



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية



أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس الصحة

الموسومة بـ:

الأنماط السلوكية والмиول السيكوباتولوجية للشخصية وعلاقتها

بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19

من إعداد:

سميرة بوشياخي

المناقشة بتاريخ 2024/06/26 من طرف اللجنة المكونة من:

رئيسا	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	الرتبة: أستاذ محاضر أ	الاسم واللقب: وردة لعزیز
مقررا	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	الرتبة: أستاذ التعليم العالي	الاسم واللقب: سامية رحال
ممتحنا	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	الرتبة: أستاذ محاضر أ	الاسم واللقب: صباح عايش
ممتحنا	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	الرتبة: أستاذ محاضر أ	الاسم واللقب: عبد القادر خنوش
ممتحنا	جامعة: مصطفى اسطنبولي-معسكر	الرتبة: أستاذ محاضر أ	الاسم واللقب: يوسف بوزار
ممتحنا	جامعة: جامعة وهران 02	الرتبة: أستاذ محاضر أ	الاسم واللقب: صافية ملال

2024-2021



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس الصحة

الموسومة بـ:

الأنماط السلوكية والميلول السيكيوباتولوجية للشخصية وعلاقتها

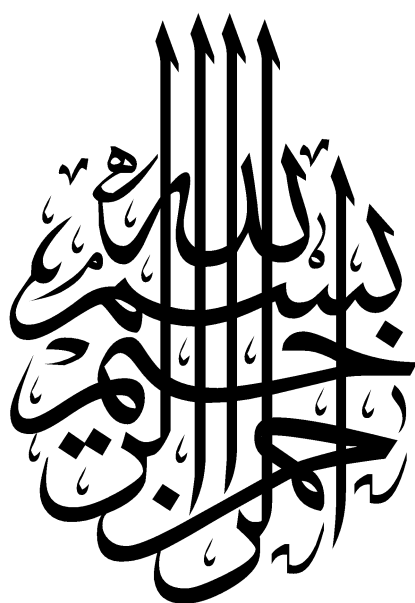
بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19

من إعداد:

سميرة بوشياخي

المناقشة بتاريخ 2024/06/26 من طرف اللجنة المكونة من:

الاسم واللقب: وردة لعزیز	الرتبة: أستاذ محاضر أ	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	رئيسا
الاسم واللقب: سامية رحال	الرتبة: أستاذ التعليم العالي	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	مقررا
الاسم واللقب: صباح عايش	الرتبة: أستاذ محاضر أ	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	ممتحنا
الاسم واللقب: عبد القادر خنوش	الرتبة: أستاذ محاضر أ	جامعة: حسيبة بن بوعلي-الشلف	ممتحنا
الاسم واللقب: يوسف بوزار	الرتبة: أستاذ محاضر أ	جامعة: مصطفى اسطنبولي - معسكر	ممتحنا
الاسم واللقب: صافية ملال	الرتبة: أستاذ محاضر أ	جامعة: جامعة وهران 02	ممتحنا



شكر وتقدير

****من لم يشكر الناس لم يشكر الله عز وجل****

أشكر الله تعالى الذي وفقني وأنعم علي بتحقيق ما أصبوا إليه باستكمال درجة الدكتوراه.

وأتوجه بأسمى آيات الشكر والعرفان وخالص الامتنان للأستاذة الفاضلة الدكتورة:
سامية رحال التي أشرفت على أطروحتي والتي زادتني علما ولم تبخل علي يوماً بتوجيهاتها
ونصائحها النيرة: فمنحتني من وقتها الثمين ومن بحر معلوماتها وخبراتها الواسعة وتعليماتها
ونقدها البناء ودعمها ما شكّل إضافة كبيرة لإنجاز وإتمام هذا العمل البحثي،
فأسأل الله العزيز أن يجازيها خير الجزاء.

كما أوجه الشكر لكل أسرتي فرداً فرداً الذين صبروا وتحملوا معي ومنحوني الدعم على جميع
الأصعدة،

وأيضاً وفاءً وتقديراً واعتراضاً مئياً بالجميل؛ أشكر كل أعضاء لجنة التكوين والتأطير الكرام
وأخص بالذكر الأستاذة عمور جميلة؛ د. عايش صباح؛ د. كلثوم قاجة؛ د. لويس زهير؛
أ.د. قلبي عبد الله

كما أشكر مدير مخبر التنمية والمجتمع الأستاذ *وليد ضامر* الذي سهّل لنا هذا العمل.
وكل أعضاء الهيئات العلمية لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة الشلف، كما نخص
بالشكر الجزيل لكل طاقم نيابة العمادة للبحث العلمي على حسن تعاونهم.
وأتوجه بالشكر الجزيل لكل أعضاء لجنة المناقشة الكريمة الذين تفضلوا بقراءة هذا العمل
وتصويبه.

بالإضافة إلى شكري الكبير لجميع أفراد عينة الدراسة الذين منحوني الكثير من وقتهم، وبدلوا
الكثير من الجهود في سبيل ولادة هذا العمل.

وأخيراً: أتقدم بجزيل شكري إلي كل من مدّوا لي يد العون والمساعدة وأخص بالذكر زميلي في
الدراسة حمادي فتحي

كل أصدقائي وزملائي النفسانيين خاصة تواتية رحماني ، فافة برايج، حليلة جيلالي، هوارية
روابي، محمد قوميدي، عمرو العلاوي، مصطفى معزوزي.

وجزيل الشكر للسيد *خليل محمد توفيق* مدير الصحة والسكان لولاية مستغانم. والدكتور

محمد بن أحمد رئيس مصلحة الوقاية بمديرية الصحة والسكان لولاية مستغانم.

دتمتم فخراً للعلم والتعلم والمعرفة.

سميرة علي بوشايخي

الإهداء

إلى من لا ينفصل اسمه عن اسمي، إلى ينبوع العطاء،
ومصدر قوتي وفخري،
إلى الذي زرع في نفسي الطموح والمثابرة وحب العمل وإتقانه، وانتظر حضور
لحظة هذه المناقشة، إلى أبي العزيز (رحمه الله).
إلى من تعجز الكلمات عن ذكر مآثرها، إلى الشمس التي أنارت دربي، إلى التي لن
أفيتها حقها مهما قلت عنها، إلى أمي الغالية، (حفظها الله).
إلى من علمتني وحفزتني على طلب العلم ولو في الصين، وحدثني دائما عن
دراسة الدكتوراه منذ أن كنت طفلة، إلى جدتي رحمها الله.
إلى الذي حدثني دائما عن القلم وسحر كلماته وعن فهم ونشر ما يُدونه، إلى
جدي رحمه الله.
إلى أولادي قرة عيني، عبد الكريم وفريال.
إلى من يحملون في عيونهم ذكريات طفولتي وشبابي وكانوا سنداً لي، إلى أخي
يوسف وكل أخواتي، إلى نوال حبيبتي.
إلى كل مرضى السرطان.
إلى كل محبي العلم والمعرفة.

سميرة علي بوشيخي

الملخص

الأنماط السلوكية والميول السيكوباتولوجية للشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية

ومضاعفات كوفيد-19

Behavioral patterns and psychopathological tendencies of personality: their relationship to psychological trauma and complications of Covid-19

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن النمط السلوكي السائد وطبيعة الميول السيكوباتولوجية ومستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19، مع التعرف على طبيعة العلاقة بينهم، بالاعتماد على المنهج المختلط القائم على التصميم التفسيري المتضمن المنهج الكمي والمنهج العيادي، وذلك بالاستعانة بالأدوات التالية: مقياس الأنماط السلوكية لصولي بن سباط، مقياس الصدمة النفسية SPSSI5، مقياس مينسوتا متعدد الأوجه MMPI2 بالإضافة للملاحظة المباشرة؛ والمقابلة العيادية النصف موجهة، كما تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

طبقت الدراسة على عينة قوامها 225 متعاف مع دراسة معمقة لستة حالات عيادية تم اختيارها بطريقة قصدية وفق خصائص معينة. وأشارت النتائج المتحصل عليها إلى أن النمط السلوكي السائد لدى عينة الدراسة تمثل في النمط (ج)، وأن المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 يعانون من مستوى صدمة نفسية شديدة مع وجود فروق في مستوى الصدمة تعزى إلى الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) لصالح كل من النمط (ج) والنمط (ب)، في حين لم تصل الفروق إلى مستوى الدلالة الإحصائية تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث)؛ كما توصلت النتائج إلى أن لدى الأفراد المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 ميول سيكوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه نحو الميول السيكوباتولوجية الذهانية ذات الخصائص البارانونية ونحو الميول السيكوباتولوجية العصابية ذات توهم المرض، مع وجود علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) والميول السيكوباتولوجية مهيئة للإصابة بمضاعفات فيروس كوفيد-19. وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة تفاعلية بين طبيعة الميول السيكوباتولوجية ومستوى الصدمة النفسية والأنماط السلوكية عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19.

الكلمات المفتاحية: الأنماط السلوكية؛ الميول السيكوباتولوجية؛ الصدمة النفسية؛ مضاعفات كوفيد-19.

Abstract

The present study aims to reveal the prevailing behavioral pattern, the nature of psychopathological tendencies, and the level of trauma among those recovering from complications of Covid-19, while identifying the relationship between each other.

This is based on the mixed approach depending on Interpretive design that encompasses the quantitative and the clinical approaches and its tools represent in: Souli Ben Sabat Behavioral Patterns, the SPSSI5 Psychological Trauma Scale, and the Minnesota scale MMPI2, direct observation , semi-directed clinical interview. The data were also statistically processed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program.

The study was applied to a sample of 225 recoveries, with six clinical cases that were carefully selected according to certain characteristics.

The results obtained indicated that the dominant behavioral pattern among the study sample is pattern (C) and that those recovering from Covid complications suffer from a severe level of psychological trauma, with differences in the level of trauma attributed to behavioral patterns (A, B, C), and due to the difference between pattern (C) and pattern (B). There were no statistically significant differences due to the gender variable (males, females).

Furthermore, the investigation also indicated that the psychopathological tendencies of the study cases with complications from Covid-19 exhibited a depressive nature, tending towards psychotic psychopathological tendencies with paranoid characteristics or towards neurotic psychopathological tendencies with hypochondria. Additionally, there is a relationship predisposing to complications from the Covid-19 virus between behavioral patterns (A, B, C) and psychopathological tendencies among those who have recovered. The study concluded that there is an interactive relationship between the nature of these tendencies and the level of psychological trauma and behavioral patterns among those recovering from complications of the Covid-19 virus.

Keywords: behavioral patterns; Psychopathological tendencies; psychological trauma; Complications of Covid-19.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
--	كلمة شكر
--	الإهداء
--	ملخص الدراسة بالعربية والإنجليزية
أ	قائمة المحتويات
ث	قائمة الملاحق
ج	قائمة الجداول
ر	قائمة الأشكال
01	مقدمة
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأبعادها	
05	1. مشكلة الدراسة
09	2. تساؤل الدراسة وفرضياتها
10	3. أهداف الدراسة
11	4. أهمية الدراسة
12	5. مفاهيم الدراسة ومتغيراتها
14	6. حدود الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	
16	تمهيد
أولاً: الأنماط السلوكية والميول السيكيوباتولوجية	
16	الأنماط السلوكية
16	1. الشخصية
19	2. النمط السلوكي
20	3. نظريات الأنماط المفسرة للشخصية
21	4. النمط السلوكي (أ)
24	5. النمط السلوكي (ب)
25	6. النمط السلوكي (ج)
27	7. الأنماط السلوكية وعلاقتها بهشاشة الشخصية
33	8. النماذج النظرية المفسرة للأنماط السلوكية للشخصية

36	9. بعض من مقاييس الأنماط السلوكية
38	10. الميول السيكوباتولوجية
ثانيا: الصدمة النفسية	
41	1. الحدث الصدمي
41	2. الصدمة النفسية
43	3. الصدمة النفسية في أدبيات علم النفس
46	4. الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي الإحصائي
47	5. السيرورة الإكلينيكية للصدمة النفسية
49	6. اضطراب ما بعد الصدمة
50	7. الصدمة النفسية لدى المتعافين من فيروس كورونا
ثالثا: ماهية فيروس كورونا (كوفيد-19)	
51	1. الفرق بين الوباء والجائحة
52	2. لمحة مختصرة عن التاريخ النفسي للأوبئة
53	3. جائحة فيروس كورونا والنفسية البشرية
56	4. أعراض عدوى الإصابة بفيروس كورونا
58	5. تشخيص الإصابة بفيروس كورونا
59	6. المضاعفات والآثار طويلة الأمد لفيروس كوفيد-19
62	7. أنواع الفيروس وتحوراتها
64	8. أهم الاستراتيجيات المتخذة للسيطرة على الجائحة
65	9. العدوى من منظور نفسي واجتماعي
66	10. الخصائص النفسية لجائحة كوفيد-19
68	11. أهم الاضطرابات النفسية في سياق جائحة كوفيد-19
73	12. النماذج المفسرة لمراحل التكيف خلال جائحة كورونا
80	13. لمحة مختصرة عن فيروس كورونا بالجزائر
ثالثا: الدراسات السابقة	
82	1. الدراسات التي تناولت الأنماط السلوكية للشخصية

85	2. الدراسات التي تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها بكوفيد-19
90	3. دراسات خاصة بالتداعيات والميول النفسية والمضاعفات الجسدية لجائحة كورونا
94	4. تعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثالث: الإجراءات الميدانية للدراسة	
99	1. منهج الدراسة
100	2. أدوات الدراسة
الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها	
115	1. عرض وتحليل نتائج الدراسة
187	2. مناقشة وتفسير النتائج
216	الخاتمة
220	قائمة المراجع
236	قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
01	رخصة بحث ميداني 1	236
02	رخصة بحث ميداني 2	237
03	دليل المقابلة العيادية البحثية	238
04	المعلومات الديمغرافية	240
05	مقياس الأنماط السلوكية لصولي بن سباط	241
06	مقياس الصدمة النفسية SPSSI-5	242
07	اختبار مينسوتا متعدد الأوجه MMPI-2	243
08	نتائج الفرضية الأولى: النمط السلوكي السائد لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19	253
09	نتائج الفرضية الثانية: الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19	254
10	نتائج الفرضية الثالثة: علاقة الصدمة النفسية بالأنماط السلوكية للشخصية	256
11	نتائج الفرضية الرابعة: علاقة مستوى الصدمة النفسية بنوع الجنس لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19	258
12	الموافقة المستنيرة للحالة الأولى	259
13	الموافقة المستنيرة للحالة الثانية	260
14	الموافقة المستنيرة للحالة الثالثة	261
15	الموافقة المستنيرة للحالة الرابعة	262
16	الموافقة المستنيرة للحالة الخامسة	263
17	الموافقة المستنيرة للحالة السادسة	264
18	الصفحات النفسية لحالات الدراسة	265

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	متحورات فيروس كورونا وفق منظمة الصحة العالمية	61
02	الوضعية الوبائية لفيروس كورونا بولاية مستغانم	81
03	محاوّر دليل المقابلة	101
04	تفسير نتائج اختبار صولي بن سباط	102
05	أبعاد وعدد فقرات مقياس الصدمة	104
06	مفتاح التصحيح لمقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة	105
07	نتائج ارتباط الأبعاد بالمجموع الكلي لمقياس الصدمة	106
08	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	109
09	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب السن	110
10	المضاعفات الجسدية والنفسية لعينة الدراسة	111
11	مواصفات الحالات الستة	112
12	التوزيع التكراري لأفراد العينة حسب الأنماط السلوكية	115
13	نتائج مستوى الصدمة عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19	117
14	نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA لمستوى الصدمة حسب الأنماط السلوكية	119
15	اختبار TURKEY للمقاربات البعدية بين مستوى الصدمة ككل والأنماط السلوكية للشخصية.	120
16	دلالة الفروق بين الذكور والإناث للمتعافين من مضاعفات كوفيد-19 في اضطراب ما بعد الصدمة.	122
17	الحالة النفسية والجسدية للحالة الأولى (غ. أ) خلال مرحلة الاستشفاء	124
18	الحالة النفسية والجسدية للحالة الأولى (غ. أ) بعد الاستشفاء	126
19	نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الأولى	127
20	نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارنويا للحالة الأولى	128
21	نتائج المقاييس الفرعية لمقياس الفصام للحالة الأولى	129
22	نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الأولى	129
23	نتائج مقاييس المحتوى للحالة الأولى	130
24	الحالة النفسية والجسدية للحالة الثانية (ن. س) خلال مرحلة الاستشفاء	135

136	الحالة النفسية والجسدية للحالة الثانية (ن. س) بعد الاستشفاء	25
137	نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الثانية	26
138	نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الثانية	27
139	نتائج المقاييس الفرعية للهستيريا للحالة الثانية	28
140	نتائج مقاييس المحتوى للحالة الثانية	29
144	الحالة النفسية والجسدية للحالة الثانية (م. ج) خلال مرحلة الاستشفاء	30
145	الحالة النفسية والجسدية للحالة الثالثة (م. ج) بعد الاستشفاء	31
146	نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الثالثة	32
147	نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارنويا للحالة الثالثة	33
148	نتائج المقاييس الفرعية لمقياس الهوس الخفيف للحالة الثالثة	34
148	نتائج مقاييس المحتوى لمقياس الفصام للحالة الثالثة	35
149	نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الثالثة	36
150	نتائج مقاييس المحتوى للحالة الثالثة	37
154	الحالة النفسية والجسدية للحالة الرابعة (ب. س) خلال مرحلة الاستشفاء	38
156	الحالة النفسية والجسدية للحالة الرابعة (ب. س) بعد الاستشفاء	39
157	نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الرابعة	40
158	نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارنويا للحالة الثانية	41
159	نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الرابعة	42
159	نتائج مقاييس المحتوى للحالة الرابعة	43
163	الحالة النفسية والجسدية للحالة (ص. ر) خلال مرحلة الاستشفاء	44
164	الحالة النفسية والجسدية للحالة (ص. ر) بعد الاستشفاء	45
165	نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الخامسة	46
166	نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الخامسة	47
167	نتائج مقاييس المحتوى للحالة الخامسة	48
171	الحالة النفسية والجسدية للحالة السادسة (ح. ش) خلال مرحلة الاستشفاء	49
172	الحالة النفسية والجسدية للحالة السادسة (ح. ش) بعد الاستشفاء	50
173	نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة السادسة (ح. ش)	51
174	نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة السادسة (ح. ش)	52
174	نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارنويا للحالة السادسة (ح. ش)	53
175	نتائج مقاييس المحتوى للحالة السادسة (ح. ش)	54

178	نتائج الأنماط السلوكية للحالات الستة وعلاقتها بالميل السيكوباتولوجية	55
183	نتائج مستوى الصدمة وعلاقتها بالميل السيكوباتولوجية للحالات الستة	56

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
30	التأثيرات السلبية لأنماط الشخصية (أ)، (ب)، (ج) على الحالة الصحية للأفراد	01
79	تفسير جائحة كورونا وفق النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي	02
116	توزيع أفراد العينة حسب الأنماط السلوكية	03
121	الفروق في مستوى الصدمة تبعا للأنماط السلوكية (أ)، (ب)، (ج)	04

مقدمة

شهد العالم بأسره على مر التاريخ الإنساني سلسلة من الأمراض والأوبئة والكوارث والأزمات؛ منها ما اقتصر أثره على رقعة جغرافية محددة ومنها ما اجتاحت العالم ككل وأدى إلى إصابة الملايين وحصد أرواح الكثيرين من البشر؛ ناهيك عن الخسائر الاقتصادية والمشاكل الاجتماعية، وربما كان أشدها فتكاً بالأرواح في الزمن القديم الطاعون الأسود الذي كان المؤرخ والجنرال ثوسيديدس أول من قدّم أوصافاً نفسية عنه فذكر ما يلي: "إلى حدٍّ بعيد، كانت أفع سمة في هذا المرض هي الاكتئاب". أما عن الخوف من العدوى وعواقبها، فكتب ما يلي: "من ناحية، إذا خافوا زيارة بعضهم البعض، هلكوا بالإهمال. ومن ناحية أخرى، إذا غامروا بفعل ذلك، كانت النتيجة الموت" (Haas, 2021).

ثمّ الكوليرا التي وُصفت بالموت والإنفلونزا الإسبانية التي مثّلت أخطر كارثة صحية في العصر الحديث وتلاها في القرن الواحد والعشرين الإيبولا والسارس ومتلازمة الشرق الأوسط؛ لتتصادف في زمن الرقمنة مع أخطر الجوائح فتكاً بالحياة، جائحة فيروس كورونا التي ظهرت بوهان عام 2019 واجتاحت العالم بمختلف دوله بحيث لم تستطع أي من الدول السيطرة عليه حسب ما أكّده منظمة الصحة العالمية؛ هذه الأخيرة التي أعلنته كجائحة بتاريخ 11 مارس 2020 نظراً لأنه سبّب انهيار المنظومة الصحية لمعظم دول العالم وأدى إلى خسائر بشرية بأعداد الملايين ارتفعت حصيلتها يومياً.

إنّ ما زاد العالم تأزّماً هو أنّه لم يقتصر على هذا الفيروس المجهرى وسرعة انتشاره واستمرار تحوره وظهور طفرات جديدة منه مع موجات مختلفة تنتشر في كل مرة بخصائص مغايرة عن سابقتها؛ ولكن أيضاً بسبب أنه متعلق بالتصورات والاستجابات النفسية والسياسية للمخاطر التي فرضها فيروس كوفيد-19 وللقلق والذعر والهلع الذي سبّبه هذا الأخير خاصة بعد فرض السياسات الحكومية للإجراءات الوقائية من عمليات الإغلاق والحجر الصحي والتباعد الجسدي والقيود المفروضة على التنقل وقلة التواصل الاجتماعي؛ حتى الفريق الطبي أنْهك ولم يسلم من هذه التأثيرات بسبب الأعداد المتزايدة للحالات وعدم وجود علاج فعال خاصة خلال المراحل المبكرة من الجائحة. إضافة إلى وسائط المعلومات أو ما يسمى بالبوابات المعلوماتية حول الجائحة عبر منصات التواصل الاجتماعي مما يعزز الخوف ويطلق الشكوك أكثر.

وغالباً ما يكون التأثير النفسي أكثر اتساعاً من التأثير الجسدي حيث ذلك التغيير في أنماط الحياة العادية وأنماط النوم والأكل والتواصل زاد من يقظة الناس وشعورهم المستمر بالقلق والخوف من احتمال الإصابة بعدوى فيروس كوفيد-19 الذي يصيب الجهاز التنفسي ويتسبب بمجموعة من الأعراض؛ قد

تكون خفيفة ومتوسطة إلى حادة أو خطيرة فتؤدي عند البعض إلى مضاعفات صحية جسيمة تستدعي تدخل فوري قد يصل للإنعاش والعناية المركزة أو الوفاة كما قد تبقى كمضاعفات طويلة الأمد، حيث أظهرت أدبيات الدراسة التي تمت مراجعتها أنّ تأثير كوفيد-19 لم يقتصر على الجانب الصحي فقط بل كان له تأثير سلبي شديد على الصحة العقلية للناس في جميع أنحاء العالم سواء على المصابين بالفيروس أو على الناجين منه؛ ليتسبب بذلك في مجموعة من الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة.

إنّ جائحة كورونا مثلت كذلك صدمة نفسية لكل من أصيب بعدوى فيروسها؛ فالإدراك والتصور الأولي الذي يتبناه الفرد المصاب بأنه قريب من الموت ويشعر بالخطر والتهديد الدائم يؤثر على نموه الانفعالي وسمات شخصيته واستقطابه أكثر لتدهور صحي بعد الإصابة. ولذلك فسرت بعض النماذج النظرية هذه الاستجابات التي حدثت خلال الجائحة مثل النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي يعتبر كمنهج شامل وفرّ لنا منظورا مفيدا لفهم كيف تحدث العدوى وكيف تؤثر من خلال الجمع بين ثلاث عوامل مختلفة بيولوجية ونفسية واجتماعية واعتبر أن الجائحة تتميز بتفاعلات قوية بين هذه العوامل التي تختلف درجة تأثيرها من فرد لآخر.

ذلك التباين في الإصابات والتأثيرات النفسية وفي حدّة أو خفّة الأعراض والمضاعفات الجسمية قد يقودنا للتفكير في عزو ذلك إلى اختلاف أنماط الشخصية خاصة منها السلوكية التي تساهم في تكوين استعداد يؤدي لتلك المضاعفات؛ ضف إلى وجود متغيرات نفسية واجتماعية وميول مرضية وفروق فردية مساهمة في ذلك أيضا حيث أن الشخصية تلعب دورا أساسيا في تسهيل أو إعاقة كيفية إدراك الفرد للأحداث اليومية والاستجابة لها في الأوقات الصعبة وبالتالي؛ فإن تحديد السلوك واستراتيجية التصرف الذي يمكن أن يساعد في تخفيف عبء الصحة العقلية على الأفراد أمر مهم للغاية.

وفي ضوء ما تم ذكره فقد سعت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الأنماط السلوكية السائدة لدى شريحة المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 مع التعرف على طبيعة الميول السيكوباتولوجية لديهم المؤدية للإصابة بمضاعفات الفيروس والكشف عن مستوى الصدمة لديهم والعلاقة بين المتغيرات الثلاث.

علماً أن هذه الدراسة انطلقت من تجربة شخصية وملاحظات ميدانية عايشتها الباحثة خلال أربع موجات من الجائحة بمصالح العزل الطبي ومصالح علاج جائحة كورونا بالمركز الاستشفائي الجامعي لولاية مستغانم (المؤسسة العمومية الاستشفائية شي قيفارا سابقا) ومصالح الحجر الصحي بفنادق الولاية. وعليه تكونت الدراسة الحالية من جانبين جانب نظري والذي شمل فصلين وجانب ميداني شمل كذلك على فصلين حيث تضمنت الفصول العناصر التالية:

الفصل الأول من الجانب النظري المعنون بـ : "مشكلة الدراسة وأبعادها" تناول عرض لإشكالية الدراسة وتساولاتها والفرضيات ومن تم الأهداف والأهمية النظرية والأهمية التطبيقية والتعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة والحدود البشرية والمكانية والزمانية.

وتضمن **الفصل الثاني** من الجانب النظري والمعنون بـ "الإطار النظري والدراسات السابقة"؛ أربعة عناصر شملت أولها الأنماط السلوكية والميول السيكوباتولوجية للشخصية ثم حوى العنصر الثاني الصدمة النفسية، وتناول العنصر الثالث ماهية فيروس كوفيد وجاءت الدراسات السابقة في العنصر الرابع.

أما الجانب الميداني شمل **الفصل الثالث** من الدراسة والمعنون بـ "الإجراءات الميدانية للدراسة"، تناول تمهيدا للفصل ثم المنهج والدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية ثم أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية والأساليب الاحصائية المستعملة.

أما **الفصل الرابع** من الجانب الميداني والمعنون بـ "نتائج الدراسة ومناقشتها" فقد خصص لعرض النتائج الإحصائية والعيادية وتحليلها إلى جانب المناقشة والتفسير ثم استنتاج عام حول موضوع الدراسة ونتائجها.

الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأبعادها

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. تحديد مفاهيم الدراسة ومصطلحاتها
6. حدود الدراسة

1. مشكلة الدراسة

استيقظ العالم بأكمله في الربع الأخير من عام 2019 على زيارة غير متوقعة لكائن قاتل غير مرئي؛ أسفر عن صدمة جماعية عالمية ذات تداعيات سلبية على مختلف الجوانب الحياتية ولا سيما الجانب النفسي مما ساهم ذلك في تتالي الإصابات والوفيات نتيجة الخوف والرعب الذي سيطر على الجميع.

إنه ذلك الفيروس، الذي يسمى كورونا المستجد- كوفيد 19- العدو الغير المرئي، الذي وضع العالم في أكبر أزمة منذ أجيال مع حجمه البالغ 0.00012 ملليمتر والذي يعتبر أصغر منا حجماً بخمسة ملايين مرة (Vos, 2021) حيث تم تصنيفه كجائحة عالمية من قبل منظمة الصحة العالمية في 11 مارس 2020 (WHO.2021).

شكلت هذه الجائحة - ولا زالت- طارئة صحية عامة عالمية أثارت قلقاً وهلعاً دولياً بدءاً بظهوره في مدينة ووهان الصينية شهر ديسمبر 2019 إلى سرعة انتشاره ووصولاً إلى تأثيراته السلبية على الصحة الجسدية والنفسية وعلى الجانب الاجتماعي والاقتصادي على الكثير من الناس حول العالم. إذ تعد حسب ما أشار إليه (نعيم، 2020) سلالة جديدة لم يسبق تحديدها لدى البشر من قبل، لأن الفيروس يستهدف الجهاز التنفسي للإنسان ويهاجم خلاياه ويدمرها مما يعيق وظيفته، حيث يتكاثر داخل الخلايا مؤدياً إلى موتها مما يضعف جهاز المناعة فيفقد الجسم قدرته على التحمل وبالتالي الوفاة.

فقد مرّت عبر الأزمنة العديد من الأوبئة الأخرى التي كانت بدرجات متفاوتة من العدوى والفتك مثل الإنفلونزا الإسبانية 1918-1920 التي ارتبطت بعدد من الضغوطات النفسية والاجتماعية بما في ذلك التهديدات الصحية للذات والأحباء، وقد يكون هناك اضطرابات شديدة مثل الانفصال عن الأسرة والأصدقاء والعزلة الاجتماعية بسبب برامج التباعد الاجتماعي (Taylor, 2019). وغالباً ما يكون التأثير النفسي أكثر شمولاً من الآثار الجسدية المباشرة للأوبئة، فقد يموت المزيد من الأشخاص بسبب الإغلاق أكثر من كوفيد نفسه بسبب الإجهاد ونقص الروابط الاجتماعية وتأجيل الاستشارات والعمليات الطبية غير متعلقة بكوفيد 19 (Vos, 2021). ومن المحتمل أن تكون البصمة النفسية أكبر من البصمة الطبية. فهذا المرض لا يؤدي إلى زيادة خطر الوفاة فحسب، بل يسبب أيضاً مشاكل في الصحة العقلية في الصين وبقية العالم (Bao & al, 2020., Duan & Zhu, 2020., Xiang & al, 2020).

والمجتمع الجزائري كغيره من مجتمعات العالم عاش حالة هذه الجائحة التي سببها فيروس كورونا، ونتج عنه زيادة في عدد الإصابات والوفيات يوميًا حسب استجابة كل مصاب وتأثير ذلك عليه، وحسب شخصيته وقدرته على التكيف مع الأحداث الضاغطة والصادمة بسبب أن الفيروس كان من أكثر الأوبئة نشرًا للرعب والخوف الشديد عبر العالم نتيجة تميزه بخاصية الانتقال السريع من شخص إلى آخر ونتيجة الحجر المنزلي والتباعد الجسدي وكل حالات الطوارئ التي اعتمدتها كل دول العالم كإجراء وقائي للمحافظة على حياة الأفراد. هذا الفيروس الذي اتفق وأجمع حسب ما أشار إليه سنوسي وجلولي (2020) إلى أنه "لا يؤثر فقط على الصحة الجسمية بل له تأثير على الصحة النفسية للفرد أيضا" كونه "يهدد حق من حقوق الإنسان الأساسية ألا وهي الحق في الحياة والصحة" (ص.67).

فمن المنظور النفسي، إن جائحة كوفيد-19 لها تأثير كبير على الصحة العقلية للناس حيث أكدت العديد من الدراسات على أهمية مراعاة الضائقة النفسية أثناء الأوبئة (Yildirim & Guler, 2021)، فالشخصية؛ باعتبارها تصرفًا مستقرًا يعكس الاختلافات الفريدة في إدراك الأفراد وسلوكهم وعواطفهم، تحدد عقلية الفرد وسلوكه استجابةً للآزمات التي تهدد حياته. وقد تساعد الاختلافات الفردية في تفسير سبب كون بعض الأشخاص أكثر عرضة للاضطراب النفسي عند تعرضهم لجائحة كوفيد-19، في حين أن آخرين ليسوا كذلك (Liu & al, 2021. ; Zettler & al., 2022). تلك الاستجابات لتداعيات الفيروس التي تختلف بشكل كبير من شخص لآخر حسب ما أشار إليه (Rammstedt, 2021) ومن إصابات جسدية بسيطة إلى مضاعفات خطيرة قد تظهر اعتمادًا على قابلية الإصابة، مُخلّفة وراءها صدمات نفسية جماعية غير مسبوقة حيث تشير هذه الأخيرة حسب سعدوني (2013) إلى "أحداث مفاجئة، غير متوقعة، تتسم بالحدة والتهديد للحياة، تحتاج لمجهود غير عادي لمواجهتها" (ص.17). فالصدمة يمكن أن تكون نفسية أو جسدية، وعندما تكون جسدية فهي دائما نفسية أيضا؛ وينتج عنها انهيار الشعور بالذات وفقدان الثقة في النفس والمحيط على سواء (زقار وزقور، 2019). وعليه أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي تلك المواجهة فجأة مع الموت من خلال التفكير باحتمال موته في أية لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن عن طريق عدوى الفيروس.

وهنا يحاول الكثيرون التعامل مع هذه الظروف الصادمة من خلال الحفاظ على التوازن النفسي البيولوجي عن طريق استحداث سلسلة من الأساليب أو استراتيجيات التصرف. وفي حالة الخوف المستمر والتكيف السلبي مع ما أثاره الفيروس من فوضى عارمة وضغوطات سيؤدي ذلك إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة، ومضاعفات صحية جسمية نفسية وسلوكية... مع العلم أن تأثير هذه الظروف يتوقف على

طبيعة الشخصية وما تتصف به من قدرة على تحمل الإحباط (ملياني ونجادي، 2020). هذه الشخصية التي يصفها برت (ألبرت، 2014) على أنها "النظام الكامل من الميول والاستعدادات على المستوى الجسدي والعقلي الثابت نسبياً والتي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية المحيطة" (ص. 05). حيث أصيب خلال الجائحة بعض الأشخاص بالمضاعفات الصحية لهذا الوباء دون غيرهم، ما يفسر وجود متغيرات نفسية واجتماعية وأنماط سلوكية وميول مرضية واستعدادات شخصية تساهم في الإصابة بالفيروس ومضاعفاته.

لوحظ في البداية "تباين كبير في شدة أشكال المرض؛ فكان البعض يعاني من أشكال قليلة الأعراض أو حتى بدون أعراض، بينما يصاب البعض الآخر بأشكال خطيرة للغاية من متلازمة الضائقة التنفسية الحادة، الانسداد التجلطي أو فشل العديد من الأعضاء؛ مما يؤدي بهم إلى العناية المركزة وأحياناً الموت ومن المحتمل أن يسبب لهم صدمة نفسية" (Quillerou & bouhard, 2020, p.42). ففي دراسة لهما حول كوفيد والصدمة النفسية لدى المرضى المتواجدين بالعناية المركزة حاولا فيها إبراز مخاطر الصدمة النفسية لدى هؤلاء المرضى الذين يصابون بفشل الجهاز التنفسي الحاد بسبب فيروس كورونا والدخول للعناية المركزة والوصول للعلاج عن طريق التنبيب وذلك عبي عينة تتكون من 277 مريضاً منبياً intubé حيث توصلت النتائج إلى أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة انتشر بنسبة 16.8 % في شهرين بعد العناية المركزة و 15 % بعد ستة أشهر، كما أظهرت الدراسة أن المرضى الأكثر يقظة والأكثر تخزين تعرضوا لاضطراب ما بعد الصدمة.

في مسح آخر تم إجراؤه في ووهان على 714 مريضاً تم استشفائهم بسبب كوفيد 19 حيث وجدوا أن جميع المرضى تقريباً (96.2%) يعانون من إجهاد حاد. كما تم تقدير انتشار اضطراب ما بعد الصدمة على مستوى العالم بنسبة 19.8%، ولوحظ انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بمرور الوقت على النحو الآتي (انتشار 15.9% في 3 أشهر، 16.8% في 6 أشهر، 19% في 12 شهراً و 20.2% بعد أكثر من 12 شهراً. فتجربة الذهاب إلى العناية المركزة هي مشقة للمرضى، جسدياً ونفسياً، على المستوى النفسي (الخوف من الموت، فقدان الاستقلالية، العزلة، بيئة تثير القلق مع الضوضاء، الضوء والمعدات، والتفاعلات المحدودة والصعبة، وفقدان المعالم المكانية والزمانية، وما إلى ذلك). فبعد فترة طويلة من الخروج من المستشفى، غالباً ما يعاني الناس من العديد من العواقب الجسدية، النفسية والمعرفية، وتسمى متلازمة ما بعد الإنعاش التي تجعل الأشخاص المصابين بها يعانون من صعوبة في أداء مهام الحياة اليومية والتحرك والشعور بالتعب الشديد والضعف. كما يتأثرون نفسياً، من خلال ظهور أعراض توهي

باضطراب ما بعد الصدمة: مثل الكوابيس أو ذكريات الماضي، الشعور بمشاعر سلبية عند تذكر المرض، الخوف، القلق المستمر، نوبات الهلع، إلخ)، الاكتئاب، واضطرابات المزاج. أخيراً، على المستوى الاجتماعي، يبلغ المرضى عن صعوبات العلاقة مع العائلة والأصدقاء (Daumesnil & Verger, 2020). كما كشفت دراسة أجريت في مستشفى جامعة ليل أن 33% من المرضى (180 مريض) المتابعين خلال الموجة الأولى وجدوا أنفسهم في حالة ضائقة نفسية بعد التشخيص، منهم 7% أصيبوا بمتلازمة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعد شهر واحد من الإصابة بالفيروس، إذن فهو بهذا لخص مفهوم الصدمة النفسية لأنها حسب ما أشار إليه لابلاتش وبونتاليس (1997) "حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عن الاستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب و آثار دائمة مولدة للمرض (ص.300) .

وعليه حتى يتفاعل الانسان مع هذه البيئة ومع ظروف هذه الجائحة فإن أنماط سلوكية معينة من الشخصية بتركيبات وخصائص مختلفة تساهم في تكوين استعداد إما يكون وقائي يجعل الفرد قادراً على التكيف مع الضغوط والابتعاد عن خطر الإصابة بالأمراض كالنمط السلوكي (ب)، أو استعداد ممرض يهيئه ويعرضه للإصابة بالأمراض ويساهم في هشاشة الأفراد إزاء المواقف المجعدة كالنمط السلوكي (أ) والنمط السلوكي (ج). حيث يرى كل من فريدمان وروزنمان أن الخصائص الفسيولوجية للنمط (أ) تجعله أكثر عرضة للضغوط بشكل دائم وهذا يتركه في حالة مستمرة من التوتر الداخلي فسلوك هذا النمط يعمل على رفع مستوى الكوليسترول في الدم مما يزيد من احتمال تشكيل خثرة دموية أو ارتفاع في الضغط. في حين أن النمط (ج) هو أكثر عرضة لتطويع مختلف السرطانات. وأصحاب النمط (ب) يتصفون بأنهم أكثر توافقاً وتكيفاً واسترخاءً؛ فليس لهم شخصية مستهدفة للإصابة بالأمراض القلبية ولا شخصية مستهدفة للإصابة بالأمراض السرطانية (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021).

أشار وعوا ومحجر (2017) إلى أن هذه الأنماط السلوكية "تعتبر عوامل مهمة في تحديد الضغوط كونها قادرة على شرح كيفية أن بعض الأفراد في استطاعتهم العمل لسنوات وهم يتعاملون مع كميات هائلة من الظروف الضاغطة، في حين أن آخرين ينهارون بعد عدة أشهر تحت نفس الكميات المماثلة" (ص.575). وعليه التعرض لنفس الحدث يمكن أن يؤدي إلى استجابات مختلفة باختلاف الأفراد. لذلك، من الضروري دراسة تأثير عوامل الشخصية على الصحة العقلية للأشخاص أثناء الوباء . فبالرغم من وجود قدر كبير من الأبحاث التي تدرس تأثير الشخصية على الصحة العقلية في ظل جائحة

كوفيد-19، إلا أن معظم الدراسات آنذاك التي بحثت في تأثير كوفيد-19 على الصحة العقلية تعلقت أكثر بالمراحل المبكرة أو المرحلة الأكثر خطورة من الجائحة مثل دراسة (Zacher & Rudolph, 2021). وبالرغم من إجراء دراسات لاستكشاف العلاقة بين الشخصية والصحة العقلية أثناء جائحة كوفيد-19، فإن معظمها تعلق بدراسة سمات الشخصية ذات الأوجه مثل دراسة (Anglim & Horwood, 2021.; Modersitzki & al, 2021) أو تحديد التداعيات النفسية للجائحة علاوة على ذلك وجدت دراسات أخرى اهتمت بالشخصية الإيجابية كمؤشر فعال لرفاهية الناس أثناء الجائحة مثل دراسة (Jiao & al, 2023). إلا أن أدبيات الدراسة تقتصر لدراسات حول تأثير الأنماط السلوكية للشخصية على استجابات الأفراد للجائحة ؛ أو لم تدمج في دراستها بين الأنماط السلوكية للشخصية والصدمة النفسية في حدوث مختلف الأمراض والاضطرابات حيث تم دراسة كل متغير على حدى، وهذا ما يسعى إليه البحث الحالي من خلال تفحص طبيعة العلاقة بين الأنماط السلوكية للشخصية (أ. ب. ج) بكل أبعادها واستعداداتها وميولها السيكوباتولوجية وبين الصدمة النفسية من حيث حدوث المضاعفات الصحية لكوفيد-19، وعليه يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1. ما النمط السلوكي للشخصية السائد لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد -19؟
2. هل يعاني المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19 من صدمة نفسية؟
3. هل توجد علاقة بين الأنماط السلوكية للشخصية ومستوى الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات كوفيد -19؟
4. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) ؟
5. ماهي طبيعة الميول السيكوباتولوجية عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19؟
6. هل هناك علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) وطبيعة الميول السيكوباتولوجية عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19؟
7. هل هناك علاقة بين الميول السيكوباتولوجية ومستوى الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19؟

2. فرضيات الدراسة

- 1) النمط السلوكي للشخصية السائد لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد -19 هو النمط السلوكي (ج).
- 2) يعاني المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 من صدمة نفسية.
- 3) توجد علاقة في مستوى الصدمة عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 تعزى لنوع الأنماط السلوكية للفرد (أ، ب، ج).
- 4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).
- 5) يعاني المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19 من ميل سيكوباتولوجية اكتئابية.
- 6) هناك علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) وطبيعة الميول السيكوباتولوجية عند المتعافين مهينة للإصابة بمضاعفات فيروس كوفيد-19.
- 7) هناك علاقة بين طبيعة الميول السيكوباتولوجية ومستوى الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19.

3. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية من تحقيق ما يلي:

- الكشف على النمط السلوكي للشخصية السائد لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد -19 هو النمط السلوكي (ج).
- تشخيص الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19.
- التعرف على العلاقة بين مستوى الصدمة والأنماط السلوكية (أ. ب. ج) عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19.
- الكشف عن اختلاف مستوى الصدمة النفسية باختلاف نوع الجنس (ذكر؛ أنثى) لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19.
- الكشف عن طبيعة الميول السيكوباتولوجية لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19 .
- الكشف عن العلاقة بين طبيعة الميول السيكوباتولوجية والأنماط السلوكية للشخصية (أ، ب، ج) المهينة للإصابة بمضاعفات فيروس كوفيد-19.

- الكشف عن العلاقة بين الميول السيكوباتولوجية ومستوى الصدمة عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19.

- الكشف عن التفاعل بين كل من الأنماط السلوكية للشخصية (أ، ب، ج) والميول السيكوباتولوجية بمستوى الصدمة النفسية عند المتعاف من مضاعفات فيروس كوفيد-19 .

4. أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة في جانبين أحدهما نظري والآخر عملي:

1.4. الأهمية النظرية: تكمن الأهمية النظرية في:

(1) توفير معلومات ومادة علمية: يتوقع من هذا البحث الحصول على الكم اللازم من المعلومات حول متغيرات الدراسة من خلال توفير جانب نظري يشرح الأنماط السلوكية للشخصية والصدمة النفسية وفيروس كورونا وما يخلفه من مضاعفات صحية، مبني على أساس البحث العلمي والدراسة الموضوعية.

(2) نموذج لتطبيقات المنهج الكمي والعيادي: كما قد يوفر نموذج لتطبيقات المنهج الكمي والعيادي التي يحتاجها الطلبة في علم النفس.

(3) البحث والتطوير: تسمح نتائج الدراسة الحالية بتوفير تنمية حساسية الباحثين والطلبة نحو موضوعات قريبة تكون فرصاً للبحث والتطوير في مجال فهم تأثيرات الجائحة على الصحة النفسية والسلوكية، كما يمكن أن يساهم في إثراء مكتبة الأبحاث الجزائرية والعربية في هذا المجال من الدراسات.

2.4. الأهمية التطبيقية: تكمن أهمية الدراسة الحالية في تناولها موضوع مهم مستجد على الساحة البحثية يتمثل في جائحة كورونا؛ لذلك إنه من المتوقع أن تفيد نتائج هذه الدراسة في :

(1) الفهم والتشخيص الشامل والمتكامل: إن الوصول لفهم أعمق لفيروس كورونا المستجد من حيث انتشاره وأعراضه وتاريخه، وكذا دراسة الأنماط السلوكية والميول السيكوباتولوجية والصدمة النفسية تسمع للممارس العيادي وأخصائي الصحة النفسية بفحص شامل مع تحديد وتقييم عوامل الخطر للحالات المصابة سواء بكوفيد-19 أو بأحد الأوبئة.

(2) التكيف والمرونة النفسية: يمكن لفهم الأنماط السلوكية أن يساعد في تقديم استراتيجيات للتكيف والمرونة النفسية، والتي يمكن أن تساعد الأفراد في التعامل بشكل أفضل مع آثار الجائحة على صحتهم النفسية والعاطفية.

3) **تحسين الدعم النفسي والعلاج النفسي:** فهم أنماط السلوك للشخصية يمكن أن يساعد في توجيه الدعم النفسي والعلاج النفسي بشكل أفضل، حيث يمكن تكييف الاستراتيجيات العلاجية والتدخلات وفقاً لاحتياجات واستجابات كل فرد بناءً على تفضيلاته الشخصية وأسلوبه في التعامل مع الضغوط الناجمة عن الجائحة مما يسمح بتطوير برامج التدخل لمساعدة الأفراد على إدارة القلق والخوف الناجم عن جائحة كوفيد-19.

4) **الوقاية وإدارة المخاطر:** يمكن استخدام الأنماط السلوكية لتحديد الفئات الأكثر عرضة للميول المرضية، مما يُمكن المهنيين الصحيين من توجيه جهودهم نحو الوقاية وإدارة المخاطر بشكل فعال، لا سيما خلال الكوارث الانسانية والأزمات الصحية سواء عبر تقديم التثقيف الصحي أو توجيه الاهتمام إلى الأشخاص الذين يحتاجون إلى دعم إضافي؛ أو نشر الوعي الصحي فيما يخص انتشار الأمراض والفيروسات والاضطرابات النفسية والعقلية والوقاية على مستوى الأسرة والمجتمع.

وعليه نطمح لأن تكون هذه الدراسة إضافة علمية جديدة إلى التراث العلمي النفسي في البيئة الجزائرية بحيث لا توجد دراسة - في حدود علم الباحثة- تناولت أنماط وميول الشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد 19 نظراً لحدثة الوباء.

5. تحديد مفاهيم الدراسة ومتغيراتها

تضمنت الدراسة الحالية مجموعة من المفاهيم الأساسية التي وجب تناولها وتحديد مفهومها وضبطها إجرائياً حتى يتضح معناها وهي كالتالي:

1.5. النمط السلوكي Type behavior personality

تعريف النمط السلوكي: "هو الطريقة أو الأسلوب الخاص والمميز للفرد للاستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين" (الزروق، 2009، ص.67). ويصنف إلى ثلاث أنماط هي:

- النمط السلوكي (أ) - « A » Type: انفعال سلوكي مركب يتضمن مزيج من السمات مثل العداء والعدوان والغضب والقدرة التنافسية ونفاذ الصبر وكفاح مستمر لإنجاز المزيد من العمل في أقل وقت ممكن .

- النمط السلوكي (ب) - «B» Type : يتميز بخصائص عكس النمط (أ)؛ فهو متحرر من العداء والعدوان ومن مشاعر إلحاح الوقت وليس لديه ميل شديد للمنافسة؛ إنه أكثر صبرا وأقل عرضة للإصابة بالإحباط وقادر على الاسترخاء دون الشعور بالذنب.
- النمط السلوكي (ج) - «C» Type: يتميز بالمقاومة للشدائد وكبح الانفعالات والشعور بالعجز وعدم القدرة على التعبير عن الغضب وتفرغ التوتر.

إجرائيا: يقصد به مجموع الصفات والخصائص النفسية السلوكية التي يتميز بها الشخص الذي أصيب بفيروس كوفيد 19. ويقاس بالنمط الذي يقرره المشارك عن نفسه من خلال إجابته على مقياس الأنماط السلوكية للشخصية "صولي بن سباط".

2.5. الميول السيكيوباتولوجية Psychopathic Tendencies

تعريف الميول السيكيوباتولوجية: الاستعداد المبني على أساس الخبرات الحياتية التي يمر بها الفرد والتي تساهم في إبراز نمط معين من الأمراض الجسمية أو الاضطرابات النفسية والعقلية في حال ما إذا فشلت آليات دفاعه في حل الصراع بين رغباته ومحيطه.

إجرائيا: يقصد به الاستعداد الشخصي للإصابة بالمضاعفات الصحية لدى المصاب بفيروس كورونا والمعبر عنه من خلال استجابة المتعاف من هذه المضاعفات على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه .MMPI2

3.5. الصدمة النفسية Psychological trauma

تعريف الصدمة النفسية: يقصد بها انعكاسات الحدث المفاجئ الذي يواجهه الإنسان بحيث يهدد حياته أو حياة المحيطين به وذلك إما التعرض المباشر للحدث أو أن يكون الفرد شاهدا على الحدث الصدمي والذي يؤدي إلى الشعور بالعجز والخوف والتي تتطور لتؤدي على اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. **إجرائيا:** كل ما يصيب الفرد من آلام وتشوه في التوظيف النفسي والعقلي نتيجة تعرضه لحدث الإصابة بمضاعفات فيروس كوفيد-19 والمعبر عليه بالدرجة التي يتحصل عليها المتعاف من مضاعفات كوفيد-19 على مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PSS15.

4.5. مضاعفات كوفيد-19 Complications of Covid 19

تعريف مضاعفات كوفيد-19: هي تلك المضاعفات الصحية الخطيرة التي تسببها تفاعل أعراض فيروس كوفيد-19 من ارتفاع درجة الحرارة (أكثر من 38 درجة مئوية)؛ نقص الأوكسجين في الدم، الخلط

الذهني، انعدام الشهية، زرقة الوجه أو الشفاه ما يستدعي التدخل الطبي الفوري فتؤدي الضائقة التنفسية، الانسداد التجلطي، الفشل الكلوي، السكري، ارتفاع ضغط الدم... (WHO,2021).
إجرائيا: مختلف المضاعفات التي تم تحديدها من خلال المعلومات الديمغرافية ودليل المقابلات المستعمل مع الشخص الذي تعافى من فيروس كورونا موضوع الدراسة وأهمها الضائقة التنفسية.

6. حدود الدراسة

- 1.6. الحدود الموضوعية: تناول موضوع الدراسة الأنماط السلوكية وميول الشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية والمتعافين من مضاعفات كوفيد-19.
- 2.6. الحدود البشرية: تتمثل حدود الدراسة البشرية في عينة مكونة من 225 متعاف من فيروس كوفيد-19 ومن 06 حالات عيادية أصيبوا بمضاعفات الفيروس سواء خلال الإصابة أو بعد التعافي.
- 3.6. الحدود الزمانية: تمت الدراسة الحالية في الفترة الممتدة من 15 أبريل 2021 إلى غاية 20 جانفي 2024.
- 4.6. الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الحالية بمركز المتابعة النفسية والبيداغوجية بولاية مستغانم.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1. الأنماط السلوكية والميول السيكيوباتولوجية

2. الصدمة النفسية

3. ماهية فيروس كورونا

4. الدراسات السابقة

تمهيد

إن دراسة وتحديد الأنماط السلوكية للشخصية من شأنه أن يفسر لنا سبب تعرض بعض من الأفراد إلى أمراض معينة دون غيرهم خاصة إذا تميزوا بميول تساعد على تلك الاستجابات وهذا هو العنصر الأول الذي سنتعرض له في هذا الفصل ثم ننتقل لتأثير الصدمة النفسية على هؤلاء الأفراد وتفاعلها مع خصائص الأنماط السلوكية وأخيرا نصل لماهية هذا الفيروس وتداعيات الجائحة مع عرض لأهم الدراسات السابقة التي تناولت ذلك.

أولاً: الأنماط السلوكية والميول السيكوباتولوجية للشخصية

أ/ الأنماط السلوكية: Personality behavioral patterns

تعتبر دراسة الاستجابات السلوكية التي يُظهرها الأفراد عند مواجهتهم لمواقف صادمة وضواغط مهددة لحياتهم كانتشار الأوبئة والجوائح؛ أمر بالغ الأهمية لفهم كيفية تأثير هذه المواقف على السلوك الانساني وكيفية التكيف معها والاستجابة لها من خلال تحديد الأسباب التي تقف وراء هذا السلوك وتحليلها بناء على مختلف التصنيفات المعتمدة لأنماط وسمات الشخصية. هذه الأخيرة التي لها دور مهم وعامل مُهَبِّ لنشأة وتطور مختلف الاضطرابات الناتجة عن تلك الضواغط وفي التعرض لمضاعفات وتآزم الحالة النفسية للمصاب خاصة إذا كان قد تعرض للإصابة بعدوى جائحة عالمية. وهذا ما سنحاول الكشف عنه في هذا العنصر من خلال التعرف على الأنماط السلوكية للشخصية (أ. ب. ج)، وأي نمط له مساهمة كبيرة في الإصابة بالمرض ومضاعفاته وانتشاره في المجتمعات المعاصرة، وقبل التطرق الى الأنماط السلوكية للشخصية ضروري جدا أن نستهل ذلك بمدخل سريع إلى الشخصية ومكوناتها.

1. تعريف الشخصية

حظي موضوع الشخصية في مجال علم النفس باهتمام كبير من قبل العلماء والباحثين؛ وقد تعددت تعاريفها واختلفت بتنوع واختلاف توجهاتها النظرية، وهذا يستدعي منا تعلم كيفية التعامل مع هذه الاختلافات، وحتى نفهم وندرك خصائص شخصية ما؛ نحتاج إلى أن نعرف أولاً معنى كلمة الشخصية وما يعنيه هذا المصطلح حتى نتعرف أكثر على أنماطها وكيفية التعامل معها.

1.1. الشخصية لغة

الشخصية لغة "مشتقة من الجذر (شَخَص) والشخص: كل جسم له ارتفاع وظهور، والمراد به إثبات الذات ، فاستعير لها لفظ الشخص" (ابن منظور، 1988، ص. 45).

الشخصية هي صفات تميز الشخص عن غيره، وهي مشتقة من الكلمة اللاتينية برسونا persona التي تمثل مصدر الكلمة الانجليزية (Personality) حيث يعود استعمالها إلى زمن الإغريق وتعني القناع الذي كان يلبسه الممثل المسرحي حين كان يقوم بتمثيل دور معين أمام الناس فيما يتعلق بما يريد أن يقوله أو يفعله ومن هنا أصبحت هذه الكلمة تدل على المظهر الذي يظهر به الشخص حيث تصبح الشخصية ما يظهر عليه الشخص في الوظائف المختلفة التي يقوم بها على مسرح الحياة (ألبرت، 2014)

2.1. الشخصية اصطلاحاً

عرّف (فوندر، 1997) الشخصية أنها ما يمكن أن يميز الفرد عن الآخرين ؛ فهي "أنماط الفرد المميزة في التفكير والعاطفة والسلوك، بالإضافة إلى الآلية النفسية الكامنة وراء تلك الأنماط" (Fernández-Pichel & al, 2023).

كما هناك من الباحثين من عرّف الشخصية كمجموعة من الأجهزة تعمل جميعاً لتشكل نظام دينامي للفرد. وهذا ما ذهب إليه بيشوت P. Pichot عام 2002 أين أشار إلى أن استخدام مصطلح الشخصية في تخصصنا حديث. حيث يدل حسب (Guelfi & Hardy, 2013) "إلى ما هو دائم ومستقر نسبياً في التنظيم الديناميكي للأداء النفسي" (p.03).

في حين لخص معجم مصطلحات الطب النفسي تعريف الشخصية بأنها: "مجموعة الخصائص الذاتية المميزة للفرد أو الجماعة، وتضم الصفات أو السمات والنزعات السلوكية الانفعالية للشخص في حياته اليومية في الأحوال المعتادة بصورة مستقرة ومتوقعة" (الشربيني، 2003، ص. 136).

على غرار بورت Burt الذي ركز تعريفه حول مكوناتها حيث عرف الشخصية على أنها: "النظام الكامل من الميول والاستعدادات على المستوى الجسمي والعقلي الثابت نسبياً والتي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية المحيطة" (ألبرت، 2014، ص. 05)

في نفس السياق عرفها جوردن ألپورت Allport بأنها: "ذلك التنظيم الدينامي الذي يكمن بداخل الفرد والذي ينظم كل الأجهزة النفسية والجسمية التي تملي على الفرد طابعه الخاص في السلوك والتفكير" (الرقاد، 2017، ص. 231)

في حين هناك من استعمل مفهوم الشخصية مركزا على دورها في التنبؤ بسلوك الأفراد أو بتحديد سلوكياتهم كتعريف ايموند كاتل Rymond kattel: "بأنها تلك التي تمكنا من التنبؤ بما سوف يفعل الشخص في موقف معين" (الرقاد، 2017، ص.236). بمعنى آخر، يمكن تصور الشخصية حسب ما أشار إليه كانتان Kanten (2017) على أنها "مزيج من العمليات العاطفية والشخصية والمواقفية التي تنشأ داخلياً في كل شخص، وتتحكم في كيفية تفاعل الفرد وتصرفاته وتفاعله مع الآخرين، وبالتالي تصبح العوامل الأساسية التي تؤثر على السلوك البشري" (p.29). وأشار أيضا ستيف تايلور Steve taylor (2019) إلى أنها مجموعة من السمات التي يمتلكها الشخص والتي تحدد كيف يميل إلى التفكير والشعور والتصرف في المواقف المختلفة.

وحسب (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021) "الشخصية هي مجموعة من الصفات وخصائص السلوكيات والإدراك والتأثيرات التي تميز الأفراد؛ والتي تشمل المزاج، العاطفة والاستجابة" (p.197).

مما سبق يتجلى لنا أنه تم تصور مفهوم الشخصية وفقاً للتيار النظري والمنهج الذي تناولها، فقد وجد اختلاف جذري من حيث التعريف وهذا يعود إلى اختلاف المنظرين والتباين في الاختصاص وطرق البحث، فنجد أن المدرسة التحليلية فسرت الشخصية انطلاقاً من أعماق الفرد، في حين فسرت المدرسة السلوكية الشخصية بالرجوع إلى السلوك القابل للملاحظة والتجريب والقياس، أما نظرية العوامل فكان الهدف من دراسة الشخصية هو التنبؤ بالسلوك وبما سيفعله المرء استجابة لموقف مثير معين من خلال معرفة دقيقة بسمات الفرد. ونظرية السمات التي ركزت على أن كل شخص فريد ويتميز عن الآخرين بسماته الخاصة المميزة حيث تعد السمات مفاهيم لوصف السلوك، وليست مفاهيم لتفسير السلوك.

إلا أن معظمهم يتفق على أن الأساس في فهم وتفسير الشخصية مرتبط بالجانب الانفعالي والسلوكي والمعرفي والمورفولوجي والوراثي، حيث أنها تؤكد فكرة تكامل الشخصية ووحدتها لأنها تشير إلى الخصائص النفسية المشتركة بين جميع الأفراد وكذلك إلى الاختلافات بين البشر. وإلى الخصائص التي عادة ما يشعر بها الشخص أو يفكر فيها أو يتصرف بها. وعليه تتميز الشخصية بأنها "ترتيب مختلف العوامل المعرفية والغريزية والعاطفية التي تشكل سمات الشخصية. ووفقا لها سيشعر الشخص عموماً بأنه يفكر أو يتصرف" (Sultan & Varescon, 2012, p.132).

وعلى الرغم من أن الشخصية يمكن أن تتغير بمرور الوقت، إلا أنها تعتبر مستقرة نسبياً. ومع ذلك، يمكن أن تتقلب بسبب أحداث الحياة وضغوطاتها أو الأمراض ولفهمها أكثر وجب فهم الصفات والسمات الفردية والأنماط السلوكية التي تحدد ردود الأفعال والاستجابات لمواقف معينة.

لقد تباينت التعاريف واختلفت مدلولاتها اللغوية والاصطلاحية؛ فليس من السهل إعطاء تعريف موحد للشخصية وهذا راجع إلى اختلاف توجهات الباحثين؛ فكل يعرفها حسب طبيعة انتمائه واتجاهه النظري ولكنها تبدو متقاربة من حيث تمحورها حول الجوانب الجسمية والنفسية والسلوكية بالتركيز على الفرد ذاته دون إبراز العوامل البيئية في بناء هذه الشخصية. وعليه فمهما اختلفت التعاريف وتباينت الآراء حول مصطلح الشخصية فهي تضم سمات وأنماط محددة تميز الشخص عن غيره.

2. النمط السلوكي

إن تحديد أنماط واضحة للشخصية للأفراد خاصة في ظل وجود جائحة وبائية له أهمية كبرى في مساعدة الفرد نفسه لفهم ذاته؛ والتعرف على نقاط ضعفه؛ فيُنمّيها حتى يصل إلى فهم أعمق لقدراته فيطورها؛ وكذلك نقاط قوته فيستغلها أحسن استغلال، ويفهم استجاباته وردود أفعاله ويصححها لمواجهة المشاكل والصعوبات التي تعترضه؛ مع فهم ميوله واحتياجاته وتسييرها بشكل أفضل وإدراكه لمسببات الضغوط وتعلم طرق مواجهتها، وذلك من أجل تقبل وتكيف وتعايش سليم وفي نفس الوقت تجنب الوقوع فريسة للمرض ومضاعفاته حين يعمل على تطوير ذاته.

كما تساعد أنماط الشخصية الأفراد على التفاعل الإيجابي وبناء علاقات جيدة مع الآخرين سواء في بيئة العمل أو المنزل أو المحيط الخارجي، حيث معرفتنا لنمط شخصية معينة يساعدنا في اختيار الأسلوب الأمثل للتواصل معها حسب سماتها؛ كما أنه يساعدنا في التنبؤ ببعض ردود أفعالها ولذلك وجب المرور بتعريف النمط قبل تحديد أنواعه.

1.2. تعريف النمط

قد ارتبط مفهوم النمط السلوكي بفكرة البحث عن ملمح أو بروفيل لشخصية المصابين بالأمراض المزمنة، فهو حسب جمعة سيد يوسف: "أسلوب سلوكي وانفعالي يستجيب به الأفراد الذين يمتلكون صفات شخصية معينة تدخل في تركيب هذا النمط وهو أسلوب ينمو من خلال التفاعل بين متطلبات البيئة والخصال الشخصية (حافزي، 2020، ص. 246). أي أن النمط السلوكي هو طريقة يواجه بها الفرد المشكلات التي تواجهه، فهو يتغير بتغير الوضع النفسي. فهو إذن سمة ملحوظة والسمة جزء مكون

من الأنماط، وتعتبر سمات الشخصية من المكونات التي تكمن وراء السلوكيات البشرية والمشكلات التي تواجهها. وهي خصائص مستقرة ودائمة نسبياً ومتسقة مع حياة الفرد تجعله متميز عن الآخرين. وتساعد في تفسير أنماط السلوك في المواقف المختلفة (Kanten,2017).

فالنمط حسب ألبرت (2014): "مجموع الصفات أو السمات التي تتجمع لتشكل نمط معين من السلوك" (ص.29). كما أفاد بتعريف أيزنك للنمط على أنه: "مجموعة من السمات المرتبطة تماماً بالطريقة نفسها التي تعرف بها السمة بوصفها مجموعة من الانفعالات السلوكية" (ص.31).

وعرفه بروشون شويتزر وبوجوت Bruchon-Schweitzer & Boujut (2021,p198) على أنه: "اشتراك فئة من الأفراد في عدة خصائص سواء كانت جسدية، نفسية، إلخ." حيث أجريت الكثير من الأبحاث التي تكشف أن اختلاف الأفراد في نمط الشخصية يسهم بدرجة ما في زيادة ميلهم نحو الانخراط في أنماط معينة من السلوكيات الصحية أو نقصان.

2.2. نظريات الأنماط المفسرة للشخصية

ترى هذه النظريات أن كل فرد لديه سمات شخصية ونمط سلوكي ثابت نسبياً يؤثر في تعامله مع المواقف الضاغطة، وتختلف باختلاف الأفراد، فنظرية الأنماط تحاول أن ترصد أصناف الشخصية التي تصاب دون غيرها بأمراض جسمية ذات جذور نفسية. حيث تقسمت النظريات بين تصنيف الشخصية إلى نمطين أو أكثر وتقوم على أسس قد تكون جسمية أو مزاجية أو عقلية وبين النظريات التي فسرت الشخصية على أساس تكونها من عدد من السمات التي تعطيها صورة سيكولوجية تميزه عن غيره.

وللحديث عن أنماط الشخصية لابد من المرور للبدايات الأولى التي ظهرت مع أبيقراط (400 ق.م) Hippocrates في إيجاده لأربعة أمزجة تمثلت في المزاج الدموي والمزاج الصفراوي والمزاج السوداوي والمزاج البلغمي.

ثم ظهرت الأنماط النفسية عند يونغ (1913) Yung بتصنيف أطلق عليه الثنائي الذي يتمثل في النمط المنفتح والنمط المنبسط، ثم الأنماط الجسمية عند كرتشمير وشلدون sheldon 1942 المتمثلة في النمط الحشوي والنمط الجسمي والنمط المخي.

ثم تأتي السلوكية مع الأنماط الأربعة عند بافلوف Ivan Pavlov المتمثلة في النمط المتوازن، النمط الانفعالي، النمط المثبط، النمط الجاد. ثم الأنماط الهرمونية عند برمان، وتقسيمات سيجموند فرويد الشخصية إلى ستة أنماط التي تمثلت في النمط النرجسي والنمط الوسواسي والنمط الشهواني ثم النمط النرجسي الشهواني والنمط الوسواسي الشهواني والنمط النرجسي الشهواني.

ثم أنماط كارل يونغ (1875-1961) الذي تحدث عن التفاعل الاجتماعي واستخرج النمط الانبساطي والنمط الانطوائي ثم أضاف النمط الوسطي. ثم تأتي التناولات الحديثة للأنماط السلوكية التي تعود إلى أعمال كل من فريدمان وروزينمان حول الفروق الفردية (1956-1974).

3.2. النمط السلوكي (أ) Type « A » behavior

تم استخدام هذا النمط من طرف طبيبي القلب ميلتون فريدمان وريمي وزينمان Milton Friedman وRamy Roseman في عام 1959 بعد ملاحظتهما لارتفاع معدل انتشار مرض الشريان التاجي في مجموعة من المرضى يتسمون بنفس السمات، حيث "الأشخاص الذين يعانون من فرط نشاط الدورة الدموية والهرمونات العصبية للتوتر، من المفترض أن يجعلهم ذلك مرشحين لبداية قصور الشريان التاجي" (Guelfi & Hardy, 2013, p.258).

فالنمط (أ) هو "ملح سلوكي من شأنه أن يضعف نظام القلب والأوعية الدموية؛ يتم تعريفه من خلال مجموعة من الخصائص" (Sultan & Varescon, 2012, p.134)، حيث بعد مجموعة من الأبحاث وصفاه عام 1974 بأنه: "مزيج من السمات مثل العدوانية والقدرة التنافسية ونفاد الصبر والحاجة إلى الاعتراف الاجتماعي، باعتبارها مرتبطة بزيادة مخاطر الإصابة. ترتبط هذه السمات بالفعل مع تفاعل الدورة الدموية والتفاعل العصبي مع الإجهاد" (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021, p.198).

يرتبط هذا النمط الذي يسمى أيضا النمط الشائع بخطر الإصابة بأمراض القلب التاجية الحادة أو المزمنة ويتميز بالميل إلى الضغط على الأسنان وتشديد قبضة اليد والحركات الجسمية السريعة وقلة الصبر والنشاط المتعدد الأوجه مثل الحلاقة أو الأكل أثناء قراءة الجريدة أو عند إجراء مكالمات هاتفية مرتبطة بالعمل وتدل بعض الدراسات على أن هذا الضغط يتضمن وسوسة خاصة بالأرقام (ألبرت، 2014، ص.40).

لم يعد يُنظر إلى النوع (أ) اليوم على أنه مجرد تصرف أو رد فعل على مواقف تنافسية معينة، إنه أسلوب تفاعل بين الأفراد وفي سياق معين بدلاً من كونه سائلاً مستقراً في التصرف (Sultan & Varescon, 2012).

عرّف فريدمان وروزمان النمط (أ): "بأنه مركب من الفعل والانفعال يمكن أن يلاحظ في أي شخص عدواني منهمك في كفاح مرير ومزمن لإنجاز المزيد والمزيد في أقل وقت ممكن حتى لو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أو أشخاص آخرين".

هذا ويضيف كل من (Dembroski, Weiss, Shields, Janes & Feinleib) أن نمط الشخصية (أ) عبارة عن "مجموعة من الأشكال السلوكية والتعبيرات الانفعالية التي هي مؤشرات تنبؤية لأمراض شرايين القلب الواضحة إكلينيكيًا" (بوعافية، 2009، ص. 137).

يؤكد روزمان وزملائه أن سلوك النمط (أ) يستمد من التفاعل بين صفات شخصية الفرد واستعداداته الوراثي ومحيطه البيئي وإدراكه لمسببات الضغوط على أنها تحد، وهذه العمليات المتفاعلة فيما بينها هي التي تؤدي في النهاية إلى انبثاق نمط حياة غالبا ما يكون مرتبطا بالتنبيه النفسي الفيزيولوجي.

1.3.2. الخصائص الرئيسية للنمط السلوكي (أ)

يتميز أفراد النمط (أ) بمجموعة من الخصائص والصفات التي يمكن تصنيفها إلى خصائص فيسيولوجية وسلوكية واجتماعية وحركية وتتمثل في:

- 1) **الخصائص السلوكية:** يتميز بنفاذ الصبر والاستياء من التوقف أو أي عقبة تؤخر تحقيق أهدافه. إلحاح الوقت والغضب، يستمتع بالتنافس، العداء والعدوانية والطموح، التنقيب عن الكم والأرقام، الميل إلى إنجاز المزيد من الأشياء في وقت، الاستغراق الزائد في العمل، الرغبة في السيطرة، الشعور بضغط الزمن، الشعور بالذنب جراء التراخي، يشترك في العمل أو اللعب للفوز (Guelfi & Hardy, 2013).
- 2) **الخصائص الحركية:** يتميز أصحاب هذا النمط بحركات مستمرة لليدين والسواعد، النشاط وعدم الاستقرار، عدم الرغبة في الاسترخاء، حدة النظر، الوتيرة العالية للعمل والأداء الجيد، التوتر الدائم في عضلات الوجه، أو من خلال بعض الخصائص الإيقاعية للغتهم (Guelfi & Hardy, 2013, p258).
- 3) **الخصائص الاجتماعية:** الاهتمام بالمكانة الاجتماعية، الحاجة للتفوق والنجاح، الرغبة في التميز والنفوذ بأحسن الأداء والمكانة.

- 4) **الخصائص الفيزيولوجية:** كل السمات التي سبق ذكرها تجعل أصحاب هذا النمط عرضة للضغوط بشكل دائم وهذا يتركهم في حالة من التوتر المستمر حيث وجود التأخير والتعطيل يؤدي إلى الاحباط والغضب، ويؤدي ذلك إلى ارتفاع ضغط الدم أو زيادة نسبة الكوليسترول في الدم مما يزيد من احتمال تشكيل خثرة دموية أو ارتفاع ضغط الدم أو زيادة افراز هرمون النورأدرينالين الذي يعرقل عملية انتظام نبض القلب. وعليه أصحاب النمط "أ" يبدون من الناحية الفيزيولوجية، من حيث استجاباتهم كأنهم في حالة هرب مستمر من حيوان مفترس (بوعافية، 2009).

ويفترض فريدمان أن الأصل في وجود هذه السمات والخصائص واستمرارها يعود إلى الشعور بعدم الأمان الداخلي أو درجة غير كافية من تقدير الذات التي تؤدي إلى القلق مع معاناة الأرق نتيجة الغضب أو الاحباط، والفشل في تقديم المساعدة للآخرين (بن زروال، 2008).

2.3.2. المكونات الأساسية لسلوك النمط (أ):

- يتكون هذا النمط من ثلاث مكونات أساسية تزيد من خطر الإصابة بالأمراض القلب والأوعية الدموية حسب ما أشار إليه (Bruchon-Schweitzer&Boujut, 2021) وتتمثل في:
- **العداية hostility:** أحد عوامل ضعف القلب والأوعية الدموية؛ فهي المكون الأكثر ضررًا للنمط (أ)؛ فهو يشمل المواقف والمعتقدات والتصورات السلبية.
- **الغضب:** انفعال غير سار يتفاوت شدته من تهيج إلى هيجان، ويمكن أن يظهر كرد فعل لحالات الإحباط أو سوء المعاملة أو الاستفزاز؛ يمكن أن تكون طويلة الأمد أو مؤقتة (سمة أو حالة).
- **العدوانية Agressiveness:** يعبر عنها بأشكال سلوكية مختلفة سواء كانت لفظية أو جسدية، يغضب بسهولة، تظهر ملامح العداء من خلال تفاعله مع الآخرين (p.219-223).

3.3.2. النمط السلوكي (أ) وعلاقته بالصحة

أكدت دراسات كثيرة على وجود علاقة بين النمط السلوكي (أ) والإصابة بمرض الشريان التاجي الذي يعرف بـ: Coronary Heart Disease -CHD (وهو فئة من أمراض القلب والأوعية الدموية يعتقد أنها مرتبطة بالشخصية؛ ناتجة عن تضيق الشرايين التي تنقل الأكسجين إلى القلب بسبب تصلب الشرايين على سبيل المثال). ويتجلى نقص تروية عضلة القلب في -الذبحة الصدرية- ويمكن أن يؤدي إلى احتشاء عضلة القلب والسكتة القلبية. وتتمثل عوامل الخطر المهمة في مستويات الكوليسترول وضغط الدم والتدخين والسمنة والعوامل الوراثية (Bruchon-Schweitzer&Boujut, 2021).

حيث يعيش ذوي سلوك النمط (أ) في معركة دائمة بسبب الضغط؛ فتطلق أجسامهم هرمونات لأن الجسم يستعد لمعركة حامية ويسبب ذلك زيادة في امتداد القلب والدماغ والعضلات بالدم ونقص في امتداد الكبد بالدم ونتيجة لذلك تنخفض كفاءة الكبد في التخلص من الكوليسترول والدهون في الدم والقيام بعملية الأيض ومن ثم تؤدي هذه الدهون الكثيرة والكوليسترول إلى مرض الشريان التاجي للقلب.

4.2. النمط السلوكي (ب) Type « B » behavior

يذكر كابلان kaplan أنه إذا كان النمط (أ) قد حظي باهتمام كبير من طرف الباحثين، فإن النمط (ب) لم يحظ بنفس الاهتمام لأن هذا الأخير يوصف من خلال غياب خصائص وسمات النمط (أ) ويسمى أيضا بالنمط المتوسط حيث يستطيع أن يسترخي بدون الشعور بالذنب ويعمل بدون أن يتعرض للإحباط بسهولة ويشارك في الرياضات والأنشطة الترويحية الأخرى بدون الشعور بالحاجة إلى البرهنة على تفوقه وعلى قدراته. وينخفض احتمال إصابته بأمراض القلب (ألبرت، 2014، ص. 40).

يعرف أحمد ماهر (2003، ص. 196) الشخصية (ب) على أنها: "تلك الشخصية التي تميل أن تكون هادئة، ومستكنة، وغير مستعجلة، ولا تحب أن تنافس الآخرين، فالشخص من النمط (ب) يؤدي عمله بدقة ودون استعجال ويحب أن يؤدي الأشياء الواحدة تلو الأخرى وببطيء وبالتدرج .

1.4.2. الخصائص الرئيسية للنمط السلوكي (ب):

نلاحظ أن النمط السلوكي (أ) والنمط السلوكي (ب) نمطان متعاكسان ومتناقضان تماما من حيث الخصائص والمميزات حيث يتميز هذا الأخير بأنه نمط سوي، يميل أصحابه إلى الاسترخاء ويتمتعون بصحة نفسية وجسمية جيدة وأخذ الأمور بروية إضافة للهدوء وهم أكثر تكيف، وأكثر تحرر من العدائية حيث لديه قدرة جيدة على الاستمتاع بالوقت دون الشعور بالذنب ويتميز بانعدام الشعور بضغط العمل، الصبر، الثقة والهدوء والعمل باعتدال في إيقاع منظم، غير منافسين، لا يستثارون ولا يعانون من ضغط الوقت، ينتقون لأنفسهم حياة سهلة .

يعتبر الأفراد من النوع (ب) بسيطين، أكثر مرونة، يمكنهم التكيف بسهولة مع الظروف المتغيرة، لديهم الرغبة في النجاح لكن ليسوا طموحين أو تنافسيين بشكل مفرط مثل أفراد النمط (أ) ونظرا لولعهم بالراحة فإنهم يقومون بعملهم في الدقائق الأخيرة حيث يظهرون سلوكيات المماثلة في كثير من الأحيان في حياتهم العملية. ونستنتج أنهم يستخدمون وقتهم بشكل سيئ ولا يستطيعون وضع جداول زمنية فعالة.

يتمتع أفراد النمط (ب) بمهارات تواصل أفضل من أصحاب النمط (أ)، لذا يمكنهم التواصل بسهولة مع الآخرين وبفضل مهارات التواصل الجيدة التي يتمتعون بها فإنهم يحصلون على الدعم من الآخرين ومن المرجح أن يعبروا عن مشاعرهم. علاوة على ذلك، بما أن الفئة (ب) لا تتطلع إلى تحقيق المزيد من النجاح والمناصب العليا والمكاسب الكبيرة، فمن المتوقع أن يكونوا راضين عن وظائفهم . يميلون إلى المشاركة في الأنشطة أو الأدوار غير الإجبارية وبناءً على ذلك، من المتوقع أن يُظهر الأفراد

من النوع (ب) سلوكيات المواطنة التنظيمية مثل مساعدة الزملاء، والقيام بأدوار إضافية وعمل إضافي" (Kanten, 2017).

2.4.2. النمط السلوكي (ب) وعلاقته بالصحة

يعتبره الكثير من الباحثين بأنه نمط مثالي لأنه غير مستهدف للإصابة القلبية أو السرطانية، يتميز بالنشاط الحركي والعمل المعتدل. فخصائص أفراد النمط السلوكي (ب) تجعلهم أقرب إلى اتباع أسلوب صحي خالي من التعرض للضغوط النفسية وينخفض احتمال تعرضهم لمخاطر الإصابة بأمراض الشرايين كما أنهم أقل احساساً بالضغط النفسي (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021).

5.2. النمط السلوكي (ج): Type « C » behavior

تم اقتراح هذا النمط الذي يسمى أيضاً "بالنمط النادر أو المنطوي" من طرف جرير وموريس Greer and Morris عام 1979 ثم من طرف واطسون Watson عام 1991 ثم طورته تمشوك Temoshok. فهو "يعتبر أسلوب حياة محفوف بالمخاطر، قد يرتبط بالإصابة بالسرطان". (Sultan & Varescon, 2012, p.134).

وهو حسب (Bruchon-Schweitzer & Boujut) "نمط من التكيف مرتبط ببعض المواقف العصبية وخصائص شخصية معينة" (p.211). حيث أشارا إلى أن الأفراد الذين يميلون إلى الإصابة بورم خبيث لديهم ملامح شخصية معينة: فهم غير قادرين على التعبير عن مشاعرهم السلبية أو تأكيد أنفسهم. ولطالما اعتبر القمع العاطفي حسب جروس وتيموشوك عامل خطر وعامل تنبؤي في التسرطن . تم وصف النمط (ج) وفقاً لجرير وموريس وواتسون Greer, Morris et Watson، بأنه مجموعة من السمات الشخصية التي من المفترض أن تميز المرضى الذين يعانون من السرطانات والمرتبطة بتطور غير موات للمرض. تم تسمية هذا الملمح الشخصي بالنمط (ج) لتمييزه عن النمط (أ)، المعرض للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، والقطب المقابل له، النمط (ب) .

بالنسبة إلى Temoshok، يعد النمط (ج) أسلوباً للتكيف مع بعض المواقف الاجتماعية المجهدة التي تتميز بالصراع أو الخسارة. عند مواجهة الصعاب حيث يكون الفرد الذي يتعامل مع أسلوب التأقلم من النوع "ج" متحفظاً، ويحترم السلطة، ولا يؤكد نفسه ولا يعبر عن مشاعره السلبية. العمليتان الأساسيتان اللتان تميزانه هي قمع العواطف واليأس والعجز. حيث عرفت تموشوك الشخصية من النمط (ج) على أنها عامل خطر في ظهور وتطور السرطان (ألبرت، 2014، ص. 40).

إن هذا النمط، الذي يسمح بالحفاظ على علاقات جيدة مع الآخرين، والذي يعد كأسلوب تكيفي مع بعض الوضعيات الاجتماعية الضاغطة لأنه يسمح بتجنب الصراع ما هو في الحقيقة إلا واجهة هشة، يتم الحفاظ عليها على حساب الرغبات غير مرضية، والمشكلات التي تم تجنبها ولم يتم حلها، فتتراكم المشاعر غير معبر عنها وإذا استمر الموقف المجهد كالمرض المزمن يمكن أن تنهار هذه الواجهة ويمكن أن تفيض العاطفة السلبية، ثم تغمر الفرد (بوعافية، 2009).

