالمقارنة بطلاب الجامعة خاصة في أبعاد: الخوف من عدوي الأسرة، وانخفاض جودة النوم، والقلق بشأن الإصابة، والاحتياج للإرشاد النفسي، وأوصت الدراسة إلى ضرورة إدراج التدخلات النفسية ضمن العلاج الطبي لجائحة كوفيد-١٩(Wu et al., 2020). وكشف "وانج" وآخرون(Wang et al., 2020) ــ من خلال دراستهم المسيحية لعينة (ن=١٢١٠) من الشعب الصيني المعرضين لجائحة كوفيد-١٩ ــ عن أن ١٦,٥٪ منهم يعانون من أعراض الاكتئاب بدرجات متوسطة وشديدة، و٢٨,٨٪ من القلق بدرجاته المتوسطة والشديدة، و٨,١٪ أبلغوا عن درجات الإجهاد المتوسطة والشديدة، كما قضي حوالي ٨٤,٧٪ من العينة ما بين ٢٠ إلى ٢٤ ساعة يوميًا في المنزل، واستخلصت الدراسة أن الأعراض الجسمية الخاصة (كالدوخة، ألم العضلات، زكام)، وارتفاع القلق والاكتئاب والمشقة تتزامن بشكل دال مع التأثير النفسي لتفشي جائحة كوفيد-١٩ لدى الإناث والطلاب.

كما تم الحصول على استجابة (٢٠٢) مشارك في المملكة المتحدة على استخبار الشخصية، ومقاييس الاتجاهات نحو المرض، والاهتمام بتأثير فيروس كرونا على الخدمات الصحية، والشعور بالأمن النفسي. وجاءت النتائج لتؤكد أن أغلب كبار السن لديهم اتجاهات سلبية نحو المرض، ودافعية مرتفعة في اتخاذ الإجراءات الإيجابية للحماية من الفيروس بالرغم من شعورهم

بالقلق الشديد، كذلك كشفت العينة عن المعاناة من صراع داخلي بين الرغبة في البقاء آمنًا والرغبة في الحياة الطبيعية. واستخلصت الدراسة أنه يجب عند وضع أي تدخلات الأخذ في الحسبان العوامل النفسية المساهمة في تغير السلوك(Bacon & Corr, 2020).

وحثت الدراسات متخصصي الصحة النفسية المشاركة بنشاط في عملية التدخل الشاملة لجائحة كوفيد-١٩، بحيث يمكن تعبئة الصحة النفسية والاستجابة النفسية–الاجتماعية في الوقت المناسب على وجه التحديد، وينبغي دمج التدخلات النفسية مع علاج الالتهاب الرئوي (Zhang, Wu, Zhao & Zhang, 2020).

**فروض الدراسة**:

توجد فروق دالة إحصائيًا في إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي طبقًا للنوع، والعمر، والحالة الاجتماعية والوظيفية، والمستوي التعليمي، والديانة.

توجد علاقة ارتباطيه دالة بين إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وكل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة.

تتباين درجات كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة بتباين درجة إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي.

تسهم كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة، وبعض المتغيرات الديموجرافية في التنبؤ بإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي.

**منهج الدراسة وإجراءاتها**:

تعتمد هذه الدراسة الراهنة على المنهج الارتباطي المقارن، وذلك للكشف عن مدى تباين درجات كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة بتباين درجة شدة إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وأيضًا توضيح العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة.

**(أ) عينة الدراسة**: تكونت من (٢٤٧) مشارك ومشاركة تخلو من الإصابة بجائحة كوفيد ــ ١٩، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين ١٨ ـــــــــ ٥٥ سنة، بمتوسط ٢٤,٣٩ سنة، وانحراف معياري ٦,٧٤، وفيما يلي الخصائص الديموجرافية لتلك المجموعة مبينة في الجدول (١).

**جدول (١)**

**الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة (ن=٢٤٧)**

| النوع | | المستوى التعليمي | | | | الحالة الاجتماعية | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| إناث | ذكور | أقل من المتوسط | متوسط | جامعي | دراسات عليا | متزوج | عازب | مطلق | أرمل |
| ١٤٧ | ١٠٠ | ١٥ | ٢٣ | ١٤٠ | ٥٩ | ١٣٣ | ٨٧ | ١٥ | ١٢ |
| العمر | | | | الحالة المهنية | | الديانة | | | |
| ١٨-٢٥ | ٢٦-٣٥ | ٣٦-٥٥ | أكبر من ٥٥ | يعمل | لا يعمل | المسلم | | المسيحي | |
| ٣٩ | ١٢٦ | ٣٠ | ٥٢ | ١٧٠ | ٧٧ | ١٩٧ | | ٥٠ | |

**(ب) أدوات الدراسة:** تشتمل أدوات الدراسة على أربعة مقاييس أساسية هي:

**[١] استمارة البيانات الأولية:** وهي تتضمن عددًا من البيانات الديموجرافية كالنوع، والسن، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والوظيفية، والديانة، بالإضافة إلى سؤال عن الإصابة بجائحة جائحة كوفيد ــ ١٩ من عدمه.

**[٢] مقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدميCOVID-19 traumatic stress:** يتكون المقياس من (١٦) بنداً، في صورة عبارات تقرير ذاتي تعبر عن تقييم الفرد لحدث جائحة كوفيد ــ ١٩، ويحتوي المقياس على ثلاث أبعاد هي: (أ) الخوف من العدوي في المستقبل والموت، وتعكسه (٦) بنود، (ب) روتين الحياة والعزلة، ويشتمل على (٤) بنود، و(ج) التأثير الاقتصادين ويحتوي على (٤) بنود، بالإضافة إلى بندين خاصين بالتعرض للميديا. وقد تم التحقق من الكفاءة السيكومترية للقائمة من خلال تطبيقها على عينة قوامها (١٣٧٤) مشاركًا (٢٤٤ ذكرًا، و١١٣٠ أنثى)، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين (١٨ – ٥٥ سنة)، وتم حساب الصدق العاملي للمكونات المقياس، وكذلك الصدق التقاربي والتباعدي، وجاء معامل ألفا للمقياس ككل ٠,٨٨(Kira et al., 2020).

**[٣] أداة مسح للمساندة الاجتماعية Social Support Survey Instrument:** تكونت هذه القائمة من (١٠) بنود، بحيث يعكس إدراك الفرد لمصادر الدعم الاجتماعي، وتتطلب الإجابة على البنود أن يحدد المشارك درجة الشدة باستخدام مقياس يتراوح بين (واحد) و(خمس) درجات، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود مساندة اجتماعية مرتفعة. وقد تم التحقق من الكفاءة السيكومترية للأداة من خلال تطبيقها على عينة قوامها (٢٩٨٧) راشداً، ويتراوح المدى العمري للعينة الكلية بين (١٨ سنة فأكثر)، ووصل معامل ألفا كرونباخ إلى ٠,٩١ على الأداة ككل، وجاءت مؤشرات الصدق لتدعم بناء الأداة كمؤشر للدعم الاجتماعي العام (Sherbourne &

.Stewart, 1993)

**[٤] قائمة كرب ما بعد الصدمة the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015):** يتكون المقياس من (٢٠) بند، ويركز على قائمة المشكلات التي يواجهها الأفراد أحيانًا كاستجابةً لخبرة شاقة، وتقع الإجابة على المقياس في خمس مستويات (غير موجود، موجود بدرجة بسيطة، موجود بدرجة متوسطة، موجود بدرجة شديدة، موجود بدرجة شديدة جدًا)، وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين أربع درجات وصفر درجة. وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة الكرب التالي لأحداث شاقة. وقد تم التحقق من الثبات والصدق للمقياس على عينات عربية، وجاء معامل ألفا كرونباخ ٠,٩٣٩ على المقياس ككل(Ibrahim, Ertl, Catani, Ismail & Neuner, 2018).