1.5.2. الخصائص الرئيسية للنمط السلوكي (ج):

يتميز النمط (ج) حسب ما أدرجه Bruchon-Schweitzer & Boujut (2021) بأنه صبوراً، هادئ، غير عدائي، يكون مثبط وغير قادر على التعبير عن مشاعره السلبية (القلق، الغضب) كما يتميز باللطف والتعاون والصبر (p. 209).

ويعتبر الأفراد من النوع (ج) من القامعين؛ يجدون صعوبة في التعبير عن التأثيرات السلبية مثل مشاعر العدا والغضب في مواقف الصراع بما في ذلك العدا والقلق. يقدمون أيضاً شعوراً بالاستهلاك الذاتي والتشاؤم واليأس ويخفون محنتهم من خلال وجود عاطفية إيجابية واضحة. (Sultan & Varescon, 2012, p. 135). وحسب تيموشوك تتمثل المميزات الأساسية للشخصية من النمط (ج) في كظم الانفعالات، العجز، اليأس اللطف، والهدوء، التعاون، الثبات أمام المصائب، احترام السلطة، عدم إثبات الذات، الميل للموافقة والانصياع، ونتيجة لذلك فهو يعجز عن تفريغ التوتر والانفعالات التي يكتمها، ويشعر بالروتين ويتمسك به ويعيش في وحدة نفسية، يعاني من الاكتئاب والتشاؤم ويشعر باليأس. وأشار كذلك ألبرت (2014، ص. 40) إلى أن الأشخاص من هذا النوع يتميزون بدفاعاتهم القوية مع عدم القدرة على التعبير عن عواطفهم مما يجعلهم يتألمون في صمت واستجابتهم للضغط تكون بواسطة ميكانيزمات قشرية كظرية حيث أنهم أكثر قابلية من غيرهم للإصابة بالأمراض المناعية مثل السرطان.

2.5.2. النمط السلوكي (ج) وعلاقته بالصحة

لبحث العلاقة بين السرطان والشخصية فقد كشفت الدراسات التي قامت بها تيموشوك وزملائها أن مرضى السرطان الذين يكتبون ويقمعون مشاعرهم يتطور بشكل سريع مرضهم مما ينبئ بنتيجة سيئة حيث أن عدم التعبير عن المشاعر يؤدي إلى خفض القدرة المناعية وبالتالي الإصابة بالمرض (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021).

3.5.2. مكونات النمط السلوكي (ج)

يتكون هذا النمط أساساً بمكونين هما:

- **كبح الانفعالات:** بمعنى عدم القدرة على الاعتراف بانفعالاته والتعبير الشفهي عنها خاصة العدائية منها كالغضب
- **اليأس والعجز (إدراكات اكتئابيه):** حيث يشعر الفرد بالعجز في مواجهة الأحداث المجردة التي لا يمكن التحكم فيها.

من هنا نستخلص أن الأمراض القلبية تمثل المرض المرتبط بالنمط السلوكي (أ) في حين أن (ب) يمثل الصحة والنمط (ج) يرتبط بالأورام السرطانية.

3. الأنماط السلوكية وعلاقتها بهشاشة الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية (عوامل الضعف)

نشر T. Ribot في عام 1885، عملاً بعنوان Les Maladies de la personne تحدث فيه أن كل شخص سليم لديه، كقاعدة عامة، وعي واضح بنفسه ويتصرف وفقاً لذلك. ومن المحتمل أن تتأثر شخصيته بالمرض مثل أمراض أي وظيفة أخرى. وقد وافق علماء النفس بشكل عام على هذا الرأي (Guelfi & Hardy, 2013). لذلك يتم التساؤل هنا عن الدور الذي تلعبه الشخصية في ظهور الأمراض وتطورها. فيمكن أن يكون للشخصية تأثيرات غير مباشرة على الصحة، من خلال معتقدات وسلوكيات صحية مختلفة، ومن خلال أنماط حياة أكثر أو أقل صحية أو محفوفة بالمخاطر، من خلال ردود فعل فسيولوجية أكثر أو أقل حدة ودائمة للتوتر (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021) .

إن حدوث وتطور الأمراض الجسدية ناتجة عن عوامل ضعف (الهشاشة) بيولوجية، نفسية واجتماعية والتي ترتبط بشخصية الفرد؛ حيث يعتقد أن جوانب معينة من الشخصية تلعب دوراً في مسببات أمراض معينة (Sultan & Varescon, 2012) .

هذا المصطلح (ضعف أو هشاشة) The vulnerability مشتق من الكلمة اللاتينية vulnus والتي تعني الإصابة، أي احتمال إصابة الشخص بنوع من المرض. وبالتالي P تعتبر عوامل الضعف عوامل خطر تجعل الفرد أكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية (Sultan & Varescon, 2012) .

أظهرت العديد من نتائج الأبحاث الطبية والنفسية أن أنماط الشخصية تعتبر عاملاً رئيسياً في تفسير حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية التي تعكس الفروق الفردية في كيفية تعامل الأفراد مع الضغوط وكيفية تقديرها، وهذا يمكن أن يؤدي إلى إضعاف جهاز المناعة لديهم وفي كيفية تحمل

الضغوط والتعامل معها بطريقة صحيحة (الشواشرة والدقس، 2014). لذلك إن تشخيص مرض جسدي والإعلان عنه يعتمد في تقبله وتكيفه وتأثيره على نوعية الحياة والتزامه بالعلاج حيث إذا كانت سمات الفرد مستقرة فإن التعرض للإصابة بمرض مزمن سيعيد ذلك تشكيل الشخصية الأساسية حيث يكون هنا التركيز على السمات كعوامل خطر أو عوامل تنبؤية أي كعوامل ضعف فيما يتعلق بحالة الصحة الجسدية وهنا نحن لا نتحدث عن تداعيات المرض الجسدي ولا عن تغيرات الشخصية الناتجة عن مرض جسدي (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021).

حيث "تري المدرسة الأمريكية وجود بعض اضطرابات الشخصية غير الظاهرة التي تجعل من الفرد حاملا للاستعدادية للوقوع في الأمراض الجسدية" (حافزي، 2020، ص.245). وتعتبر الشخصية حسب الأبحاث التي أجريت في السنوات الأخيرة أحد عوامل الخطر التي قد يكون لها دور حاسم في المشاكل الصحية للأفراد؛ فتسبب السمات السلبية مشاكل صحية جسدية أو نفسية في حين أن بعض السمات الإيجابية تقود الأفراد إلى البقاء بصحة جيدة، مثلا: القبول، والتفاؤل، والصلابة، والكفاءة الذاتية، ينتج عنه سلوكيات تعزز الصحة في حين أن الاندفاع والعصابية والقلق والعداء يؤدي لتعرضهم للأمراض أكثر من غيرهم. وهذا ما نحن بصدد تفسيره تأثير الأنماط السلوكية للشخصية للأفراد وحالتهم الصحية، يمكن استنتاج أن الشخصيات من النوع (أ) و(ب) و(ج) من المرجح أن تنتج عواقب جسدية ونفسية؛ فنجد أن:

أ. الأشخاص من النمط (أ) هم أكثر عرضة لأمراض القلب والأوعية الدموية من أنواع الشخصية الأخرى. وبسبب سمات مثل الغضب والتوتر، من المتوقع أن يصابوا بأمراض نفسية وجسدية، فهم من الناحية الجسمية، يعانون من ارتفاع مستويات الدهون الثلاثية والكوليسترول في البلازما، وفرط أنسولين الدم، وانخفاض أوقات تخثر الدم، وارتفاع مستويات الكورتيزول في البلازما وهذا ما يؤدي إلى الإصابة بالشریان التاجي وارتفاع ضغط الدم. ومن الناحية النفسية؛ هم عرضة للإصابة بالاكتئاب والتوتر المزمن واضطرابات النوم والقلق والأمراض الجلدية واضطرابات المعدة بسبب خصائصهم النفسية.

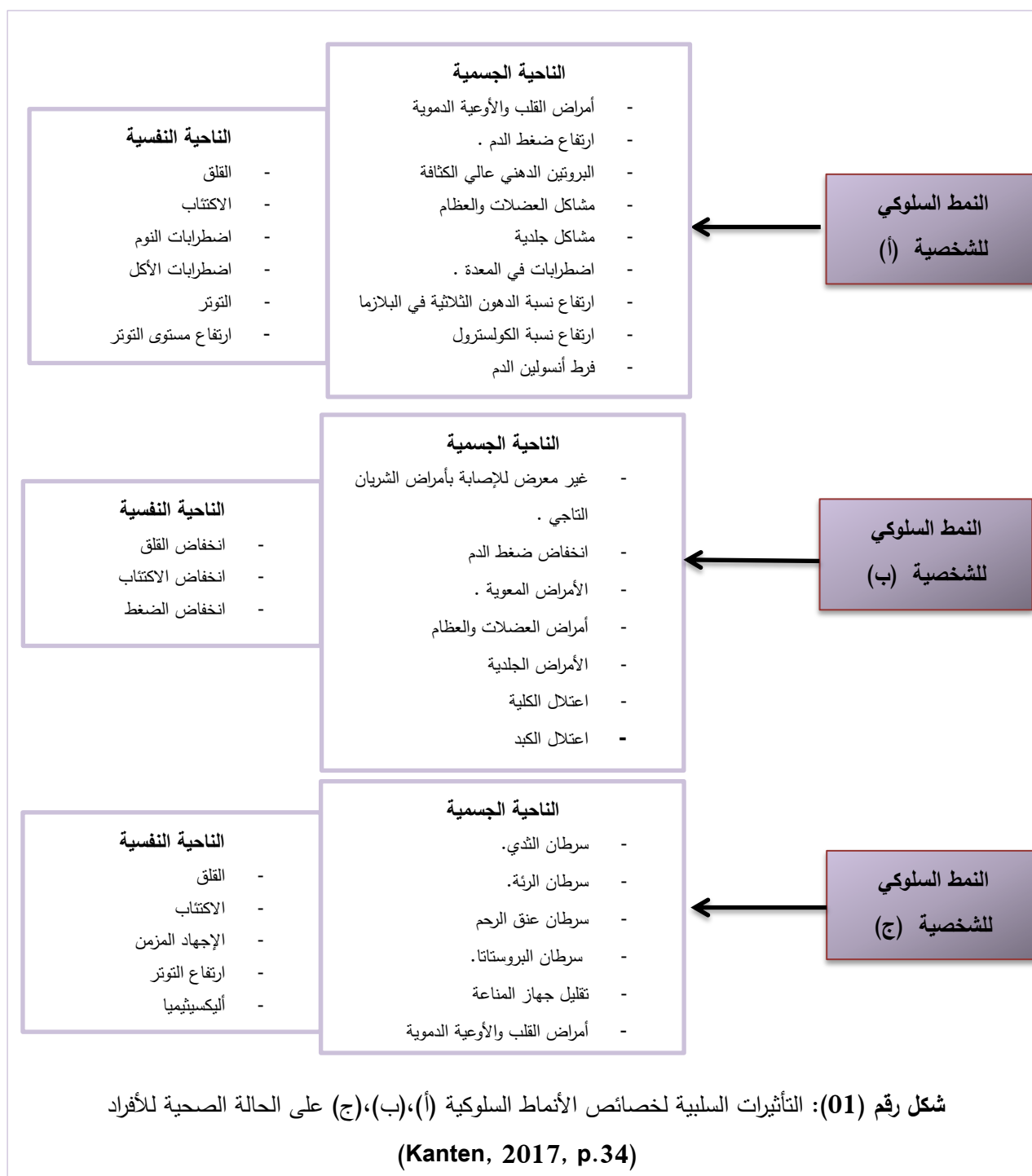
ب. الأشخاص من النمط (ب): نظرا لأنهم أكثر استرخاء وأقل قدرة على المنافسة وأقل عدوانية، ولديهم مستوى أعلى من الرضا عن الحياة ونوعية الحياة؛ فهم يعانون من مستويات منخفضة من التوتر في مواجهة التحديات والتهديدات لكنهم قادرين على التحكم في غضبهم وقلقهم وتوترهم، لأن إحساسهم الأكبر بالتماسك يساعدهم على الاستجابة للبيئة من خلال استراتيجيات التكيف، مما يكون له تأثير إيجابي على الصحة العقلية والنفسية.

وعليه الأفراد من النوع (ب) قد يعانون من أمراض جسدية مثل أمراض العضلات والعظام، والأمراض الجلدية، والأمعاء، واعتلال الكلية، واعتلال الكبد اعتمادًا على أعمارهم. وبعبارة أخرى، من المتوقع أن يعاني أصحاب النوع (ب) من المزيد من الأمراض النفسية أكثر من الأمراض الفسيولوجية بسبب خصائصها. لذلك، فهم يميلون لمشاكل صحية جسدية ونفسية أقل من جميع أنواع الشخصية.

ج. الأشخاص من النمط (ج): إن الحساسية المفرطة لدى هذا النمط والحالات المزاجية السلبية والفشل في التعبير عن مشاعرهم تجعلهم عرضة لجميع أنواع السرطان، وسرطان الثدي على وجه الخصوص والرئة وعنق الرحم والبروستات.

حيث ليس لديهم أساليب مواجهة فعالة تسمح لهم بالموازنة بين مشاكلهم العقلية أو النفسية وحياتهم. وهذا يؤدي إلى ضعف استجابات الغدد الصماء والمناعية للإجهاد المزمن، لذلك يعانون بسهولة من الاكتئاب وبسبب الفشل في التعبير عن مشاعرهم، فإن هرمونات التوتر بما في ذلك الكورتيزول أكثر بكثير من غيرهم، كما أن المواد الكيميائية في الدماغ لديها تأثير مسكن للألم مما يؤدي إلى تثبيط جهاز المناعة وانخفاض المناعة بمعنى آخر، بسبب اليأس، وعدم القدرة على السيطرة في المواقف العصيبة، لا يمكنهم مقاومة المرض في بدايته أو في مرحلة الهجوم عليه (Kanten, 2017).

وبتقييم هذه الأنواع من الشخصيات من العواقب الصحية، يمكن التعبير عن أن جميعها لها آثار ضارة. في حين أن بعض المشاكل الصحية قابلة للعلاج، إلا أن البعض الآخر قد يكون له عواقب وخيمة. على سبيل المثال، يعتبر احتشاء عضلة القلب والعديد من أنواع السرطان مميتة. ومن ثم، يمكن للأفراد من النوع (أ) والنوع (ج) أن يصابوا بأمراض قد تؤدي إلى الوفاة. وبالتالي إذا عرف الأفراد خصائصهم؛ فإنهم يعرفون المرض الذي يمكن أن يصابوا به، ويتخذون حينها بعض التدابير المتعلقة بحالتهم الصحية (Kanten, 2017, p.35). أنظر النموذج رقم (01).



نستخلص من خلال هذا العرض أن عوامل الخطر تتضمن سمات الشخصية العامة التي تعتبر كعوامل للهشاشة الجسدية وتتمثل في:

1.3. ألكسيثيميا: Alexithymia (التكتم)

تستخدم كلمة ألكسيثيميا لوصف الأشخاص الذين يكافحون للتعبير عن عواطفهم ومشاعرهم، فهي ليست بمرض بل موجودة على نحو اعتيادي عند بعض الناس الذين يمارسون يومياتهم ولكن التفاعل مع مشاعر الآخرين من موت وحزن وقلق منعدم، وتصرفهم بالنسبة لهم تصرف عادي.

وصف التكتم لأول مرة من طرف Reusch سنة 1948 ويشير المفهوم حسب مدرسة بوسطن 1976 إلى: "نقص الانسجام العاطفي وصعوبة تحديد وتمييز المشاعر، وصعوبة النطق بها، وصعوبة في التمييز بين مشاعر الآخرين وتقديرها (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021).

وأصبحت ألكسيثيميا مرتبطة بمشكلات صحية مختلفة مثل مشاكل القلب والأوعية الدموية والأمراض النفسية الجسدية كما تم العثور على مستويات عالية من ألكسيثيميا في المرضى الذين يعانون من التهاب المفاصل الروماتويدي، وارتفاع ضغط الدم، والقرحة، والآلام المزمنة كما ترتبط بالسلوكيات المحفوفة بالمخاطر واضطرابات الأكل. وتكون درجات ألكسيثيميا أعلى لدى الأشخاص الذين يعانون من سلوكيات إدمانية، لا سيما في مستهلكي المواد ذات التأثير النفسي.

تتميز الكسيثيميا بما يلي :

- صعوبة في تحديد المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية في الإثارة العاطفية.
- صعوبة في وصف المشاعر للأشخاص الآخرين حيث تضعف قدرة المرء على التعرف على مشاعره الشخصية وتؤثر على العلاقات بين الأشخاص وعلى تسوية النزاعات.
- عمليات تخيلية ضعيفة، كما يتضح وجود ندرة في الأوهام.
- الأشخاص الذين يعانون من هذه الظاهرة يتسمون بالبرود والانعزال عن الآخرين.

2.3. العصابية Neuroticism

العصابية أحد العوامل الخمسة التي حددها أيزنك Eysenck في عام 1947، والتي تتسم بالميل إلى امتلاك إدراك سلبي للمشاعر وتعتبر عامل ضعف غير محدد، وتتعلق بعدم الاستقرار العاطفي والنشاط المفرط، المرتبط باستقرار الجهاز العصبي اللاإرادي. ويشعر العصابي بالعواطف السلبية مثل القلق، الاكتئاب، الغضب، سرعة الانفعال، التوتر، العدائية، شكاوي جسدية؛ ولا يمكن معادلة العصابية بالعصاب لأنها سمة مستمرة وليست فئة إكلينيكية (Bruchon-Schweitzer & Boujut).

ويذكر كل من تورك وتشارلز وجاتز وكاتو وبيدرسن (2008) أن العصابية ترتبط باستمرار "بمجموعة" من الأعراض والأمراض مثل التهاب المفاصل، أمراض القلب والأوعية الدموية، القرحة، الصداع النصفي، والتعب المزمن (Bruchon-Schweitzer&Boujut, 2021).

3.3. القلق Anxiety

يُعرّف القلق بأنه حالة ذاتية من الضيق، وشعور مؤلم بالتوقع والتخوف من الخطر الذي يكون وشيكاً وغير دقيق في نفس الوقت. يترافق مع أعراض جسدية: تسارع دقات القلب، شحوب أو احمرار، رعشة، تعرق، مصحوب بخلل وظيفي عصبي نباتي. تتركز الأفكار حول مواضيع سلبية (فشل، خوف، موت ...). غالباً ما تظهر اضطرابات النوم والمزاج (التهيج والشكاوى). يعتبر القلق أيضاً سمة وبعد، فالقلق السمة هو الميل الثابت للقلق والشعور بالانزعاج؛ قلق الحالة هو التوتر اللحظي والرغبة التي يسببها تهديد حقيقي أو متصور. وأظهرت العديد من الدراسات أن القلق يصاحب مشاكل صحية مختلفة مثل: الربو والقرحة والتهاب المفاصل والصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية (Bruchon-Schweitzer&Boujut, 2021).

4.3. الاكتئاب Depression

الاكتئاب مفهوم متعدد المعاني؛ إنه يحدد مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات المرتبطة بالعديد من العوامل النفسية والاجتماعية. فالالاكتئاب السريري هو مجموعة من الأعراض الانفعالية المعرفية والسلوكية والجسدية. حيث تتكون متلازمة الاكتئاب من التأثيرات السلبية (الإحباط، والحزن، والمخاوف، والقلق، وأحياناً العداء وانعدام الثقة)، وإدراكات خاصة (أفكار عدم الجدارة، وتقدير الذات، والشعور بالذنب، ومشاعر الفشل، وأفكار الانتحار)، والاضطرابات السلوكية (الانسحاب، والهروب، والعزلة، إجهاد، تباطؤ، حزن أو تعبير متجمد ...). وجسدي (إرهاق، ضعف، اضطرابات النوم والشهية، صداع، دوار، اضطرابات في الجهاز الهضمي ...).

وهو يترافق غالباً مع المرض الجسدي حسب فريدمان؛ إذ يعتبر عامل خطر وعامل تنبؤي سلبي لمرضى القلب التاجي وكذلك لمرضى السرطان (Bruchon-Schweitzer&Boujut, 2021).

5.3. العاطفية السلبية Negative affectivity

يشير مصطلح العاطفة السلبية إلى انفعالات سلبية ذات طابع اكتئابي تمتاز بالغضب والقلق الحاد، والأشخاص الذين لديهم عاطفة سلبية هم أشخاص لديهم أعراض حصرية مثل الاحساس بعدم

الرضا، التوتر والتهيج، الاستياء وفي بعض الأحيان اللامبالاة نحو المحيطين والشعور بالوحدة مع رؤية سلبية نحو الذات، كما ترتبط العاطفة السلبية بزيادة في استذكار الأحداث الضاغطة والمجهدّة ومبالغة في تقييم العلاقات بين إنسانية بالسلبية (حافزي، 2020).

4. النماذج النظرية المفسرة للأنماط السلوكية للشخصية والإصابة بالأمراض النفسجسدية

يمكن التمييز بين المقاربات العامة التي تتعلق بقابلية الفرد للتعرض للأمراض بشكل عام وبين المناهج التي تبحث عن السمات المشاركة في تطوير الأمراض حيث يمكن حسب Bruchon-Schweitzer & Boujut (2021) أن يكون للشخصية أيضاً تأثيرات غير مباشرة على الصحة، وتأثيرات تنتقل من خلال المعتقدات والسلوكيات الصحية المختلفة، من خلال أنماط حياة أكثر أو أقل صحية أو محفوفة بالمخاطر، من خلال ردود الفعل الفسيولوجية بشكل أو بآخر ويمكن أن تؤدي الشخصية أحياناً إلى اختلالات وظيفية وتكون مقدمة لبعض الأمراض.

هناك العديد من الاقتراحات النظرية التي حاولت تقديم تفسيرات للإصابة بالأمراض، وكلها تصب حول الظروف الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد وسوابقه الجسمية وبعض الخصائص الشخصية. حيث نجد نماذج أحادية ركزت على وحدة العقل والجسم وأخرى ثنائية ركزت على الجسد والنفس، فمعظم هذه العلوم (علم النفس الجسدي، علم الأوبئة، علم النفس الصحي) درست الخصائص النفسية التي تؤثر على مخاطر الإصابة بأمراض مزمنة (القلب والأوعية الدموية، السرطان، الجهاز الهضمي، وما إلى ذلك)، ولكل منها منهجيتها الخاصة:

1.4. النموذج الطبي الحيوي الكلاسيكي: هو نموذج أحادي البعد؛ فسر المرض من منطلق اضطراب الوظيفة الحيوية دون الاهتمام بتعدد العوامل المسؤولة عن تطوير الفرد للأمراض التي قد يرجع بعضها فقط للعوامل الحيوية. ويرجع المرض الجسدي إلى الاضطرابات الفيزيائية التي تسببها العوامل الممرضة الخارجية مثل: الصدمات، العدوى، التسمم. وفقاً لهذا المفهوم، فإن الأمراض تتعلق بالجسم وهذا الأخير هو الذي يجب معالجته (تايلور، 2008).

2.4. النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Modèle: الذي طوره إنجل Engel عام 1980 ، بالنسبة لهذا النموذج فإن بعض خصائص الشخصية كالعدوانية، العجز والاكتئاب، والمشاعر السلبية، إذا تزامنت مع حالات سلبية مستمرة في الزمن فإنها سوف تزيد من مستوى إفراز هرمونات

الضغط الذي بدوره يحفز جهاز الغدد الصماء ومختلف الوظائف في الجسم فيتسبب في ردود أفعال جسمية كالالتهابات والاكنتاب، وهذه التفاعلات من شأنها أن تعجل الإصابة بالأورام عند النمط (ج) أو تحد من مقاومة التعفنات والالتهابات في حضور المشاعر السلبية.

والعديد من العوامل الاجتماعية من أحداث وظروف الحياة تتفاعل مع العوامل النفسية من غياب الدعم، الاكنتاب، العجز... فينتج عنها فرط في النشاط الغدي والإفرازات الهرمونية وإنهاك جهاز المناعة، هذا ما يجعل ظهور أو التطور السريع لبعض الأمراض محتمل وعلى العكس فإن عوامل الإنقاذ كالتفائل، التحكم، المشاعر الإيجابية تحدث حالة من التحكم المدرك والاسترخاء مصحوبة بأقل قدر من الإفرازات الهرمونية، فتعمل عضلات القلب في أحسن الظروف مع دفاعات مناعية فعالة .

يفترض هذا النموذج أن ما يسبب المرض هو نظام معقد من العوامل المتداخلة فيما بينها وليس عامل واحد، بحيث لا يمكننا أن نتكلم عن السببية المرضية، ولا عن العلاقة الخطية بين المرض والسبب، بل يتعلق الأمر بمجموعة واسعة من المتغيرات التي تتجمع في ثلاثة مجموعات من العوامل البيولوجية كالفيروسات؛ والنفسية كالسلوكات والمعتقدات؛ والاجتماعية كالعمل (تايلور، 2008).

3.4. النموذج الوبائي Epidemiological Model: بحث في ماضي المرضى والأصحاء وفي كل العوامل التي تميزهم من العوامل المحيطية والنفسية والاجتماعية (بوعافية، 2009، ص. 136).

وقد أتاح هذا المنظور اكتشاف أنماط الحياة أو الأنواع المرتبطة بخطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية النمط (أ) والسرطانات النمط (ج). حيث تم إجراء العديد من الأبحاث الوبائية حول أنماط الحياة التي تجعل الأفراد عرضة للإصابة ببعض الأمراض المزمنة (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021, p.197)

ويهدف إلى مراقبة حجم مرض محدد وتوزيعه في قطاع سكاني من خلال تحديد دراسة نمط المشكلات المرضية داخل القطاعات السكانية مع البحث عن أسباب المرض والتاريخ المرضي ثم صياغة استراتيجيات تعزز تحقيق الصحة والوقاية من الأمراض.

تعود المحاولات الوبائية الأولى إلى ابن سينا في نهاية القرن العاشر لإحصاء معدل وفيات الطاعون؛ وكذلك محاولة بيرسيفال Pott Percivall، خلال القرن الثامن عشر الذي كان من أوائل الأطباء الباحثين في العلاقة بين الأورام السرطانية والأسباب البيئية المهنية ثم جون سنو John Snow الذي يعد أب علم الأوبئة حيث استطاع التوصل إلى أن الإصابة بمرض الكوليرا يتم انتقالها من خلال الماء الملوث حيث قام برسم خريطة المرض من خلال تسجيل حالات الوفاة من شارع إلى شارع وأصبح قادراً

على حصر مصدر الماء الملوث في لندن عام 1854 ومنه استطاع بلورة نظريته وتأكيدهما (الشويخ، 2012). ثم ظهرت مدرسة التشريح بفرنسا باستور Pasteur التي اكتشفت ميكانيزمات التعفن وأن الميكروبات سبب انتقال الأمراض وقد استفاد النموذج الوبائي من النموذج البيو طبي وأضاف إليه العوامل البيئية في الانتشار، ومازال يستعمل كمنهج طبي ليومنا هذا، مع ذلك فقد أهمل آنذاك الكثير من العوامل الاجتماعية والنفسية، مما مهد لظهور نماذج أكثر حداثة وشمولية.

3.4. النموذج السيكوسوماتي (Psychosomatic Model): ينطلق هذا النموذج من مبدأ أساسي هو الوحدة الجوهرية للإنسان والتسلسل التدريجي لجميع الوظائف التي تساهم في تنظيمه حيث أن النفس والجسد هما مظهران مترابطان متفاعلان لحقيقة واحدة.

تعطي النظرية السيكوسوماتية تفسيراً جديداً للمرض العضوي بعيداً عن النموذج الطبي الذي يتغاضى عن نفسية الفرد ومدى مساهمتها في ظهور المرض ومقاومته حيث تعتمد على دراسة الإنسان في حالته الصحية والمرضية غير كافة مراحل حياته (موهاب وبلخير، 2019)

قد سعى النموذج السيكوسوماتي منذ نشأته إلى استخراج الخصائص المشتركة بين المرضى المصابين باضطرابات سيكوسوماتية المؤدية إلى اختيار العضو المصاب، فانطلقت أعمال كل من:

- **دينبار هيلين Helen Dunbar** حول بروفيل الشخصية وبحثت في الشيء الذي يولد الاستعدادية للمرض وسمحت النتائج التي توصلت إليها باستنتاج أن الأمر يتعلق ببنية الشخصية التي تضعف منطقة محددة من الجسم أمام الاعتداءات الخارجية التي تمهد الأرضية لحدوث الجسدية. وإذا ما عرف النمط الخاص بالشخصية فإن ذلك يمكننا من الوقاية.

- **فرانز ألكسندر Alexandar Franz** (مدرسة شيكاغو) ممثل النظرية الانفعالية الذي سيطرت أعماله على السيكوسوماتية بين سنوات 1940-1960 وارتكز تصوره على المفاهيم التحليلية والمفاهيم الفيزيولوجية، بملاحظة المرضى في الوسائط الاستشفائية. وضع بروفايلات معينة للشخصية حسب الأمراض التي تقدمها. بالنسبة له، العرض ما هو إلا تعبير عن صراع داخلي، وقدم مصطلح عصاب العضو، على سبيل المثال : تكون حالة القرحة المعدية بسبب ارتفاع في إفرازات المعدية قبل الأكل، وتحدث نتيجة الانفعالات السلبية التي ترفع معدل هذه الإفرازات في الجسم بطريقة مرضية ومفرطة. وبالنسبة لألكسندر فإن هذه الإفرازات تكون تحت مراقبة أنماط الشخصية .

- بيار مارتي Pierre Marty (مدرسة باريس، 1961) الذي قدم مصطلح التفكير الإجرائي أو العملي، وهو نمط من التفكير غير المرن والملزم. ويفترض هذا التصور النظري أن الحياة مليئة بالصراعات النفسية بين الرغبات والواق، وشكل مفهوم العقلنة لب ومحور تنظيره إذ يرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلنة وسيرورة الجسدنة التي تبدأ عندما يصبح الفرد غير قادر على المعالجة العقلية للمتناقضات التي ترهقه وكلما كان التعقيل جيدا كلما اقترب الفرد من الصحة النفسية الجسدية، وقام بوصف شخصية المريض السيكوسوماتي بأنه يتدرج ضمن النمط الانفعالي البارد أو ما يصطلح على تسميته بالتكتم في المدرسة الأمريكية؛ بحيث يجدون صعوبة في التفريق بين انفعالهم ولا يستطيعون التعبير عنها (حافزي، 2020).

4.4. نموذج المناعة النفسية العصبية: ظهر في نهاية التسعينيات مع دانترز وجودال، 1994؛ جارسين وجودكين، 1999؛ كيكولت جلاسر وجلاسر، 1999). حيث حاول الباحثون نمذجة الدور الذي تلعبه بعض العوامل النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تغير وظيفة الغدد الصماء والمناعة، وتؤثر على نشأة وتطور بعض الأمراض المعدية والتكاثرية وأمراض المناعة الذاتية. تشير الدراسات الوبائية التي أجريت على مدى الثلاثين عامًا الماضية إلى التأثير المشترك لأحداث حياة معينة وعوامل فردية مختلفة على تكوين الأورام: الشخصية الاكتئابية، والإجهاد الشديد المتصور، وأساليب التكيف مثل العجز واليأس، وانخفاض الدعم الاجتماعي. (Bruchon-Schweitzer&Boujut, 2021)

5. بعض من مقاييس الأنماط السلوكية

يعتمد الباحثون على مجموعة متنوعة من الطرق والأساليب لقياس الأنماط السلوكية أو البحث في مجالها، منها:

1.5. المقابلة المنظمة Structured Interview: يتم تقييم النمط (أ) من خلال مقابلة تشخيصية مقننة؛ تسجل بالفيديو، أنشأها فريدمان وروزنمان لأنها تسمح للجوانب السلوكية للنمط (أ) مثل نفاذ الصبر والعداء بالتعبير عن نفسها. وتتضمن المقابلة حوالي 25 سؤالاً مختصراً يتم توجيهها إلى الأفراد ويلاحظ رد الفعل تجاه مجموعة من المواقف المختلفة التي من شأنها أن تثير قلة الصبر والعدوان مثل: هل تلعب من أجل المتعة أو الفوز أو ما شعورك عند الوقوف في صف طويل لفترات طويلة؟؛ يتم توجيه بعض هذه الأسئلة عن عمد وبالطريقة التي من شأنها أن تستثير أسلوب الحديث الذي يعد مؤشراً لسلوك النمط (أ)، ويتم تقييم سلوكيات الشخص على شبكة من قبل العديد من المراقبين المستقلين؛ كما طور تيموشوك

وآخرون (1985) مقابلة منظمة لتقييم أسلوب التعديل من النمط (ج) وأوصى بضرورة استخدام البيانات نظرا لصعوبة الأشخاص من النمط (ج) في التعرف على تأثيراتهم السلبية-Bruchon (Schweitzer&Boujut,2021).

2.5. مقياس جينكينز للنشاط: هو أيضا حسب بروشون سويتزر وبوجوت (2021) اختبار تقرير ذاتي ذو اختبارات متعددة صمم لقياس النمط (أ) حيث يقيس ثلاثة أبعاد يتضمنها سلوك النمط (أ) وهي: الانشغال ونفاذ الصبر، الانشغال بالعمل، التنافس والقيادة الخشنة، يتكون من 52 بنداً، ظهرت أول نسخة تجريبية منه عام 1964، وقد قام جينكينز وزيزانسكي وروزنمان (1979) ببناء JAS (مسح نشاط جينكينز) الذي تأتي عناصره من المقابلة المنظمة والذي يصف فيه المستجيب الطريقة التي يتصرف بها في مواجهة المواقف التنافسية والإحباطية أو العاجلة. فهو يسمح بتقييم السمات المتمثلة في السرعة ونفاذ الصبر، المشاركة في العمل والقدرة التنافسية .

3.5. استبيان فرامنجهام : هو أيضا استبيان لقياس النمط (أ) يقوم على تقارير ثابتة بواسطة الشخص الخاضع للتجربة ويتضمن عشرة بنود لتقييم الرغبة والدافع التنافسي لدى الفرد وشعوره بأهمية عنصر الوقت ومفهومه لضغوط العمل.

4.5. مقياس التكيف العقلي مع السرطان: (la MAC _Mental Adjustment to Cancer Scale) يقوم بتقييم أسلوب وأنماط التكيف مع السرطان وضعه واتسون وآخرون .

5.5. مقياس صولي بن سباط للأنماط السلوكية (أ)، (ب)، (ج) :

قام بتصميمه الباحث والطبيب الفرنسي صولي بن سباط Soly Bensabat المتخصص في الطب الوقائي ومكافحة الشيخوخة لأكثر من عشرين سنة وهو أحد طلبة هانز سيلي Hans Selyé أب الإجهاد. يتكون المقياس من 15 بند وكل بند يحتوي على أربع اختيارات يتحدد من خلالها نوع النمط السلوكي إما منبسط (أ) أو متزن (ب) أو منطوي (ج). وقامت بترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية نبيلة بوعافية عام 2008 حيث استخدمته في دراستها كما استخدمته رجال سامية عام 2010 في دراستها أيضا وهو نفس المقياس الذي سنعتمده في دراستنا الحالية لما له من خصائص تخدم دراستنا. نستنتج أن الاهتمام بدراسة الأنماط السلوكية المختلفة وعلاقتها بالاستعداد للإصابة بالاضطرابات العضوية الناتجة عن مركبات شخصية نفسية تهيأ الشخص للإصابة بالأمراض القلبية والسرطانية، فإذا

كان أصحاب النمط (أ) عرضة للإصابة بأمراض القلب وإن كان أصحاب النمط (ج) عرضة للإصابة بالسرطان، فإن أصحاب النمط (ب) ليس لهم شخصية مستهدفة للإصابة القلبية ولاهم ذو شخصية مستهدفة للإصابة بالسرطان حيث يعتبر النمط (ب) متحرر من سمات النمط (أ) وبالتالي فهو نمط سوي. حيث مجمل الأنماط السلوكية هي معرضة إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية الجسدية خاصة إذا تواجهت مع أحداث صدمية.

ب/الميل السيكوباتولوجية Psychopathological Tendencies

إن الإنسان في تعامله مع أحداث الحياة قد ينجح أو قد يفشل في مواجهة المواقف التي تعترضه خاصة منها الصادمة وذلك على حسب ما تحمله شخصيته من سمات واستعدادات وميول نفسية، وما تعلمه من أساليب تكيفية تعلمها مما قد يسبب له بعض الاضطرابات النفسية.

1. تعريف الميل السيكوباتولوجية

تعبر الميل في معجم مصطلحات الطب النفسي على "النزعة أو الهدف أو الغرض الخاص" (ص.188). فهي تبنى على أساس الخبرات الحياتية وتعني الاستعداد على إبراز نمط معين من الأمراض في حالة ما إذا فشلت آليات دفاعه في حل الصراع بين رغباته ومحيطه، فشخصيته تعبر عن: "ما يمكننا التنبؤ بما سيفعله الشخص عندما يوضع في موقف معين فهي تختص بكل سلوك يصدر عن الفرد سواء أكان ظاهراً أم خفياً" (ابراهيم، 2014، ص.16).

"إنه الميل والمرض النفسي وهو مدى استعداد الفرد في إظهار نمط مرضي معين في حالة ما إذا كانت ميكانيزمات الدفاع غير فعالة في حل الصراع الموجود والتخفيف من حدة التوتر الحاصل من مواجهة الوضعية المولدة له" (سايعي، 2017، ص.42).

كما يعتبر الميل من الدوافع النفسية المكتسبة من البيئة والمعدلة عن طريق الخبرات التي يمر بها الفرد والظروف التي يصادفها. وقد شملت هذه التعاريف الاستعداد الذي يتكون من الخبرات الماضية ليساهم في إبراز نوع معين من المرض.

2. تفسير الميل النفسية وفق نموذج الاستعداد والضغط Diathesis–stress model

تفسر الميل على أنها الاستعداد للمرض بسبب التفاعل بين الضعف الاستعدادي والضغط الناجم عن تجارب الحياة. ويمكن أن يأخذ الاستعداد شكل العوامل الوراثية أو النفسية أو البيولوجية أو الظرفية. حيث يتفاعل الاستعداد أو الميل مع استجابة الضغط اللاحقة للفرد.

يعتبر هذا النموذج مفيداً لأغراض فهم تفاعل الطبيعة والتنشئة في قابلية الاضطرابات النفسية على مدى الحياة. حيث يساعد في تحديد من سيصاب باضطراب نفسي ومن لن يصاب به. فمثلاً في سياق الاكتئاب، يمكن أن يساعد نموذج الاستعداد والضغط في شرح سبب إصابة شخص ما بالاكتئاب بينما شخص آخر لن يصاب به حتى وإن تعرض لنفس عوامل الضغط. ومؤخراً استخدم نموذج الاستعداد والضغط لشرح سبب كون بعض الأفراد أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب من أفراد آخرين.

إن ما نتحدث عنه في هذه الدراسة هو الاستعدادات النفسية والعوامل النفسية الداخلية التي قد تكون من أهم الأسباب في استقطاب عدوى فيروس كوفيد-19.

3. أنواع الميول السيكوباتولوجية: حيث سيتم التركيز على الميول السيوكوباتولوجية وفقاً لما جاء بدليل اختبار مينسوتا (Manuel MMPI-2, 1996, p.40) وهو المعتمد في الدراسة الحالية وتتمثل فيما يلي:

(1) **توهم المرض (Hypochondria):** ويقصد به الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية، والقلق على الصحة الذي لا يستند إلى سبب، فيشكو الفرد آلاماً واضطرابات ليس لها أساس عضوي واضح مع المبالغة في الشكاوى الجسمية.

(2) **الاكتئاب (Depression):** يقصد بهذا الميل كل ما يتعلق بالأعراض الاكتئاب، كالحزن، والتشاؤم في المستقبل، والتفكير في الانتحار، والمشاعر العدائية، واتهام الذات، والشعور بالذنب، والتأخر النفسي الحركي، والتعب، ورفض الحديث، والأحلام المزعجة، وعدم الاستقرار، واضطراب النوم.

(3) **الهستيريا (Hysteria of Conversion):** يشمل هذا الميل مؤشرات الشخصية الهيستيرية التي يتعامل صاحبها مع الضغوط باعتراض وشكاوى بدنية، وتزول الأعراض مع زوال حالة الضغط، والتي قد تصل إلى فقد صاحبها الاستبصار بالأعراض، والتمركز حول الذات، والنرجسية، وطلب التعاطف مع الآخرين، والميل إلى سطحية العلاقات، ويميل أصحاب هذه الشخصية إلى الاستعراض، الميل للسخرية، والحقد، والعزلة.