**[٥] مقياس شدة الاكتئاب المختصر A brief depression severity measure (PhQ-9) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001):** يتكون من (٩) بنود تقيس أعراض الاكتئاب، ويتطلب المقياس أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة عليه، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (لا على الإطلاق – عدة أيام – اكثر من نصف الأيام – كل يوم تقريبًا)، وتم التحقق من الكفاءة السيكومترية لهذا المقياس في العديد من العينات العربية، وجاء معامل ألفا كرونباخ ٠,٩١٣(Sawaya, Atoui, Hamadeh, Zeinoun & Nahas, 2016).

**[٦] مقياس القلق العام Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006):** يتكون من (٧) بنود تقيس أعراض القلق العام، ويتطلب المقياس أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة (بند) عليه، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (لا على الإطلاق – عدة أيام – اكثر من نصف الأيام – كل يوم تقريبًا)، وتم التحقق من الكفاءة السيكومترية لهذا المقياس في العديد من العينات العربية، وجاء معامل ألفا كرونباخ ٠,٩١٨(Sawaya et al., 2016).

**[٧] مقياس مؤشر نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية The World Health Organization Well-Being Index scale (WHO-5) (Bech, 2004):** ويتكون المقياس من (٥) بنود، بحيث يعكس كل بند مؤشراً على الشعور بالسعادة والراحة، وتتطلب الإجابة على بنود هذه المقياس أن يحدد المشارك درجة الشدة باستخدام مقياس يتراوح بين (صفر) و(خمس) درجات، وتشير الدرجة المرتفعة إلى نوعية الحياة الجيدة. وقد تم التحقق من الكفاءة السيكومترية للنسخة العربية، وجاء معامل ألفا كرونباخ للمقياس ٠,٨٨٦ (Sahib, Abdulameer & Al-Jewari, 2019).

**الصلاحية القياسية للأدوات**:

بالإضافة إلى المؤشرات الدالة على الصلاحية القياسية للأدوات من خلال الدراسات السابقة، تم الاستعانة بمجموعة مكونة من خمسين مشارك ومشاركة، (٢٥ ذكر، ٢٥ أنثى)، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٨ ـــــــــ ٥٤ سنة، بمتوسط ٢٥,١٥ سنة، وانحراف معياري ٧,٨٣ سنة. وذلك للتحقق من **(أولاً): الصدق: وتم بإتباع الطرق الآتية: (أ) تقدير التجانس الداخلي للمقاييس:** يُعد التجانس الداخلي أحد مؤشرات صدق التكوين(على خطاب،٢٠٠١، ص١٢٤). ويُقدر عن طريق حساب دلالة معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة الكلية؛ وذلك بالنسبة لكل من المقاييس الخمسة للدراسة: مقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وأداة مسح للمساندة الاجتماعية، وقائمة كرب ما بعد الصدمة، ومقياس شدة الاكتئاب المختصر، ومقياس القلق العام، ومقياس مؤشر نوعية الحياة، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠,٤٥ و٠,٨٥، وجاءت جميع البنود في كل المقاييس مرتفعة الدلالة، وبالتالي لم يتم حذف أي بند. **(ب) تقدير القدرة التمييزية لمقاييس الدراسة:** ويمكن استكشافها عن طريق حساب مدى قدرة كل بند على التمييز بين المجموعات الطرفية عليه، وتقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية، حيث تمثل المجموعة الأولى أقل ٢٥٪ (الربيع الأدنى) من السيدات، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى ٢٥٪ (الربيع الأعلى)، ثم بيان دلالة الفرق بين كل بند من بنود المقياس بين هاتين المجموعتين، ولأجراء ذلك تم حساب الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على كل بند، وتبين من النتائج قدرة جميع البنود على التمييز الجوهري بين المجموعتين الطرفيتين، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على الصدق. **(ج) الصدق التمييزي والتقاربي:** ويوضح الجدول التالي (٢) معاملات الارتباط بين الاختبارات وبعضها بعضاً.

**جدول (٢) يوضح معاملات الصدق التمييزي والتقاربي لاختبارات الدراسة**

| المقاييس | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | مقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي | ١ | | | | | |
| ٢ | أداة مسح للمساندة الاجتماعية | *٠,١٥ | ١ | | | | |
| ٣ | قائمة كرب ما بعد الصدمة | ***٠,٢٧ | ٠,١١ | ١ | | | |
| ٤ | مقياس شدة الاكتئاب المختصر | ***٠,٣١ | -٠,٠٠٣ | ***٠,٧٧ | ١ | | |
| ٥ | مقياس القلق العام | ***٠,٢٤ | -٠,٠٧ | ***٠,٨٥ | ***٠,٧٢ | ١ | |
| ٦ | مقياس مؤشر نوعية الحياة | -٠,١٢ | ***٠,٣١ | -***٠,٢٤ | -*٠,١٥ | -***٠,٢٣ | ١ |

**(*) دالة فيما وراء ٠,٠٥ (***) دالة فيما وراء ٠,٠٠١**

يتضح لنا من الجدول السابق عدة دلائل على الصدق التمييزي والتقاربي للاختبارات ــ تتفق مع ما هو متوقع من علاقات بينها بناء على الدراسات النظرية السابقة ــ كالتالي:

ارتبط كل من إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام إيجابيًا بشكل دال، وهذا يتفق مع ما أوضحته بعض الدراسات من ارتباط هذه المتغيرات معًا(Dai et al., 2020; Rubin et al., 2010; Wu et al., 2020).

توجد علاقة سلبية دالة بين **نوعية الحياة** وكل من كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "جوهانسين" وآخرين (Johanen, Wahl, Eilertsen, Weisaeth & Hanestad, 2007) حين وجدت ارتباط كرب ما بعد الصدمة بانخفاض نوعية الحياة. وكذلك كل من كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام بشكل مباشر وغير مباشر بانخفاض نوعية الحياة الصحية (Kim, Kim, Hyun, Kang, Oh & Kim, 2018).

كما ارتبطت المساندة الاجتماعية إيجابيًا بنوعية الحياة، وهذا ما أكدته دراسة "ونج" وآخرين(Wang et al., 2015) التي وجدت أن هناك ارتباط إيجابي دال بين نوعية الحياة الخاصة بالوظيفة الجسمية سواء الموضوعية أو الذاتية بأبعاد المساعدة الاجتماعية.

وأخيرًا عن متغير المساندة الاجتماعية فلم يرتبط بكل من كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، وهذا لم يدعم من قِبل الدراسات السابقة.

## ثانيا: ثبات الأدوات

ويوضح جدول (٣) معاملات الثبات لمقاييس الدراسة (مقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وأداة مسح للمساندة الاجتماعية، وقائمة كرب ما بعد الصدمة، ومقياس شدة الاكتئاب المختصر، ومقياس القلق العام، ومقياس مؤشر نوعية الحياة) المستخلصة من طريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان ــ براون، وتراوحت تلك القيم بين ٠,٨٠ و٠,٩٥، مما يشير إلى تمتع المقاييس بمؤشرات ثبات جيدة.

**جدول (٣) معاملات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول للدلالة على ثبات مقاييس الدراسة**

| | المقاييس | معامل ألفا | القسمة النصفية بعد تصحيح الطول | |
|---|---|---|---|---|
| | | | *عدد البنود* | معامل الثبات |
| ١ | مقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي | ٠,٨٥ | (٨/٨) | ٠,٨٢ |
| ٢ | أداة مسح للمساندة الاجتماعية | ٠,٩١ | (٦/٦) | ٠,٨١ |
| ٣ | قائمة كرب ما بعد الصدمة | ٠,٩٥ | (١٠/١٠) | ٠,٨٧ |
| ٤ | مقياس شدة الاكتئاب المختصر | ٠,٨٨ | (٤/٥) | ٠,٨٠ |
| ٥ | مقياس القلق العام | ٠,٩٤ | (٣/٤) | ٠,٩٣ |
| ٦ | مقياس مؤشر نوعية الحياة | ٠,٨٦ | (٢/٣) | ٠,٨٢ |

## النتائج:

### نتائج الفرض الأول:

**ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائيًا في إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي طبقًا للنوع، والعمر، والحالة الاجتماعية والوظيفية، والمستوي التعليمي، والديانة":** وتم استخدام اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطتين لمجموعتين مستقلتين، كما هو الحال في متغيرات: النوع (الذكور / الإناث)، والحالة الوظيفية (يعمل / لا يعمل)، والديانة (مسلم / مسيحي)، أما باقي المتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي) فقد تم استخدام أسلوب تحليل التباين أحادي الاتجاه.

**جدول (٤) دلالة نتائج الفروق في درجات نمو ما بعد الصدمة طبقًا للمتغيرات الديموجرافية (النوع، والعمر، والحالة الاجتماعية والوظيفية، والمستوى التعليمي، والديانة)**

| إدراك جائحة كوفيد ـ ١٩ كحدث صدمي | المتغيرات | | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | النوع | الذكور | ١,٨٠ | ٠,٧٦ | -٢,٢٣ | ٠,٠٣ |
| | | الإناث | ٢,٠٦ | ٠,٧٣ | | |
| ٢ | الحالة الوظيفية | يعمل | ٢,٠١ | ٠,٧٥ | ٠,٠٧ | غير دال |
| | | لا يعمل | ٢ | ٠,٧٢ | | |
| ٣ | الديانة | المسلم | ٢,٠٩ | ٠,٧٤ | ٠,٠٩ | غير دال |
| | | المسيحي | ٢,٠٢ | ٠,٧٦ | | |

| | المتغيرات | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة "ف" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ٤ | العمر | ٣٩١,٩٧ | ٢ | ١٩٥,٩٨ | ٢,١١ | غير دال |
| ٥ | الحالة الاجتماعية | ٣٤٧,٥٩ | ٢ | ١٧٣,٧٩ | ١,٢٤ | غير دال |
| ٦ | المستوى التعليمي | ١٤,٢١ | ٢ | ٧,٠١ | ٠,٠٥ | غير دال |

يكشف الجدول (٤) بوضوح عن وجود تأثير دال فقط لمتغير النوع بشكل مستقل على إدراك جائحة كوفيد ـ ١٩ كحدث صدمي، في حين غاب تأثير كل المتغيرات الديموجرافية (العمر، الحالة الاجتماعية والوظيفية، والمستوي التعليمي، والديانة) عن التأثير المتوقع لهم على إدراك جائحة كوفيد ـ ١٩ كحدث صدمي. ولتوضيح الصورة بشكل اكثر دقة تتطلب ذلك عمل مقارنة بين الذكور والإناث في بنود مقياس إدراك جائحة كوفيد ـ ١٩ كحدث صدمي لمعرفة اتجاه الفروق بينهما.

**جدول (٥) دلالة قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في بنود مقياس بنود مقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي**

| م | البنود | عينة الذكور (ن=١٠٠) | | عينة الإناث (ن=١٤٧) | | قيمة "ت" | دلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | م | ع | م | ع | | |
| ١- | إلى أي مدى تتابع أخبار انتشار سلالة الفيروس المعروف باسم كورونا"؟ | ١,٩٨ | ٠,٧١ | ١,٩٤ | ٠,٧٤ | ٠,٣١ | غير دال |
| ٢- | خلال الأسبوعين الماضيين، كم من الوقت أمضيت في اليوم تقريبًا في قراءة أو مشاهدة شيء ما، أو التواصل مع شخص ما بشأن فيروس كورونا؟ | ٢,٣٤ | ٠,٧٩ | ٢,٢٢ | ٠,٧٩ | ٠,٩٧ | غير دال |
| ٣- | خلال الأسبوعين الماضيين، إلى أي مدى تأثر روتين حياتك بسبب فيروس كورونا؟ | ٣,٠٤ | ٠,٩٣ | ٣,٢٧ | ٠,٨٧ | ١,٦٧- | غير دال |
| ٤- | إلى أي مدى مكثت منعزلاً (بقيت في المنزل باستثناء الخروج للأساسيات) بسبب فيروس كورونا؟ | ٣,١٦ | ١,٠٢ | ٣,٦٣ | ٠,٧٦ | ٣,٦٦- | ٠,٠٠١ |
| ٥- | واجهت أوقات صعبة في الحصول على المواد اللازمة لحياتك (مثل الطعام والمطهرات) بسبب فيروس كورونا؟ | ٢ | ١,١١ | ٢,٠٧ | ١,٠٩ | ٠,٤١- | غير دال |
| ٦- | كان من الصعب بالنسبة لي الحصول على الأشياء التي أحتاجها بسبب فيروس كورونا؟ | ٢,٢٦ | ١,١٦ | ٢,٦٢ | ١,٢١ | ١,٨٩- | غير دال |
| ٧- | أثر فيروس كورونا سلبيًا على وضعي المالي. | ٢,٩٢ | ١,٤١ | ٣,٠٣ | ١,٣٦ | ٠,٤٩- | غير دال |
| ٨- | فقدت الدخل المرتبط بالوظيفة بسبب فيروس كورونا. | ٢,١٠ | ١,٤٠ | ٢,٢٠ | ١,٤٧ | ٠,٤٣- | غير دال |
| ٩- | خلال الأسبوعين الماضيين، شعرت بالعزلة الاجتماعية نتيجة فيروس كورونا. | ٢,٨٠ | ١,٠٥ | ٣,١٦ | ٠,٩٧ | ٢,٣٣- | ٠,٠٢ |
| ١٠- | إلى أي مدى تأثر جلوسك في البيت (العزل) سلبيًا على علاقاتك بالآخرين؟ | ٢,٣٤ | ١,٠٨ | ٢,٦٠ | ١,٠٥ | ١,٥٧- | غير دال |
| ١١- | ما مدى قلقك من أنك ستصاب بالفيروس كورونا؟ | ٢,٦٤ | ١,١٧ | ٣,٢٠ | ١,٣١ | ٢,٧٥- | ٠,٠٠٦ |
| ١٢- | إلى أي مدى تفشي فيروس كورونا في الحي الذي تعيش فيه؟ | ١,٤٤ | ٠,٦٤ | ١,٧٠ | ٠,٩٧ | ١,٧٦- | غير دال |
| ١٣- | التفكير في فيروس كورونا يجعلني أشعر بالتهديد. | ٢,٥٢ | ١,٠٧ | ٣,١٤ | ١,٢٣ | ٣,٢٧- | ٠,٠٠١ |
| ١٤- | أخاف من فيروس كورونا. | ٢,٧٢ | ١,٠٩ | ٣,٤٨ | ١,١٥ | ٤,٢٣- | ٠,٠٠١ |
| ١٥- | أشعر بالتوتر من الآخرين لأنني أخاف من العدوى بفيروس كورونا. | ٢,٦٦ | ١,٢١ | ٣,٢١ | ١,٢٠ | ٢,٩١- | ٠,٠٠٤ |
| ١٦- | خلال الأسبوعين الماضيين، شعرت بالتوتر والخوف من المستقبل بسبب فيروس كورونا. | ٢,٧٠ | ١,٠٧ | ٣,١٦ | ٠,٩٤ | ٢,٩٨- | ٠,٠٠٣ |
| الدرجة الكلية للمقياس إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي | | ٣٩,٦٢ | ٩,٦٥ | ٤٤,٦٣ | ٩,٤٤ | ٣,٣٤- | ٠,٠٠١ |

يتضح من الجدول السابق (٥) أن الإناث اكثر إدراكًا لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي من

الذكور، وذلك على مستوى الدرجة الكلية، أما عن البنود الفرعية للمقياس، فقد وجد أن الإناث أكثر شعورًا بكل من الانعزال نتيجة البقاء في المنزل باستثناء الخروج للأساسيات، والعزلة الاجتماعية، والقلق من الإصابة، والتهديد والخوف والتوتر من العدوى، والخوف من المستقبل بسبب فيروس كورونا عند مقارنتهم بالذكور، أما باقي البنود ــ التي تركز على تتابع أخبار انتشار سلالة الفيروس، وكم الوقت المنقضي في اليوم تقريبًا في قراءة أو مشاهدة شيء ما، أو التواصل مع شخص ما بشأن الفيروس، ومدى تأثر روتين الحياة، وصعوبة الحصول على المواد اللازمة لحياتك (مثل الطعام والمطهرات) بسبب فيروس، وتأثير الفيروس سلبيًا على وضعي المالي، وفقدان الدخل المرتبط بالوظيفة، ومدى تأثر الجلوس في البيت سلبيًا على علاقاتك بالآخرين، وأخيرًا تفشي الفيروس في المنطقة التي يقيموا فيها ــ فقد جاءت جميعها غير مميزة بين الذكور والإناث. إذن نستخلص بشكل عام إن الإناث أكثر إدراكًا لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي سواء على مستوى الدرجة الكلية أو الدرجة الفرعية على بعض البنود، بما يتضمن ذلك من شعور بالعزلة، والخوف، والقلق، والتهديد سواء من الإصابة أو العدوي بفيروس كورونا مقارنة بالذكور.