(4) **الانحراف السيكوباتي (Psychopathic Deflection):** يمثل هذا الميل خصائص الشخصية السيكوباتية المضطربة، والمتسمة بأنها مضادة للمجتمع، كما تتسم بعدم الاهتمام المتكرر بالعادات الاجتماعية مع نقص الاستجابة الانفعالية، وعدم الاستفادة من الخبرات، وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية، والميل إلى الكذب، والسرقة، وإدمان الكحول، والشذوذ الجنسي، والميل للسلوك الإجرامي، والانحراف الجنسي.

- (5) الذكورة والأنوثة (Masculinity – Femininity): يبين هذا الميل ملامح الشخصية المرتبطة بالاضطراب الجنسي لدى كلا الجنسين تدل على الانحراف في الاهتمام بالجنس الآخر، والنزعة في الاتجاه الأنثوي عند الرجال المنحرفين جنسياً.
- (6) البارانويا (Paranoia): يتسم أصحاب هذا الميل المرضي بالتشكيك، والحساسية الزائدة، وهذيان الاضطهاد والعظمة، وغالباً لديه إدراك وتفسير خاطئان لمواقف الحياة.
- (7) السيكاستينيا (Psychasthenia): هو الميل الى النمط العصابي للسيكاستينيا أو جملة أعراض الوسواس القهري كتكرار غسل اليدين، أو صعوبة التغلب على الفكرة المتسلطة، ويشمل المخاوف المرضية كالخوف غير المعقول من المواقف والأشياء، والاستجابة الزائدة للمنبهات المعقولة.
- (8) الفصام (Schizophrenia): يتسم أصحاب هذا الميل بالأفكار الغريبة، والسلوك غير المألوف، والبرودة، والتبدل، وعدم الاكتراث، إضافة إلى الهذيان، والهلاوس، ونقص النشاط والتنمية، والانسحاب من العلاقات الخارجية كما يشير الى وجود الحالة الهذاء، والهلاوس، والنمط الفصامي، والعزلة، والغموض، والانسحاب. والميل إلى تجنب الواقع والهروب إلى الخيال.
- (9) الهوس الخفيف (Hypomania): هو ميل الفرد الى الاضطراب الوجداني الذي يتسم بثلاث سمات، هي: النشاط الزائد، ويكون غير فعال، وغير منتج، مع الاستثارة الانفعالية، والتتابع السريع في الأفكار.
- (10) الانطواء الاجتماعي (Social Introversion): ويقصد به النزعة إلى الانزواء، والبعد عن الاتصال الاجتماعي والعزلة الاجتماعية، والخجل، والتحفظ، والوحدة، ونقص الثقة بالنفس، وعدم اتخاذ القرارات.

ثانياً: الصدمة النفسية

سننطلق في هذا العنصر للصدمة النفسية التي تعتبر من أهم الاضطرابات التي خلفتها الأحداث الصادمة والضغوطات النفسية لجائحة كورونا حسب ما جاء في أدبيات الدراسة، ففي الوقت الراهن يعتبر فيروس كورونا أحد الأمراض المفاجئة التي تعرض لها كل انسان في هذا العالم، وهو أحد الأحداث الصادمة الذي تسبب في حدوث صدمة جماعية، فهناك من يتعافى من الصدمة وهناك من تتطور لديه الصدمة إلى حالة أزمة أخرى يمكن أن تولد ما يعرف باضطراب ما بعد الصدمة بفيروس كورونا؛ وهذا ما سنتعمق فيه.

1. الحدث الصدمي (The traumatic event)

عندما يمر الفرد بوضعية غير معتادة تتجاوز كل التجارب المألوفة بالنسبة له ويحس فيها بالعجز وعدم القدرة والخوف الشديد والرعب ويكون في لقاء حقيقي مع الموت؛ فإنه هنا في مواجهة مع حدث صدمي. هذا الأخير الذي يعرف على أنه "وضعية جديدة غير مألوفة تتميز بالعنف والخطورة والفجائية تجسد اللقاء مع واقع الموت وجها لوجه ويكون إما فردي أو جماعي ومعاشه يكون فردي" (بلحاج، 2017). ويقسم الحدث الصدمي إلى أحداث لها علاقة بالكوارث الطبيعية، والاعتداءات، ومحاولات الاختطاف، والكوارث التي تكون من صنع الانسان، والوفاة، وحوادث المرور، وآخر ما عرفه العصر الحديث انتشار الجوائح .

2. الصدمة النفسية (Trauma)

إنّ كلمة صدمة « traumatisme » ذات أصل يوناني مشتقة من كلمة صدمات traumatismos ، استعملت قديماً في الطب والجراحة لتدل على فعل الجرح أو حدوث فعل عنيف على الجسم، وتعني الإصابة؛ أي انتقال صدمة ميكانيكية يمارسها عامل فيزيائي خارجي على جزء من الجسم ويسبب إصابة أو كدمة. وعند نقلها إلى علم النفس المرضي، فإنها أصبحت تعبر عن الأثر الذي يتركه عامل نفسي خارجي على النفس، مما يسبب اضطرابات نفسية مرضية، عابرة أو نهائية مخترقاً بذلك دفاعات النفس. (Crocq, 2007) ولهذا تعددت تعاريفها حسب توجهات تناولها.

1.2. التعريف اللغوي

صدم، الصدم: "ضرب الشيء الصلب بشيء مثله، وصدمه صدمة: ضربه بجسده. وصادمه فتصادما واصطدما، وصدمه يصدمه صدمة، وصدمهم أمر: أي أصابهم . والتصادم: التزاحم . والرجلان يعدوان فيتصادمان أي يصدم هذا ذاك وذاك هذا...وفي الحديث: الصبر عند الصدمة الأولى أي عند فورة المصيبة وحموتها..." (ابن منظور، 1983، ص.2420).

والصدمة حسب معجم مصطلحات الطب النفسي (2003): "صدمة، رضح، إصابة Trauma ، تدل الكلمة على معناها المباشر وهو صدمة تسبب جرحاً أو إصابة" (ص.193).

2.2. التعريف الإصطلاحي

الصدمة في ميدان علم النفس تعبر عن حوادث عنيفة ومؤذية ومهددة للحياة، تتطلب مجهوداً غير عادي لمواجهتها وللتكيف مع الحادث.

فهي حسب جان بلاش (1987) "أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة، وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة" (ص.62).

وفقاً للنابلسي هي تلك "المواجهة المفاجئة مع الموت والتي تزيل عن موته الشخصي فكرة التأجيل تدفعه للتفكير في احتمال وفاته في أي لحظة من لحظات حياته" (النابلسي، 1991، ص.15).

حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM4 (1994) معاشية الفرد لخبرة الحدث أو مشاهدته أو مواجهته، وهذا الحدث يتضمن موتاً أو أذى حقيقياً أو تهديداً للفرد أو الأشخاص الآخرين، مع حدوث رد فعل فوري من الشعور بالخوف الشديد أو الرعب أو العجز (p.424).

كما عرفها لويس كروك هي "ظاهرة اقتحام النفس، وفيضان دفاعاتها عن طريق الاستثارات العنيفة المرتبطة بوقوع حدث عدواني أو مهدد للحياة أو السلامة (جسدية أو نفسية). الفرد الذي يتعرض لها كضحية أو شاهد" (Crocq2007, p.06-07).

في حين وصفها ريس وآخرون (REYES et al,2008) بأنها مفهوم أساسي في مجال الإجهاد الناجم عن الصدمة حيث تشير إلى التعرض لأحداث حياتية كارثية مثل القتال والاعتداء الجنسي والعنف والكوارث الطبيعية، وعلى صدمات جسدية مثل الجروح الشديدة أو الإصابة أو المرض ولكن معظم أحداث الصدمة النفسية تنطوي فقط على تهديد وشيك بصدمة جسدية شديدة، إما أن تكون مراقباً أو شاهداً على الصدمات الجسدية التي تعرض لها الأشخاص الآخرون.

نلاحظ وجود سمات مشتركة لأغلب التعاريف السابقة والحالية التي خصت الصدمة في المواجهة مع الموت فقط بحيث أنها تمثل أحداثاً مروعة أو صدمة عاطفياً، فركزت على الضحايا المباشرين في حين يمكن أن يكون الفرد الذي تعرض للصدمة هو شاهد حاضراً للحادث كما أشار إليها كروك وريس. وعليه فإن الصدمة النفسية تشير إلى مواجهة الفرد لحادث قوي؛ يتميز بالفجائية ويهدد حياته بصورة مفاجئة يعجز فيه عن مواجهة هذا الحادث، مما يؤثر على توازنه النفسي العام وتختلف هذه الاستجابات من شخص إلى آخر.

3. الصدمة النفسية في أدبيات علم النفس

لقد كانت هناك مساهمات متعددة حول مفهوم الصدمة سنوجز لمحة عنها:

شهدت سنة 1889 محطة هامة في إدخال مصطلح الصدمة النفسية إلى العالم العلمي حيث يعتبر أوبنهايم حسب (Kédia, 2012) الذي تميزت مختلف بحوثه بالتناول العضوي للصدمة أول من أطلق مفهوم العصاب الصدمي على الحالات التي كانت تعاني من اضطرابات النوم، أعراض الكوابيس وسرعة الاستثارة وتختلف مدة هذه العلامات من فرد إلى آخر فهي لا تظهر إلا بعد فترة كمون (زقار وزقور، 2019).

يعتبر بيير جانيت (Pierre Janet) أول من حدّد ماهية الصدمة النفسية في أطروحته للدكتوراه حول الآلية النفسية مقدماً نظريته حول التفكك كمفهوم جوهري في الصدمة النفسية والتي قصد بها الإثارة المرتبطة بحدث عنيف يخترق النفس، وشبهها بجسم غريب يؤدي فيما بعد إلى تفكك الوعي؛ هذا الأخير الذي اعتبره كسمة رئيسية للفرد المصدوم لأنه غير قادر على الانفصال عن الذكرى المرتبطة بالحدث الصدمي من خبرات عنيفة وصور وأحاسيس التي يسميها بالفكرة الثابتة التي تكون من جهة مدركة ومن جهة أخرى غامضة وتؤدي إلى ظهور مظاهر نفسية حسية حركية آلية وغير متكيفة مثل الهلوسة والكوابيس والذهول والأفعال اللاإرادية)، التي تستمر وتبقى متواصلة في الشعور حتى تتغير هذه التصورات (Crocq, 2007).

تعتبر مساهمة فرويد Freud هامة في دراسة الصدمة النفسية وفهمها في "إطار ديناميكي حيث تناول في عام 1893 فرضيات جانيت حول الصدمة، اختراق النفس، الجسم الغريب، وظاهرة تفكك الوعي" (Crocq, 2007, p. 07) ثم في سنة 1921 شرح الجوانب الديناميكية والإقتصادية لنظريته عن الصدمة، من خلال تناوله لعصاب الحرب حيث وصف أن بعض الأفراد لديهم درع إثارة قوي يعمل

كحماية للجهاز النفسي، ودوره هو صد الإثارة الضارة. أو تصفيتها، وعند الصدمة ينكسر صاد الإثارات ويغيب عامل القلق كإنذار بالخطر مما يؤدي إلى فقدان النجدة في أجزاء الأنا فيصاب الشخص المصدوم بالذعر بدل القلق. ومفهوم الصدمة العصابية هو طريقة أخرى للحد من العواقب النفسية للصدمة؛ تكون الأعراض فيها نتيجة للجهد والشعور بالموت الوشيك (lopez & Sabourud-ségui, 1998).

أما **فيرينكزي Sandor Ferenczi** (1930) الذي ربط بين الصدمة الجسدية والنفسية؛ فيقول: "عندما تكون الصدمة جسدية فهي دائماً نفسية"، ووصف بدقة التجربة الأولية للصدمة بأنها "صدمة غير متوقعة، ومدمرة، تعمل إذا جاز التعبير مثل المخدر" (lopez & Sabourud-ségui, 1998, p 14).

واعتبر رد فعل الأولي على الصدمة كنوع من "الذهان العابر" الذي يعني الانفصال عن الواقع تحت التأثير، حيث في البداية تكون "هلوسة سلبية"، أو دوار أو فقدان قصير للوعي، يتبعه مباشرة "تعويض هلوسة إيجابي" يجلب وهم المتعة. ثم يبدأ فقدان الذاكرة العصابي، مما يعكس الانقسام الذهاني، وهنا أشار (Crocq, 2007) إلى أن الصدمة تحدد الانقسامات النفسية التي يزيد عددها وتنوعها عند تكرار الصدمات.

بالنسبة **لميلاني كلاين m.klein** فإن كل الصدمات هي بمثابة اقتحام، توظف الأوهام القديمة ويمكن أن تقسم الضحية إلى أجزاء مختلفة. (lopez & Sabourud-ségui, 1998)، وفي نفس السياق أشار **فينيكت Winniott** 1965 إلى أن الصدمة النفسية هي "اقتحام مفاجئ وغير متوقع لحادث يؤدي بالطفل إلى الإحساس بكره استجابي لأن لها علاقة مع فشل التبعية وهي ما يعرقل سيرورة المثانة لأن الموضوع لم ينجح في وظيفته" (Bokanowski, 2002, p.751).

أما **جاك لاكان J.Lacan**، فقد وصف الصدمة بأنها المواجهة غير المتوقعة مع حقيقة الموت، لها ثلاث مستويات تتدرج في الواقع الذي يمثل الحدث الصدمي الذي يضع الفرد بشكل فجائي ومباشر على اتصال مع حقيقة الموت ثم الجانب الرمزي الذي يربط بين الأبعاد الأخرى عبر اللغة وهذا ما يعجز عنه الفرد المصدوم وأخيراً الجانب الخيالي الذي يمثل مصير الصدمة في الخيال (Crocq, 2007).

في حين أرجع **مورير Mowrerr** (1960) الصدمة إلى الميكانيزمات الأساسية للتعلم كالاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي مستمداً ذلك من أعمال بافلوف وسكينر حيث أن مفهوم السلوك في هذه الحالة يعتبر كمركز لتطوير استجابة الصدمة وهي وضعية تثير رد فعل وجداني وقلق واضطراب على ثلاث مستويات (المستوى السلوكي، المستوى الفيزيولوجي، المستوى المعرفي). وتحتوي هذه الوضعية

على عدة متغيرات لنوع الحادث الصادم من طريقة حدوثه ومكان وقوعه؛ عندما تجمع كلها يصبح الحادث الصادم على شكل اشتراط كلاسيكي أي كل مثير يعطي استجابة (Lopez & Sabouroud, 2002, p.93).

يرى نموذج المعالجة الانفعالية لفوي Foy (1989) أن الخوف هو أساس تطور الصدمة حيث توجد شبكة للذاكرة تعمل كرد فعل دفاعي أو للهروب أمام الخطر تركز على الخوف وتتطور بعض تعرض الشخص لصدمة ما وتتشكل بعدد من مثيرات متعلقة بالصدمة والاستجابة لها من أفكار ومشاعر وسلوكيات حيث تحدث الصدمة عندما تصبح المواقف أو الأشخاص أو الأشياء مرتبطين بالخطر البالغ الشدة بعد أن كانت آمنة .

أما ولسون Wilson 1985 ركز على التفاعل بين الحدث الصدمي الضاغط والاستجابات العادية للكارثة أو خصائص الفرد والبيئة الاجتماعية - الثقافية التي يختبر فيها الصدمة ويسترد فيها توازنه وفاعليته (عرعار، 2015، ص.97)، كما ذهب إنجل وجرينكرز إلى منظور آخر للصدمة حيث يرى إلى أنه بدلا من النظر إلى الصدمة كآلية منعزلة في حضور أطر التأهب والتوتر التي تؤكد أن الضغوط هي مجرد محفزات تحفز ردود الفعل النفسية والتي تحكمها عدة عوامل قبل الصدمة وأثناءها وبعدها كالعوامل البيئية والبيولوجية وعوامل التحفيز من متغيرات نفسية متعلقة بالصدمة وفي إطار هذه الأهمية والإجهاد تتفاعل هذه العوامل البيولوجية (الدوائر العصبية للاستجابة للتهديد) مع المحفزات المسببة للأمراض (الصدمة) لبدء تفاعل الإجهاد النفسي الذي يمكن أن يحفز التعافي أو المساهمة في خلل التنظيم وظهور المرض (calhoun & al., 2022).

من منطلق هذه الأدبيات نجد أن الآراء ووجهات النظر المفسرة للصدمة النفسية تعددت منذ بداية صياغة المفهوم إلى غاية وجهات النظر المعاصرة كما اختلفت الآراء حول دور الحادث الصدمي من في حدوث الصدمة وكل ما يصاحبها من اضطرابات حيث ركزت بعض وجهات النظر على الدور الأساسي للحادث الصدمي ورد الفعل الانفعالي أثناء التعرض له وآراء أخرى ركزت على دور الاستعداد المسبق والجانب النفسي لتعطي للحادث دورا ثانويا. فنجد في بدايات المفهوم أن بيار جانينيت ربط الصدمة النفسية بدور الجانب النفسي وبدور الذكريات الصدمية التي تلعبه في علاقتها مع الحادث الصادم، ثم ركزت النظرية التحليلية على الاضطراب من ناحية بدايته وعلى الخبرات الصادمة التي تقوم بإعادة تنشيط الصراعات الكامنة التي ترجع جذورها الى الطفولة حيث يرون أنها تتعلق بالفشل في إحداث

تكامل بين الصدمة ومفهوم الفرد عن ذاته ومعنى الحياة كما يعبر الصراع بين المعلومات الداخلية والخارجية عن نفسه من خلال الميكانيزمات الدفاعية ومنها التجنب والأعراض الأخرى الاقتحامية.

ثم ركزت المدارس السلوكية على نظريات التعلم التي تؤكد أهمية الاستجابة المتعلمة نتيجة لمثير ورد فعل لتفسير الاستجابة الصدمية. أما المدارس المعرفية فركزت على إدراك الفرد المتعلق بالخطر وقدمت وصفا لبعض المتغيرات المعرفية المصاحبة للاستجابة الصدمية لكنها ركزت فقط على الحادث الصدمي وأهملت العوامل الأخرى مثل العوامل الوراثية أو الفروق التي تجعل بعض الأفراد أكثر تأثرا من غيرهم في استجاباتهم. كما أن النموذج النفسي الاجتماعي أكد على العوامل الاجتماعية المسهمة في تحفيز الحدث الصادم والدور التفاعلي بين خصائص الفرد والخبرة الصدمية والمعالجة المعرفية للصدمة والبيئة العلاجية في حين تجاهل العوامل البيولوجية والعصبية والفسولوجية ولم يعطها حقها في تفسير الاستجابة الصدمية. أما النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي لم يأخذ حقه من الاهتمام فقد أرجع الاستجابة الصدمية إلى تفاعل العوامل البيولوجية مع الحدث الصدمي والجانب النفسي الداخلي للمصدم حتى يبدأ تفاعل الإجهاد النفسي. ومن هنا يتضح أنه بالإضافة للتعرض للحادث الصدمي فإنه يوجد العديد من العوامل التي تتدخل لتتحكم في عملية إصابة الفرد بالصدمة.

4. الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي الإحصائي

عن (Kedia,2012) ظهر أول اهتمام بالصدمة النفسية في الدليل التشخيصي الإحصائي الأول (DSM1) سنة 1952 تحت مسمى تناذر الاستجابة للضغط الحاد من أجل وصف ردود الفعل الصدمية الحادة حيث أدرجت هذه الفئة تحت محور اضطرابات الشخصية الموقفية العابرة التي تتحدث عى ان الحادث الصدمي يمكن ان تكون له انعكاسات ولو محدودة في الزمن على الشخصية. ثم غابت هذه الفئة التشخيصية من الدليل التشخيصي الإحصائي الثاني (DSM2) سنة 1968 لتعاود الظهور من جديد في الطبعة الثالثة (DSM3) سنة 1980 تحت مسمى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ضمن محور اضطرابات القلق الذي ضم حينها كل التناذرات الصدمية، وأعيد في سنة 1994 انتاج نفس المسمى السابق حول الصدمة في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي الإحصائي (DSM4) الذي شخّص اضطراب ما بعد الصدمة بعد مرور شهر من وقوع الحادث الصدمي مع إضافة فئة تشخيصية جديدة سميت باضطراب الضغط الحاد، كحالة تشخيصية مبكرة تعبر عن حالة التفكك المصاحب للصدمة. وفي الطبعة الأخيرة لهذا الدليل (DSM5) سنة 2013 اتفقت الهيئات العلمية على إدراج تصنيف الاضطرابات الناتجة

عن الصدمة والضغط في محور مستقل وهذا يدل على مدى خطورة هذه الاضطرابات على الصحة النفسية والعقلية للفرد والمجتمع (زقار وزقور، 2019).

5. السيرورة الإكلينيكية للصدمة النفسية

عندما يتعرض الفرد لهجوم أو تهديد مفاجئ يتعلق بحياته أو سلامته الجسدية أو العقلية، فإنه يُقدم على رد فعل إنذار للتعامل مع هذا الهجوم. هذه الاستجابة الانفعالية وصفها L.crocq عبر مراحل ليفسر السيرورة الإكلينيكية للصدمة النفسية:

1.5. المرحلة المباشرة: (أو رد الفعل الفوري أو الاستجابة الفورية): تضم هذه المرحلة الاستجابات المباشرة للفرد اتجاه الحادث الصدمي الذي تعرض له ويصفها كروك برد الفعل الذي يتبع الهجوم مباشرة والذي يستمر بضع ساعات فقط (من 1 إلى 6 ساعات ولكن في بعض الحالات يومياً). وغالباً ما يكون طبيعياً ومتكيفاً (على الرغم من أنه مثقل بأعراض عصبية نباتية مزعجة)؛ ولكن يمكن أن يتبين في بعض الأحيان أنها مرضية وغير قادرة على التكيف، حسب الاستعداد الفردي والحالة النفسية للفرد آنذاك. وتنقسم هذه الاستجابة إلى:

1.1.5. الاستجابة الفورية التكيفية: ويسمى أيضاً الإجهاد المتكيف، هو رد فعل تنبيه وتأهب؛ على المستوى الفسيولوجي الحيوي، وعلى المستوى النفسي، من خلال التأهب في المجالات المعرفية والعاطفية والإرادية والسلوكية. حيث أن رد الفعل الفوري للإجهاد مكلف من حيث الطاقة البدنية، لأنه يستنزف احتياطات الجسم من الكربوهيدرات، ومن الطاقة النفسية، لأنه يستنزف القدرات على الاهتمام المستمر، والحفظ، والتحكم في العاطفة والتحكم الحركي. وبمجرد أن تنتهي، بعد ساعة أو عدة ساعات، اعتماداً على مدة الحدث، فإنها تؤدي إلى حالة نفسية غامضة تجمع بين تجربة الارتياح المبتهج بمغادرة الخوف والشعور بالخوف وبالإرهاق الجسدي والنفسي.

2.1.5. الاستجابة الفورية غير تكيفية أو الإجهاد المفرط : يحدث رد الفعل الفوري للإجهاد المفرط من قبل أشخاص ذوو هشاشة نفسية، أو غير مستعدين، أو أضعفتهم عوامل مختلفة مثل الإرهاق أو العزلة. و يمكن أن يظهر رد الفعل غير التكيفي الفوري هذا في أربعة أشكال، وهي:

- **الدهشة:** التي تجعل الفرد المصدوم مذهول، وغير قادر على إدراك والتعبير عن ما يشعر به. ولم يعد يعرف من هو أو أين هو. و يطفو في حالة فوق الخوف، مشلول، يصاب بتثبيط الإرادة، ويمكن أن تستمر هذه الدهشة لمدة دقيقة أو عدة ساعات.

• **الهيجان:** هو رد فعل معاكس وحالة من الإثارة النفسية والفوضى الإرادية تتميز بتفريغ حركي جامح، صراخ، التحرك في كل الاتجاهات، الركض في اتجاه والعودة في اتجاه آخر. يظهر على وجهه الرعب والهلع، وتكون علاقته بالآخرين مضطربة للغاية؛ فهو يعرف أنه بين الآخرين، لكنه لا يتعرف عليهم دائماً، يمكن أن يكون هذا الانفعال عابراً؛ بضع دقائق أو طويلاً لعدة ساعات.

• **الهروب من الهلع:** يهرب عن الخطر بذعر كبير دون معرفة إلى أين هو ذاهب، ويظهر بوجه منهك؛ ونظرة فارغة؛ وتعبيراً عن عدم الفهم التام. ويحتفظ فقط بذكرى مشوشة عن هروبه. ويمكن لهروبه أن يدفعه مباشرة إلى الخطر. وقد يكون هذا الهروب معدي للغاية، ليتحول إلى دعر جماعي. يمكن أن تستمر رحلة الهلع من دقيقة إلى دقيقتين، وقت حدوث الخطر؛ ويمكن أن تستمر عدة عشرات من الدقائق، حتى الإرهاق الجسدي.

• **سلوك الإنسان الآلي:** تكون حركات الفرد المصدوم متشنجة ومتكررة وعديمة الفائدة وغير متكيفة مع الموقف؛ حتى التعبير على وجهه غائب، وكأنه لا يدرك حقيقة الحدث المأساوي. يظل صامت، إذا تحدثت معه، يبدو أنه يستمع لكن لا يسجل ما قيل للتو. يمكن أن تستمر هذه الحالة بضع دقائق أو عدة ساعات، وفي نهاية هذه الحالة سيكون للموضوع انطباع بأنه خرج من حلم.

3.1.5. الاستجابة الفورية المرضية: قد تكون عصابية وذهانية: هي ردود أفعال غير قادرة على التكيف وردود أفعال مرضية، والتي تم تقسيمها إلى ردود فعل عصابية وردود فعل ذهانية. وكان يُعتقد أن ردود الفعل هذه ناجمة عن أشخاص لديهم استعداد أو يحملون بالفعل أمراضهم الخاصة.

كما يرى كروك أن لهذا الإجهاد ثلاث وظائف **تتمثل في:** تركيز الانتباه؛ وضع الفرد في حالة تأهب؛ دفع للاستجابة أو تحريض على الفعل (Crock,2007).

2.5. المرحلة بعد المباشرة و أو مرحلة الكمون: وتتطلب هذه الفترة مراقبة مستمرة حيث إما أن الأعراض تتلاشى تدريجياً في المرحلة المباشرة وتكون العودة للوضع الطبيعي في غضون ساعات قليلة، أو يوم أو عدة أيام، أو حتى أسبوع، ونادراً ما تكون أكثر من ذلك أو أنها تستمر لتظهر أعراض التناذر النفسي الصدمي ويمكن لبعض الضحايا الذين لم يظهروا أي أعراض في المرحلة السابقة يبدأون في إظهار أعراض الصدمة النفسية بعد بضعة أيام. وهذا ما سماه كروك رد فعل متأخر (Crock,2007) .

3.5. المرحلة المزمنة أو التناذر النفسي الصدمي: بعد زوال ردود فعل الإجهاد وتطور الصدمة يمكن أن يعيش الفرد حياة طبيعية بعد وقت معين دون أعراض. وإما أن تظهر أعراض ما بعد الصدمة لأيام أو شهور بعد المرحلة المباشرة، وهذا ما يشكل المظهر السريري لاضطراب ما بعد الصدمة، بمعايير

الدقيقة كما هو محدد في الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي (DSM) وصنفت أعراضه إلى معايير مهمة وهي: الحادث الصدمي، إعادة المعيشة، التجنب، الاستجابات النوراعاشية (Crock,2007) .

6. مصطلح اضطراب ما بعد الصدمة

تصف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ما بعد الصدمة (DSM5) بأنه "الأعراض التي تتبع التعرض لضغط صدمي شديد يشمل الخبرة المباشرة للشخص الذي يتعرض للحدث الذي يتضمن تهديد حقيقي أو متخيل أو جرح خطير أو أي تهديد آخر لجسد الشخص أو مشاهدة الحدث الذي يشمل الموت، الجرح أو أي تهديد لجسد الشخص نفسه أو لشخص آخر أو العلم عن موت عنيف أو غير متوقع أو إيذاء خطير أو تهديد بالموت أو إلحاق الجرح أو الإيذاء لفرد من أفراد الأسرة أو أي قريب عزيز، (DSM5,2016,p.133)

يتسم هذا الاضطراب بأعراض محددة تتمثل في: التكرار وإعادة معيشة الحدث، التجنب و الخذر الانفعالي، زيادة الاستثارة وأعراض مستمرة لليقظة المفرطة (DSM 5). فهو "صورة نفسية مرضية ناتجة عن حدث صادم خارجي، مستمدة من عوامل متعددة؛ شخصية وبيئية على حد سواء.

يتميز بالصور الاقتحامية المخيفة والمزعجة التي تطارد الضحايا أثناء ساعات الاستيقاظ، وفي الليل بالكوابيس؛ حيث يعد وجود الكوابيس المتكررة أحد المعايير التي يتم أخذها في الاعتبار لتشخيص الاضطراب" (Marogna and al, 2021 p191) .

كما أن أعراض إعادة المعيشة هي جوهر أعراض ما بعد الصدمة والعنصر الأساسي المسيطر للجدول العلاجي حيث "يسترجع المريض الحدث الصادم بشكل متكرر ومقتحم وضغط من خلال تكرار صور ذهنية اقتحامية لا إرادية للأحداث مع كثرة الكوابيس والاستيقاظ الليلي المفاجئ والتصرف هنا وكأن الحدث الصادم عاد. ويتوافق تنشيط هذه الصور الاقتحامية مع انطباع بإعادة الحدث هنا والآن فيعاني المريض من نفس الأعراض التي عانى منها أثناء الصدمة" (Ceschi, Pictet,2018,p 93).

يعرفه كل من (Casagrande & al, 2020) بأنه أحد الاضطرابات النفسية الشائعة نتيجة تعرض الفرد لخبرات صادمة مثل شيوع وانتشار الأوبئة والأمراض والمعاناة والموت المرتبط بها مثل ما يحدث في جائحة كورونا وملاحظة ما بعد التعافي حيث يعاني الأشخاص فيها إحساسا قويا بالخطر يجعلهم يشعرون بالتوتر أو الاستثارة الدائمة حتى في الحالات الآمنة نتيجة تذكر الأحداث المؤلمة أو رؤية أشياء مرتبطة بها.

يمكن تلخيص تعريف اضطراب ما بعد الصدمة بوصفه أنه عبارة عن أزمة تنتج عن التعرض لحدث صادم وتتميز بأن الفرد يعاود الشعور بأنه يعيش الخبرة الصادمة ويتجنب ما يذكره بها ويرتفع تخذر عواطفه ويزداد توتره وتيقظه وردود فعله الحاد تجاه الأحداث الضاغطة، أما الخبرة الصادمة نفسياً فهي أحداث مفاجئة وغير متوقعة وتكون خارج حدود الخبرة الانسانية العادية بحيث تهدد أو تدمر صحة الفرد أو حياته ويستجيب لها بالخوف الشديد والعجز أو الرعب إضافة إلى ظهور صعوبة في النوم ، قلة التركيز، الغضب الزائد، المبالغة في الارتجاف، اليقظة المفرطة وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة.

1.6. أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (Dsm5) فإن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تبدأ في الظهور بعد التعرض لخبرة صادمة وذلك من خلال الأيام أو الأسابيع الأولى من التعرض للحدث الصدمي حيث تتمثل معايير التشخيص في الأعراض التالية:

- **أعراض استعادة الخبرة الصادمة:** تعني استعادة تذكر الحدث الصادم من خلال الكوابيس، آلام مزعجة لها علاقة بالحدث الصادم، أفكار اقتحامية ومتكررة عن الحدث مع الشعور كما لو أن الحدث سيعاود الوقوع مرة أخرى
- **أعراض التجنب:** تعني ظهور استجابات تجنبية لدى الفرد لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة مثل تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر الفرد بالحدث الصادم.
- **أعراض فرط الاستثارة:** تعني ظهور حالات من الاستثارة لدى الفرد وتظهر هذه الأعراض بواحد أو أكثر مما يلي: صعوبات تتعلق بالنوم، نوبات غضب أو هيجان، سلوك عدواني قد يكون لفظي أو بدني، حذر، تيقظ شديد .

7. الصدمة النفسية لدى المتعافين من فيروس كورونا

إن أكبر صدمة يمكن أن يتلقاها الإنسان هي تلك المواجهة فجأة مع الموت. من خلال التفكير باحتمال موته في أية لحظة أو ضمن فترة معينة من الزمن عن طريق عدوى فيروس كوفيد الذي أدى انتشاره إلى صدمات نفسية مختلفة قد تستمر لفترات طويلة، والتي نتجت عن تشخيص الإصابة بالفيروس أو انتظار الإصابة، أو رؤية الآخرين يتعرضون للفيروس والموت أو مشاهدة حالة وفاة لأحد الأقارب أو الاستشفاء أو الدخول للعناية المركزة خاصة في الحالات الحرجة التي تعرضت للضائقة النفسية.

لذلك تتصف صدمة كورونا بأنها صدمة ممتدة مهددة للحياة، تباغت الشخص أو أشخاص مقربين منهم وترتبط بمشاعر الذنب واتهام الذات من نقل العدوى في حال مرض أحد أفراد الأسرة أو كلهم. هناك خطر الإصابة بصدمات نفسية لدى مرضى كوفيد-19 الذين يدخلون المستشفى خاصة في العناية المركزة. ويمكن أن تتطور هذه الصدمات إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حيث هذا الفرد الذي عايش خبرة الإصابة بعدوى فيروس كورونا ظهرت لديه أعراض كفرط التيقظ والسلوك التجنبي والذكريات المسيطرة حسب بعض الدراسات كما قد يكون بسبب الهشاشة النفسية أو الاستعداد المسبق للإصابة. (بوشيخي ورحال، 2023)

ثالثاً: ماهية فيروس كورونا (كوفيد-19)

يعتبر فيروس كورونا من الفيروسات الوبائية الفتاكة التي شكّلت خطراً كبيراً على صحة الفرد والمجتمع ولازالت؛ وهددت كيانه النفسي ويمكن أن يؤدي إلى وفاة المصاب به نظراً لخطورته وللضرر الذي يسببه. لذلك سنتطرق في هذا العنصر إلى كل المفاهيم الأساسية والمستجدات الخاصة بفيروس كوفيد-19 وبالجائحة ككل حتى نفهم ماهيته وسيرورته ونتعمق في خصائصه لنصل لفهم أعمق حول خطورته ومدى تأثيره النفسي والجسمي على الفرد خلال الإصابة بالعدوى وبعد التعافي.

1. الفرق بين الوباء والجائحة

لقد رافقت الأمراض المعدية البشر منذ أقدم العصور؛ مُخَلِّفة وراءها بصمات عواقبها الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية على التاريخ البشري، وقد توالى الوصف على مرّ السنين من عدوى إلى وباء إلى فاشية ثم جائحة؛ إذ يحتاج ذلك إلى إيضاح الفرق بين كلمة الوباء والجائحة .

فالوباء epidemic "مصطلح يستخدم غالباً لوصف أي مشكلة مرضية خرجت عن نطاق السيطرة ويعرف بأنه تفشٍّ لمرض يحدث في منطقة جغرافية واسعة ينتشر فيه المرض بنشاط في بلد أو مجتمع بعينه أو عدة مجتمعات" (منديل، 2021، ص.20).

حسب مورينز وآخرون (2009) يتشكل عند تواجد العوامل التالية مع بعض وهي الامتداد الجغرافي الواسع، حركة المرض، ارتفاع معدلات الهجوم والانفجار، الحد الأدنى من مناعة السكان، العدوى وشدة المرض (Haas,2021)؛ ويقول تايلور ستيفن Steven taylor (2019): "إن أوبئة الأمراض المعدية ليست مجرد أحداث تنتشر فيها بعض الفيروسات المعدية في جميع أنحاء العالم. وإنما الأوبئة هي الأحداث

التي تلعب فيها ردود الفعل النفسية للسكان تجاه العدوى دورًا أساسيًا في انتشار المرض واحتوائه، وتؤثر على مدى انتشار الاضطرابات العاطفية والاضطراب الاجتماعي (p.02).

في حين أن الجوائح أو الجائحة هي لفظ غير متداول - بالرغم من وجوده في اللغة العربية - ولا يعرفه الناس قبل تفشي وباء كورونا كوفيد-19، ولكنه أصبح أكثر تداولًا بتسميته العلمية التي توصف بالجائحة لارتباطها بالوباء المستجد كوفيد-19، والذي أصبح يعني الانتشار الوبائي العام بسبب توسعه الجغرافي السريع على مساحات واسعة عبر أرجاء العالم (منديل، 2021).

حسب منظمة الصحة العالمية تعرف الجائحة (Pandémie) على أنها: "أوبئة واسعة النطاق تصيب ملايين الأشخاص في بلدان متعددة، وتنتشر أحيانًا في جميع أنحاء العالم" (who.2021)؛ حيث قال رئيس منظمة الصحة العالمية الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس: "أن المنظمة ستستخدم مصطلح الجائحة لسببين رئيسيين هما: سرعة تفشي العدوى واتساع نطاقها" (منديل، 2021). وعليه فإن مصطلح الجائحة يتعلق بالانتشار الجغرافي الواسع ويستخدم في وصف المرض الذي يصيب العديد من البلدان والقارات أو العالم بأسره، وعادة ما يؤثر في عدد كبير من الناس، فهو أمر أكبر وأعلى من الوباء لأنه يتحدى السيطرة ويختلف حتى عن التفشي outbreak أو الفاشية؛ هذا الأخير الذي يحدث فيه زيادة قليلة في عدد الإصابات فهو يستخدم لوصف حدث جغرافي أكثر محدودية. وحتى يتسبب فيروس أو بكتيريا في حدوث جائحة، يجب أن يكون كائنًا لا يتمتع معظم الناس بمناعة مسبقة ضده، وينتقل بسهولة من شخص لآخر، ويسبب مرضًا شديدًا (Taylor, 2019, p.02).

2. لمحة مختصرة عن التاريخ النفسي للأوبئة

إن التاريخ النفسي مخصص لدراسة الأحداث التاريخية من منظور علم النفس، حيث تعود الحسابات الأولى للأوبئة إلى أولى الروايات القادمة من طاعون أثينا الذي انتشر في الأعوام بين 430-426 قبل الميلاد، الذي لم يعرف سببه الممرض ولكنه كلف حياة نحو ربع السكان وتميز بالاكتهاب والخوف من العدوى حسب ما وصفه المؤرخ توسيديديس (Haas, 2021, p.19).

ثم ظهر وباء الطاعون الدبلي الأكثر شهرة والذي ضرب القارة الأوروبية خلال سنوات 1346-1353 وقتل ما يقدر بنحو 30 و 60% في جميع أنحاء العالم. وتم وصفه "بالموت" أو "الوباء العظيم" لأنه أحد وأعظم الكوارث في تاريخ البشرية، حيث "اتسمت العواقب النفسية والاجتماعية لحدوث الطاعون في البداية بالذعر، والهروب من المناطق المتضررة، والاضطراب الاجتماعي الشديد. فكان الناس

يتجنبون بعضهم بعضًا، وغالبًا ما يُترك المرضى لمصيرهم خوفًا من العدوى، وأحيانًا من قبل أقاربهم أيضًا" (Haas,2021).

في القرن الماضي، كانت هناك العديد من الأوبئة الأخرى بدرجات متفاوتة من العدوى والفتك. شملت الأنفلونزا الروسية (H2N2 أو H3N8، 1889-1890)، والأنفلونزا الإسبانية (1918-1920)، والأنفلونزا الآسيوية (H2N2، 1957-1958). وأنفلونزا هونج كونج (H3N2، 1968-1969)، فيروس نقص المناعة البشرية (1981 إلى الوقت الحاضر) (Taylor,2019).

ففي حالة الأنفلونزا الإسبانية، وُجدت روايات عديدة عن أشخاص يستيقظون بسبب المرض في الصباح ويموتون في وقت لاحق من ذلك اليوم، وهم في طريقهم إلى العمل، حيث أصيب بعض ضحايا الأنفلونزا الإسبانية بالوذمة الرئوية وأصبحوا يعانون من نقص الأكسجين لدرجة أن وجوههم تحولت إلى اللون الأزرق. وفي غضون بضعة عقود، وجد الناس أنفسهم في أوائل القرن العشرين في عالم مليء بمسببات الأمراض غير المرئية وغير المعروفة سابقًا.

ثم في القرن الحادي والعشرين، كانت التقارير الإعلامية المتعددة الأوجه عن الأوبئة والجوائح مثل الإيبولا، والسارس، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، وأنفلونزا الخنازير (H1N1، 2009-2010)، وجائحة فيروس زيكا (2015-2016) وغيره هي التي شكلت الصور الوبائية المعاصرة للناس في الفترة التي سبقت جائحة كوفيد-19 (Haas,2021).

3. جائحة فيروس كورونا والنفسية البشرية

1.3. تعريف جائحة فيروس كورونا

جائحة فيروس كورونا أو جائحة كوفيد-19 والمعروفة أيضًا باسم جائحة كورونا هي جائحة عالمية لمرض فيروس كورونا 2019 سببها فيروس كورونا 2 المرتبط بالمتلازمة التنفسية الحادة الشديدة (سارس-كوف-2) الذي تفشى للمرة الأولى في مدينة ووهان الصينية في أوائل شهر ديسمبر عام 2019 ، حيث أعلنت رسميًا منظمة الصحة العالمية في 30 جانفي 2020 أن تفشي الفيروس يشكل حالة طوارئ صحية عامة عالمية حادة تؤثر على الصحة البدنية والعقلية لأعداد كبيرة من الناس تبعث على القلق الدولي واعترفت بتحول فاشية كوفيد-19 إلى جائحة في 11 مارس 2020 (who.2020). وجاء ذلك على لسان المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس، Dr. Tedros

Adhanom Ghebreyesus وذلك بسبب الزيادة السريعة للعدوى في عدد الحالات في عدد متزايد من البلدان (Haas,2021) .

2.3. تعريف فيروس كوفيد-19

حسب منظمة الصحة العالمية فإن "مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) هو مرض معدٍ يسببه فيروس كورونا-سارس-2" (who.2020) يُعرّف الفيروس باسم فيروس المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة كورونا 2 (سارس-كوف-2)، (SARS-CoV-2). ويُسمّى المرض الناتج عنه مرض فيروس كورونا المستجد 2019 (كوفيد 19)، (COVID-19).

أعلنت اللجنة الدولية لتصنيف الفيروسات (ICTV) تسمية فيروس كورونا 2 المسبب لمتلازمة الالتهاب الرئوي الوخيم (SARS-COV2) اسماً رسمياً للفيروس في 11 فبراير 2020، واختير هذا الاسم لارتباط الفيروس جينياً بفيروس كورونا الذي سبب فاشية متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم (سارس) في عام 2003. غير أن الفيروسين مختلفان رغم ارتباطهما الجيني. وبدورها منظمة الصحة العالمية قد أعلنت أن مرض فيروس كورونا " كوفيد-19 هو الاسم الرسمي للمرض (Who,2020).

اشتق الاسم الانجليزي لمرض فيروس كورونا (COVID-19) من : (CO) وهما أول حرفين مختصرين من كلمة كورونا (Corona) ، و(VI) هما أول حرفين من كلمة فيروس (Virus) ، و(D) هو أول حرف من كلمة مرض بالإنجليزية (Disease) ، وكلمة كورونا كلمة لاتينية تعني (Crown) وتعني التاج حيث أن الفيروس يأخذ شكل التاج وخطورة هذا النوع تكمن في من الفيروسات تكمن في قدرتها على تبادل جيناتها الوراثية ، ويعد فيروس كوفيد-19 آخر فيروس تم اكتشافه من سلالة فيروسات كورونا.

إذن فيروس كورونا هو "فيروس مجهري؛ بحجم هائل يبلغ 0.00012 ملم.... أحدث اضطراباً كبيراً في جميع أنحاء العالم؛ جعل العديد من المرضى يلهثون من أجل الحصول على الهواء، والعديد من العاملين في مجال الرعاية الصحية يكون من أجل المزيد من أسرة المستشفيات ومعدات الحماية الشخصية." (Vos, 2021)

3.3. نشأة فيروس كورونا

تعود نشأة فيروسات كورونا على حسب ما قدره السلف إلى 8000 سنة قبل الميلاد ويبدو أن فيروس كورونا المرتبط بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرس) له صلة بالعديد من أجناس الخفافيش

والذي تفرعت منه أكثر فيروسات كورونا البشري، فظهرت فيروسات كورونا سارس سنة 1986 التي تطورت بشكل مشترك من الخفافيش ثم انتشرت إلى البشر ومنذ ذلك الحين تم تحديد عناصر أخرى من هذه العائلة ومنها: فيروس كورونا سارس سنة 2003، فيروس كورونا البشري NL63 سنة 2004 ، فيروس كورونا البشري HKU1 سنة 2005، فيروس كورونا ميرس سنة 2012 (فيروس كورونا المرتبط بمتلازمة الشرق الأوسط) ، فيروس كورونا الجديد 2019-ncov ومعظم هذه الفيروسات لها دور في إحداث عدوى جهاز تنفسي خطيرة بل قد تؤدي إلى الموت.

وتعد فيروسات كورونا من مسببات الأمراض المهمة للإنسان والماشية والطيور والخفافيش والفئران والعديد من الحيوانات البرية الأخرى التي يمكن أن تصيب الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والكبد والجهاز العصبي المركزي لهذه الفقاريات. وقد أظهر عام 2003 ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS) عام 2012 إمكانية انتقال فيروسات كورونا المستجدة من الحيوان إلى الإنسان ومن الإنسان إلى الإنسان (Rokni & al,2020) .

في 31 ديسمبر 2019 أفادت منظمة الصحة العالمية عن تجمع مرضي لإصابات بذات رئة فيروسية مجهولة السبب في مدينة ووهان الواقعة ضمن مقاطعة خوبي بالصين وبدأ التحقيق في أوائل جانفي 2020 ليعلن بعدها رسميا في 30 جانفي 2020 أن تفشي الفيروس يُشكل حالة طوارئ صحية عامة تبعث على القلق الدولي. وكان يعتقد بوجود منشأ حيواني للفيروس بسبب ارتباط معظم الحالات المبكرة بسوق ووهان للمأكولات البحرية للبيع بالجملة (Who,2020)

يعرف الفيروس المسؤول عن تفشي المرض باسم (سارس-كوف-2)، فيروس حديث الاكتشاف يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالفيروسات التاجية الموجودة في الخفافيش، والفيروسات التاجية الموجودة في آكل النمل الحرشفي، وفيروس كورونا من النوع الأول المرتبط بالمتلازمة التنفسية الحادة الشديدة.

اعترفت منظمة الصحة العالمية بتحول وباء كوفيد-19 إلى جائحة في 11 مارس عام 2020، وقد نشأت العديد من النظريات حول المكان الذي ظهرت فيه الحالة الأولى (أو ما يسمى بالمرضى صفر). وتم الإبلاغ عن وجود فيروس تاجي جديد يؤدي إلى مجموعة من الالتهابات الرئوية مجهولة السبب بمستشفيات الصين التي أكدت في نهاية ديسمبر 2019 بوجود 27 حالة تضاعفت بمعدل كل سبعة أيام. ثم سُجّلت في 31 يناير من عام 2020 أولى الحالات المؤكدة في إيطاليا، وهما سائحان من الصين. واعتباراً من 13 مارس من عام 2020، اعتُبرت أوروبا المركز النشط للوباء من قبل منظمة الصحة العالمية. ثم في 19 مارس من عام 2020، تفوقت إيطاليا على الصين باعتبارها الدولة التي

سجلت أكبر عدد من الوفيات وبحلول 26 مارس، تجاوزت الولايات المتحدة كلاً من الصين وإيطاليا بأكبر عدد من الحالات المؤكدة ثم توالى الانتقال والانتشار في مختلف دول العالم (Who,2021) .

5.2. طرق انتقال الفيروس

تعد الشبكات البشرية الوسيلة الرئيسية لنقل الأمراض الوبائية حيث ينتقل الفيروس المسبب للعدوى عند المخالطة اللصيقة بين الأفراد من الجسيمات السائلة الصغيرة التي تنطلق من فم الشخص المصاب بالعدوى أو من أنفه عند السعال أو العطس أو التكلم أو التنفس التي تسقط على الأسطح وقد يصاب الأفراد نتيجة لمس العينين أو الفم أو الأنف بعد لمس سطح ملوث بالفيروس. مثل الأبواب أو أسطح الطاولات، أو الأشياء الملوثة مثل الألعاب ومقابض الأبواب والأوراق النقدية. إلى جانب الكثافة السكانية العالية في المناطق الحضرية وتوافر وسائل النقل السريعة الحديثة، يجعل من السهل انتشار عدوى الأنفلونزا بسرعة (Taylor, 2019. ; Who,2020) .

تبلغ قابلية العدوى خلال الأيام الثلاثة الأولى بعد ظهور الأعراض؛ ومن المرجح أن يحدث الانتشار الفائق بشكل خاص في الأمراض التي لها فترات حضانة كبيرة؛ أي الفترات التي يكون فيها الأشخاص المصابون معديين ولكن بدون أعراض، مما يعني أن الشخص قد ينشر المرض للآخرين دون قصد. ونقصد بفترة الحضانة الفترة التي تلي التعرض للفيروس وتسبق ظهور الأعراض.

تختلف فترات حضانة الفيروس من شخص لآخر؛ مثلاً خلال وباء أنفلونزا الخنازير عام 2009، كانت فترة الحضانة 1-4 أيام، وفي دراسة أجريت في الصين خلال وباء أنفلونزا الطيور، وجدت أن متوسط فترة الحضانة كان 8 أيام. وتعني فترة الحضانة الطويلة هذه أن الشخص قد يصيب العديد من الأشخاص الآخرين قبل أن تظهر عليه الأعراض. كما تفشى السارس عام 2003 بطريقة مشابهة للأنفلونزا، ويمكن أن يكون له فترة حضانة تتراوح من 2 إلى 10 أيام (Taylor,2019).

في فيروس كورونا تتراوح المدة الزمنية الفاصلة بين التعرض للفيروس وبداية الأعراض من يومين إلى 14 يوم بعد الإصابة به بمعدل وسطي يبلغ خمسة أيام ؛ ويمكن نشر عدوى فيروس كوفيد 19 قبل أن تظهر على الشخص الأعراض (Who.2021).

5.3. أعراض عدوى الإصابة بفيروس كورونا

يؤثر مرض كوفيد-19 على الأفراد بأشكال مختلفة. ومعظم من يصابون بالعدوى تكون أعراضهم خفيفة أو معتدلة ويتعافون دون الحاجة إلى تلقي العلاج في المستشفى. وتظهر أعراض تنفسية تتراوح بين الخفيفة والمتوسطة على معظم من يصابون بعدوى الفيروس ويتعافون دون الحاجة إلى تدخل علاجي خاص. غير أن بعض من يصابون بالعدوى تظهر عليهم أعراض شديدة ويحتاجون إلى العناية الطبية. والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالأعراض الوخيمة للمرض هم المصابون بأمراض مزمنة، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية وداء السكري والأمراض التنفسية المزمنة والسرطان وغير ذلك من الأمراض. غير أن أي شخص معرض للإصابة بمرض وخيم والوفاة بسبب كوفيد-19، أياً كان عمره.

- **الأعراض الشائعة:** تتضمن الحمى، السعال، الإعياء، ضيق النفس وفقدان حاستي الشم والتذوق وتعتبر هذه الأخيرة من الأعراض المبكرة لفيروس كوفيد-19.
- **الأعراض الأخرى:** وهي الأقل شيوعاً مثل التهاب الحلق، الصداع، الإسهال، ظهور طفح جلدي أو تغير لون أصابع اليدين أو القدمين، احمرار العين، الغثيان، القيء، آلام في العضلات، القشعريرة.

- **الأعراض الخطيرة:** يمكن أن يتطور المرض لمرحلة خطيرة عند شخص واحد من أصل كل خمسة أشخاص، حيث يظهر عند المصاب ضيق نفس، وألم مستمر على الصدر، وتخليط مفاجئ، وصعوبة في الاستيقاظ، زُرقة في الوجه أو الشفاه، ما يستدعي التدخل الاستعجالي، ويمكن أن يؤدي إلى عدة مضاعفات (Who,2021).

وهذا المرض الفيروسي الجديد المثير للقلق، يظهر تباين كبير في شدة أشكاله وتنوع أعراضه؛ فيبرز لدى البعض أشكال قليلة الأعراض أو حتى بدون أعراض، بينما يصاب البعض الآخر بأشكال خطيرة للغاية من متلازمة الضائقة التنفسية الحادة مما يؤدي بهم إلى العناية المركزة وأحياناً الوفاة. وقد يتطور على مرحلتين:

- **المرحلة الأولى** تسمى الفيروسية، صورتها تشبه صورة متلازمة الأنفلونزا. تتم هذه المرحلة في أغلب الأحيان ببساطة ولا تتطلب أي رعاية خاصة في الغالبية العظمى من الحالات، بخلاف المراقبة السريرية المنتظمة.
- **المرحلة الثانية** تسمى الالتهابات، مع رد فعل حاد لجهاز المناعة بأكمله في مواجهة الفيروس؛ تحدث هذه المرحلة بشكل كلاسيكي في اليوم الثامن. خلال هذه الحلقة يتعافى المرضى على

مستوى الجهاز التنفسي. ويمكن أن يكون هذا التعويض مفاجئاً جداً، لمدة بضع ساعات. ويجب بعد ذلك إدخالهم إلى المستشفى للاستفادة من علاج أكثر تحديداً، يركز على العلاج بالأكسجين والوقاية من مخاطر الانصمام الخثاري، أو العدوى البكتيرية، أو حتى فشل العديد من الأعضاء. هذه المرحلة يمكن أن تقودهم إلى العناية المركزة (Quillerou & Bouchard, 2020).

6.3. تشخيص الإصابة بفيروس كورونا

يمكن تشخيص الإصابة بكوفيد-19 مؤقتاً بناءً على الأعراض السابقة الذكر، ويتم تأكيد التشخيص باستخدام ما يلي:

1.6.3. تقنية الاختبار الفيروسي (RT-PCR) : يستخدم اختبار تفاعل البوليمراز المتسلسل للنسخ العكسي (RT-PCR) لعدوى SARS-COV2 للكشف عن الحمض النووي الريبوزي في الإفرازات التنفسية التي تجمع باستخدام مسحة أنفية بلعومية بأخذ عينة من الأنف أو من الحلق (مسحة حلقيّة)، أو من اللعاب. ثم تُرسل العينات إلى المختبر لتحليلها. وإذا كان السعال مصحوباً ببلغم، فقد تُرسل عينة من البلغم كذلك إلى المختبر لفحصها. حيث تصبح نتائج RT-PCR إيجابية بشكل عام بعد 2-8 أيام ومع ذلك هذه التقنية الشائعة قد تظهر النتائج سلبية في بعض الحالات (Lippi & Peabani, 2020).

2.6.3. الاختبار المصلي الفيروسي: وسيلة استقصائية لتحديد مدى انتشار عدوى السارس كوف-2 بين الناس من خلال الكشف عن وجود الأجسام الضدية المفردة من الجسم استجابة للعدوى حيث تحفز عدوى كوفيد-19 الأجسام المضادة IgG ضد بروتين N الذي يمكن اكتشافه عن طريق مصل الدم في وقت مبكر من اليوم الرابع بعد ظهور المرض وفي معظم المرضى يحدث الانقلاب المصلي بحلول اليوم الرابع عشر (Rokni & al, 2020).

3.6.3. التصوير المقطعي المحوسب للصدر : Computed tomography (CT) of the chest

أداة تشخيصية تكميلية للكشف عن الالتهاب الرئوي كوفيد-19 وفحص طبيعة ومدى الإصابات الرئوية وفحص شدة المرض في الحالات التالية:

- عند المشتبه في إصابتهم بكوفيد-19 الذين تكون نتيجة اختبارهم سلبية في تفاعل البوليميراز المتسلسل للنسخ العكسي (RT-PCR) مع الأشعة السينية العادية / غير المحددة للصدر (CXR) ولكن يظهرون أعراضاً تنفسية كبيرة (متوسطة إلى شديدة) ويحملون مؤشراً مرتفعاً للاشتباه في إصابتهم بكوفيد-19 .

- عند كل مريض إيجابي RT-PCR ، ولكن لا يتم الإشارة إليه في كل مريض إيجابي ويجب إجراؤه فقط في حالات سريرية محددة .
- عند المرضى الذين ثبتت إصابتهم بكوفيد-19 والذين يعانون من خطر متزايد لتطور المرض حيث يكون العمر أكبر من 65 عامًا، وما يرتبط به من أمراض مصاحبة مثل مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، السمنة، أمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، وضعف المناعة، وما إلى ذلك) .
- عند مرضى كوفيد-19 الذين يظهرون تدهورًا سريريًا مفاجئًا وغير مبرر أو لا يستجيبون للعلاج، فيحتاجون إلى تصوير الأوعية الرئوية المقطعية في البيئة السريرية المناسبة حيث يمكن أن يؤدي فيروس SARS-CoV-2 إلى تكوين خثرات دموية صغيرة في الأوعية الدموية.
- عند المرضى المتعافين من عدوى كوفيد-19 والذين يعانون من نقص الأكسجة وضعف وظائف الرئة عند المتابعة من أجل استبعاد تليف الرئة lung fibrosis بعد كوفيد-19 وبين عدوى أخرى. (GARG et al, 2021) .

7.3. المضاعفات والآثار طويلة الأمد لفيروس كوفيد-19

متلازمة ما بعد كوفيد-19 (post-covid)

يمكن أن تسبب عدوى الإصابة بالفيروس مضاعفات طبية شديدة وأن يؤدي إلى الوفاة بالنسبة لبعض الأشخاص. خاصة كبار السن أو من لديهم مشاكل صحية؛ إذ يتماثل معظم الأشخاص الذين يُصابون بالفيروس للشفاء خلال بضعة أسابيع. إلا أن بعض الأشخاص -حتى من أُصيبوا بأعراض خفيفة للمرض- قد تتأهبهم أعراض تستمر فترة طويلة بعد ذلك. ويُطلق على هذه المشكلات الصحية المستمرة أحيانًا متلازمة ما بعد كوفيد 19، أو حالات ما بعد كوفيد 19، أو كوفيد 19 طويل الأمد، أو المضاعفات الحادة التالية للإصابة بعدوى سارز كوف 2.

هذه المتلازمة التي لها عدة أعراض مستجدة أو متكررة أو مستمرة تظهر لدى الأشخاص بعد مرور أكثر من أربعة أسابيع على الإصابة بكوفيد 19. وتستمر هذه المتلازمة لدى بعض الأشخاص لعدة أشهر أو سنوات. حيث تعتبر في الغالب مضاعفات الجهاز التنفسي كسمة رئيسية في كوفيد-19 وعرض سريري أساسي يظهر خلال الإصابة ويمكن أن يبقى حتى بعد التعافي (Desai & al,2022) وتتضمن أهم المضاعفات ما يلي:

1.7.3. المضاعفات الرئوية (Pulmonary Complications)

على الرغم من أن SARS-CoV-2 يمكن أن يكون له تأثيرات واسعة النطاق في جميع أنحاء الجسم، إلا أن كوفيد-19 يظل في الغالب مرضاً تنفسياً حيث وصفت العديد من المضاعفات الرئوية طويلة المدى بعد الإصابة به والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر:

1.1.7.3. متلازمة الضائقة التنفسية الحادة: (ARDS) وهي حالة رئوية حادة تؤدي إلى انخفاض كمية الأكسجين القادمة من خلال مجرى الدم نحو الأعضاء فيتم الاعتماد على الأكسجين من خلال جهاز التنفس الصناعي، ويصبح بعدها الفطام من التهوية الميكانيكية صعباً على الكثيرين من جهة بسبب الخوف من إعادة معايشة صدمة ضيق التنفس. ومن جهة أخرى لأسباب صحية أكثر ويصبح الاعتماد عليه حتى بعد الخروج من المستشفى خاصة بالنسبة للذين يعانون من فشل في الجهاز التنفسي ولا يكون الفطام طويل الأمد من الاعتماد على جهاز التنفس الصناعي ناجحاً في كثير من الأحيان.

2.1.7.3. أعراض تليف الرئة (Fibrotic Lung Disease): التي ظهرت بعد التعافي كواحدة من بين الآثار الطويلة المدى حيث يمكن أن تؤدي الإصابة بفيروس SARS-CoV-2 إلى تغييرات موضوعية طويلة المدى في فسيولوجيا الرئة (Desai & al,2022).

2.7.3. المضاعفات والعواقب القلبية (Cardiovascular Complications)

تعد أعراض القلب شائعة بعد الخروج من المستشفى بعد الإصابة بفيروس كوفيد-19. وقد تم وصف ألم الصدر لدى ما يصل إلى 21% من المرضى بعد 60 يوماً من الخروج من المستشفى. كما تم وصف الخفقان كعرض متكرر في المتابعة لمدة 60 يوماً لدى ما يصل إلى 9% من المرضى. وأيضاً تم الإبلاغ عن متلازمة عدم انتظام دقات القلب الوضعي postural tachycardia syndrome بعد الإصابة بفيروس كوفيد-19، وقد لوحظت بعض الآثار القلبية الوعائية طويلة المدى لكوفيد-19 نتيجة للعدوى الحادة. وقد ثبت أن المرحلة الحادة من كوفيد-19 مرتبطة بمعدلات عالية من النتائج غير الطبيعية في تخطيط صدى القلب دون أمراض قلبية موجودة مسبقاً (Desai & al,2022).

3.7.3. المضاعفات الدموية (Hematological Complications)

ارتبط فيروس كوفيد-19 الحاد بزيادة خطر الإصابة بجلطات الدم وتخثره، خاصة في المرضى المصابين بأمراض خطيرة لذلك قد تم استخدام مضادات تخثر الدم لتفادي الوفاة، فمعظم حالات الإصابة بالجلطات الدموية الوريدية تحدث خلال 2-4 أسابيع من الإصابة حيث تمت ملاحظة حدوث مرض الانصمام الخثاري الوريدي venous thromboembolic مع وجود تخثر غير طبيعي، خاصة ارتفاع

مستويات D-dimer ، فقد تم الإبلاغ عن زيادة في حدوث مضاعفات التخثر لدى المرضى المصابين بكوفيد-19 الذين تم إدخالهم إلى وحدة العناية المركزة ويعتقد أن فيروسات الجهاز التنفسي قد تلعب دوراً رئيسياً في سلسلة التخثر (Akel and al,2020).

4.7.3. المضاعفات العصبية والنفسية (Neuropsychiatric Complications)

كانت هناك العديد من المضاعفات العصبية والنفسية طويلة المدى المرتبطة بالعدوى بفيروس SARS-CoV-2 حيث لوحظ وجود نتائج عصبية مستمرة لدى المرضى بعد شهرين من الإصابة الحادة، بما في ذلك التعب وضعف العضلات وصعوبة النوم وألم عضلي والصداع. وأصبحت مثل هذه الأعراض هي السمة المميزة لمتلازمة كوفيد الطويلة الأمد. فكان فقدان حاستي الشم والتذوق أيضاً سمة من سمات الإصابة بالفيروس. ومع العبء الكبير للمرض الشديد والخطير ومتلازمة الضائقة التنفسية الحادة (ARDS) المرتبطة بكوفيد-19، يمكن توقع اضطرابات مماثلة في الإدراك مع ضعف في الذاكرة عند المرضى الذين يعانون من الضائقة التنفسية الحادة.

هناك أدلة متزايدة تشير إلى حدوث مظاهر عصبية لدى المرضى المصابين بكوفيد-19. حيث ارتبطت كذلك المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS-CoV-1) ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV) بمضاعفات عصبية (Sharifian-Dorche, & al,2020). إضافة إلى ملاحظة آثار نفسية طويلة الأمد سيتم التطرق لها لاحقاً.

5.7.3. مضاعفات مرض السكري (Diabetes Complications)

ارتبط داء السكري الموجود مسبقاً بنتائج أسوأ لكوفيد-19. وفي الوقت نفسه، ارتبط فيروس كوفيد-19 بارتفاع السكر في الدم الجديد والتعويض الحاد لمرض السكري، بما في ذلك الحمض الكيتوني السكري لدى كل من المرضى المصابين بداء السكري من النوع 1 والنوع 2 .

6.7.3. المضاعفات الكلوية (Renal Complications)

تعد إصابة الكلى الحادة شائعة في حالات كوفيد-19 الحادة، ومن المسببات بما في ذلك الضرر الفيروسي المباشر، نقص الأكسجة الجهازية، تأثيرات السيتوكينات الالتهابية، التخثر غير الطبيعي فلقد لوحظ اعتلال كبيبات الكلى والتخثر في الأوعية الدموية الدقيقة . يرتبط الفشل الكلوي الحاد بزيادة معدل الوفيات في المستشفى، وأولئك الذين نجوا من الخروج من المستشفى قد يعانون من خلل كلوي متبقي أو أمراض كلوية متكررة كغسيل الكلى (Kunutsora & Laukkanen,2020) .

7.7.3. مضاعفات الجهاز الهضمي (Gastrointestinal Complications)

تعد أعراض الجهاز الهضمي شائعة في حالات كوفيد-19 الحادة في المراحل المبكرة من المرض ويمكن رؤيتها أيضًا في وقت لاحق من التعافي. أهمها الإسهال وآلام البطن وفقدان الشهية، الغثيان والقيء. قد تكون هذه الأعراض المستمرة مرتبطة بتكاثر الفيروس المستمر في الجهاز الهضمي، نظرًا لطول البراز. وكثيرًا ما تظهر اختبارات وظائف الكبد غير الطبيعية في المرحلة الحادة، والتي تتوافق مع إصابة خلايا الكبد و/أو الركود الصفراوي قد يستمر ولكنه يتحسن تدريجيًا على مدار أسابيع إلى أشهر (Ribeiro-Junior & al, 2022).

8.7.3. المضاعفات العضلية الهيكلية (Musculoskeletal Complications)

تعد الأعراض العضلية الهيكلية من بين الشكاوى الأكثر شيوعًا في مرض كوفيد-19، سواء في بداية المرض أو أثناءه. على الرغم من أن التهاب المفاصل يرتبط ببعض الأمراض الفيروسية، إلا أن كوفيد-19 يسبب عادةً ألم عضلي وألم مفصلي دون التهاب مفاصل التهابي حقيقي. إن أحد المضاعفات الرئيسية لمرض كوفيد-19 الشديد هو هزال العضلات التقويضية catabolic muscle wasting نتيجة الالتهاب الجهازى، والراحة في الفراش لفترة طويلة، وسوء التغذية مما سبب في ضعف العضلات ومشاكل في الحركة (Desai & al, 2022).

9.7.3. المضاعفات الجلدية (Dermatological Complications)

من بين المظاهر الجلدية المبلغ عنها لعدوى الفيروس؛ كان الطفح البقعي الحصى، باعتباره المظهر الجلدي الأكثر شيوعًا لكوفيد-19، يليه الطفح الجلدي الحطاطي الحويصلي (34.7%). الشرى (9.7%)، والحطاطات الأرجوانية الحمراء المؤلمة (15.3%)، كما كان تساقط الشعر من الأعراض الأكثر شيوعًا التي تم الإبلاغ عنها بعد أشهر من الإصابة بكوفيد-19 (Gottlieb & Long, 2020).

4. أنواع الفيروس وتحوراته

يمكن للفيروسات بشتى أنواعها خاصة منها الفيروسات التاجية (كورونا) أن تتحور وتغير في طفراتها من وقت لآخر حيث أشير في الموقع الطبي (<https://altibbi.com/-6619>) أن التحور يحدث عندما تصبح هناك طفرات أو تغيرات في الحمض النووي الريبى للفيروس، مما يسبب تغيرات في طبيعة الفيروسات، وطريقة تصرفها في الجسم، كما تميل التغيرات في فصول السنة خاصة فصلي الخريف والشتاء في زياد حدوث هذه التغيرات على طبيعة الفيروس، وتزيد من شراسته وسرعة انتشاره.

يمكن أن تأتي الأوبئة على شكل موجات، تتجم العدوى فيها جزئياً من التقلبات في أنماط التجمعات البشرية، مثل التحركات الموسمية للأشخاص بعيداً عن بعضهم البعض ثم الاتصال بهم كإغلاق المدارس في الصيف ثم إعادة فتحها. ف الأنفلونزا الإسبانية جاءت على ثلاث موجات (Taylor,2019) ونفس الأمر بالنسبة لجائحة كورونا التي شهدت موجات مختلفة مع تحورات متعددة، مثيرة للقلق حيث أعلنت المنظمة العالمية للصحة عن مسميات بسيطة وسهلة النطق والتذكر للتحورات الرئيسية لفيروس كورونا 2 المسبب لكوفيد-19 وذلك باستخدام حروف من الأبجدية اليونانية وهي:

جدول (01): متحورات فيروس كورونا وفق منظمة الصحة العالمية

تسمية المنظمة	تسمية السلالة حسب تصنيف بانغو	أولى العينات الموثقة	تاريخ التسمية
ألفا	B.1.17	المملكة المتحدة/سبتمبر 2020	18 ديسمبر 2020
بيتا	B.1.351	جنوب أفريقيا/ ماي 2020	18 ديسمبر 2020
غاما	P.1	البرازيل/ نوفمبر 2020	11 جانفي 2021
دلتا	B.1.617.2	الهند/ أكتوبر 2020	11 ماي 2021
أوميكرون	B.1.1.529	دول متعددة/ نوفمبر 2021	26 نوفمبر 2021

المصدر: (منظمة الصحة العالمية، 2022)

1.4. متحور ألفا: Alpha variant اسمه الكامل سارس-كوف-2 متحور ألفا (sars-CoV-2 Alpha variant)، أول متحور لفيروس كورونا المسبب لمرض كوفيد-19 . اكتشف هذا المتحور للمرة الأولى في المملكة المتحدة في أكتوبر 2020، وبدأ الفيروس المتحور يجذب الأنظار إليه بعد أن انتشر بسرعة كبيرة بحلول منتصف ديسمبر .

2.4. متحور بيتا: Beta variant اسمه الكامل سارس-كوف-2 متحور بيتا (Sars-CoV-2) للمرة الأولى في جنوب أفريقيا إثر عينة مأخوذة في ماي 2020 وقد تم تسميته في 18 ديسمبر 2020 .

3.4. متحور غاما: Gama variant اسمه الكامل سارس-كوف-2 متحور غاما (Sars-CoV-2 Gama variant) أحد تحورات الفيروس المسبب لمرض فيروس كورونا 19 اكتشف هذا المتحور للمرة الأولى في البرازيل إثر عينة مأخوذة في نوفمبر 2020 وقد تم تسمية هذا المتحور في 11 جانفي 2021 .

4.4. متحور دلتا: اكتشف للمرة الأولى في الهند إثر عيني مأخوذة في أكتوبر 2020 وقد تم تسميته في 11 ماي 2021. تعد هذه السلسلة أكثر سلالات كوفيد-19 قدرة على العدوى تقارب الضعف مقارنة بالسلالات المتحورة السابقة كما أنها قد تسبب حالات مرضية أشد وطأة (Who,2021).

5.4. متحور أوميكرون: (B.1.1.529) تم اكتشافه في عدة دول في نوفمبر 2021. تمت تسميته بتاريخ 26 نوفمبر 2021؛ يضم عدة فروع رئيسية، تُسمى أيضاً سلالات فرعية، تتفرع من B.1.1.529. وهي BA.1 وBA.1.1 وBA.2 وBA.3 وBA.4 وBA.5. ينتشر بسهولة أكبر مقارنةً بالفيروس الأصلي المسبب لكوفيد 19 ومتحور دلتا. ويبدو أنه أيسبب أعراضاً أقل حدة (Who,2023).

5. أهم الاستراتيجيات والتدابير المتخذة للسيطرة على الجائحة

1.5. العزل والحجر الصحي

تُعرف مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها العزل بأنه "فصل الأشخاص المصابين بمرض معدٍ عن أشخاص آخرين غير مرضى، بينما الحجر الصحي هو الانفصال عن الأشخاص الآخرين وتقييد حركة الأشخاص الذين تعرضوا لمرض معدٍ. للكشف عن إصابتهم" (Haas,2021,p.27). وتشمل طرق الحجر الصحي تقييد السفر؛ وإغلاق المدارس وأماكن العمل والملاعب والمسارح ومراكز التسوق. إن للعزل آثار نفسية على الأفراد كبارا كانوا أم صغار حيث تم تسجيل الارتباك والغضب، الخوف من العدوى زمن الخسائر المالية، الإحباط، الملل والوصم بالإضافة إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن طول مدة الحجر. وشملت آثاره حسب الدراسات على الأطفال والمراهقين الأرق، التهيج، القلق، زيادة التعلق، وزيادة عدم الانتباه المرتبط بقضاء المزيد من الوقت أمام الشاشات. ومن النتائج التي توصلت إليها أوبئة السارس ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية السابقة، والتي تشير إلى أن التغييرات الهائلة في نمط الحياة لها تأثير ضار على الجهاز المناعي (Haas,2021).

2.5. التباعد الاجتماعي

إنّ التباعد الاجتماعي، يعني خلق مسافة آمنة مقدرة بين 1 متر و2 متر بين الفرد وبين الأشخاص خارج أسرته للحد من خطر انتقال العدوى. ويُعرف أيضاً باسم التباعد الجسدي وهو من إجراءات مكافحة العدوى التي تهدف إلى إبطاء انتشار المرض عبر تقليل الالتماس القريب بين الأفراد حيث في أواخر مارس 2020، غيرت منظمة الصحة العالمية والهيئات الصحية الأخرى مصطلح

"التباعد الاجتماعي" واستبدلته بمصطلح "التباعد الجسدي"، لتوضيح أن الهدف هو تقليل التماس الجسدي مع الحفاظ على الروابط الاجتماعية، إما عبر الواقع الافتراضي أو بوجود مسافة. ويمكن للأفراد تطبيق أساليب التباعد الاجتماعي من خلال البقاء في المنزل، الحد من السفر، تجنب الأماكن المزدحمة، إلقاء التحية دون تماس، وإبعاد أنفسهم جسدياً عن الآخرين.

3.5. العزل الذاتي

فرضت العديد من الحكومات الحجر أو العزل الذاتي على من شُخصت إصابتهم بكوفيد-19 أو المشتبه في إصابتهم أو على جميع السكان الذين يعيشون في المناطق المصابة كما نُصح الأشخاص الذين يُحتمل أنهم خالطوا شخصاً مصاباً بكوفيد-19 وأولئك الذين سافروا مؤخراً إلى بلد أو منطقة تنتشر فيها العدوى على نطاق واسع بالعزل الذاتي لمدة 14 يوماً من تاريخ آخر تعرض محتمل.

6. العدوى من منظور نفسي واجتماعي

يأتي مصطلح "العدوى" من الكلمة اللاتينية "contagio" ويستخدم في علم النفس بمعنى "عدوى السلوك" فنجد العدوى الاجتماعية وأيضاً العدوى الانفعالية. تلعب تأثيرات العدوى دوراً أساسياً، خاصة في سياق المواقف الاجتماعية الاستثنائية كالكوارث ووالأوبئة والحروب. ويصاحبه الشعور بالخوف كما رأينا في التجارب السابقة مع الأوبئة، وفيما يتعلق بفيروس كوفيد-19، غالباً ما يُشار إلى الانتشار السريع للخوف، والذي توسطت فيه وسائل الإعلام في المقام الأول، على أنه "الجائحة الثانية". وهذا أمر جدير بالذكر في العنصر الموالي لأن الخوف المتصور ذاتياً له تأثير كبير على السلوك الصحي والقدرة على التأقلم نفسياً والتعايش مع الجائحة.

1.6. العدوى الاجتماعية

يمكن تعريف العدوى الاجتماعية بأنها عدوى السلوك بواسطة الآليات النفسية. تم وصف هذا المصطلح لأول مرة في عام 1895 من قبل غوستاف لوبون، الذي وصف في كتابه الصادر عام 1895 بعنوان "الحشد: دراسة للعقل الشعبي" أن الفرد تحت تأثير الجماهير يفقد قدرته على النقد وضبط النفس ويتصرف بشكل أساسي بالغريزة. حيث على الرغم من حدوث تأثيرات سلبية في المواقف الاجتماعية الاستثنائية، إلا أن التأثيرات الإيجابية مثل السلوك المسؤول والاجتماعي تحدث أيضاً.

وفيما يتعلق بفيروس كورونا، يمكن للعدوى الاجتماعية أن تنتشر وتعزز السلوكيات التعاونية والإيجابية في المجتمع. وفي نفس الوقت قد يظهر الخوف المتولد عمداً والسلوك اللاحق المرتبط بالخوف، الذي يسهل التلاعب بالأشخاص الذين يعانون من الخوف (Haas,2021).

2.6. العدوى الانفعالية Emotional Contagion

هي العملية التي يتم من خلالها إدراك مشاعر المدرك وكأنه مشاعره هو، يمكن أن تكون هذه العملية واعية أو غير واعية مع توفر شرط يساهم في زيادة التشابه في المشاعر بين اثنين أو المزيد من الأفراد (Goldenberg & Gross, 2020). فالعدوى الانفعالية اسم يطلق على العملية الموهبة التي يأتي من خلالها الفرد لخبرة مشاعر شخص آخر كمشاعره ولذلك فهي ترتبط ارتباط وثيقا بالتعاطف وهي تتأثر بعدة آليات تتمثل في:

ـ **المحاكاة:** حيث أثناء المحادثة يحاكي الأشخاص تلقائيا باستمرار تعابير الوجه والأصوات ووضعية الجسم والحركات والسلوكات الاستثنائية للآخرين ويزامنون حركاتهم معهم أثناء المحادثة.

ـ **التغذية المرتدة:** تتأثر التجارب الانفعالية للمشاركين بالتفعيل أو التغذية المرتدة من المحاكاة بالوجه والكلام ووضعية الجسم والحركة لحظة بلحظة.

ـ **العدوى:** يميل الأشخاص إلى التأثير بعدوى انفعالات الآخرين وتقمصها في ظل هذا الوباء الذي أصبح فيه الكثيرون منعزلين ولا يتواصلون إلا عن طريق وسائل التواصل الاجتماعي مما زاد من العدوى الانفعالية لدى الأفراد عبر رؤيتهم لمقاطع فيديو أو صور لأفراد آخرين (اسكندراني وصبيبة، 2023) فالعدوى الانفعالية هي عدوى العواطف والانفعالات التي تتوسطها الآليات النفسية. وهي تحدث ليس فقط من خلال الاتصال الشخصي المباشر، ولكن أيضاً من خلال وسائل الإعلام كما سبق ذكره. وكانت من بين النتائج الضارة والمثيرة للقلق لهذه العدوى في سياق كوفيد-19 أن الخوف، على وجه الخصوص، ينتشر بسرعة من خلال التغطية الإعلامية ويمكن تضخيمه بشكل أكبر من خلال وسائل التواصل الاجتماعي. ونتيجة لذلك، يمكن أن يحدث تصور مشوه للمخاطر، وانخفاض السلوك الصحي، والإحباط، والمطالب المفرطة، والتردد، ومشاعر القلق (Haas, 2021, p. 11)

7. الخصائص النفسية لجائحة كوفيد-19

قال هنري بوانكاريه (Henri Poincaré 1905) "لم يكن الطاعون شيئاً؛ كان الخوف من الطاعون أقوى بكثير". (Haas, 2021, p. 09)، فالأمراض المعدية كانت دائماً ما تثير أفكار ومشاعر مزعجة لدى غالبية الأفراد وهنا تبرز الخاصية الأولى التي تظهر عند حدوث الأوبئة وهي الخوف.

وقد شوهد ذلك خلال تفشي فيروس إيبولا في غرب أفريقيا في الفترة 2014-2015، حيث كان "الخوف من الوباء أسوأ من الوباء نفسه من حيث عدد الأشخاص المتضررين حيث أن خطر العدوى ضئيل أو معدوم" (Taylor, 2019, p.23). ولذلك يظهر الخوف كأول خاصية تتميز بها جائحة كورونا.

1.7. الخوف من العدوى

إن زيادة الخوف من العدوى الذي ظهر خلال جائحة كوفيد-19 وما سبقها من أوبئة يمكن أن يعزى لثلاث أسباب رئيسية تتمثل في:

- طبيعة الحدث المعدي، حيث أنه عادة ما يحدث بشكل غير ملحوظ وبسرعة، ولا يصبح مؤكداً إلا مع ظهور الأعراض.

- دور المصاب، فهو ضحية وناقل للمرض في نفس الوقت.

- الروايات العديدة والمثيرة عن آثار الأوبئة، خاصة فيما يتعلق بعدد الإصابات والوفيات. وتتمثل الوظيفة الرئيسية للأحاسيس غير السارة للخوف أو القلق في إرسال إشارة واضحة وملموسة إلى الفرد بأن هناك خطراً وشيكاً أو تهديداً وشيكاً أو بوجود صراع.

من حيث المبدأ، يمكن اعتبار الخوف من تهديد ملموس بمثابة وظيفة ضرورية للبقاء (Haas, 2021) ولذلك يُظهر البشر خوفاً تطورياً من الأمراض المعدية، وهو خوف مصمم لحمايتهم من الأذى (Taylor, 2019). كما يلعب الخوف دور أساسي في سياق الأوبئة كونه نتيجة نفسية شائعة، وبما أن جائحة كوفيد-19 هي تفشي مرض يتطور باستمرار وله عوامل خطر فريدة. لذلك، قد لا يظهر الخوف المرتبط بكوفيد-19 في الخوف والقلق المرتبطين بتقلص المرض والوفاة فحسب، بل أيضاً يظهر في الضغط الاجتماعي المهني المرتبط به (Arora & al, 2020).

2.7. الشعور بالوصمة

إن ظاهرة الوصم ليست حديثة بل ارتبطت تاريخياً بالعديد من الأوبئة وتعرض فيها المصابون إلى الرفض والتهمير بالإضافة إلى آلامهم الجسدية ومعاناتهم النفسية كنتيجة لعدم تقبلهم ولوصفهم بأبشع الصفات. فالوصمة هي "سمة لكل ناقل محتمل لعدوى الفيروس أو معرض لخطر الإصابة به أو يشتبه في إصابته به، يتم تجنبهم أو معاملتهم بشكل غير عادل أو في حالات استثنائية للغاية يتعرضون للهجوم. وبالإضافة إلى المعاناة النفسية التي تحدث لدى الأشخاص المتأثرين بالوصم، فقد يتأخرون في طلب علاجهم، مما يزيد من خطر الوفاة ويساهم في انتشار أسرع للوباء" (Haas, 2021).