والنتيجة بهذا الشكل تتفق مع راسة "وانج" وآخرون(Wang et al., 2020) التي وجدت أن الإناث أكثر تأثرًا نفسيًا بكل دال لتفشي جائحة كوفيد-١٩. كذلك مع ما توصلت إليه دراسة بعض الدراسات حول الخصائص الديموجرافية أن الإناث، ومن له تاريخ الاتصال الإيجابي هم الأكثر عرضة للاضطرابات النفسية أثناء تفشي وباء كورونا(Leung, 2003; Sim, 2010).

## نتائج الفرض الثاني:

**وينص هذا الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي وكل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون لتقدير اتجاه الارتباط وشدته:**

**جدول (٦) معاملات الارتباط بين إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي وكل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة**

| م | المتغيرات | إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي | |
|---|---|---|---|
| | | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| (١) | المساندة الاجتماعية | -٠,١٥ | ٠,٠٢ |
| (٢) | كرب ما بعد الصدمة | ٠,٢٧ | ٠,٠٠١ |
| (٣) | الاكتئاب | ٠,٣١ | ٠,٠٠١ |
| (٤) | القلق العام | ٠,٢٤ | ٠,٠٠١ |
| (٥) | نوعية الحياة | -٠,١١ | ٠,٠٧ |

يتضح من جدول (٦) أن هناك ارتباطًا إيجابيًا دالاً بين إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي وكل من كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام. كذلك وجد ارتباط سلبي دال بين جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي والمساندة الاجتماعية، في حين اختفت العلاقة الارتباطية بين جائحة كوفيد-١٩ كحدث صدمى ونوعية الحياة. والنتيجة بهذا الشكل تشير إلى أن إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي يصاحبه ارتفاع في كل من كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، وانخفاض المساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة.

وهذه النتائج بهذا الشكل تتفق مع ما توصلت إليه دراسات متعددة، منها على سبيل المثال دراسة "داي" وآخرون(Dai et al., 2020) التي وجدت شيوع القلق من إصابة الزملاء بجائحة كوفيد-١٩ بنسبة ٧٢,٥٪، وإصابة أحد من أفراد الأسرة بنسبة ٦٣,٩٪، والخوف من تدابير الوقاية بنسبة ٥٢,٣٪، وانتشار العنف الطبي بنسبة (٤٨,٥٪)، كما وجد أن ٣٩,١٪ من العاملين يعانون من المشقة النفسية بسبب جائحة كوفيد-١٩. كما أجمعت العديد من الأبحاث حول أنه من المرجح أن يشعر الأفراد بالخوف من الإصابة بالمرض أو الموت، وتنتشر مشاعر العجز والوصم بسبب جائحة كوفيد-١٩ (Hall, 2008; Huang et al., 2020; Cui et al., 2019). كذلك وجد أن خلال تفشي الإنفلونزا، فنجد حوالي ١٠٪ إلى ٣٠٪ من عامة الأفراد يصابوا بالقلق الشديد بشأن إمكانية الإصابة بالفيروس كورونا(Rubin et al., 2010). كذلك مع زيادة الإجراءات الاحترازية تتفاقم المشاعر السلبية لدى الأفراد (Hamouche, 2020; Van Bortel, 2016; Khan et al., 2020; Liu et al., 2016).

## نتائج الفرض الثالث:

**وينص على أنه "تتباين درجات كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة،**

**والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة بتباين درجة إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي**"، وللتحقق من ذلك تم استخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه للكشف عن الفروق في درجات كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة بتباين درجة إدراك جائحة كوفيد ـــــ١٩، وفي سبيل ذلك تم تقسيم متغير درجة إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي في عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات، (١) المنخفضون وتمثل الثلث الأدنى (أقل من ٣٧ درجة)، و(٢) المتوسطون (والتي تتراوح درجاتهم ما بين ٣٨ إلى ٥٠ درجة)، و(٣) المرتفعون (الأكثر من ٥١ درجة).

**جدول (٧) دلالة قيم "ف" الناتجة عن تحليل التباين أحادي الاتجاه للكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة طبقًا لدرجة إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي**

| المتغيرات | | | مجموع المربعات | درجاتالحرية | متوسط المربعات | قيمة "ف" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي | المساندة الاجتماعية | المنخفضون | ٥٥٧,١٩ | ٢ | ٢٧٨,٥٩ | ٢,٦١ | ٠,٠٨ |
| | | المتوسطون | | | | | |
| | | المرتفعون | | | | | |
| | كرب ما بعد الصدمة | المنخفضون | ٧٤٧,٩٢ | ٢ | ٣٧٣,٩٦ | ٩,٢٦ | ٠,٠٠١ |
| | | المتوسطون | | | | | |
| | | المرتفعون | | | | | |
| | الاكتئاب | المنخفضون | ٧٢٢٥,٢٥ | ٢ | ٣٦١٢,٦٣ | ١١,٥٣ | ٠,٠٠١ |
| | | المتوسطون | | | | | |
| | | المرتفعون | | | | | |
| | القلق العام | المنخفضون | ٤٧٨,٢٢ | ٢ | ٢٣٩,١١ | ٧,١٩ | ٠,٠٠١ |
| | | المتوسطون | | | | | |
| | | المرتفعون | | | | | |
| | نوعية الحياة | المنخفضون | ٥٠,٣٩ | ٢ | ٢٥,١٩ | ٠,٨٩ | ٠,٤١ |
| | | المتوسطون | | | | | |
| | | المرتفعون | | | | | |

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال لإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي في كل من كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام. حيث جاءت جميع قيم "ف" دالة لهم، في حين اختفت الفروق في المساندة الاجتماعية، ونوعية الحياة. وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل

مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه" بالنسبة لمتغيرات: كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام.

**جدول (٨) الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاث لإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي في كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام**

| المتغير | | مجموعات المقارنة | عدد الأفراد (ن) | متوسط الفروق (٢/١) | متوسط الفروق (٣/١) | متوسط الفروق (٣/٢) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي | كرب ما بعد الصدمة | المنخفضون | ٦٧ | -٢,١٥ (٠,٠٣) | -٤,٦٨ (٠,٠٠١) | -٢,٥٣ (٠,٠١) |
| | | المتوسطون | ١١١ | | | |
| | | المرتفعون | ٦٩ | | | |
| | الاكتئاب | المنخفضون | ٦٧ | -٤,٧٣ (٠,٦٣) | -١٤,١٩ (٠,٠٠١) | -٩,٤٦ (٠,٠٠١) |
| | | المتوسطون | ١١١ | | | |
| | | المرتفعون | ٦٩ | | | |
| | القلق العام | المنخفضون | ٦٧ | -١,٨٢ (٠,٠٤) | -٣,٧٤ (٠,٠٠١) | -١,٩٣ (٠,٠٣) |
| | | المتوسطون | ١١١ | | | |
| | | المرتفعون | ٦٩ | | | |

بالنظر في جدول (٨) يتضح أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعات الفرعية الثلاثة (المنخفضة، والمتوسطة، والمرتفعة) لإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي في كل كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، حيث جاءت المجموعة المرتفعة في إدراكها جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي أسوأ المجموعات في شعورها بكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام مقارنة بالمجموعتين الباقيتين (المنخفضة والمتوسطة)، ويليها في الدرجة المجموعة المتوسطة بالمقارنة بالمجموعة المنخفضة في إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي.