إذا ما عدنا إلى الموجة الأولى من جائحة كورونا سنتذكر كيف تم وصف ووصم الناس المصابين بالفيروس وأقربائهم وحتى العاملين في المستشفيات، إذ تصاعد في البداية السلوك التمييزي العرقي ليشمل بعد ذلك كل شخص يعتقد أنه في احتكاك مباشر مع مصدر الفيروس كالمغتربين العائدين من المهجر والأطعم الطبية الذين ولم تشفع لهم حتى تضحياتهم وخدمتهم للمرضى ووقوفهم في الصفوف الأولى في مجابهة المرض والعدوى حيث تعرضوا لمختلف أنواع الوصم والتميز اللفظي ثم المرضى بالفيروس وعائلاتهم وأقربائهم ثم المتعافين من المرض وحتى الموتى لم يسلموا من ذلك، إذ اتخذ الوصم طابع السخرية في البداية؛ ووصم كل شخص تأكدت إصابته بالفيروس "بالمستهتر" الذي اخترق كل قوانين التباعد والأمان وتمت معاملته على أنه مجرم لا ضحية، ثم اتسعت أشكال الوصم لتشمل الشائعات المرضية حول عائلات المصابين. ولم يقف الأمر عند هذا الحد بل طالت حتى موظفي القطاع الصحي من أطباء وعمال مهنيين وإداريين (خبرارة، 2020).

8. أهم الاضطرابات النفسية في سياق جائحة كوفيد-19

قبل أن تسيطر جائحة كوفيد-19 على العالم مباشرة، كان العالم يحتفل بالذكرى المئوية لجائحة الأنفلونزا الإسبانية التي أثرت على ثلث سكان العالم في عام 1919، والتي خلفت مثلها مثل الأوبئة السابقة تداعيات مختلفة من نفسية واجتماعية واقتصادية وغيره خاصة منها السارس الذي كان خطيراً على كبار السن والضعفاء طبيًا، إلا "أن التأثير النفسي للسارس كان أكبر بكثير من التأثير الطبي من حيث عدد الأشخاص المصابين ومدة تأثرهم وقد استمرت الآثار النفسية عند بعض الأشخاص للسارس لفترة طويلة بعد تعافهم من الفيروس" (Taylor, 2019, p.13). وقد بلغ 20% من العاملين في مجال الرعاية الصحية عن مشاكل صحية عقلية متوسطة إلى حادة بعد عدة سنوات من انتشار جائحة السارس/متلازمة الشرق الأوسط التنفسية. كما أفادت العديد من الدراسات عن موجات من حالات الانتحار في نهاية الأوبئة، خاصة في مرحلة ثلثي الوباء (Vos, 2021).

بما أن الجائحة هي أكبر من الوباء فيمكن القول أنها "تركت ندوبًا عميقة على جميع مستويات النشاط البشري والمشاعر، وسوف تُسجل في التاريخ" (Haas, 2021)، وهناك إجماع عام على أن جائحة كوفيد-19 مثلت حالة طوارئ صحية عالمية حادة مؤثرة على الصحة البدنية والعقلية لأعداد كبيرة من الناس. حيث أفادت منظمة الصحة العالمية أن العام الأول من جائحة كوفيد-19 شهد ارتفاعاً كبيراً في معدلات انتشار القلق والاكتئاب في العالم إذ بلغت نسبته 25%؛ وقد قال الدكتور تيدروس أدهانوم غيبريسوس، المدير العام للمنظمة "المعلومات المتاحة لنا الآن عن تأثير كوفيد-19 على الصحة النفسية

في العالم ليست سوى غيض من فيض". (Who, 2022) ومشاكل الصحة العقلية هذه هي استجابة طبيعية للوضع غير الطبيعي للأوبئة (vos, 2021).

وعليه يمكن أن تتجم الاضطرابات النفسية أو تتفاقم بسبب الضغوطات المرتبطة بالجائحة، ومع انتشارها، يتكيف بعض الناس مع التهديد ويصبحون أقل قلقًا. وفي بعض الحالات يمكن أن تكون الآثار النفسية شديدة وطويلة الأمد. تُظهر الأبحاث حول تفشي السارس أن الآثار النفسية ليست دائمًا قصيرة الأمد، وأن ردود الفعل العاطفية يمكن أن تكون شديدة ومستمرة. فقد تم وصف السارس مثلًا بأنه "كارثة على الصحة العقلية بسبب انتشار الأمراض النفسية المرتبطة بالمرض" (Taylor, 2019) ومن أهم الاضطرابات النفسية التي تم حصرها ما يلي :

1.8. الاكتئاب: ترتبط الأمراض الفيروسية التنفسية بعواقب وتداعيات نفسية حادة وطويلة الأمد لدى المصابين؛ ويمكن أن يؤدي اضطراب الجهاز المناعي الناجم عن العدوى إلى الإصابة بأمراض نفسية حيث أشارت البيانات الأولية إلى أن المرضى المصابين بكوفيد-19 قد يعانون من الهذيان والاكتئاب والقلق والأرق بسبب العدوى الفيروسية المباشرة للجهاز العصبي المركزي أو من خلال الاستجابة المناعية للفيروس نفسه، أو من خلال الحالة النفسية كالعزلة الاجتماعية، والمخاوف بشأن نقل العدوى للآخرين، والوصم (Mazza & al, 2020).

يمكن أن يحدث الاكتئاب أو الحزن الشديد لدى الأشخاص الذين فقدوا أحبائهم أثناء الوباء. وكما ذكر أحد الناجين من الإنفلونزا الإسبانية، "كان هناك كل يوم شخص نعرفه في أعمدة النعي؛ وقد يحدث الشعور بالذنب الشديد إذا اعتقد الشخص أنه كان ينبغي عليه إنقاذ أحبائه أو اعتقد أنه مسؤول بطريقة أو بأخرى عن انتشار المرض . ووجد الباحثون أنه في الفترة حتى منتصف مايو 2020، عانى ما يقرب من سكان العالم من 34% من أعراض الاكتئاب الذي سمي عندما يترافق مع التوتر والقلق (Haas, 2021) ثالثًا الجائحة a triad of stress, anxiety and depression، ويعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم في سياق جائحة كوفيد-19 .

2.8. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة: على الرغم من وجود القليل من البيانات حول حدوث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتج عن جوائح الأنفلونزا، إلا أنه يمكن أن يحدث بسبب الضغوطات المرتبطة بالوباء مثل التعرض للوفيات على نطاق واسع، بما في ذلك وفاة الأحباء، تشير التقارير القصصية إلى أن بعض الناجين لديهم ذكريات متكررة وحيوية ومفصلة عن الضغوطات المرتبطة بالوباء، مما يشير إلى

إعادة تجربة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، الذي تمت ملاحظته عند بعض مرضى السارس وعند العاملين بالمستشفيات (Taylor,2019)

3.8. الانتحار ومحاولات الانتحار: هناك نتائج من وباء السارس (2003) والأنفلونزا الإسبانية (1918-1919) تشير إلى وجود علاقة بين زيادة معدل محاولات الانتحار نتيجة الافتقار إلى التماسك الاجتماعي والخوف الطويل الأمد.

كما تسرد دراسة أخرى من أبريل 2020 عددًا من عوامل الخطر لخطر الانتحار المرتبط بكوفيد-19 وهي الضغوط المالية، والعنف المنزلي، وتعاطي الكحول، والشعور بالوحدة، والحزن، ومحدودية الوصول إلى الغذاء، والتقارير الإعلامية غير المسؤولة (Haas,2021).

4.8. رهاب كورونا Coronaphobia: تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2013) الرهاب على أنه اضطراب قلق يتميز بالخوف المستمر والمفرط وغير واقعي من شيء أو شخص أو حيوان أو نشاط أو موقف.. وهو يجعل الإنسان يتجنب مسببات الخوف؛ وعندما لا يكون هذا التجنب ممكنًا، فإنه يسبب القلق والضيق (DSM5)؛ ورهاب كورونا هو رهاب ناشئ جديد خاص بكوفيد-19 ؛ وكما هو الحال في الأوبئة الأخرى التي ينشأ فيها الخوف والقلق حيث "سادت أنواع مختلفة من المخاوف المرتبطة بالسارس مثلاً، بما في ذلك الخوف من البقاء على قيد الحياة والخوف من إصابة الآخرين" (Taylor,2019, p.27). فإنه نفس الأمر في جائحة كوفيد-19 حيث المخاوف هي العواقب النفسية الكبرى.

استخدم الباحثون عدة تعبيرات لهذه الجائحة مثل: "الخوف من كوفيد-19"، "رهاب كورونا" للإشارة إلى الخوف من الإصابة بكوفيد-19. حيث لا يقتصر هذا الخوف فقط على الأماكن، المواقف، الأشياء العامة، ولكن في المقام الأول على الاتصال الجسدي بالبشر (Arora and al,2020)؛ ويسمى الخوف المبالغ فيه للغاية من العدوى أو من الجراثيم رهاب الميزوفوبيا mysophobia الذي يمثل شكلاً خاصاً من اضطرابات القلق ويتميز بالخوف الشديد من أشياء أو مواقف معينة. غالباً ما يُظهر الأشخاص المتأثرون سلوكاً تأقلمياً في شكل تجنب (مقابض الأبواب، العملات المعدنية، المراحيض...) أو فقط سلوك وقائي يبدو فعالاً في شكل إكراه على الغسيل أو التنظيف من أجل مواجهة العدوى. ونظراً لأن العدوى قابلة للانتقال وغير مرئية، فإنها تشكل تهديداً كبيراً محتملاً لكل من جسم الإنسان ونفسيته (Haas,2020)

5.8. العزلة أو الشعور بالوحدة: ظهر خلال جائحة كوفيد ما يسمى بالعزلة الجسدية (أي عدم الاتصال وجها لوجه) والعزلة الاجتماعية بسبب سياسة الحجر الصحي والتباعد الاجتماعي لدى الأشخاص الذين لديهم قلق كبير بشأن عدوى فيروس كوفيد-19 (Peng & Roth,2022).

فحسب روكاش وآخرون (Rokach & al,2014) فإن الوحدة النفسية ناتجة عن تجربة ذاتية تعبر عن شدة الحساسية وشعور الفرد بأنه وحيد وبعيد عن الجميع وأنه غير مرغوب فيه ومنفصل عن الآخرين وهذا الشعور ناتج أيضا عن الغياب الملحوظ للعلاقات الاجتماعية ويصاحب ذلك أيضا الشعور بأعراض الضغط النفسي" (بعلي، 2016، ص.200)، ويمكن أن تنشأ مشاعر الوحدة عند عدم تلبية حاجة الانتماء إلى الجماعة التي تعتبر من الحاجيات الأساسية (Haas,2021)

6.8. سلوك الوسواس القهري Obsessive-compulsive behaviour: يعتبر سلوك الوسواس القهري تجربة لأفكار وسواسية متكررة مع سلوكيات قهرية التي تلعب فيها المتغيرات النفسية دورا؛ وتعرف على أنها تلك الأفكار المتسلطة، الأفكار المؤلمة أو الدوافع التي تدخل إلى ذهن الفرد مرارا وتكرارا والتي تكون عنيفة أو لا معنى لها وقد ظهر هذا النوع من السلوكات الصارمة خلال جائحة كورونا بشكل اجتذب اهتمام الكثير من الباحثين.

على سبيل المثال، يمكن أن يشعر الفرد بالخوف من الإصابة بالعدوى، وبالتالي يغسل يديه باستمرار لأكثر من 20 ثانية، وحتى بعد غسلها يبقى في المنزل بشكل صارم. إذا احتاج إلى الخروج فسوف يتخذ العديد من الاحتياطات، إلا أن بعض الوسواس والأفعال القهرية تعتبر معقولة وقد تم وصفها من قبل السلطات الصحية لتقليل مخاطر العدوى. ومع ذلك، يمكن أن يصبح سلوك الوسواس القهري في فقد الشخص السيطرة عليه، ويحد من حياته الاجتماعية والمهنية. إضافة إلى أن وسائل الإعلام من شأنها أن تحفز سلوك الوسواس القهري، خاصة لدى الأفراد الذين عانوا من أعراض مماثلة أو كانوا عرضة للقلق قبل الجائحة.

هذا السلوك الوسواسي القهري الذي يكون نتيجة للتفسيرات الذاتية السلبية؛ يؤدي إلى ردود فعل جسدية مثل فرط الإثارة واليقظة المفرطة. ونفسية مثل القلق عندما يدخل في موقف ما أو يواجه تذكيرا بالسيناريو الذي يخشى حدوثه مثل رؤية فرد بدون قناع ووجه يسعل في مكان عام. ومن خلال عدم الخروج وعدم تعريض أنفسهم للسيناريو المخيف، يشعر الناس أنهم يسيطرون على قلقهم؛ يمنعون المواجهة مع السيناريو المخيف. ومع ذلك، يمكن أن يصبح السلوك القهري عادة؛ وهذه العادة المتمثلة في تجنب المواجهة مع مخاوفهم يمكن تعميمها على مواقف أخرى، يمكن أن ترفع عتبة العودة إلى الحياة اليومية بعد ذلك (Vos,2021).

7.8. توهم المرض Hypochondria: في ظل ما عاشه العالم من سرعة انتشار فيروس كورونا والخوف من انتقال العدوى وربما الوفاة، وفي ظل قلة المعرفة آنذاك حول الوقاية من الوباء أو طرق المعالجة منه،

زادت تلك الضبابية والغموض من احتمالية ظهور وساوس مرضية وتوهم الفرد حول الإصابة بالفيروس من خلال انشغاله المزيج والمستمر بوضعه الصحي بالمبالغة في وصف التغيرات الجسدية التي تحدث له حتى لو كانت بسيطة، "يفسر مثلا الإصابة بالسعال على أنها الإصابة بالفيروس وليست نزلة برد أو حساسية مما تجعله يتردد على العديد من الأطباء لإجراء الفحوص والتحليل الطبية لطمأنته أو القراءة بشكل مبالغ حول أعراض الفيروس على المواقع الطبية أو على شبكات التواصل الاجتماعي من أجل أن يخفف من معاناته ويزيل مخاوفه الوهمية حول إصابته بالعدوى... فيبالغ في التعقيم والتطهير وتكرار الغسل والمبالغة بالأفكار السلبية حول المرض وتركيز الانتباه على العدوى وطرق الانتشار ومتابعة الأخبار المؤلمة حول الإصابات والوفيات والمحجور عليهم ومدة الحجر بدرجة عالية من الحذر..." (بلخير، 2022، ص. 89-94).

ولذلك فتوهم المرض هو اضطراب نفسي المنشأ، يعبر عن اعتقاد راسخ بوجود مرض عضوي وقد يكون خطيرا رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، فينشغل الفرد انشغالا شديدا بصحته وتستمر شكواه بوجود آلام واحساسات مضايقة ومزعجة مقدما لها تفسيرات خاطئة وغير منطقية. لتتطور وتتحول إلى شكوى بدنية ملحة؛ يركز انتباهه في عضو أو عضوين من أعضاء الجسم، مما يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في اهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه، بحيث يعوق اتصاله الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال والوحدة، ويشعر بالنقص والشك في نفسه وعدم الراحة والقلق وعدم الثقة (قويدري وعاجب ، 2022).

ومع انتشار جائحة كورونا لوحظ أن سلوكيات الأفراد وتصوراتهم لحالتهم الصحية وإدراكهم للمرض تختلف باختلاف معتقدات الأفراد حول الصحة وهذا ما ينتج عنه إدراك مشوه لقوة الجسم ومناعته وتصورات خاطئة مبالغ فيها عن حدة وخطورة الأمراض وتطورها نحو الأسوأ مما ينجم عن ذلك مضاعفات أخرى قد تكون أكثر ضررا. فيعيش هؤلاء المرضى حالة نفسية قلقة يشعرون فيها بأنهم مهددين أو مصابين بالفيروس بالرغم من التزامهم الكامل بالتدابير الاحترازية لشروط الحماية من أجل الحفاظ على السلامة الصحية وفي وسط هذا التهديد يعيشون صراعا نفسيا كونهم يشعرون بأنهم مصابين بعدوى الفيروس، فتجدهم يكررون اتصالهم بالطوارئ أو الذهاب للاستعجالات أو الاتصال بطبيب العائلة من أجل التأكد من عدم إصابتهم بالوباء وغالبا ما تجدهم يبحثون عن يؤكد مرضهم ولا يشعرون بالراحة عندما يخبرهم الطبيب أنهم غير مرضى (قويدري وعاجب ، 2022).

8.8. اضطرابات ذهانية وفصامية: كتب الطبيب النفسي كارل مينينجر الذي كان يعمل في مستشفى بوسطن للأمراض النفسية خلال وباء الإنفلونزا الإسبانية أن الأعراض التي ظهرت على مرضاه تجاوزت

ما يرتبط عادة بالأنفلونزا. حيث عانوا من اضطرابات عقلية شديدة، مع نوع من الذهان في أكثر من نصفهم والهلوسة في ثلثهم تقريباً. ولم يكن مينينجر أول من لاحظ "ذهان الأنفلونزا". فبعد تفشي الأنفلونزا في سان بطرسبرغ، روسيا، في عام 1889، أبلغ الناس عن الاكتئاب والأفكار الانتحارية والأرق والرغبة في القتل أثناء الأنفلونزا وبعدها، كما وجد الباحثون أعراض ذهانية لدى المرضى المصابين بالسارس (Vos, 2021). ويمكن أن يظهر نفس الأمر عند بعض المصابين بكوفيد-19.

9.8. متلازمة السلوك المرضي sickness behaviour syndrome: تمت ملاحظة ردود الفعل التي توحى بسلوك المرض أثناء الجوائح، على الرغم من أنه قد يكون من الصعب تحديد ما إذا كانت ردود الفعل العاطفية (مثل التهيج والاكتئاب) ناتجة عن استجابة مناعية (سلوك المرض) أو ما إذا كانت ردود فعل لتفاعلات مرضية حيث يعتبر السلوك المرضي والحمى من ردود الفعل المميزة للعدوى (Taylor, 2019). وتم تحديد ما يسمى بـ "متلازمة السلوك المرضي" للأشخاص المصابين بعامل فيروسي أو بكتيري، وهذا يشمل أعراض مثل الغثيان، والتعب، والأرق، والاكتئاب، والتهيج، والتعرق، والنوبات، ومشاكل في الذاكرة والانتباه.

هذه ليست مجرد استجابات للحمى ولكنها ردود فعل مختلفة للعدوى. وقد قيل أن متلازمة السلوك المرضي هذه قد تفسر بعض الأعراض التي يعاني منها بعض الأفراد بعد فترة طويلة من التشخيص الأولي لكوفيد-19 حتى ولو كانت نتائج الاختبار سلبية. ومع ذلك، قد تكون أسباب أخرى أيضاً تكمن وراء الأعراض التي قد يعاني منها هؤلاء المصابون بما يسمى "متلازمة كوفيد-19" ما بعد الحادة "مثل تلف الأعضاء الدائم في الرئتين والقلب، ومتلازمة التعب ما بعد الفيروس (Vos, 2021).

9. بعض النماذج المفسرة لمراحل التكيف خلال جائحة كورونا

تتغير حياة الفرد استجابة لتصوراته المتغيرة وفق ظروف معينة. فعندما يقترب الوباء من نهايته، يرتفع عدد الأفراد الذين يصابون باضطرابات نفسية أو جسدية وهذا راجع إلى سوء التكيف مع الظروف الضاغطة المحيطة حيث سنعرض بعض النماذج التي شرحت مراحل التكيف مع ظروف الحياة الضاغطة التي تتجسد في جائحة كورونا.

1.9. النموذج الفسيولوجي لهامز سيلبي (Selye, 1950)

يؤكد سيلبي أن التعرض المستمر والمتكرر للضغوط يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياة الفرد تضاعف من حشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط فيستجيب لذلك بأعراض فسيولوجية تكون بغرض الدفاع عن الذات والمحافظة على الحياة (صلاح، 2020). وإذا ما أسقطنا ذلك على فيروس كورونا نجد

أن انتشاره يعد بمثابة خطر خارجي يهدد الفرد؛ ويسبب له ضغوط ويؤثر على مختلف جوانبه الجسمية والنفسية والعصبية، وقد يساهم ذلك في محاولته للتكيف والتعايش مع الوباء أو الإصابة باضطرابات نفسجسمية .

فمثلاً: إذا حاول الفرد أن يتذكر الحالات الأولى لكوفيد- 19 مع الغلق الإجباري مع أكثر اللحظات إرهاقا في تلك الفترة ، حتما كان الرد الأول له عندما علم بهذا الموقف الضاغط هو الإنذار أو الصدمة. فجسمه يتصرف كما لو كان مصاباً، وذلك عن طريق خفض ضغط الدم ودرجة حرارة الجسم. ثم يتم تنشيط الجهاز العصبي الودي، حيث يضخ الأدرينالين عبر جسمه، ويجهزه إما للقتال أو الهروب أو التجمد أو التغذية. بعد فترة من الوقت، قد يبدو الجسم طبيعياً مرة أخرى، ولكن يتم إطلاق هرمون التوتر الكورتيزول ويتم إيقاف وظائف الجسم غير الضرورية. عندما يظل الفرد في موقف مرهق لفترة طويلة، قد يستنزف موارده البدنية، وقد يضعف جهاز المناعة لديه، ويمكن أن يكون للإفراز المطول للأدرينالين آثار ضارة على الجسم، مما يجعله عرضة للأمراض والمرض. (Vos,2021) .

حسب فوس Vos في استطلاع كورونا قام به عام 2020، أفاد الأفراد أنهم عانوا من مستويات أعلى من الضغط النفسي والمزيد من الأعراض الجسدية التي تشير إلى انخفاض جهاز المناعة عندما تصوروا أن مخاطر العدوى والوفاة الخاصة بهم وأحبائهم كبيرة. حتى المستويات المنخفضة نسبياً من الضغط النفسي يبدو أنها تقلل من وظيفة الجهاز المناعي على المدى الطويل، لأنها قد تستنزف موارد الجسم. وبالتالي، كلما زاد الخوف من الإصابة بكوفيد-19، كلما أصبحت وظائف الجهاز المناعي أسوأ، ومن الناحية النظرية، أصبحت أكثر عرضة للإصابة بالعدوى (p.116) .

2.9. نموذج الحزن

شرحت العديد من مجالات العلوم النفسية هذا النموذج الذي اتبعته إليزابيث كوبلر روز KOPLER أثناء الوباء. وجادل الباحثون بأن الناس قد لا يكونون في حداد على فقدان أحد أحبائهم فحسب، بل قد يكونون أيضاً حزينين على فقدان حياتهم القديمة ويكافحون من أجل الوضع الطبيعي الجديد. حيث وصفت كوبلر روس تجربة الأفراد للحزن في خمس مراحل (Tyrrell & al,2023)

■ **مرحلة الإنكار** يعتقد الفرد الذي أصيب بالعدوى أنه غير مصاب ويتمسك بواقع زائف بأنه لم يصب بالمرض وهذا ما شهدناه في البدايات الأولى للجائحة حيث تم إنكار المرض وتجاهله والتصريح بأنه انفلونزا تقليدية.

- **مرحلة الغضب** وفيها عندما يدرك الفرد أن إنكار الوباء لا يمكن أن يستمر وأنه موجود، يصبح هنا الفرد غاضبا ويوجه اللوم على المتسبب في ذلك.
- **مرحلة المساومة** التي يتمسك فيها الفرد بأمل أن يتجنب الإصابة فيعود إلى الرب ويتوسل إليه من أجل النجاة من هذا الفيروس.
- **مرحلة الكآبة** والانعزال ييأس الفرد وينعزل لنهايتها للدخول في **مرحلة القبول** بالتعرض للموت أو الإصابة بالفيروس حيث أن الإصابة ستحدث.

3.9. نموذج مراحل التغيير Transtheoretical

المعروف أيضا باسم النموذج عبر نظري الذي تم اقتراحه من قبل Prochaska, Diclemente (Norcross,1992), ويستخدم هذا النموذج بشكل متكرر خلال الوباء. وهو يصف مراحل التغيير التي قد يمر بها الأفراد عندما يفكرون في إجراء تغييرات في حياتهم، مثل غسل اليدين بشكل متكرر، أو استخدام قناع الفم، أو التباعد الجسدي:

المرحلة الأولى من تغيير السلوك تدور حول التفكير المسبق، عندما لا يفكر الناس في التغيير، وبدلاً من ذلك ينكرون أنهم قد يحتاجون إلى تغيير سلوكهم، أو يتجنبون أي أخبار أو تذكير بالوباء.

المرحلة الثانية تتكون من زيادة الوعي بالفوائد المحتملة للتغيرات السلوكية، ولكن غالباً ما يعاني الأفراد من عدم اليقين والتناقض والمشاعر المتضاربة، ولا يعرفون كيفية التغلب على العوائق العملية التي تحول دون التغيير.

المرحلة الثالثة، يبدأ الأفراد بتجربة بعض التغييرات الصغيرة، وجمع المعلومات حول ما يجب القيام به، أو الحصول على الدعم من الآخرين.

المرحلة الرابعة، يتخذ الأشخاص إجراءات مباشرة لتحقيق أهدافهم.

المرحلة الخامسة تتكون من الحفاظ على "الوضع الطبيعي الجديد" وتجنب إغراءات العودة إلى العادات القديمة.

المرحلة السادسة قد يعاني بعض الأفراد - ولكن ليس جميعهم - من انتكاسة مؤقتة أو دائمة خلال هذه المرحلة، مثل نسيان استخدام معدات الوقاية الشخصية أو الشعور بالملل من التباعد الجسدي وعدم مقابلة الأصدقاء والأقارب؛ وقد تجعلهم هذه الانتكاسة يشعرون بخيبة الأمل أو الإحباط تجاه أنفسهم.

أشارت العديد من الدراسات إلى أنه يمكن للأفراد بالفعل المرور بمراحل التغيير هذه خلال كوفيد-19، على الرغم من أن هذه الخطوات في كثير من الأحيان ليست خطية تمامًا، ويمكن للأفراد التراجع أو تخطي مرحلة ما (Vos, 2021).

4.9. نموذج الأمراض العضوية Organic Disease Model

يقترح أن الالتهابات المتكررة والتعرض المزمن للأجسام الدقيقة المعدية في مجتمعنا الحديث يمكن أن يجعل الأفراد أكثر عرضة للإصابة بمشاكل الصحة العقلية المرتبطة بالتوتر، وقد تفسر هذه العملية الأعراض طويلة المدى لكوفيد-19، حيث استمر واحد من كل خمسة مرضى - وخاصة أولئك الذين يعانون من أعراض خفيفة في البداية - في ظهور أعراض مثل متلازمة المرض السلوكي ومع ذلك، هناك حاجة إلى مزيد من البحث حول الأسباب العضوية المحتملة لمشاكل الصحة العقلية بعد جوائح الأنفلونزا، وتحديداً بعد كوفيد-19. (Vos, 2021)

5.9. نموذج التغلب على التوتر Stress-Coping Model

يشرح هذا النموذج مشاكل الصحة العقلية بعد الإصابة بالعدوى نتيجة الفشل في التكيف النفسي مع الموقف العصيب. ويمكن تفسير هذا المنظور الجديد لـ (Folkman & Lazarus)، الذي يفترض أنه عندما يرى الفرد موقفاً ما على أنه تهديد وعندما يشعر أنه ليس لديه موارد كافية للتعامل مع هذا التهديد، فإنه يعاني من ضائقة نفسية مرتبطة بالصحة. وهنا يأتي دور إدراك المخاطر، وقد أكدت العديد من الدراسات حول المرض وإدراك المخاطر، أنه كلما كانت المخاطر الصحية الفعلية أكبر، زاد القلق. إن الأفراد الأكبر سناً الذين يعانون من أمراض مزمنة؛ يعرضهم فيروس كوفيد-19 للخطر نظراً لعدم توفر علاج لذلك ولنقص الموارد اللازمة للوقاية من الخطر؛ فهو تهديد صحي لهم، لذلك يرتفع عندهم مستوى القلق ويزيد الضيق النفسي عندهم (Vos, 2021).

6.9. النموذج الظاهري Phenomenological Model

يتحدث عن نظرتنا لأجسادنا والمخاطر الصحية التي نواجهها في حياتنا اليومية خاصة في فترة الوباء حيث نتخلى عن عاداتنا وننتبه لأجسادنا فقط عندما نواجه تهديداً صحياً، فننظر إليه بعيون شخص غريب، مثل الطبيب الذي ينظر بنظرة طبية إلى المريض وقد كتب ميرلو بونتي (1982): "نحن نفهم العالم من خلال تجربتنا الظاهرية لجسداً" (Vos, 2021, p.126) ونصبح نفكر في الاحتمال النظري لإصابة جسمنا بالمرض وكيف يمكننا التحكم في هذه المخاطر وكيف يمكننا إدراكها، مثلاً عندما نغسل

أيدينا بشكل متكرر وننعزل ذاتيا فإننا هنا نشعر بالغربة عن جسدنا ونتعامل معه كقنبلة موقوتة محتملة لأنفسنا وللآخرين. أي أنني أفكر في المخاطر الجسمية التي أواجهها خلال الوباء وفي نفس الوقت أريد أن أتجنب هذه المخاطر لأنني أخشى أن أفقد حياتي، وأريد البقاء على قيد الحياة. وهنا التجربة الجسدية تكون متشابكة مع التجربة في الحياة: فالتجربة الجسدية "مُعاشة"، وهذه التجربة المُعاشة للجسد هي التي تكون على المحك أثناء الأوبئة. وهذا يفسر سبب شعور بعض الأشخاص بالذعر عندما يتم إبلاغهم بمخاطر الإصابة بالعدوى: لأنهم يشعرون أن هذه المخاطر تعني خطراً مباشراً على حياتهم.

7.9. النموذج الوبائي Epidemiological model

لعب النموذج الوبائي دوراً مركزياً في جائحة كورونا لأنه لم يكن يتوفر إلا القليل من المعلومات حول الفيروس فكان من الصعب توقع كيف سيتصرف الناس في ظل سيناريو الوباء العالمي، وكانت الحاجة إلى اتخاذ قرارات من طرف الحكومات تتعلق بالصحة العامة، حيث تم استخدام هذا النموذج خلال الموجة الأولى من الوباء، بهدف التنبؤ بعدد حالات كوفيد-19، وعلى وجه الخصوص، عدد الوفيات مع أو بدون إدخال إلى العناية المركزة، ثم استخدم للتنبؤ بتطور الوباء ولتقدير تأثير التدخلات الصحية، وتوقع الآثار الجانبية، وتوقع التأثيرات لتدخلات معينة أو اقتراح استراتيجيات معينة. فالتنبؤ كان هدفاً مركزياً، خاصة في المراحل الأولى لجائحة كوفيد-19.

فهو يشرح كيفية تطور المرض وديناميكيات الوباء من خلال منظور مستوى السكان مع دراسة فوائد الإغلاق وعواقب رفع الإغلاق على مستوى البلاد وتقييم فعالية هذا الغلق لتجنب ذروة موجة أخرى، حيث يتم فحص التأثير المحتمل لتدابير ما بعد الإغلاق على معدل الإصابة بالأمراض والوفيات التراكمية، وعلى إشغال وحدة العناية المركزة. من خلال مناقشة ثلاث أمور هي: التباعد الجسدي، ارتداء الأقنعة، وحماية الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بعدوى كوفيد-19 الشديدة حيث يتم التطرق إلى فعالية التباعد الجسدي وارتداء الأقنعة في إبطاء الوباء وتقليل الوفيات، وتوفير معلومات حول العوامل التي تزيد من سرعة العدوى، وكيفية انتشار الفيروس بين السكان. وهذا كله من أجل تحقيق التأثير المنشود بالسيطرة على الوباء (Iranzo & Pérez-González, 2021).

8.9. النموذج السلوكي المعرفي

إن طريقة التفكير التي يمارسها الشخص هي المحرك الرئيسي لدخوله في حالة نفسية أو إصابته باضطرابات نفسية خاصة في ظل تعرضه لمواجهة وباء كورونا، وبناءً على هذا النموذج يمكن القول أن ردود الفعل الوبائية مثل التفسيرات الخاطئة للمحفزات المتعلقة بالصحة والتشوهات المعرفية والمعتقدات

غير العقلانية والسلوكيات غير القادرة على التكيف وعمليات الانتباه لها دور مركزي في المخاوف من عدوى كورونا ومجمل الاضطرابات النفسية حيث يخشى الشخص من التعرض لنوبة هلع في موقف أو يقيم الأحاسيس الجسدية بطريقة كارثية ومن ثم، فإن تقييم التهديد في الموقف هو الذي يسبب الرهاب.

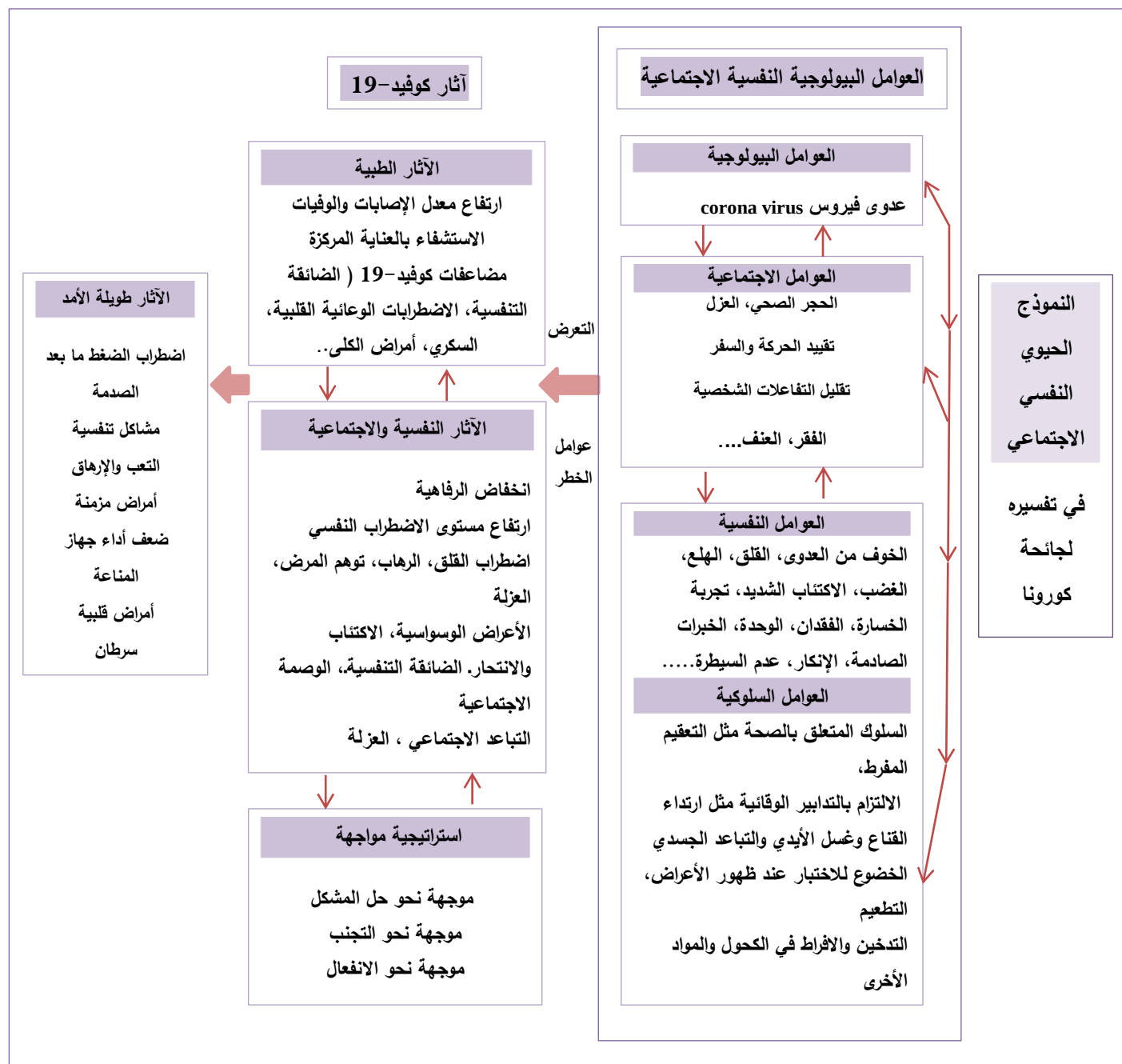
إن تقييم الأحاسيس الجسدية، مثل الحمى والسعال والتعب وصعوبة التنفس، والتي تم الإبلاغ عنها باعتبارها أكثر الأعراض المحسوسة لكوفيد-19 وعدم القدرة على التعامل مع مثل هذه الإشارات التهديدية يمكن أن يؤدي إلى القلق الصحي. الذي يطلب الأفراد الاستشارة، ليس فقط بسبب الانزعاج الجسدي، ولكن أيضًا بسبب وجود أحداث معرفية متنوعة تثير القلق. على سبيل المثال، قد تكون المعرفة بأن فيروس كورونا ينتشر من خلال الاتصال البشري، مرتبطة بزيارة خارجية ربما قام بها الشخص، مما يزيد من دائرة الخوف بين الناس ويجعلهم يدققون مثلاً حتى في أخف العلامات الجسدية.

في الجائحة الحالية؛ وحسب آرورا وآخرون (Arora & al,2020) فإن الحال مثل حالات نقشي الأمراض السابقة، امتلأت خطوط المساعدة بمكالمات الاستغاثة من أشخاص يشعرون بالقلق من أن أعراضهم المرتبطة بكوفيد-19؛ مثل هذه التفسيرات الكارثية قد لا تكفي بالقياسات السريرية، وبالتالي ينشغلون بالأعراض ويسعون إلى الطمأنينة المتكررة، مما يقودنا إلى الجزء السلوكي من إدارة رهاب كورونا مثلاً حيث يمكن الحصول على الطمأنينة بعدة طرق خفية، بما في ذلك الفحص المتكرر للأحاسيس الجسدية، قياس الحمى، التطبيب الذاتي، قراءة الأخبار، والمناقشة مع العائلة، قد تؤدي الارتباطات طويلة المدى في مثل هذه السلوكيات التي تسعى إلى تحقيق الأمان إلى المبالغة في الأنشطة التي ستوفر لهم الإشباع والشعور بالحماية، أو تمنع التهديد الذي يؤدي إلى تأجيج التغيرات الجسدية والارتقاء. التوتر، وبالتالي يؤدي إلى حالة من رهاب كورونا.

9.9. النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي

ركز النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي على التفاعلات بين العوامل النفسية والاجتماعية على الأفراد خلال جائحة كورونا وتأثيراتها في وجود العامل البيولوجي المتمثل في عدوى الفيروس. حيث تلعب هذه الأبعاد الثلاث دور هام كمؤشرات خطر على الصحة التي قد تساعد في القابلية للإصابة بالعدوى مما يؤدي ذلك إلى هشاشة الجهاز المناعي، الذي يؤثر بدوره على مختلف الأجهزة الفيزيولوجية للفرد ويجعل عدوى الإصابة بالفيروسات سريعة واستقطاب المضاعفات واردة. "العوامل على المستوى الاجتماعي تؤثر على العوامل على المستوى النفسي والسلوكي الفردي وهذه العوامل الفردية بدورها تؤثر على العمليات البيولوجية للفرد" (Kop, 2021, p.305).

فهو فسر كيف تحدث العدوى وكيف تؤثر وتتأثر في إطار تداخل ودمج العوامل الثلاث السابقة الذكر مبينا مجموعة من التداعيات التي خلفتها الجائحة بين الأفراد (أنظر الشكل رقم 2).



شكل رقم (2): يوضح تفسير النموذج الحيوي النفسي لجائحة كورونا
المصدر: (Kop, 2021)

9. لمحة مختصرة عن فيروس كورونا بالجزائر

تم تسجيل أول حالة مصابة بفيروس كوفيد-19 بالجزائر لرعية إيطالية بتاريخ 25 فيفري 2020 ثم تم الإعلان بعدها عن حالتين بتاريخ 01 مارس 2020 انتقلت لهما العدوى عن طريق قريب لهما مقيم بفرنسا وبعدها بدأ المرض ينتشر في كل الولايات (وزارة الصحة، بيانات صحفية Covid-19، 2020). **الموجة الأولى:** بتاريخ 21 مارس 2020 تم الإبلاغ عن 49 حالة جديدة وفي 03 أبريل ارتفعت حصيلة الإصابات المبلغ عنها لتصل إلى 187 حالة؛ ثم انخفضت الإصابات لتصبح 82 إصابة جديدة في 11 أبريل 2020؛ وفي 22 ماي 2020 تم تسجيل 190 حالة جديدة لتعود للانخفاض في 10 جوان 2020 وفي شهر جويلية أخذت الإصابات منحاً تصاعدياً حيث تم تسجيل 475 حالة جديدة بتاريخ 07 جويلية 2020 واستمر العدد حتى أواخر جويلية ليبلغ 675 حالة جديدة تمثل ذروة عدد الإصابات في هذه الموجة الأولى لتتخفض الإصابات من جديد وتصل إلى 74 إصابة بتاريخ 13 أكتوبر 2020. أما بالنسبة للوفيات تم تسجيل أول حالة وفاة بالفيروس بتاريخ 12 مارس 2020 (وزارة الصحة، 2020) ثم بدأت حالات الوفيات في الارتفاع لتصل يوم 21 مارس إلى 15 حالة (بوعشة، 2020، ص. 131). ثم انخفضت ليتم تسجيل حالة واحدة وفاة بتاريخ 27 مارس 2020 لترتفع من جديد وتصل إلى 28 حالة وفاة جديدة بتاريخ 02 أبريل 2020 وهي ذروة عدد الوفيات في الموجة الأولى (وفيات كورونا في الجزائر، 2022).