وهذه النتيجة العامة هي مدعمة من قبل بعض الدراسات السابقة، ومنها ما ذكرته البعض في أن الممرضات الأكثر خوفًا من عدوى جائحة كوفيد-١٩ في الصين هن الأقل قلقًا واكتئابًا (Jiang et al., 2020). كما وجد "وانج" وآخرون(Wang et al., 2020) أن ١٦,٥٪ من الشعب الصيني المعرضين لجائحة كوفيد-١٩ يعانون من أعراض الاكتئاب بدرجات متوسطة وشديدة، و٢٨,٨٪ من القلق بدرجاته المتوسطة والشديدة، و٨,١٪ أبلغوا عن درجات الإجهاد المتوسطة والشديدة، كما قضي حوالي ٨٤,٧٪ من العينة ما بين ٢٠ إلى ٢٤ ساعة يوميًا في المنزل.

**نتائج الفرض الرابع**:

**وينص على أنه "يسهم كل من المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة، وبعض المتغيرات الديموجرافية في التنبؤ بإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي":**

**جدول (٩) نتائج معامل الانحدار المتعدد المتغيرات المنبئة: بعض المتغيرات الديموجرافية، والمساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة المتغير التابع: إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي**

| المتغيرات المنبئة | المتغير التابع | B | Beta | ت | الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| النوع | إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي | ٥,٦٢ | ٠,٢٣ | ٣,٧٤ | ٠,٠٠١ |
| العمر | | ٠,٢٨ | ٠,١٩ | ٢,٣٢ | ٠,٠٢ |
| الحالة الاجتماعية | | -١,٠٢ | -٠,٠٥ | -٠,٧٨ | ٠,٤٤ |
| الحالة الوظيفية | | -٠,٧٨ | -٠,١١ | -١,٥٦ | ٠,١٢ |
| المستوى التعليمي | | ٠,٠٧ | ٠,٠٠٤ | ٠,٠٦ | ٠,٩٥ |
| الحالة الصحية | | ٢,٨٦ | ٠,١٦ | ٢,٥٦ | ٠,٠١ |
| الدخل | | -٢,٧٨ | -٠,١١ | -١,٨٢ | ٠,٠٧ |
| الديانة | | -٠,٦٣ | -٠,٠٣ | -٠,٤١ | ٠,٦٨ |
| المساندة الاجتماعية | | ٠,١٧ | ٠,١٨ | ٢,٨٧ | ٠,٠٠٤ |
| كرب ما بعد الصدمة | | ٠,١٢ | ٠,٢٣ | ٢,٤٨ | ٠,٠٢ |
| الاكتئاب | | ٠,١٠ | ٠,٠٧ | ٠,٥٦ | ٠,٥٨ |
| القلق العام | | -٠,٠١ | -٠,٠٠٩ | -٠,٠٨ | ٠,٩٤ |
| نوعية الحياة | | -٠,١٧ | -٠,٠٩ | -١,٥٠ | ٠,١٣ |
| الثابت | | ٢٠,٤٦ | | | |
| ف | | ٥,٢٠ | | | ٠,٠٠١ |
| نسبة الإسهام الكلي | | ٤٧٪ | | | |

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بالجدول (٩) أن متغيرات الدراسة: النوع، العمر، والحالة الصحية، والمساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة قادرة على التنبؤ بإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي عند مستوى دلالة جوهري، في حين جاءت باقي المتغيرات: الحالة الاجتماعية والوظيفية، ومستوى التعليم، والديانة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة غير قادرة على التنبؤ بإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي. ومن الجدير بالذكر أن

المتغيرات جَمِيعُها فسرت ٤٧٪ من التباين في إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي.

وهذه النتيجة تتسق مع ما استخلصته الدراسات السابقة بأنه يجب عند وضع أي تدخلات علاجية لجائحة كوفيد ــ ١٩ الأخذ في الحسبان العوامل النفسية المساهمة في تغير سلوك إدراكها كحدث صدمي(Bacon & Corr, 2020). كذلك أصبح من الأهمية فهم التأثير النفسي والبحث عنه والمحددات الرئيسية لمنع هذه إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وذلك من خلال طرح العديد من التدخلات الخاصة بتقديم الدعم للأفراد القلقين، والاستعانة بمجموعات الاتصال والمساعدة الافتراضية، وتشجيع التأمل(Sood, 2020; Xiang et al., 2020).

ولاستكشاف معالم الصورة خلف النتائج الراهنة ــ بعد مناقشتها في ضوء فروض الدراسة ونتائج الدراسات السابقة ــ نحاول فيما يلي الاستدلال على العوامل التي قد تقف خلف مظاهر الاختلاف أو الاتفاق بينها وبين الفروض والنتائج السابقة، حيث كشفت التحليلات الإحصائية عن نتيجتين رئيستين تستحقان البحث عن تفسير لهما:

**النتيجة الأولى: الإناث أكثر إدراكًا لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي من الذكور:**

**جاءت نتائج الدراسة الراهنة لتؤكد أن الإناث أكثر إدراكًا لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي مقارنة بالذكور، كما كشف متغير النوع علي قدرته التنبؤية عند مسوي دلالة ٠,٠٠١، وهنا نطرح تساؤل عن هل طبيعة الإناث تجعلهن أكثر إدراكًا لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي من الذكور، أم أن الإناث أقل تعرضًا للإحداث الصدمية من الذكور؟. وفي سبيل الإجابة عن ذلك أكدت دراسة (رياض صيدم ؛ عبدالعزيز ثابت، ٢٠٠٧) أن الذكور تعرضوا للأحداث الصدمية بنسبة ٥١,٤٪ مقارنة بالإناث بنسبة ٤٨,٦٪، وهذا معناه أن الذكور أكثر تعرضًا للأحداث الصدمية من الإناث، وارجعوا ذلك لطبيعة ثقافة المجتمع. ومن ثم يصعب حسم هذا التساؤل بل هو نقطة بحثية تحتاج دراسة نفسية عميقة في ظل تثبيت مصدر الحدث الصدمي، وتكرار التعرض له، وعليها من المتغيرات التي في ظلها سوف نصل إلى إجابة محددة عن دور النوع في تشكيل النمو ما بعد الصدمة.**

**النتيجة الثانية: دور متغيرات الدراسة الراهنة كمتغيرات مستقلة في تشكيل إدراك الفرد لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، وكمتغيرات تابعة لهذا الإدراك:**

كشفت نتائج الدراسة الراهنة أن النوع، والعمر، والحالة الصحية، والمساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة قادرة على التنبؤ بإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي عند مستوى دلالة

جوهري، كذلك وجد أن هناك تأثير دال لمتغير إدراك شدة جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي على الإصابة بكل من كرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام.