■ **الموجة الثانية:** شهدت الجزائر في 06 نوفمبر 2020 منحا تصاعدياً للإصابات الجديدة حيث تم تسجيل 631 حالة مصابة بالفيروس لتصل في 24 نوفمبر 2020 إلى 1133 إصابة جديدة تمثل ذروة الإصابات بالنسبة للموجة الثانية. ثم بدأت في الانخفاض إلى 86 إصابة في 28 مارس 2021. أما بالنسبة للوفيات تم تسجيل 23 حالة وفاة جديدة بداية مع شهر نوفمبر 2020 (وفيات كورونا في الجزائر، 2022) ثم بدأ في الانخفاض تدريجياً إلى أن تراوح من 3 إلى 4 حالات وفاة جديدة.

■ **الموجة الثالثة:** بدأت الإصابات في الارتفاع والانخفاض حيث تم تسجيل 232 إصابة جديدة بتاريخ 27 أبريل 2021 و 117 إصابة في 16 ماي 2021 ثم ارتفعت إلى 397 إصابة بتاريخ 30 جوان 2021 لتصل إلى ذروتها بحلول شهر جويلية بعدد يقدر بـ 1927 إصابة بتاريخ 28 جويلية 2021، ثم أخذ العدد في الانخفاض بتاريخ 24 أكتوبر 2021 ليصل إلى 72 إصابة جديدة.

بالنسبة للوفيات بدأت في الارتفاع بداية من 01 جويلية 2021 دون انخفاض ليصل العدد إلى ذروته إلى 49 حالة وفاة جديدة وهي أكبر حصيلة يومية شهدتها الجزائر تزامناً مع الموجة الثالثة وذلك نتيجة

انتشار متحور دلّنا الذي يعد أكثر سلالات كوفيد-19 قدرة على العدوى كما أنها سبّبت حالات مرضية خطيرة بالإضافة إلى أزمة خانقة في مادة الأكسجين (وفيات كورونا في الجزائر، 2022).

■ **الموجة الرابعة:** بدأ العدد في الارتفاع من جديد حيث تم الإبلاغ عن 187 إصابة جديدة بتاريخ 30 نوفمبر 2021 و 375 إصابة يوم 24 ديسمبر 2021 ، لتأخذ الإصابات الجديدة منحاً تصاعدياً في شهر جانفي 2022 برقم يقدر بـ 2521 إصابة وهو ما يؤكد دخول الجزائر في موجة رابعة. بالنسبة للوفيات بلغت 15 حالة وفاة جديدة بتاريخ 21 جانفي 2022 وهي ذروة الموجة الرابعة التي كانت أقل رقم ذروة لأن متحور أميكرون الذي شهدته الجزائر في هذه الفترة هو أكثر سرعة في الانتشار وأقل خطورة (وفيات كورونا في الجزائر، 2022).

وقد بلغ العدد الإجمالي المبلغ عنه للمصابين بعدوى كوفيد-19 بالجزائر حتى تاريخ 12 فيفري 2022: 261503 إصابة. (إصابات كورونا في الجزائر، 2022).

بلغ العدد الإجمالي لحالات الوفيات بفيروس كوفيد-19 حتى تاريخ 15 فيفري 2022؛ 6749 حالة وفاة (وفيات كورونا في الجزائر، 2022) وكل موجة تميزت بظهور خصائص نفسية معينة. وبما أن الدراسة الحالية تمت بولاية مستغانم سنعرض في الجدول رقم (02) عدد الإصابات والوفيات بصفة عامة منذ بداية الجائحة إلى غاية 01 ديسمبر 2022:

جدول (02): الوضعية الوبائية لفيروس كورونا بولاية مستغانم

السنة	عدد الإصابات	عدد الوفيات	العدد الإجمالي للإصابات الإيجابية	العدد الإجمالي للإصابات السلبية	المجموع
سنة 2020	1694	269	1963	2449	4412
سنة 2021	2721	615	3336	2766	6102
سنة 2022	1038	116	1155	968	2023
العدد الإجمالي المبلغ عنه لحالات الإصابات الإيجابية والوفيات بفيروس كورونا حتى تاريخ 01 ديسمبر 2022 هو:					
عدد الإصابات: 5453					
عدد الوفيات: 1000					

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية مستغانم/2022

رابعاً: الدراسات السابقة

يتناول هذا الجزء عرضاً للدراسات السابقة ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة التي أمكن الوصول إليها من خلال مراجعة الأدب النظري، وقد صُنِّفت هذه الدراسات إلى ثلاث مجموعات تتمثل في الدراسات التي تناولت الأنماط السلوكية والميول وعلاقتها بكوفيد-19، الدراسات التي تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها بكوفيد-19، الدراسات التي تناولت المضاعفات النفسية والجسدية لكوفيد-19. وقد تم عرض هذه الدراسات سواء كانت عربية أم أجنبية، مرتبة من الأحدث إلى الأقدم وهي كالتالي:

1. الدراسات التي تناولت الأنماط السلوكية للشخصية

دراسة فيسي وآخرون (Veisi & al, 2023) التي هدفت إلى النظر في دور قلق الموت كوسيط في العلاقة بين أنواع الشخصية والصحة النفسية لدى الأشخاص المصابين بمرض كوفيد-19، مطبقة على عينة مكونة من 220 من جميع الأشخاص الذين عانوا من كوفيد-19 بإيران خلال سنة 2020-2021، بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي مقياس الصحة النفسية، ومقياس العوامل الخمسة لجون وسريفاستافا، ومقياس الموت للقلق كوليت ليستر. وكشفت النتائج أن أنماط الشخصية الانبساطية والتكيفية والضميرية لها علاقة إيجابية مع الصحة النفسية، في حين أن النمط العصابي له علاقة سلبية مع الصحة النفسية، كما أن الانفتاح على التجربة يؤدي بشكل غير مباشر إلى تحسين الصحة النفسية عن طريق الحد من الوفيات. حيث أن قلق الموت يلعب دوراً وسيطاً في العلاقة بين أنواع الشخصية والصحة النفسية لدى الأشخاص المصابين بالفيروس.

وكان الغرض من دراسة فيرنانديز بيشل وآخرون (Fernández-Pichel & al, 2023) فهم الاستجابة العاطفية للناس وتأثير كوفيد-19 على سمات الشخصية من خلال التحليل الشامل لتطور الشخصية والجوانب النفسية في مجموعة واسعة النطاق من التغريدات المستخرجة خلال جائحة كوفيد-19. بإنشاء مجموعتين كبيرتين من التغريدات عبر الانترنت والتي تم جمعها خلال الوباء بالولايات المتحدة وإسبانيا. حيث كشفت الدراسة عن آثاراً متزايدة للانطواء والعصابية. كما كانت العلامات الأكثر شيوعاً لاضطرابات الشخصية هي تلك المرتبطة بالاكنتاب والفصام والنرجسية.

وتمثل الهدف في دراسة رامستد وآخرون (Rammstedt & al, 2022) إلى استكشاف دور سمات الشخصية في الجوانب الرئيسية في التنبؤ باستجابات الأفراد من مواقف وسلوكيات لوباء كوفيد-19 في ألمانيا عبر الانترنت تضم عينة مختارة عشوائياً تقدر بـ 2217 من خلال دراسة مسحية واسعة النطاق

بالاعتماد على استبيانات مصممة حول كيفية تفاعل الناس مع الأوبئة ومقياس الخطر المتصور للإصابة بفيروس كورونا ومقياس المعتقدات وكشفت النتائج أن الشخصية لديها قدرة تنبؤية محدودة (بين 0.6% و 3.8%) للتصورات والمواقف والتغيرات السلوكية المتعلقة بكوفيد-19.

نفس الهدف ذهبت إليه الدراسة الاستقصائية للعميري وآخرون (Al-Omiri & al 2021) حول العلاقة بين عوامل الشخصية والتأثيرات والمخاوف والسلوكيات المرتبطة بفيروس كورونا مطبقة على عينة متنوعة تغطي أربعة بلدان (ثلاث عينات عربية من الأردن، السعودية، فلسطين والمملكة المتحدة). مكونة من 1319 مشاركاً منهم 744 أنثى و 575 ذكراً بين 18-75 عاماً باستخدام اختبار نموذج العوامل الخمسة للشخصية. أوضحت النتائج ارتباط ارتفاع درجات العصابية بمزيد من المخاوف والقلق والتأثيرات السلبية المتعلقة بكوفيد-19. وتوضح هذه النتائج أهمية العلاقة بين عوامل الشخصية والتغيرات المرتبطة بكوفيد-19 حيث ساهمت أبعاد الشخصية في التنبؤ بالتأثيرات المختلفة للفيروس.

وفي دراسة ميرلو وآخرون (Merlo & al, 2021) تم تسليط الضوء على دور أليكسيثيميا كمتنبئ مهم على تأثيره القوي على معاناة الإصابة بالعدوى، وبشكل أكثر تحديداً بسبب وجود عدم اليقين والحاجة إلى التعامل مع محتويات مزعجة بوساطة الكبت والتكتم. وتحدث في جزء من دراسته الوصفية حول العلاقات بين المتغيرات الشخصية مثل العمر وسنوات الدراسة ومتغيرات الأليكسيثيميا والميول القمعية لدى مجموعة مكونة من 355 شخصاً تتراوح أعمارهم بين 18 إلى 78 عاماً باستخدام مجموعة من المقاييس أهمها مقياس تورنتو لأليكسيثيميا. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين أليكسيثيميا، وبين صعوبة التعرف على المشاعر. حيث لعبت العوامل المتعلقة بالأليكسيثيميا دوراً كبيراً في قابلية الإصابة بالعدوى.

وفي دراسة شاهزافارينيا وآخرون (Shahsavarinia & al. 2021) هدفت إلى فحص الدور الوسيط للتوتر والقلق في العلاقة بين الشخصية من النوع (د) وكوفيد-19 لدى المرضى المشتبه في إصابتهم بهذا المرض من خلال المنهج الوصفي التحليلي حيث تم اختيار 196 مريضاً من بين المشتبه بإصابتهم بفيروس كورونا المستجد ويمثلون خصائص الشخصية من النوع (د)، تم تقسيم العينة إلى عينة لديها اختبار ايجابي لكوفيد (ن=90) وعينة لها اختبار سلبي (ن=106) باستخدام مجموعة من المقاييس أهمها مقياس النمط (DS-16) D-16 ومقياس تايلور للقلق، والمقياس الفرعي للانبساط لجرد الشخصية متعدد الأطوار في مينيسوتا (MMPI2). وأسفرت النتائج أن الشخصية من النمط (د) ليس لها تأثير مباشر كبير على الإصابة بالمرض، ولكن بالنظر إلى العلاقة غير المباشرة بين كوفيد-19 والشخصية من النوع (د)، يمكن اعتبار المتغيرات الوسيطة للتوتر والقلق متغيرات وسيطة كاملة. ووفقاً للنتائج، يمكن ربط الشخصية من النوع (د) بكوفيد-19 عن طريق التوتر والقلق.

علاوة على ذلك هدفت دراسة وانج وآخرون (Wang & al, 2021) التي هدفت إلى التدقيق في تأثير الشخصية من النمط (أ) على الصحة الجسمية والعقلية خلال جائحة كوفيد-19؛ تحديداً على المؤشرات البيوكيميائية لإنزيم ناقلة أمين الأسبارتات (AST) والمؤشرات السلوكية للشهية واضطراب النوم، وتحليل التأثير الوسيط للاكتئاب. حيث تم إجراء مسح باستخدام طريقة الاستبيان بين عينتين: عينة الأشخاص العاديين (ن = 325) وعينة الطاقم الطبي في الخطوط الأمامية لمكافحة الوباء (ن = 310)، وفي الوقت نفسه، تم استخدام تحليل المسار متعدد المجموعات لتقييم اختلافات المسار بين نماذج عينتين. واستخدام مقياس نمط السلوك ومقياس الاكتئاب ذاتي التقييم ومقياس التقييم الذاتي للأعراض السريرية (SCL-90) مع استخدام محلل كيميائي حيوي أوتوماتيكي Beckman AU-2700 للكشف عن AST في الدم الوريدي. وأظهرت نتائج تحليل الوساطة لكلا العينتين أن الاكتئاب توسط بشكل كبير في العلاقة بين النمط (أ) للشخصية والشهية واضطراب النوم. وأظهرت نتائج تحليل المسار متعدد المجموعات أن العلاقة بين الشخصية من النوع (أ) والشهية واضطراب النوم تبدو أقوى لدى الأشخاص العاديين، في حين أن العلاقة بين الاكتئاب والشهية واضطراب النوم، تبدو أقوى بشكل ملحوظ لدى الطاقم الطبي في الخطوط الأمامية لمكافحة الأوبئة.

وألقت دراسة كوراني وآخرون (Kroencke & al, 2020) الضوء على دور العصابية في السمات الشخصية للتنبؤ بمن يعاني من الاستجابات العاطفية السلبية على عينة بلغت 1609 شخص من الانترنت باستخدام مقياس العصابية الفرعي من النسخة الألمانية من Big Five Inventory-2 S. وأظهرت أن الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع مستوى العصابية شهدوا تأثيراً سلبياً أكبر وتقلباً أعلى في حياتهم اليومية جراء كوفيد-19 حيث أبدى هؤلاء اهتماماً كبيراً بالمعلومات المتعلقة بالفيروس ما زاد من قلقهم بشأن عواقب الوباء وتعرضوا لمزيد من التأثير السلبي خلال هذا الانشغال بالضرورة.

واتجهت دراسة تواتي (2016) نحو علاقة الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية: الاكتئاب، السيكوباتية، الهستيريا، الوسواس والتي هدفت إلى معرفة دور المتغيرات النفسية في سببية بعض الاضطرابات، من خلال النمط السلوكي الذي ينشأ من التفاعل بين صفات شخصية الفرد، استعداداته الوراثي، محيطه البيئي، وإدراكه لمسببات الضغوط، وإمكانية تعريض صاحب هذا النمط للإصابة بالاضطرابات النفسية. ولتحقيق هذا الغرض تم الاعتماد على المنهج الوصفي بتطبيق مجموعة من اختبار الشخصية متعدد الأوجه (MMPI) ومقياس الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) لكل من آمال عبد السميع مليجي (2003) وقروسارت ماتيساك وأيزنك (1990)، على عينة قوامها 302 فرد من

الجنسين موزعين على مجموعتين، مجموعة الأسوياء (184) وأخرى لغير الأسوياء (118) بهدف المقارنة. وأظهرت المعالجة الإحصائية أن الأنماط السلوكية هي عامل خطر للإصابة بهذه الاضطرابات بوجود فروق دالة بين الأسوياء وغير الأسوياء من المنتمين للأنماط الثلاثة (أ-ب-ج)، في الإصابة بالاضطرابات النفسية السابقة الذكر.

2. الدراسات التي تناولت الصدمة النفسية وعلاقتها بكوفيد-19

بحثت دراسة كوردي وآخرون (Kordi & al, 2023) في الصدمة المدركة عند مرضى كوفيد-19 ومقارنتها مع الاكتئاب والقلق والهوس لدى ثلاث مجموعات من مرضى كوفيد-19 ومرضى العظام والأشخاص الأصحاء خلال ذروة فيروس كورونا الرابعة والخامسة في إيران لمعرفة ما إذا كان مرضى كوفيد-19 أم لا. هم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات الصحة العقلية مقارنة بالحالات الطبية الأخرى والأشخاص الأصحاء. باستخدام أربع مقاييس تتمثل في مقياس الحدث المنقح للصدمة المتصورة، مقياس بيك للقلق، مقياس بيك للاكتئاب ومقياس بيل براون للوسواس القهري على عينة مكونة من 210 شخص وتوصلت إلى أن الصدمة المدركة ظهرت بشكل كبير في المجموعة المصابة بكوفيد-19 مقارنة بالحالات الصحية الأخرى .

هدفت دراسة خادم حمزي وآخرون (2023) Khadem Hamzei إلى التحقيق في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى المتعافين من كوفيد-19 في مدينة همدان بإيران من نوفمبر 2021 إلى غاية فبراير 2022. على عينة عشوائية بلغت 185 متعاف منهم (63.2%) من النساء. مع تأكيد تشخيص الإصابة بكوفيد-19 وفاصل زمني لمدة شهر واحد على الأقل وثلاثة أشهر على الأكثر من وقت الإصابة، باستخدام نموذج الملف الشخصي الديموغرافي ومقياس ميسيسيبي. كانت نتيجة متوسط اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى الأشخاص الذين تعافوا معتدلة تراوحت من 17.37 إلى 80.37، من بينهم 23.8% لديهم اضطراب ما بعد الصدمة منخفض و72.4% لديهم اضطراب ما بعد الصدمة معتدل و3.8% لديهم اضطراب ما بعد الصدمة مرتفع. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن ثلاثة أرباع الأشخاص الذين تعافوا من فيروس كوفيد -19 يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وكانت هذه الأعراض أكثر حدة عند النساء البدنيات والمسنات.

ونفس الهدف ذهبت إليه دراسة سوجان وآخرون (Sujan & al, 2023) من أجل تحديد مدى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة به بين المرضى الذين تعافوا من COVID-19 في

بنغلاديش. وذلك من خلال مسح إلكتروني شمل 326 فرداً منهم 69.0% ذكور؛ من عمر 18 إلى 76 عاماً، وتم إجراؤه بين سبتمبر 2020 إلى يناير 2021. باستخدام قائمة التحقق من اضطراب ما بعد الصدمة لـ DSM-5 و (PCL-5) وكان معدل الانتشار التقديري لاضطراب ما بعد الصدمة 40.5% و 37.7% و 35.9% على التوالي. وكشف التحقيق الحالي عن مستوى أعلى بكثير من اضطراب ما بعد الصدمة بين المرضى المتعافين من فيروس كورونا.

كما سعت دراسة راضي (2022) إلى التعرف على الصدمة النفسية وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى المتعافين من وباء كورونا بمحافظة بغداد البالغ عددهم 200 فرد متعاف تم اختيارهم بشكل عشوائي بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي واستخدام مقياس مصمم من طرف الباحث حول الصدمة ونمو ما بعد الصدمة. وتوصلت الدراسة في جزء من نتائجها إلى وجود مستوى مرتفع من الشعور بالصدمة النفسية لدى المتعافين مع عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الشعور بالصدمة النفسية تعود إلى متغير الجنس حيث وجدت علاقة قوية سلبية بين الشعور بالصدمة النفسية ونمو ما بعد الصدمة لدى المتعافين من وباء كورونا.

فيما يتعلق بمسار المرض نجد دراسة ستافم وآخرون (Stavem & al 2022) التي استهدفت تقييم هذا المسار ورصد تأثيراته النفسية ومحددات اضطراب الصدمة على مدى 12 شهراً بعد العلاج في المستشفى بسبب كوفيد-19 على 251 متعاف من كوفيد-19 في جنوب النرويج بالاعتماد على قائمة (PCL-5)، وقد أشارت النتائج أن أعراض الصدمة تظهر بعد الإصابة بعدوى فيروس كوفيد-19 عند شهر ونصف 1.5 و 3 أشهر و 12 شهراً على التوالي. وتستمر مستويات الإصابة بالاضطراب ما بعد الصدمة من 1.5 إلى 3 أشهر بعد دخول المستشفى، لكنها لم تنخفض أكثر إلى 12 شهراً، ولم يكن هناك تفاعل بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومرض كوفيد-19.

من البحوث من ركز كذلك على مدى انتشار المشاكل النفسية عند المصابين بالكوفيد ومن بينهم دراسة هوانج وآخرون (2022) Huang التي هدف من خلالها إلى تحديد مدى انتشار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والعوامل المرتبطة به، والعلاقة مع جودة الحياة في المتابعة طويلة الأمد للمتعافين من كوفيد-19 لمدة 6 أشهر بمستشفى شين هوا بالصين. (على المصابين بعدوى كوفيد-19 الذين احتاجوا إلى دخول المستشفى في بداية الوباء وتم شفاءهم؛) البالغ عددهم ما مجموعه 574 مشاركاً حيث تم إجراء مقابلات مع جميع المشاركين وجهاً لوجه من خلال سلسلة من الاستبيانات تمثلت في استبيان الأعراض الذي طوره الباحث من أجل تحديد الأعراض عند المتابعة، قائمة مراجعة اضطراب ما

بعد الصدمة PCL-C، واضطراب القلق. وقد أظهر 77.9% من المتعافين عرضاً واحداً على الأقل، حيث تم الإبلاغ عن التعب أو ضعف العضلات (47.9%) بشكل متكرر، يليه ضيق الصدر (29.4%) وصعوبة النوم (29.4%). وكان انتشار اضطراب ما بعد الصدمة 11.15%. كما أوضحت النتائج أن عدداً كبيراً من الناجين من كوفيد-19 كانوا يعانون من ضائقة جسدية أو نفسية بدرجات متفاوتة في 6 أشهر بعد الخروج من المستشفى حيث كان الأشخاص المصابون باضطراب ما بعد الصدمة أكثر عرضة للإصابة بأعراض تنفسية مستمرة وصعوبة في النوم، بالإضافة إلى القلق وانخفاض نوعية الحياة.

كما هدفت دراسة بيترسون وآخرون (2022) Pitron & al إلى تحديد العوامل المرتبطة بأعراض الإجهاد ما بعد الصدمة بعد 3 و 6 أشهر من خروج المرضى من المستشفى بسبب كوفيد-19 خلال سنة 2020 باستخدام الاستبيانات التلقائية عبر الإنترنت وإجراء التقييمات السريرية لـ 119 مريضاً بعد 3 أشهر من الخروج من المستشفى و 94 مريضاً بعد 6 أشهر من الخروج ومقياس القائمة المرجعية لاضطراب ما بعد الصدمة (PCLS) مع فحص العديد من العوامل المفترضة المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، بما في ذلك الحالة الاجتماعية والديموغرافية، والاستشفاء في وحدة العناية المركزة، وتاريخ الاضطراب النفسي، ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفى. وتوصلت النتائج إلى أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة 31.9% بعد 3 أشهر و 30.9% بعد 6 أشهر. وارتبطت أعراض القلق والاكتئاب وتاريخ الاضطراب النفسي بشكل مستقل مع اضطراب ما بعد الصدمة وعليه فقد أظهر المرضى المصابون بكوفيد-19 درجات عالية مستمرة من اضطراب ما بعد الصدمة لمدة تصل إلى 6 أشهر بعد الخروج من المستشفى. ارتبطت في هذا الوضع الوبائي المحدد بمعدلات عالية من التجارب الانفصالية أثناء العلاج في المستشفى.

ودراسة بونازا وآخرون (2022) Bonazza & al التي هدفت إلى تقييم مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والنمو اللاحق للصدمة بين المرضى الذين تم إدخالهم إلى المستشفى بسبب كوفيد-19 خلال الموجة الأولى من الوباء بعد 6 أشهر من الخروج، وإلى تحديد العوامل الاجتماعية والديموغرافية والسريرية المرتبطة بالنتائج النفسية. وقد خضع المشاركون الذين بلغ عددهم 100 مريض من خلال هذه الدراسة الوصفية للتقييم عن بعد باستخدام مقياس القلق والاكتئاب وقائمة مراجعة اضطراب ما بعد الصدمة. وأسفرت النتائج ارتفاع معدل انتشار أعراض القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة بين المتعافين من كوفيد-19 بعد 6 أشهر حيث أبلغ 34% و 24% من

المرضى، على التوالي، عن القلق والاكتئاب فوق العتبة السريرية، و20% استوفوا معايير التشخيص المحتمل لاضطراب ما بعد الصدمة.

بحثت دراسة نزيماوند وآخرون (Nzimande & al, 2022) في العوامل المرتبطة بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وفي الاختلافات بين الجنسين لدى البالغين المقيمين في جنوب إفريقيا أثناء جائحة كوفيد-19 البالغ عددهم 489 ما فوق 18 سنة من خلال استطلاع الكتروني عبر الإنترنت تم تنفيذه في أواخر ديسمبر 2020 مع استخدام القائمة المرجعية لاضطراب ما بعد الصدمة للمدنيين (PCL-C)، وأسفرت النتائج عن أن المشاركين الذين شعروا بالعزلة الاجتماعية كانت لديهم احتمالات أعلى للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة بالإضافة إلى أنه كان لدى الإناث درجات أعلى مقارنة بالذكور وأما الذين حصلوا على الدعم العاطفي لديهم احتمالات أقل بكثير من اضطراب ما بعد الصدمة من أولئك الذين لم يتلقوا أي دعم.

اتجهت دراسة جانيري وآخرون (Janiri & al, 2021) إلى فحص انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى مجموعة من المتعافين من كوفيد-19 والبالغ عددهم 371 الذين أحيلوا إلى مراكز الرعاية بروما لمتابعة الوضع النفسي للناجين بهدف التقييم النفسي والطبي الشامل. وبعد فحص أفراد العينة والتأكد من تعافيتهم في غضون (30 - 120) يوم، طبق عليهم مقياس اضطراب ما بعد CAPS-5. وقد أظهرت النتائج أن 115 متعاف من فيروس كورونا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة 30.2% من العينة الإجمالية وأن الإناث كانوا أكثر عرضة لهذا الاضطراب ومن أهم أعراض الاضطراب فقد وجدت الدراسة نوبة اكتئاب بنسبة 17.3% ونوبة هوس خفيف 0.7% واضطراب القلق العام بنسبة 7% واضطرابات ذهانية 0.2%

كما ذهبت دراسة إينفيك وآخرون (Einvik & al, 2021) إلى تقييم مدى انتشار محددات اضطراب ما بعد الصدمة من خلال مسح شمل مجموعة من مرضى كوفيد-19 داخل المستشفى وغير المستشفى بعد حوالي 1.5 إلى 6 أشهر من ظهور كوفيد-19. باستخدام استبيان الصدمة (PCL-5) عبر البريد/الويب في الفترة من يونيو إلى سبتمبر 2020. بالنرويج على 583 شخص وكان معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة المحدد بالأعراض 9.5% في المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفى و7.0% في الأشخاص الذين لم يدخلوا المستشفى.

دراسة بوشارب وسناني (2021) حول: "الأعراض النفس- صدمية عند المتعافين من فيروس كوفيد-19 بعد الاستشفاء؛ التي هدفت إلى معرفة الآثار النفس- صدمية التي يمكن أن تظهر على

المصابين بفيروس كوفيد 19 بعد عملية الاستشفاء. على عينة مكونة من أربعة حالات ظهرت عليها أعراض فيروس كورونا ، أين كانوا في مواجهة حقيقية مع الموت. ولتحقيق ذلك تم الاعتماد على مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون والمقابلة نصف موجهة. حيث أظهرت النتائج أن كل الحالات ظهرت عليهم أعراض نفس-صدمية بنسب متفاوتة (أعراض إعادة المعيشة والتجنب، مع تغيرات سلوكية، معرفية مختلفة، صعوبات في التركيز...).

وهدفت دراسة نوار ومعاش (2021) إلى الكشف عن اضطراب صدمة الإصابة بفيروس كورونا كوفيد-19 لدى حالة واحدة تبلغ من العمر 35 سنة أصيبت بالمرض خلال شهر جويلية 2020 ، والتي تم تشخيصها باستخدام المنهج العيادي ودراسة الحالة وذلك بالاعتماد على الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5 ، وتحليل محتوى المقابلة العيادية نصف الموجهة التي أجريت مع الحالة. توصلت الدراسة إلى أن الحالة تعاني من صدمة نفسية ناتجة عن الإصابة بفيروس كورونا تمثلت أهم أعراضها في نوبات الهلع، قلق الموت، الشعور بالإحباط، سلوك التجنب، اضطراب الأكل والنوم.

كشفت دراسة (شويخ، 2020) على عينة من المصريين قوامها 247 مشارك ومشاركة باستعمال مقاييس مختلفة وبالاعتماد على المنهج الارتباطي المقارن أن إدراك جائحة كوفيد كحدث صادم يسبب تأثيرات سلبية نفسية تتمثل في اضطراب ما بعد الصدمة والقلق العام والاكتئاب وكانت الإناث أكثر من الذكور في إدراك الجائحة كحدث صدمي.

وكانت دراسة كييرو وبوشار (Quillerou & Bouchart, 2020) على عينة مكونة من 277 مريضاً تم تنبيهم في العناية المركزة من أجل العلاج بالأكسجين عالي التدفق حيث وجد أن معدل انتشار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بلغ 16.8% بعد شهرين من العناية المركزة و15% بعد ستة أشهر. وأظهر هذا العمل أيضاً أن المرضى الأكثر يقظة، والأكثر تخديراً، هم الذين تعرضوا لاضطراب ما بعد الصدمة على نحو أقل. وأعزى ذلك إلى مدة الاستشفاء لفترة طويلة بالعناية المركزة، والتنبيب.

وقامت دراسة أورن وآخرون (Horn 2020) بتقييم مدى انتشار عوامل الخطر لاضطراب ما بعد الصدمة لدى المرضى الذين ثبتت إصابتهم مختبرياً بالفيروس بمستشفى ليل الجامعي (فرنسا) ، حيث تم قياس أعراض الاضطراب النفسي بعد 3 أسابيع من ظهور أعراض كوفيد-19 باستخدام عناصر مقياس تأثير الحدث؛ ثم تقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام مقياس (PCL-5) بعد شهر واحد على عينة قوامها 138 مريض. وكان معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة 6.5%، وشملت

العوامل التنبؤية لاضطراب ما بعد الصدمة الضائقة النفسية في بداية المرض والإقامة في وحدة العناية المركزة.

3. دراسات خاصة بالتداعيات والميول النفسية والمضاعفات الجسدية لجائحة كورونا

هدفت دراسة بارجر وآخرون (2023) Berger & al إلى استكشاف النتائج المتوسطة بعد 6 إلى 9 أشهر من دخول المستشفى في وحدة العناية المركزة لعدوى كوفيد-19 الشديدة. من خلال إخضاع المرضى بشكل منهجي لاختبارات بيولوجية، واختبارات وظائف الرئة، والتصوير المقطعي المحوسب للصدر، والاختبارات النفسية. وتوصلت النتائج إلى أن من بين 86 مريضاً، بما في ذلك 71 (82.6%) مريضاً أصيب بوهن ما بعد كوفيد-19، و39 (48.1%) ضعف عضلي، و30 (36.6%) ألم مفصلي. كان لدى اثنين وخمسين (64.2%) من المرضى انخفاض في قدرة انتشار أول أكسيد الكربون $DLCO < 80\%$ و16 (19.8%) لديهم $DLCO < 60\%$. وأظهرت الأشعة المقطعية للصدر عتامة زجاجية مطحونة في 35 (40.7%) مريضاً، وتغيرات شبكية في 28 مريضاً (33.7%)، بما في ذلك تغيرات تشبه التليف في 18 (21.7%) مريضاً. ارتبطت التغيرات الشبكية و $DLCO < 60\%$ بمدة الإقامة في وحدة العناية المركزة، والتغيرات الشبكية مع الحد الأقصى لمستوى CRP. ووجدت الاستبيانات النفسية أن 37.7% يعانون من الاكتئاب، و23.5% من القلق، و42.4% من الأرق، و9.4% من التوتر ما بعد الصدمة. وارتبط كونك أنثى بارتفاع معدل الإصابة بالاكتئاب والقلق، مع ارتباط درجات الاكتئاب بالسمنة.

سعت دراسة ماتالون وآخرون (2021) Matalon إلى فحص وتقييم مستويات القلق والاكتئاب وعوامل التوتر المرتبطة بالجائحة لدى مرضى كوفيد-19 في المستشفى بعد شهر واحد من دخولهم المستشفى مع تحديد المخاطر الأساسية وعوامل الحماية التي من شأنها التنبؤ باضطراب ما بعد الصدمة. وذلك في متابعة لمدة شهر واحد بعد الدخول الى المستشفى. من خلال الاتصال بمرضى كوفيد-19 في المستشفى البالغ عددهم 64 مريض عبر الهاتف، وتسجيل ذلك في ثلاث نقاط زمنية: خلال الأيام الأولى بعد الدخول إلى المستشفى؛ ثم بعد حوالي أسبوعين من بداية العلاج في المستشفى، وأخيراً بعد شهر واحد من دخول المستشفى. وأظهرت النتائج مستويات أعلى من القلق والاكتئاب والانعزال الاجتماعي وطول فترة الاستشفاء خلال الأسبوع الأول من العلاج في المستشفى والتي تعتبر كعوامل خطر لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة.

توجّهت دراسة بونازا وآخرون (Bonazza & al, 2021) إلى وصف الحالة النفسية بعد للمرضى المتعافين بعد دخولهم المستشفى، مع التركيز على أعراض القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى ضغوط ما بعد الصدمة. على 261 متعاف من كوفيد-19 بعد شهرين من خروجهم من المستشفى. وفيما يتعلق بالتقييم النفسي، وأبلغت أعداد كبيرة من المرضى عن القلق (28%) وأعراض الاكتئاب (17%)، بالإضافة إلى الإجهاد اللاحق للصدمة (36.4%).

تمركز هدف دراسة فلاك وآخرون (Vlake & al, 2021) حول الضائقة النفسية ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى بعد دخول المستشفى أثناء جائحة كوفيد-19. فكان الهدف هو قياس الضائقة النفسية لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر بعد خروج المرضى من المستشفى خلال الموجة الأولى من الجائحة مريض على عينة قوامها 294 مع فحص ما إذا كان الضيق النفسي أعلى لدى المرضى المؤكد إصابتهم بفيروس كوفيد-19، وفي أولئك الذين يتم علاجهم في وحدات العناية المركزة وكانت النتيجة الأولية هي الضيق النفسي، الذي تم التعبير عنه كأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب، لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر بعد الخروج من المستشفى.

ووجدت ورقة بحثية لبلخير (2021) الهدف منها تقديم مقارنة نظرية معرفية سلوكية حول التوهم المرضي بفيروس كورونا من وجهة نظر سالفوسكي وويك عبر عملية الانتباه الانتقائي بانتقاء المعلومات التي تؤكد وجوده بأنه مصاب بهذا الفيروس بسوء تفسير الأعراض الجسدية كإحساس بالتعب والسعال على أنها الإصابة به وتجاهل المعلومات التي تدل على أنه يخلو من هذا المرض.

كما هدفت دراسة دمدموم وعلي تودرت (2021) إلى التعرف على المعاش النفسي لطبيبة أصيبت بفيروس كورونا من خلال اتباع المنهج العيادي واستخدام مقياس الخوف من فيروس كورونا ومقياس الاكتئاب ومقياس الاحتراق النفسي وكشفت الدراسة عن وجود معاش نفسي يتميز بميول نفسية مرضية من خلال ارتفاع فيكل من الخوف من الفيروس والاكتئاب التي أدت إلى انعكاسات نفسية واجتماعية ومهنية من خلال تسلط الأفكار القهرية حول نقل العدوى للآخرين مع سلوكيات تجنب ومستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.

وفي نفس السياق سلطت دراسة بيك وآخرون (Beck & al, 2021) الضوء على تقييم الضائقة النفسية لدى مرضى كوفيد-19 وأقاربهم بعد 30 يوماً من الخروج من المستشفى بسويسرا باستخدام مقياس القلق والاكتئاب في وتقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الحدث المنقح (IES-R).

وأُسفرت النتائج أن من بين 126 مريضاً، كان 24 (19.1%) يعانون من ضائقة نفسية و 10 (8.7%) يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد 30 يوماً من الخروج من المستشفى.

وسلّطت دراسة **شانبهزاده وآخرون (2021)** Shanbehzadeh الضوء أيضاً على وجود العديد من مشاكل الصحة الجسدية والعقلية لمدة تصل إلى 3 أشهر بعد الإصابة بفيروس كورونا من خلال مراجعة لـ 34 دراسة قيمت مشاكل الصحة الجسدية والعقلية في مرحلة ما بعد كوفيد-19. خاصة بعد الإبلاغ عن العديد من المضاعفات الصحية طويلة الأمد في حالات الإصابة السابقة بفيروس كورونا. وكانت مشاكل الصحة الجسدية الأكثر شيوعاً هي التعب، الألم العضلي، آلام المفاصل وانخفاض القدرة البدنية انخفاض في أداء الدور البدني، والرعاية المعتادة والأنشطة اليومية أما مشاكل الصحة العقلية الشائعة تمثلت في القلق، الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة. كما تم الإبلاغ عن زيادة التعب والألم والقلق والاكتئاب لدى المرضى الإناث والأفراد الذين تم إدخالهم إلى العناية المركزة. ولوحظ انخفاض جودة الحياة بشكل عام لمدة تصل إلى 3 أشهر بعد الإصابة بفيروس كورونا.

كما نجد أن دراسة **كاي وآخرون (Cai & al, 2020)** ركزت على الضائقة النفسية وارتباطاتها بفيروس كورونا خلال فترة النقاهة المبكرة لدى الناجين من الفيروس على عينة مكونة من 126 شخصاً باستخدام مقياس التقييم الذاتي لاضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة (PTSD-SS)، ومقياس الاكتئاب ذات التقييم الذاتي (SDS)، ومقياس القلق ذات التقييم، وأسفرت النتائج أن معدل حدوث الضائقة النفسية بين الناجين من كوفيد-19 في مرحلة النقاهة المبكرة مرتفعاً، مما يسلط الضوء على حاجة جميع الناجين من كوفيد-19 إلى فحص الضائقة النفسية بانتظام للتدخل في الوقت المناسب.

كما اتجهت دراسة **أحمد وآخرون (Ahmed & al, 2020)** إلى تحديد النتائج السريرية طويلة المدى لدى الناجين من عدوى فيروس كورونا المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرس) بعد دخول المستشفى أو دخول وحدة العناية المركزة. من خلال مراجعة منهجية تضمنت تصنيف لدراسات مختلفة كشفت عن أن المضاعفات الشائعة لدى الناجين من السارس ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية لمدة تصل إلى 6 أشهر بعد الخروج من المستشفى هي: اختلالات وظائف الرئة، انتشار اضطراب ما بعد الصدمة والقلق بعد مرور 6 أشهر من الخروج من المستشفى، لهذا وجب التحقيق في نتائج مماثلة طويلة المدى لدى الناجين من كوفيد-19.

وفي دراسة **عبد الفتاح وآخرون (Abdel Fattah & al, 2020)** التي هدفت إلى الكشف عن معدلات الاضطرابات النفسية في عينة المرضى المصريين بسبب العوامل البيئية المرتبطة بأزمة جائحة

فيروس كورونا المستجد والتي تفاعلت مع الخلفية التاريخية والدينية للشعب المصري. على مجموعة ضابطة مألوفة من 1600 مريض والمجموعة التجريبية من 1200 مريض. وأشارت النتائج إلى أن اضطرابات القلق والاكتئاب هي الاضطرابات النفسية الرئيسية التي ظهرت خلال فترة الدراسة. كما زاد عدد حالات اضطرابات الوسواس القهري واضطرابات تعاطي المخدرات وكانت النسبة المئوية للمرضى الذكور أعلى قليلاً في حالات الاكتئاب، من ناحية أخرى كانت النسبة المئوية عند الإناث قليلاً في اضطرابات القلق وحالات الوسواس القهري، وكانت النسبة المئوية لحالات اضطراب تعاطي المخدرات أعلى بكثير بين المرضى ذوي التعليم العالي وكذلك في حالات الوسواس القهري وكان المرضى ذوو التعليم المتوسط الذين يعانون من الاكتئاب واضطرابات القلق أعلى قليلاً من المرضى ذوي التعليم العالي.

وتوصلت دراسة مازا وآخرون (Mazza & al, 2020) حول القلق والاكتئاب لدى الناجين من كوفيد-19 إلى أن اضطراب الجهاز المناعي الناجم عن العدوى يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بأمراض نفسية، حيث لوحظت أيضاً عقابيل نفسية بعد تفشي فيروسات التاجية السابقة. ولهذا يمكن أن يرتبط انتشار جائحة فيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (كوفيد-19) بآثار نفسية. وهنا قام مازا مع معاونيه بالتحقق من التأثير النفسي المرضى لكوفيد-19 على الناجين، مع الأخذ في الاعتبار أيضاً تأثير التنبؤات السريرية والالتهابية. حيث تم فحص الأعراض النفسية لـ 402 بالغاً ناجين من كوفيد-19، بعد شهر واحد من المتابعة بعد العلاج في المستشفى. باستخدام مقابلة سريرية ومجموعة من استبيانات التقرير الذاتي للتحقيق في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق، والأرق، وأعراض الوسواس القهري. مع جمع المعلومات الاجتماعية والديموغرافية والبيانات السريرية وعلامات الالتهابات الأساسية ومتابعة مستويات تشبع الأكسجين. وتوصلت النتائج إلى أن 28% يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، و31% يعانون من الاكتئاب، و42% يعانون من القلق، و20% يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و40% يعانون من الأرق. وأظهر المرضى الذين لديهم تشخيص نفسي سابق إيجابي درجات متزايدة في معظم التدابير النفسية المرضية، مع التهاب أساسي مماثل.