**فعن دور متغيرات الدراسة الراهنة كمتغيرات مستقلة في تشكيل إدراك الفرد لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي**، يتفق ذلك مع تطور النموذج التكاملي للشخص في الموقف An integrative Person × Situation model في حصر خمس فئات من المتغيرات التي تساهم في تشكيل اضطرابات الصدمة وهي: الشخصية، التنظيم الانفعالي، التوافق، الآليات الدفاعية للأنا، العوامل الوقائية ومصادر المواجهة(Agaibi & Wilson, 2005). وتتسق أيضًا مع الإطار النظري للدراسات النفسية الطبية، والتي تفسر الصحة والمرض في ضوء النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، وهذا معناه أن تلك الدراسات الحديثة تتعامل مع جائحة كوفيد ــ ١٩ (نموذجًا للمرض) كمنظومة متعددة الأبعاد: أبعاد طبية ونفسية واجتماعية، وتبتعد تمامًا عن النموذج الطبي الحيوي Biomedical Model الذي يعتمد على العوامل الطبية فقط كمحددات رئيسة في فهم الصحة والمرض(Witlch, 2005). وأكدت بعض الدراسات أن هناك عددًا من العوامل المساعدة على التخفيف من حدة الأحداث الصدمية، وكان منها وجود شبكة اجتماعية(Hauff, Fry-McComish & Chiodo, 2017). وقد حصر الباحثون عددًا من العوامل المساعدة على التخفيف من شدة الحدث الصدمي، منها على سبيل المثال: الحكمة، ووجود شبكة اجتماعية، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، وانخفاض الشعور بالاكتئاب، والخلو من تاريخ مرضي للاضطرابات النفسية، والرضا عن الحياة، والمساندة الاجتماعية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي ..... وغيرها من المتغيرات النفسية التي تؤكد دورها في تحسين حياتنا سواء النفسية أو الجسمية(Brokenleg, 2012; Sieff, 2017). كما أجمعت بعض الدراسات أن الأفراد السعداء يكونوا أكثر إدراكاً للأعراض الجسمية المصاحبة للأحداث الصدمية بشكل جيد في ظل الضبط الإحصائي لكافة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية (Borgonovi, 2008). ووجدت بعض الدراسات أن المتغيرات الديموجرافية، والاكتئاب، والرضا عن الحياة، وجودة الحياة تتنبأ بالاضطراب الصدمي التراكمي لدي الموظفين الذي يتعرضوا لصدمات جراحة المخ (Tsaousides, Ashman & Seter, 2008). ولكن يطرح هنا تساؤل حول دور المساندة الاجتماعية كجسر واقي ومساعد لحماية الفرد من إدراك الأحداث الشاقة كحدث صدمي؟ وللإجابة على هذا التساؤل نركز على التعريف النظري للمساندة الاجتماعية: وهو ما يقدمه الآخر للفرد الذي يتعرض لحدث صدمي، حيث تُعرف بأنها "إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين لها، تثق فيهم، ويهتمون بها في أوقات الأزمات، يمدونها بأنماط

المساندة المتعددة، سواء في صورة حب وعطف، أم في صورة تقدير واحترام، أم في صورة مساعدة مادية، أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين، أم كلهم معا" (Bloom & Kessler, 1994; Helgeson & Cohen, 1996). وقد طرح "كوهن" و"ويلز" (Cohen & Wills, 1985, pp.311-313) تفسيرات لدور المساندة في التخفيف من أثر الحدث الصدمي، منها: **الآلية الأولى:** تؤثر المساندة على العمليات المعرفية الإدراكية للفرد الواقع تحت المشقة، فالفرد الذي يقابل مصدراً للمشقة المرتفعة ــ مثل الأزمة المادية ــ في ظل توفير مساندة له من قبل المحيطين به سواء أكان عن طريق مساعدته ماليًا من أفراد عائلته أم عن طريق تزويده بعمل يمكنه من كسب مزيد من المال، يدرك الموقف بأنه لم يعد شاقاً. **الآلية الثانية:** تتدخل المساندة الاجتماعية لتعمل على تعديل آثار أحداث الحياة المسببة للمشقة والنواتج المترتبة عليها، فيعمل أعضاء بيئته الاجتماعية على تهدئه الفرد أو إقناعه بأن المشكلة ليست مهمة أو مؤثرة، أو يحاولون تشجيعه على التركيز علي الجانب الإيجابي في حياته، وبالتالي يصحح الفرد صورته عن ذاته وعن الموقف. **الآلية الثالثة:** يؤدي شعور الشخص باهتمام الآخرين به في المراحل المبكرة من التعرض للحدث الصدمي، إلى تشجيعه على الاهتمام باستمرار تغلبه على الحدث وعدم الاستسلام مقارنة بغيره ممن لا يتلقى المساندة(Kaplan, Patterson & Sallis, 1993). وبالتالي نستخلص من هذه النتيجة أن كل هذه المتغيرات النفسية وعلاقتها بإدراك الصدمة هي مؤكدة ومتسقة من قِبَل نموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، والذي يفترض أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تمثل معاً محددات مهمة للصحة والمرض؛ حيث تتفاعل تلك العوامل معاً لتنتج حالة من الصحة أو المرض(Taylor, 2000).

**أما عن دور متغيرات الدراسة الراهنة كمتغيرات تابعة بعد إدراك الفرد لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي،** فقد أجمعت نتائج الدراسة الراهنة والدراسات السابقة حول المترتبات النفسية السلبية لإدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي، ومنها على سبيل المثال، شيوع القلق من إصابة الزملاء بجائحة كوفيد ــ ١٩ بنسبة ٧٢,٥٪، والخوف من تدابير الوقاية بنسبة ٥٢,٣٪، وانتشار العنف الطبي بنسبة (٤٨,٥٪)، كما وجد أن ٣٩,١٪ من العاملين يعانون من المشقة النفسية(Dai et al., 2020). كذلك وجد ارتفاع جوهري في المشقة النفسية لدى الفريق الطبي بالمقارنة بطلاب الجامعة خاصة في أبعاد: الخوف من عدوي الأسرة، وانخفاض جودة النوم، والقلق بشأن الإصابة، والاحتياج للإرشاد النفسي(Wu et al., 2020). وكشف "وانج" وآخرون(Wang et al., 2020) عن أن ١٦,٥٪ من المعرضين لجائحة كوفيد ــ ١٩ يعانون من أعراض الاكتئاب بدرجات متوسطة وشديدة، و٢٨,٨٪ من القلق بدرجاته المتوسطة والشديدة،

و ٨,١٪ أبلغوا عن درجات الإجهاد المتوسطة والشديدة.

ومن هنا نستطيع القول أن هناك العديد من المتغيرات النفسية المساهمة في إدراك الحدث بأنه صدمي أو غير صدمي، وفي حالة هذا الإدراك السلبي سيترتب الإصابة باختلالات نفسية متعددة، وهو ظهر من نتائج دراستنا الراهنة. وبالانتهاء من مناقشة هذا الجزء نكون قد وصلنا إلى نهاية المناقشة، وننتقل إلى محاولة وضع بعض التوصيات التي يمكن أن تجمع هذه النتائج المتعددة معا.

## توصيات البحث:

انتهت الدراسة الراهنة إلى توضيح أثر إدراك جائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي في بعض الاختلالات النفسية المتمثلة في: المساندة الاجتماعية، وكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق العام، ونوعية الحياة لدى عينة من المصريين، ولكن هناك متغيرات أخرى يجب تركيز البحوث الحديثة على اكتشافها.

ضرورة توفر إطار نظري مفسر لجائحة كوفيد ــ ١٩ كحدث صدمي يأخذ في اعتباره العوامل النفسية المرتبطة بهذا المرض، وخاصة عند إعداد البرامج العلاجية الطبية.

العمل على تدريب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي على مساعدة الأفراد المتعرضين لصدمة جائحة كوفيد ــ ١٩، وذلك بالاستعانة بالمتغيرات النفسية الإيجابية مثل المساندة الاجتماعية، والكفاءة الذاتية، والمرونة النفسية، مما ينعكس ذلك على تحسين نوعية حياتهم.

ضرورة التوصية بوجود اختصاصي نفسي إكلينيكي داخل كل وحدة وعيادة تتعامل مع الأفراد المتعرضين لجائحة كوفيد ــ ١٩.

من المهم عمل دورات تدريبية للقائمين على تقديم الرعاية الصحية لهؤلاء الأفراد المتعرضين لجائحة كوفيد ــ ١٩ على وجه الخصوص، من الأطباء والممرضات والأهل والأصدقاء...، لمساعدتهم في فهم الاحتياجات والمتطلبات النفسية، وكيفية الاستعانة بها في مواجهة الأعراض الجسمية والنفسية الخاصة بهم.

**المراجع:**


أمثال الحويلة ؛ فاطمة عياد ؛ هناء شويخ؛ ملك الرشيد ؛ نادية الحمدان (٢٠١٧). ***علم النفس المرضي***، (مترجم: ط٣)، القاهرة: الأنجلو المصرية.

بدر الأنصاري (٢٠٠٣). ***الفروق بين طلبة وطالبات جامعة الكويت في القلق والاكتئاب***. المؤتمر السنوي العاشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

حسن عبد اللطيف (١٩٩٧). الاكتئاب النفسي: دراسة الفروق بين حضارية وبين الجنس. ***مجلة دراسات نفسية***، ٧(١)، ٣٩-٦٥.

رياض صيدم ؛ عبد العزيز ثابت (٢٠٠٧). الصدمات النفسية للاحتلال وأثرها على الصحة النفسية للطلبة في قطاع غزة. ***مجلة شبكة العلوم النفسية العربية***، ١٣، ٥-١٦.

عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨). ***الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه***. الكويت: عالم المعرفة.

عفاف أحمد عويس (٢٠٠٦). **جودة الحياة والذكاء الوجداني لطفل ما قبل المدرسة**. ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط (١٧-١٩) ديسمبر.

على خطاب (٢٠٠١). ***القياس والتقويم في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية***. القاهرة: الأنجلو المصرية.

مجدى الدسوقي (١٩٩٨). ***مقياس مظاهر القلق لدى المراهقين***. القاهرة: الأنجلو المصرية.

محمود مصطفى (٢٠٠٤). ***كفاءة بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في مقابل العلاج الدوائي الطبي في تخفيف أعراض الاكتئاب***. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنيا.

نيرة عبد الفتاح (٢٠٠٤). ***مدى فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تخفيض القلق والاكتئاب والخوف من الموت لدى عينة من الأطفال مرضى القلب***. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

هناء شويخ (٢٠٠٧). ***فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج***

***بالاستصفاء الدموي المتكرر***. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

Agaibi, C. & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. ***Trauma, Violence & Abuse***, 6(3), 18-30.

Alloy, L., Jacobson, N. & Acocella, J. (1996). ***Abnormal Psychology: Curent Perspective***. London: McGraw-Hill Collage.

Araújo, F.J., de, O., de Lima, L.S.A., Cidade, P.I.M., Nobre, C.B., Neto, M.L., (2020). Impact of Sars-Cov-2 and Its Reverberation in Global Higher Education and Mental Health. ***Psychiatry Research,*** 288 (112977).

Bacon, A., & Corr, P. (2020). Coronavirus (COVID-19) in the United Kingdom: A personality-based perspective on concerns and intention to self-isolate. ***British Journal of Health Psychology***, 1-10, DOI:10.1111/bjhp.12423.

Bech, P. (2004). Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. ***Quality of Life Newsletter***, 32, 15–16.

Beck, A. (1977). ***Depression: Causes and Treatment***. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. ***Journal of Traumatic Stress***, 28(6), 489-498.

Bloom, J., & Kessler, L. (1994). Emotional Support Following Cancer: Test of the Stigma and Social Activity Hypotheses. ***Journal of Health and Social Behavior***, 35 (June), 118-133.

Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good: the relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. ***Social Science Medicine***, 66, 2321-2334.

Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. ***American Journal of Psychiatry***, 156, 902-907.

Brokenleg, M. (2012). Transforming Cultural Trauma into Resilience. ***Reclaiming Children and Youth***, 21(3), 9-13.

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***, 395 (10227), 912–920.

Cao, Z. (2020). Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China. ***medRxiv***. [CrossRef]

Ceukelaire, W., & Bodini1, C. (2020). We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic. ***International Journal of Health Services***, 0(0), 1–2.

Charuvastra, A., & Cloitt, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. ***Annual Review of Psychology***, 59, 301-328.

Chen, N. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. ***Lancet***, 395, 507–513. [CrossRef]

Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. ***Psychological Bulletin***, 98(2), 310-457.

Cui, J., Li, F. & ShiZ, L. (2019). Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. ***Nat Rev Microbiol***. 17:181-92. Medline:30531947 doi:10.1038/s41579-018-0118-9.

Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Xiang, Y. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874.

de Moor, J., de Moor, C., Basen-Engquist, K., Kudelka, A., Bevers, M., & Cohen, L. (2006). Optimism, Distress, Heath- Related quality of life and change in cancer Antigen 125 Among patients with Ovarian Cancer Undergoing chemotherapy. ***Psychosomatic Medicine***, 68, 555- 562.

Grant, M., & Rivera, L. (1998). Evolution of Quality of life in Oncology and oncology Nursing. In C.R.King & P.S.Hinds, ***Quality of life from Nursing and patient perspectives*** (pp.3-22), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Graves, K.D., (2003). Social Cognitive Theory and Cancer Patient's QOL: A Meta–Analysis of Psychosocial Intervention Components. ***Health Psychology***, 22(2), 210-219.

Hall, R.C. & Chapman, M.J. (2008). The 1995 Kikwit Ebola outbreak: Lessons hospitals and physicians can apply to future viral

epidemics. ***Gen. Hosp. Psychiatry***, 30, 446–452. [CrossRef]

Hamouche, S. (2020). COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. E***merald Open Research***, 2 (15), 1-13.

Hauff, N., Fry-McComish, J. & Chiodo, L. (2017). Cumulative trauma and partner conflict predict post-traumatic stress disorder in postpartum African-American women. *Journal* of *Clinical Nursing,* 26(15-16), 2372-2383.

Hawryluck, L. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. ***Emerg. Infect. Dis***. 10, 1206–1212.

Helgeson, V., & Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. ***Health Psychology***, 15 (2), 135-148.

Holshue, M.L. (2020). First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. ***N. Engl. J. Med***. [CrossRef] [PubMed]

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. ***Lancet***. 395, 497-506.

Ibrahim, H., Ertl, V., Catani, C., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2018). The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. ***BMC Psychiatry***, 18(1), 259.

Jiang, M., Li, S., She, D., Yan, F., Chung, Y., & Han, L. (2020). The Psychological Effect of 2019 Coronavirus Disease Outbreak on Nurses Living in Islamic Culture Dominant Region, China. R***esearch Square***, DOI: 10.21203/rs.3.rs-18075/v1.

Johanen, V., Wahl, A., Eilertsen, D., Weisaeth, L., & Hanestad, B. (2007). The predictive value of posttramatic stress disorder symptoms for quality of life: a longitudinal study of physically inured victims of non-domestic violence. **Health Qual Life Outcomes**, 5, 26-35.

Kaplan, R., Patterson, T., & Sallis, J. (1993). ***Health and human Behavior***. New York: McGraw-Hill, Inc.

Khan, S., Siddique, M., Li, R., Ali, A., Shereen, M., Bashir, N., & Xue, M.

(2020). Impact of coronavirus outbreak on psychological health. ***Journal of Global Health***, 10, 1, 010331.

Khan, S., Siddique, R., Shereen, M., Ali, A., Liu, J., Bai, Q., et al. (2020). The emergence of a novel coronavirus (SARS-CoV-2), their biology and therapeutic options. ***J Clin Microbiol***. JCM.00187-20 [Epub ahead of print]. Medline: 32161092. doi:10.1128/JCM.00187-20.

Kim, N., Kim, S., Hyun, S., Kang, D., Oh, M., & Kim, D. (2018). Mediating Role of Anxiety and Depression in the Relationship between Posttraumatic Stress Symptoms and Illness Intrusiveness. ***J Korean Med Sci***, 3, 45, 284-299.

Kira, I., Shuwiekh, H., Rice, K., Ashby, J., Elwakeel, S., Sous, M., Alhuwailah, A., Baali, S., Azdaou, C., Oliemat, E. & Jamil, H. (2020). Measuring COVID-19 as traumatic stress: Initial psychometrics and validation. ***Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping***. https://www.tandfonline.com/toc/upil20/current.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. ***Journal of General Internal Medicine***, 16(9), 606–613.

***Legal Monitor Worldwide*** (2020). Covid- 19 the psychological effects of social distancing. NA. Business Insights: Global. Web: http://bi.gale.com.proxy.libraries.uc.edu/global/article/GALE%7CA621006705?u=ucinc_main.

Leung, G.M. (2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. ***J. Epidemiol. Community Health***, 57, 857–863.

Li, Q. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. ***N. Engl.J. Med***. [CrossRef]

Liu, S., Chan, T., Chu, Y., Wu, J., Geng, X., Zhao, N., et al. (2016). Comparative epidemiology of human infections with Middle East respiratory syndrome and severe acute respiratory syndrome coronaviruses among healthcare personnel. ***PLoS One***. 11:e0149988. Medline: 26930074 doi:10.1371/journal.pone.0149988.

Maben, J., & Bridge, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. ***Journal of Clinical Nursing***,

https://doi.org/10.1111/jocn.15307.

Macintyrea, C. (2020). On a knife's edge of a COVID-19 pandemic: is containment still possible? ***Public Health Res Pract***, 30. Publisher Full Text

Mahase, E. (2020). China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. ***BMJ Clin. Res. Ed***, 368, m408.

Nishiura, H. (2020). The Extent of Transmission of Novel Coronavirus in Wuhan, China. ***J. Clin. Med***, 9, 330.

Nishiura, H. (2020). The Rate of Underascertainment of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection: Estimation Using Japanese Passengers Data on Evacuation Flights. ***J. Clin. Med***. 9, 419.

Rothe, C. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. ***N. Engl. J. Med***. [CrossRef]

Rubin, G. J., Potts, H.W. & Michie, S. (2010). 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***, 14, 183–266. [CrossRef]

Rybasb, J., Roodin, P. & Santrock, J. (1991). ***Adult Development and Aging.*** New York: W.M.C. Brown Publishers.

Ryu, S.; Chun, B.C. Korean Society of Epidemiology-nCo, an interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. ***Epidemiol. Health***, 42, e2020006. [CrossRef] [PubMed]

Sahib, M. N., Abdulameer, S. A., & Al-Jewari, W. M. (2019). Psychological health status and salivary among pharmacy students in Iraq: Validation of PSS-4 and WHO-5 wellbeing (Arabic version). ***Pharmacy Education***, 19, 10–18.

Sawaya, H., Atoui, M., Hamadeh, A., Zeinoun, P., & Nahas, Z. (2016). Adaptation and initial validation of the Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder–7 Questionnaire (GAD-7) in an Arabic speaking Lebanese psychiatric outpatient sample. ***Psychiatry Research***, 239, 245–252.

Sherbourne, C., & Stewart, A. (1993). The MOS Social Support Survey. Santa Monica, CA: RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/reprints/RP218.html.

Shigemura, J., Ursano, R., & Morganstein, C. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. ***Psychiatry Clin Neurosci***. 74(4), 281–282.

Sieff, M. (2017). Trauma-Worlds and the Wisdom of Marion Woodman. ***Psychological Perspectives***, 60(2), 170-185.

Sim, K. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. ***J. Psychosom. Res***, 68, 195–202.

Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongskan, R., & Satitpornkul, P., (2006). Factors influencing health – related quality of life in chronic liver disease. ***World J of Gastroenterology***, 12(48), 7786-7791.

Sood, S. (2020). Psychological effects of the Coronavirus disease-2019 pandemic. ***Research & Humanities in Medical Education***, 7, 23-27.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. ***Archives of Internal Medicine***, 166(10), 1092–1097.

Taylor, S. (2000). ***Health psychology*** (5th). New York: McGraw – Hill, Inc.

Tsaousides, T., Ashman, T. & Seter, C. (2008). The psychological effects of employment after traumatic brain injury: Objective and subjective indicators. ***Rehabilitation Psychology***, 53(4), 456-463.

Van Bortel, T. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. ***Bull. World Health Organ***, 94, 210–214. [CrossRef]

VendenBos, G., (2007). ***APA Dictionary of Psychology***. Washington: American Psychological Association.

Vukadinovic, C.S., (2000). Quality of Life. ***Philosophy and Sociology***, 2 (7), 373-377.

Wang, C. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern.

***Lancet***, 395, 470–473.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, T., Ho, C., & Ho, S. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. ***International Journal of Environmental Research and Public Health***, 17, 1729; doi:10.3390/ijerph17051729

Wang, Y., Zhu, L., Yuan, F., Kang, L., Jia, Z., Chen, D., Zhang, P., & Feng, Z. (2015). Mediating Role of Anxiety and Depression in the Relationship between Posttraumatic Stress Symptoms and Illness Intrusiveness. ***Iran J Public Health***, 44(12), 1603-1612.

Witlch, A., (2005). ***Medical adherence: A structural approach to the logic of middle - class allergic rhinitis patient behavior***. PH.D, The University of Alabama at Birmainharn.

***World Health Organization (WHO),*** (2020a). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19- 11 March 2020. https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s

***World Health Organization (WHO),*** (2020b). Coronavirus. [Online]. Geneva. [Accessed March16, 2020]. Reference Source.

Wu, W., Zhang, Y., Wang, P., Zhang, L., Wang, W., Le, W., Xiao, Q., Cao, X., Bian, Y., Xie, S., Huang, F., Luo, N., Zhang, L. & Luo, M. (2020). Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy. ***Journal of Medical Virology***, doi: 10.1002/jmv.25914.

Xiang, Y., (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. ***Lancet Psychiatry***, 7, 228–229.

Xiang, Y., Li, W., Yang, Y., & Zhang, L. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. ***The Lancet Psychiatry***, 7(3), 23-31.

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. ***Lancet***. 395: 676. Medline: 32113495 doi:10.1016/S0140-6736(20)30461-X.

Zgueba, Y., Bourgouc, S., Neffetid, A., Amamoue, B., Masmoudig, J., Chebbij, H., Somranij, N., & Bouaskeri, A., (2020). Psychological crisis intervention response to the COVID 19 pandemic: A Tunisian centralized Protocol. ***Psychiatry***

***Research***, 298 (113042).

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. ***Precision Clinical Medicine***, 00(00), 1–6.

Zhao, S. (2020). Estimating the Unreported Number of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Cases in China in the First Half of January 2020: A Data-Driven Modeling Analysis of the Early Outbreak. ***J. Clin. Med***. 9, 388.

# COVID-19 traumatic stress and its impact on Some psychological dysfunctions in a sample of Egyptians

**Hanaa A. M. Shuwiekh**

**Professor – Clinical Psychology**

**Department of Psychology – Fayoum University**

## Abstract

**Objective:** This study aimed to discover the effect of roll of COVID-19 traumatic stress and its impact on some psychological dysfunctions (social support, posttraumatic stress, depression, generalized anxiety and well-being) in a sample of Egyptians. Also tried to examine the significance of differences in COVID-19 traumatic stress according to demographic variable. **Methods**: In order to verify the hypotheses of study, a battery of questionnaires including the demographic questionnaire, The COVID-19 traumatic stress Scale, Social Support Survey Instrument, the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), A brief depression severity measure, Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), The World Health Organization Well-Being Index scale (WHO-5) have been used. After fulfilling the psychometric requirements of the battery, the data were collected from a sample (n=247) persons, there ages ranged from 18-55 years, with a mean of 24.39 (SD =6.74). Data were entered and analyzed by the SPSS statistical program (version 22). And using statistical Tests: (T) test, Pearson correlation coefficient, one-way analysis of variance, and multiple regression analysis. **Results**: (1) Females were more Perceived COVID-19 traumatic stress than males. (2) The perception of COVID-19 traumatic stress had an effect on the some psychological dysfunctions: post-traumatic stress, depression, and general anxiety. **Conclusion:** Perception of the COVID-19 traumatic stress had negative psychological effects.

**Keywords:** COVID-19 traumatic stress, Social Support, Posttraumatic Stress Disorder, Depression, Generalized Anxiety, Well-being