هدفت دراسة ليو وآخرون (Liu & al, 2020) إلى تحديد العوامل المرتبطة بالاكتئاب والقلق وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة أثناء كوفيد-19 لدى الشباب الأمريكيين خلال الجائحة؛ من خلال دراسة عبر الانترنت على 898 مشارك وبعد شهر من إعلان الولايات المتحدة حالة الطوارئ بسبب

الفيروس عبر 50 ولاية . أشارت النتائج إلى وجود مستويات عالية من الاكتئاب ودرجات عالية من القلق الخاص بكوفيد-19 ومستويات عالية من الدعم الاجتماعي من الأسرة ولكن ليس من الشريك أو الأقران. بينما أشارت دراسة **محمد حسن المطوع وآخرون (2020)** إلى وجود علاقة طردية بين توهم المرض والاكتئاب وأصحاب العزل الذاتي لدى عينة من مصابي كورونا في مملكة البحرين تضم 323 فرداً. من خلال التطبيق الإلكتروني باستخدام ثلاث مقاييس حيث كلما زادت لديهم درجة توهم المرض زادت لديهم درجة الاكتئاب. وبالنسبة للمصابين بفيروس كوفيد أظهرت الدراسة أنهم يعانون من درجة عالية من القلق ودرجة أعلى من المتوسط من توهم المرض ودرجة أقل من المتوسط من الاكتئاب أما أصحاب الحجر الصحي فقد اتضح أنهم يعانون من درجة عالية من القلق ودرجة أعلى من المتوسط في كل من توهم المرض والاكتئاب وبالنسبة لأصحاب العزل الذاتي فإنهم يعانون من درجة عالية من القلق ودرجة أقل من المتوسط من توهم المرض ودرجة أعلى من المتوسط من الاكتئاب.

هدفت دراسة **السيد (2020)** إلى التعرف على مستوى الخوف من كورونا وعلاقته باضطراب ما بعد الصدمة في ضوء المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من الراشدين وتوصلت النتائج إلى ارتفاع نسبة الخوف لدى عينة الدراسة بنسبة 71 % وانتشار كرب اضطراب ما بعد الصدمة لديهم بنسبة 60 % مع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الخوف من كورونا واضطراب ما بعد صدمة الإصابة، ووجود فروق دالة إحصائياً في متغير الخوف من كورونا باختلاف العمر لصالح من هم أكبر سناً مع عدم وجود فروق بين الذكور والإناث ووجود فروق في المناعة النفسية حسب المستوى التعليمي لمن هم حاصلون على نوع أعلى من التعليم.

4. تعقيب على الدراسات

في ضوء المراجعة المتأنية للدراسات والأبحاث السابقة التي تم استعراضها تبين للباحثة ما يلي:

- أ. وجود نقص في الدراسات التي اهتمت بالأنماط السلوكية خلال جائحة كورونا حيث هناك بعض الدراسات القريبة في تناولها لبعض المتغيرات المتعلقة بالدراسة الحالية بصورة مستقلة؛ ضمن معالجات فرعية ولكن لم تعثر الباحثة -في حدود مراجعتها- على دراسة واحدة تناولت كافة المتغيرات في آن واحد.

- ب. أغلب الدراسات تميزت بتفاوت أهدافها بين السعي للتعرف على تداعيات جائحة كورونا المختلفة سواء منها الجسمية أو النفسية؛ إذ وجدت دراسات ركزت بالدرجة الأولى على دور سمات الشخصية

- وأنواعها وربطها بعدوى فيروس كوفيد-19 مركزة أكثر على العصابية في تعجيل الإصابة مثل دراسة (Fernández-Pichel & al 2023) ودراسة (Veisi & al, 2023) ودراسة (Rammstedt & al, 2022) ودراسة (Al-Omiri & al 2021) علاوة على ذلك ركزت دراسات أخرى على النمط (د) ودوره في وجود القلق للاستجابة للإصابة بالعدوى مثل دراسة (Shahsavarinia & al, 2021) واتجهت دراسة تواتي (2016) إلى دور الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) في الإصابة بالاضطرابات النفسية.
- III. وظفت أغلب الدراسات السابقة المنهج الوصفي سواء كان الارتباطي مثل دراسة (Veisi & al, 2023) و(Rammstedt & al, 2022)، (راضي، 2022)، (Kroencke & al, 2020) و(Berger and al, 2023) ودراسة (Cai & al, 2020)، أو التحليلي مثل دراسة (Wang & al, 2021) ودراسة (Shahsavarinia & al, 2021) ودراسة (Horn, 2020) باستثناء دراسة بوشارب وسناني (2021) ودراسة نوار ومعاش (2021)، دمدوم وعلي تودرت (2021) التي استخدمت المنهج العيادي وهذا هو الاختلاف مع دراستنا التي استعملنا فيها المنهج المختلط بين المنهج الوصفي والعيادي.
- IV. اختلف حجم العينة من دراسة إلى أخرى كما اختلفت أدوات القياس وتتنوعت من مقاييس الاكتئاب والقلق والخوف إلى اختبارات تحليل الدم وما نلاحظه أن أغلبها ركز على استعمال قائمة التحقق من اضطراب ما ضغط الصدمة PCL5 ما عدا دراسة بوشارب التي استعملت مقياس دافيدسون ودراسة (Janiri, 2021) استعملت مقياس CAPS-5 ودراسة (Khadem Hamzi & al, 2023) استعملت مقياس مسيسيبي أما دراستنا استعملت مقياس PSSI5 لقياس الصدمة واختبار مينسوتا متعدد الأوجه الذي وجدنا أن دراسة شاهزافارينيا وآخرون (Shahsavarinia & al, 2021) استخدمت منه المقياس الفرعي للانبساط أما دراستنا استخدمنا فيها مقياس الأنماط لصولي بن سباط ومقياس مينسوتا متعدد الأوجه ومقياس الصدمة SPSSI-5.
- V. بالإضافة إلى تنوع الأساليب الإحصائية البحثية في مختلف الدراسات كاستعمال الإحصاء الوصفي وتحليل الانحدارات الارتباطية في دراسة (Merlo & al, 2021) و(Sujan & al, 2023) وكان تحليل الانحدار في أغلب الدراسات مثل (Bonazza and al, 2022) و (Matalon and al, 2021) ودراسة (Berger and al, 2023) وكذلك اختبار تحليل التباين Anova في دراسة (Abdel Fattah & al, 2020) ودراسة (Mazza & al, 2020) وغيره من الأساليب الأخرى.
- VI. بالنسبة للنتائج اختلفت حسب أهدافها ما عدا في قياس شدة الصدمة فسجلت أغلبها ارتفاعا وانتشارا ذلك الذي كان معتدلا في دراسة (Khadem Hamzeii & al, 2023).

VII. كما ركزت بعض الدراسات على معرفة تأثير جائحة كورونا على النواحي النفسية والعقلية لدى عيناتها وبينت مدى خطورة هذه التأثيرات النفسية السلبية على المصابين وامتدادها إلى مرحلة ما بعد التعافي حيث أنها ركزت بشكل أساسي على دراسة مستويات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بصورة خاصة عند المتعافين من عدوى فيروس كورونا بعد انتهاء عملية الاستشفاء أكثر من تركيزها على الآثار والمضاعفات دراسة (Khadem Hamzi & al, 2023) ، (Sujan & al, 2023)، (Stavem & al 2022) ، (Huang & al, 2022) ، (Bonazza & al, 2022)، (Janiri & al, 2021)، بوشارب وساناني (2021) وغيره من الدراسات الأخرى حيث في دراستنا الحالية تم تحديد خاصية الإصابة بمتلازمة الضائقة التنفسية الحادة.

VIII. تناولت بعض الدراسات البحث في مضاعفات كوفيد عند المتعافين بعد انتهاء فترة الاستشفاء مثل دراسة بارجر وآخرون (2023) Berger and al ، أحمد وآخرون (Ahmed & al, 2021)، شانبهزاده وآخرون (Shanbehzadeh & al, 2021) وأخرى تناولت متغير القلق والاكتئاب والخوف والوسواس وتوهم المرض والضائقة النفسية في ضوء خبرة الإصابة بفيروس كورونا المستجد مثل دراسة مانتالون وآخرون Matalon (2021)، بونازا وآخرون (Bonazza & al, 2021)، مازا وآخرون (Mazza et al, 2020)، بيك وآخرون Beck (2021)، كاي وآخرون (Cai & al, 2020)، عبد الفتاح وآخرون (Abdel Fattah et al, 2020)، محمد حسن المطوع وآخرون (2020)، ليو وآخرون (Liu & al, 2020). وما نلاحظه من كل هذه المراجعات الأدبية وجود شح في تناول متغير الميول السيكيوباتولوجية ودوره في الاستجابة العاطفية لدى المصابين بعدوى الفيروس.

وفي ضوء ما تقدم يتضح تميز الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات السابقة التي تمت مراجعتها حيث تعد من الدراسات النادرة التي تطرقت للأنماط السلوكية والميول السيكيوباتولوجية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19 -على حد علم الباحثة-، إذ لا يوجد دراسات على المستويين العربي والأجنبي اهتمت بتلك المتغيرات في دراسة واحدة خاصة خلال فترة الجائحة. وهذا ما سيتم استعراضه في الجانب الميداني.

الفصل الثالث

الإجراءات الميدانية للدراسة

1. منهج الدراسة
2. الدراسة الاستطلاعية
3. أدوات الدراسة
4. الدراسة الأساسية
5. الأساليب الإحصائية

تمهيد

لقد عرضنا في الفصل النظري التراث الأدبي لمتغيرات الدراسة وسوف نواصل في هذا الفصل عملية بناء البحث وسيروته بتحويل المعطيات النظرية إلى حقائق إجرائية ومعلومات علمية تساهم في الوصول إلى هدف الدراسة الحالية والمتمثل في الأساس في محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من الأنماط السلوكية للشخصية (أ، ب، ج) والميول السيكوباتولوجية بمستوى الصدمة النفسية عند المتعاف من مضاعفات فيروس كوفيد-19.

ولهذا الغرض سنتناول الباحثة في هذا الفصل وصفاً للجانب الميداني للدراسة بشقيها الكمي والكيفي، مع عرض للخطوات المنهجية لكل من الدراسة الكمية والكيفية بما تحتويه من منهج وعينة أدوات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة.

1. منهج الدراسة

يخضع اختيار المنهج المناسب إلى طبيعة مشكلة الدراسة حيث يذكر موريس (2004): "أن تحديد مشكلة البحث سيؤدي إلى اختيار منهج كفي أو كمي، كما سيؤدي بالباحث، من أجل تناول موضوعه، إلى استعمال التجريب، التحقيق الميداني أو المنهج التاريخي" (ص.98). وبما أن الإشكالية سعت إلى الكشف عن العلاقة بين الأنماط السلوكية والميول السيكوباتولوجية وبين الصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19 فإن الباحثة استخدمت المنهج المختلط القائم على التصميم التفسيري وهو طريقة لجمع وتحليل ومزج البيانات الكمية والكيفية في دراسة واحدة لفهم مشكلة من مشكلات البحث (أبو علام، 2013)، أين تم الاعتماد في الدراسة الحالية على المنهج الكمي ولأجل البحث عن تفاصيل أكثر استعانت الدراسة بالمنهج الكيفي، إذ يعتبر المنهج الكمي (الوصفي) طريقة للوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر مشكلة محددة والتعمق فيها وتصويرها كمياً وكيفياً عن طريق وصفها وجمع البيانات والمعلومات والملاحظات عنها، ووصف الظروف الخاصة بها، وتقرير حالتها كما توجد عليه في الواقع واستقصاء علاقاتها المختلفة. مع محاولة تفسير هذه الحقائق تفسيراً كافياً للوصول إلى استنتاجات وتعميمات بشأن الظاهرة المراد دراستها (المحمودي، 2019).

في حين أن المنهج الكيفي (العيادي) القائم على دراسة الحالة الذي يركز على أساس التعمق في الظاهرة المدروسة حيث يشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره و ماضيه. الهدف الرئيسي منها هو تجميع

المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها إكلينيكيًا" (عسكر، 2004، ص. 78) باستخدام مجموعة من الأدوات.

2. الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية أساس من أسس بناء البحث العلمي تساعد الباحث على الربط بين الجانب النظري والميداني ومن خلالها يتفحص الباحث أدوات القياس التي يستعملها في الدراسة الأساسية وكل ما يصادفه من صعوبات في الميدان ويتقصى وجود ميدان مناسب لإجراء البحث ولهذا وجب على الباحثة القيام بدراسة استكشافية تمهيدية لميدان الدراسة لمعرفة مدى إمكانية وجود المشكلة من عدمها. تمت دراستنا الاستطلاعية الأولية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية مستغانم (شي قيفارا سابقا وحاليا المركز الاستشفائي الجامعي). من أجل جمع أوصاف ومعلومات دقيقة عن الظاهرة المراد دراستها مع تقصي عينة البحث وحالات البحث.

2.1.2. عينة الدراسة الاستطلاعية: تم القيام بها على مرحلتين:

2.1.1. المرحلة الأولى: شملت أربع حالات عيادية تم اختيارهم بطريقة قصدية في الفترة الممتدة بين 15 جوان إلى غاية 30 جويلية 2021 بمستشفى مستغانم. قامت الباحثة خلالها بمقابلات معهم من أجل التعرف على الظروف المحيطة بالظاهرة المراد دراستها وجمع الملاحظات المتعلقة بالإصابة بعدوى كوفيد وبالتالي المساعدة في تحديد إشكالية الدراسة وبناء محاور وأسئلة دليل المقابلة العيادية .

2.1.2. المرحلة الثانية: امتدت من 03 سبتمبر إلى غاية 10 أكتوبر 2021، شملت 30 متعاف (13 ذكور و 17 إناث)؛ ممن أصيبوا بمضاعفات صحية بسبب عدوى كوفيد -19 وتم استشفائهم وخضعوا للعلاج الأكسجيني؛ وذلك من أجل توسيع الدراسة والتحقق من صحة أدواتها ومدى فهم أفراد العينة لمصطلحات المقاييس التي تم اختيارها والتأكد من خصائصها السيكمترية ومعرفة المشكلات التي قد تواجه المفحوصين أثناء تطبيق هذه الأدوات، والعمل على تجنبها مع العينة الأساسية للدراسة.

3. أدوات الدراسة

لتحري الدقة والموضوعية في هذه الدراسة كان لا بد من استعمال أدوات تسمح بجمع البيانات الضرورية وقد تم اختيارها بحيث تلاؤم طبيعة المشكلة المدروسة والفرضيات المطروحة وتساعد على تحقيق الأهداف التي تصبوا إليها الدراسة الحالية. تمثلت هذه الأدوات في الملاحظة العيادية والمقابلة البحثية وفي تطبيق ثلاث مقاييس هي: مقياس الأنماط السلوكية (أ، ب، ج)، مقياس الصدمة ومقياس الشخصية المتعدد الأوجه.

1.3. الملاحظة العيادية: من خلال ملاحظة ومتابعة كل السلوكيات الغير لفظية التي تصدر عن الحالة المراد دراستها بهدف استخدامها في تفسير وتحليل مسببات وآثار ذلك السلوك.

2.3. المقابلة العيادية البحثية: اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المقابلة النصف موجهة وفق دليل مقابلة يمثل "أداة تركز عليها مقابلة البحث ويتضمن كل الأسئلة التي يحتمل طرحها أثناء مقابلة الشخص المستجوب. ويحتوي أيضا على كل ما نريد معرفته تماشيا مع تحديد مشكلة البحث" (موريس أنجرس، 2008، ص. 263).

ويتضمن الدليل المحاور المبينة في الجدول رقم (03). أنظر كذلك (الملحق رقم 03، ص. 238).

جدول رقم (03): محاور دليل المقابلة

الرقم	محاور المقابلة	الهدف
1.	البيانات الشخصية	شرح الهدف من هذه الدراسة مع التعرف على الحالة من خلال جمع المعلومات الأولية عنها والتمثلة في: الجنس، السن، الحالة المدنية، المستوى التعليمي، وأخذ الموافقة المستنيرة بالمشاركة في هذه الدراسة.
2.	فحص الحالة العقلية والملاحظات العيادية للسلوكيات	ملاحظة المظهر والسلوك العام للحالة مع النشاط النفسي الحركي من حيث المستوى الحركي، اللغة، نبرة الصوت، الأفكار، الذاكرة والسوابق المرضية الشخصية.
3.	الإصابة بعدوى فيروس كوفيد-19	التعرف على تاريخ وكيفية الإصابة بالعدوى ، مع الكشف عن ردة الفعل عند تشخيص الإصابة، والأعراض والمضاعفات التي عانى منها جراء العدوى.
4.	المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء (الحالة النفسية والجسمية)	التعرف على الاستجابة النفسية والجسمية للحالة مع الكشف عن أفكاره ومشاعره وتصرفاته خلال مرحلة الاستشفاء ومدى تأثيره بالمضاعفات الجسدية وانعكاس ذلك على حالته النفسية.
5.	المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء (التعافي)	التعرف على الحالة النفسية والجسدية بعد انتهاء فترة الاستشفاء. مع التعرف على نظرة المجتمع للحالة.
6.	تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه	المشاركة في الاجابة على كراسة الأسئلة الخاصة بالاختبار.

3.3. مقياس الأنماط السلوكية للشخصية: (A-أ)، (B-ب)، (C-ج)

صمم المقياس من طرف الباحث سولي بن سباط Soly Bensabat باللغة الفرنسية، وهو يعد المقياس الأنسب لدراستنا لأنه يمكننا من اختبار أحد فرضيات الدراسة المتمثلة في الكشف عن النمط السائد لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19. يتكون من 15 بند ويحتوي كل بند على 04 اختيارات تمثل الحروف اللاتينية الآتية وما يقابلها باللغة العربية:

(A - أ) - (B - ب) - (C - ت) - (D - ث) - (E - ج) - (F - ح)

1.3.3. كيفية تطبيق المقياس

يستعمل بصورة فردية أو جماعية لأنه سلم تقييمي حسب تعليمية المقياس المتمثلة في: " أجب على هذا الاستبيان، سيسمح لك بمعرفة أي نمط من الشخصية تقترب منه أكثر "

2.3.3. كيفية التنقيط

يتم حساب كل اختيار على أساس نقطة واحدة تتعلق بالحرف المختار وعليه فإن المجموع الكلي يقدر بـ 15 اختياراً.

3.3.3. تفسير النتائج

يتم تفسيرها بجمع الإجابات بالطريقة التالية (بوعافية نبيلة، 2008، ص.209):

جدول رقم (04): تفسير نتائج اختبار صولي بن سباط

النمط	الإجابة
النمط (أ) =	(أ ، A) + (ث ، D)
النمط (ب) =	(ب، B) + (ج ، E)
النمط (ج) =	(ت، C) + (ح، F)

وعند الحصول على المجاميع تقيم على النحو التالي:

المجموع الأكبر من النوع (أ+ث): يعبر عن النمط (أ)، منبسط، تكون ردود أفعالك بطريقة أحيانا غير متوازنة، إنها ملامح شخص طموح ومدقق إذ يستجيب جسمك في هذه الحالة بإفرازات مفرطة من الأدرينالين، وتكون أكثر حساسية للإصابات القلبية الوعائية.

المجموع الأكبر من النوع (ت+ح): يعبر عن النمط (ج) منطوي، ومنغلق على ذاتك، إجابتك تتجلى بانعدام الاستجابة وعلى المستوى البيولوجي السلوك يترجم بإفرازات قوية من الكورتيزون، والتي تؤدي إلى نقص في دفاعات جهاز المناعة، وبالتالي يبدو أنه أكثر عرضة للالتهابات المفصلية والانهيئات النفسية والتعنفات.

المجموع الأكبر من النوع (ب+ج): أنت من النمط (ب) متزن، وجيد التسلح للسيطرة على الضغط، تحكمك الذاتي يساعدك على السيطرة على كل الحالات.

ليس لديك ملامح شخصي غالب: يمكن أن تكون من نمط وسطي أو من نمط صعب التصنيف، ولهذا فبعض الأشخاص يميزون بين النمط (أ) الواضح التعبير والنمط (أ) المقهر أين تكون ردود الأفعال

الشعورية عفوية العنف، لكنها داخلية. ومن جهة أخرى، وفي حالات خاصة، النمطين (أ) و (ب) يمكنهما كذلك الرد عن طريق الكف وهذا للتفكير والتحليل، فالأمر لا يتعلق بالكف وإنما استجابة إرادية ومقدرة.

4.3.3. صدق مقياس الأنماط السلوكية

استعمل هذا المقياس من طرف نبيلة بوعافية (2008) حيث طبقته على عينة من المدراء قوامها 146 مديرا بعد ترجمته للغة العربية، وعرضه على لجنة من المحكمين تضم عشرة أساتذة في قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا من جامعتي الجزائر وجامعة سعد دحلب- البليدة حيث اتفقت معظم آراء المحكمين على سهولة عباراته ووضوح التعليمات وصحة الترجمة، وأنه غير متعب وغير ممل، كونه يحتوي على 15 سؤالاً فقط، وطريقة الإجابة عليه لا تتطلب إلا اختيار إجابة واحدة من بين أربع اختيارات. وقد اعتمدنا هذه النسخة المترجمة إلى العربية كونها خصت نفس المجتمع الجزائري؛ كما استخدمته د. رحال سامية (2010) على عينة قوامها 250 رجل أمن واستعملته أيضا مريم دايدي (2015) في دراسة لها على عينة قوامها 29 امرأة بفصول محو الأمية بعد عرضه على 06 أساتذة بجامعة علي لونيسي بالبليدة وجامعة أبو القاسم بالجزائر 02. وتقدر علينا حساب معامل الثبات لأننا بصدد مستوى قياس اسمي.

4.3. مقياس قائمة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

Version for DSM-5(PSSI-5) PTSD Symptom Scale Interview

هو نسخة معدلة من PSS-I (مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة) - نسخة المقابلة لـ DSM - IV استنبطت من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM 5)، تم فيه ربط الأعراض بصدمة واحدة مستهدفة ومحددة؛ تلك الأعراض التي حدثت في الشهر الماضي فقط (Foa & al, 2016).

وتمت ترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية من طرف الباحث معتر عبد الناصر جبر دعدرة الذي استعمله في دراسة له حول فاعلية العلاج السرد في تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الطلبة المتعافين من كوفيد 19، وذلك بعد عرضه على مجموعة من المحكمين للتأكد من مناسبته للبيئة العربية، (دعدرة، 2021) كما تم استخدامه في دراسة (بوشيخي ورحال، 2023) حول التناذر الصدمي عند المتعافين من مضاعفات كوفيد المستجيبين للعلاج الأكسجيني.

يتكون المقياس من 20 فقرة تماثل الصيغة التشخيصية الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، مقسم إلى أربعة أبعاد وتحتوي كل فقرة منها على خمسة بدائل، (أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما) تعبر عن درجة معاناة الحالة من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وعلى المبحوث أن يختار أي من البدائل التي تنطبق عليه؛ انظر الجدول رقم (05)، ويستغرق للإجابة حوالي 20 دقيقة .

جدول (05): أبعاد وعدد فقرات المقياس الصدمة

الرقم	الأبعاد	التعريف	عدد الفقرات
01	إعادة الخبرة	استعادة الحدث الصدمي بصورة اقتحاميه على شكل كوابيس وانزعاج عند رؤية أشياء ترمز أو تشابه الحدث الصدمي	5
02	أعراض التجنب	ظهور استجابات تجنبية لدى الفرد لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة سواء كانت أنشطة، أو أماكن، وأشخاصا، أو أفكار.	2
03	تغيرات الإدراك والمزاج	تغيرات في المزاج العام والإدراك مثل فقدان التركيز، صعوبة في النوم.	7
04	فرط الإثارة	ظهور حالات من الاستثارة لم تكن موجودة قبل تعرضه للصدمة مثل نوبات غضب، سلوك عدواني، توتر وصعوبات في النوم.	6
20	المجموع		

المصدر: (دعرة، 2021)

1.4.3. تصحيح مقياس PSSI5

بُنيت فقرات المقياس بالاتجاه السلبي حسب سلم خماسي وأعطيت الأوزان للفقرات كالاتي: (أبدا=0، نادرا=1، أحيانا=2، غالبا=3، دائما=4). ولتحديد درجة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لحالة الدراسة تم الرجوع إلى مفتاح التصحيح المشار إليه في الجدول أدناه:

جدول (06): مفتاح التصحيح

لمقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

الرقم	المستوى	الدرجة
01	بين 0 إلى 20	منخفضة
02	21-40	متوسطة
03	41 - 60	مرتفعة
04	61 - 80	مرتفعة جدا

المصدر: (دعرة، 2021)

2.4.3. ثبات وصدق PSSI-5

استعمل هذا المقياس من طرف فؤا (2016) Foa على عينة تتكون من 242 مشارك الذين تعرضوا لأحداث صادمة وقد أظهر اتساقاً داخلياً جيداً يصل إلى 0.89 كما حسب ثباته عن طريق إعادة الاختبار فكان 0.87. وفي دراسة أخرى لـ Karimi (2020) على 287 من المحاربين القدامى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة تم حساب الثبات للمقياس الذي أشارت نتائج ألفا كرونباخ إلى 0.91.

كما طبقه معتز عبد الناصر جبر دعرة (2021) على عينة من الطلبة ضمن 32 طالب بعد ترجمته وعرضه على لجنة من المحكمين تضم (15) مختص في الإرشاد النفسي والصحة النفسية ومن المهتمين بالبحث العلمي وهذا للتأكد من صحة الترجمة ومن ملائمة المقياس للبيئة العربية من حيث وضوح عباراته وجمله ومدى فهمه للتعليم فكانت آراء المحكمين متفقة على صلاحية المقياس ومقروئته. وقام بالتحقق من صحته باستخدام صدق البناء على عينة استطلاعية مكونة من 198 مبحوث بحساب مصفوفة ارتباط فقرات الأداة مع الدرجة الكلية لكل بعد والذي بين أن جميع قيم معاملات الارتباط للفقرات للدرجات الكلية لكل بعد دالة إحصائياً ما يشير إلى تمتع الاداة بصدق البناء.

ومن أجل التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة الحالية تم تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية البالغ عددهم 30 متعاف من مضاعفات كوفيد-19 (أي متعاف من متلازمة الضائقة التنفسية) وبعد تفريغ النتائج تم حساب الصدق اعتماداً على صدق الاتساق الداخلي والثبات عن طريق التجزئة النصفية التي تظهر كالتالي:

3.4.3. حساب الصدق: من خلال حساب ارتباط مجموع أبعاد الفقرات بالمجموع ككل حسب ما تُبينه

نتائج الجدول الآتي:

جدول (07) نتائج ارتباط الأبعاد بالمجموع الكلي لمقياس الصدمة

الأبعاد	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
إعادة الخبرة	0.69	0.001
أعراض التجنب	0.53	0.001
تغيرات الإدراك والمزاج	0.80	0.001
فرط الإثارة	0.71	0.001

نلاحظ أن كل الأبعاد لها اتساق مع المجموع الكلي؛ مرتفعة عند مستوى دلالة 0.01 وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.55 و 0.80) مما يشير إلى صدق اتساق داخلي للمقياس.

4.4.3. حساب الثبات

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس من طرف معتر عبد الناصر جبر دعدرة على عينة استطلاعية تضم 198 مبحوث حيث بلغت قيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بين (0.74 و 0.87) وبلغت قيمة معامل الثبات على الدرجة الكلية للمقياس (0.93). وقد اعتمدنا كذلك من أجل قياس ثبات الدراسة على معامل ألفا كرونباخ الذي أشارت نتائجه إلى (0.70) كما تم حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية والذي قدر بـ (0.56) وهي قيمة تسمح بالقول بثبات المقياس.

5.3. اختبار الشخصية مينسوتا متعدد الأوجه MMP2 اختصاراً لـ Minnesota Multiphasic Personality Inventory

إن اختبار الشخصية متعدد الأوجه 2 هو " أحد استبيانات التقرير الذاتي الذي يقدم صورة متكاملة عن الجوانب المتعددة في شخصية الفرد" (مليك، 2000، ص.09). وضعه كل من ستارك هاثاواي S. Hathaway وتشارنلي ماكنلي J. C. Makinley سنة 1940، وقام بنقله إلى اللغة العربية سنة 2000 كل من عطية هنا ومحمد عماد الدين ولويس مليكة.

1.5.3. صدق اختبار مينسوتا متعدد الأوجه

تم التحقق من ثبات الاختبار بطريقة: الاتساق الداخلي على عينة مكونة من 2600 مبحوث منهم 1462 أنثى و1138 ذكر، فتراوح معامل ألفا للإناث 0.36 - 0.86 وعند الذكور تراوح من 0.33 - 0.84. وبطريقة الثبات بالإعادة: بعد 7 أيام على عينة مقدارها 197 مبحوث، منهم 88 ذكرا و111 أنثى، وقد تراوحت معاملات الثبات من 0.58 - 0.91 للإناث ومن 0.67 - 0.92 للذكور.

كما تم التحقق من صدق الاختبار بالاعتماد على الصدق المحكي من خلال ارتباط مينسوتا باختبارات أخرى كاختبار Recent life events survey، والصدق العاملي حيث تم التحليل العاملي من الدرجة الأولى على عينة التقنين. وقد تم تقنين الاختبار على العينة السابقة الذكر (2600 مفحوص) وكانت النتيجة باستخراج معايير (T) بدرجة 65 وهي درجة ذات دلالة سريرية .

وتم اعتماد الخصائص السيكمترية في الدراسة الحالية على دراسة نسيمه سليمان حول "تكافؤ عبر ثقافي لاختبار مينسوتا في البيئة الجزائرية" من أجل التحقق من صدق ومدى ملائمة تكافؤ النسخة المترجمة إلى العربية مع النسخة الأصلية الأمريكية لاختبار MMPI2 على عينة قوامها 184 فرد وكشفت النتائج عن تكافؤ النسختين العربية والأمريكية (سليمان، 2016، ص.107).

2.5.3. وصف مقاييس الاختبار وتطبيقه

يظهر الاختبار على شكل كتيب مع ورقة الإجابة، يتكون من 567 سؤال ومن 81 مقياس مقسمة إلى مقاييس أساسية وأخرى فرعية، صنف في أربع مقاييس صدق وعشرة مقاييس إكلينيكية.

- **مقاييس الصدق:** وتحتوي أربع مقاييس وهي لا أستطيع أقرر (؟)، مقياس الكذب () مقياس الخطأ، مقياس التصحيح.

- **المقاييس الإكلينيكية:** وهي 10 مقاييس تنقسم إلى ثلاث مجموعات:

المجموعة الأولى: المثلث العصابي والذي يضم مقاييس توهم المرض الاكتئاب والهستيريا.

المجموعة الثانية: المثلث الذهاني، والذي يضم مقاييس الفصام، البارانويا، والهوس الخفيف.

المجموعة الثالثة: المشكلات السلوكية والتي تضم الانحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، الانطواء الاجتماعي؛ إلى جانب هذه المجموعات نجد كذلك السيكاثينيا.

يطبق الاختبار بطريقة فردية وجماعية على الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم 16 سنة، باستخدام الورقة وقلم الرصاص، وبعد تقديم التعليمات يقدم للمفحوص ورقة الإجابة وكراسة الاختبار ثم يطلب منه

الإجابة بكل مصداقية على الأسئلة، ويستغرق التطبيق ما بين الساعة إلى الساعة ونصف (مليك، 2000، ص.11).

3.5.3. طريقة تصحيح الاختبار وتفسيره

يقوم الإكلينيكي بعد التطبيق بتصحيح المقاييس من خلال استخراج الدرجات الخام التي تسجل أمام الرمز الخاص بها في ورقة الإجابة؛ مع إعطاء درجة واحدة أو صفر، ثم تحويلها ليتم بعدها رسم الصفحة النفسية باستخدام الجداول المعيارية التائية المناسبة حتى نصل لتحليل وتفسير هذه الصفحة النفسية (مليك، 2000). من خلال فحص الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل مقياس من مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية ثم تحديد توصيفها واستقراء دلالاتها (مليك، 2000، ص.102). وملاحظة انحدار المنحنى على الصفحة النفسية. وأخيرا تحليل المجموعات الفرعية للمقاييس بملاحظة النقطة المرتفعة ومقارنتها بالمقاييس المختلفة حسب ارتفاع أو انحدار البروفيل دون تجاهل الدرجات المنخفضة ومعطيات الحالة.

4.5.3. كيفية تطبيق الاختبار

يطبق بطريقة فردية وجماعية على الأفراد الذين تتجاوز أعمارهم 16 سنة، باستخدام الورقة و قلم الرصاص، وبعد تقديم التعليمات يقدم للمفحوص ورقة الإجابة وكراسة الاختبار ثم يطلب منه الإجابة بكل مصداقية على الأسئلة، ويستغرق التطبيق ما بين الساعة إلى الساعة ونصف (مليك، 2000، ص.11).

5.5.3. طريقة تصحيح الاختبار وتفسيره

يقوم الإكلينيكي بعد التطبيق بتصحيح المقاييس من خلال استخراج الدرجات الخام التي تسجل أمام الرمز الخاص بها في ورقة الإجابة؛ مع إعطاء درجة واحدة أو صفر، ثم تحويلها ليتم بعدها رسم الصفحة النفسية باستخدام الجداول المعيارية التائية المناسبة حتى نصل لتحليل وتفسير هذه الصفحة النفسية (مليك، 2000، ص.15-16). من خلال فحص الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل مقياس من مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية ثم تحديد توصيفها واستقراء دلالاتها (مليك، 2000، ص.102). وملاحظة انحدار المنحنى على الصفحة النفسية. وأخيرا تحليل المجموعات الفرعية للمقاييس بملاحظة النقطة المرتفعة ومقارنتها بالمقاييس المختلفة حسب ارتفاع أو انحدار البروفيل دون تجاهل الدرجات المنخفضة ومعطيات الحالة.

4. الدراسة الأساسية

1.4. عينة الدراسة وحالاتها

تمثلت عينة الدراسة في المرضى البالغين المتعافين من مضاعفات عدوى فيروس كوفيد-19 بعد أن تم استشفائهم، حيث تم إجراء الدراسة الحالية في شقها الميداني على فئتين:

- **الفئة الأولى:** عينة مكونة من (225) شخصا متعاف من مضاعفات كوفيد-19 (باتباع المنهج الكمي).
 - **الفئة الثانية:** 06 حالات متعافية من مضاعفات كوفيد-19 (باستعمال المنهج العيادي).
- حيث قمنا بالتواصل معهم بعد شهر من خروجهم من المستشفى من خلال استخدام مجموعة من استبيانات للتحقيق في أعراض الصدمة وفي الكشف عن نمط الشخصية الأكثر استعدادا للإصابة بمضاعفات كوفيد-19 مع قمنا بجمع المعلومات الاجتماعية والديموغرافية والبيانات السريرية.

2.4. عينة الدراسة وخصائصها

طبقت الدراسة على عينة قوامها (225) شخصا تم اختيارها بطريقة قصدية وتم توزيعها وفقا للخصائص التالية:

1.2.4. توزيع العينة تبعا لمتغير الجنس

تتوزع عينة الدراسة التي بلغت 225 حسب متغير الجنس حيث نلاحظ أن الذكور الذين بلغ عددهم متعاف بنسبة 52 % يفوق عدد الإناث البالغ عددهم 108 بنسبة مئوية مقدرة بـ 48 % والجدول رقم (08) يلخص كل ما تم ذكره:

جدول رقم (08): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
52	117	الذكور
48	108	الإناث
100	225	المجموع

2.2.4. توزيع العينة تبعاً لمتغير السن

بلغ عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (20-30) سنة 59 فرداً أي بنسبة 26.2% حيث تمثل هذه النسبة ثاني أعلى نسبة بعد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم (31-40) حيث قدر عددهم بـ 84 أي بنسبة 37.3 %، تليها نسبة عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (41-50) أين بلغ عددهم 52 أي بنسبة 23.1 % وأخيراً عدد الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (51-60) الذين بلغ عددهم 30 بنسبة 13.3 % . ويمكننا أن نلاحظ بعد استقراءنا هذه النسب لأن أغلبية أفراد دراستنا الحالية هم من فئة (31-40)، وهذا ما يدل على أن هذه الفئة كانت الأكثر هشاشة من الفئات الأخرى. ونلخص هذه النسب في الجدول رقم (09).

جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
26.2	59	20-30 سنة
37.3	84	31-40 سنة
23.1	52	41-50 سنة
13.3	30	51-60 سنة
100	225	المجموع

3.2.4. المضاعفات الجسدية والنفسية بعد مرحلة التعافي

فيما يتعلق بملف المضاعفات، جاء تقسيمها كما يظهر في الجدول رقم (10)

جدول (10): المضاعفات الجسدية والنفسية لعينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	المضاعفات الجسدية والنفسية
14.22	32	متلازمة الضائقة التنفسية الحادة ARDS
17.33	39	التليف الرئوي pulmonary fibrosis
12	27	ارتفاع ضغط الدم Hypertension
11.55	26	أمراض القلب والأوعية الدموية Cardiovascular diseases
3.55	08	المضاعفات الدموية Hematological Complications
7.11	16	مضاعفات مرض السكري Diabetes Complications
9.77	22	مضاعفات الجهاز الهضمي Gastrointestinal Complications
1.33	03	المضاعفات الكلوية Renal Complications
18.22	41	المضاعفات العصبية والنفسية Neuropsychiatric Complications
0.88	02	المضاعفات العضلية الهيكلية Musculoskeletal Complications
0.88	02	المضاعفات الجلدية Dermatological Complications
3.11	07	السرطان
100	225	المجموع

3.4. حالات الدراسة

طبقت الدراسة على ستة حالات، تم اختيارها من العينة الكلية للدراسة وفقا لمجموعة معايير تمثلت في:

- أن تكون الحالات أصيبت بعدوى فيروس كوفيد-19.
 - أن يتراوح سنها بين 20 و 60 عاما.
 - أن لا تكون تعاني من حالات صحية وعقلية.
 - أن تكون الحالات قد مكثت بالمستشفى لمدة زمنية.
 - أن تكون الحالات خضعت للعلاج الأكسجيني بعد إصابتها بالضائقة التنفسية.
 - أن تكون الحالات قد مر على استشفائها من شهر إلى شهرين.
 - أن تنتمي الحالات إلى مستويات تعليمية مختلفة بأن تتمتع بمستوى من القراءة والفهم.
- كما يمكننا تلخيص خصائص الحالات كما يلي:

جدول رقم (11): مواصفات الحالات الستة للدراسة

الحالة	السن	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	مدة العلاج الأكسجيني	نوع المضاعفات
(غ. أ)	44 سنة	أولى ثانوي	متزوج	45 يوم خلال الاستشفاء وشهر بالمنزل بعد الاستشفاء	التليف الرئوي - السكري نوع 1- حكة جلدية- اكتئاب.
(ن. س)	39 سنة	جامعية	متزوجة	40 يوم	جلطة دموية مع احتمالية الإصابة بالسرطان- اكتئاب.
(م. ج)	56 سنة	ثانوي	متزوج	35 يوم	اعتلال عضلة القلب السكري نوع 2- اكتئاب
(ب. س)	36 سنة	جامعية	متزوجة	30 يوم	ارتفاع الضغط الدموي مع المتابعة عند طبيب أمراض العقلية
(ص. ر)	29 سنة	جامعي	أعزب	35 يوم	متلازمة الشريان التاجي (Coronary syndrome)
(ح. ش)	33 سنة	ثانوي	عزباء	07 أيام	احتمالية الإصابة بالكلية

5. تقنيات المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية للنتائج بالاعتماد على برنامج الإعلام الآلي المعروف باسم البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية 23 Statistical Package for Social Science (SPSS) وذلك بهدف معالجة بيانات الدراسة والكشف عن تفاصيلها وتحليل حيثياتها، وتراوحت الأساليب بين:

1.5. الاختبارات الإحصائية الوصفية: تتمثل في:

- التوزيعات النسبية والتكرارية.
- المتوسطات الحسابية.
- الانحرافات المعيارية.

وذلك بهدف توصيف الجوانب المختلفة ذات العلاقة بالظاهرة المدروسة.

2.5. الاختبارات الإحصائية الاستدلالية : تمثلت في:

- الاختبار التائي "ت" لعينة واحدة
- اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA
- اختبار المقارنات البعدية TUKEY

تناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة، بالتطرق إلى المنهج الملائم للدراسة، ثم إلى الدراسة الاستطلاعية، بعد ذلك وصف أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية من خلال حساب معاملات الصدق والثبات باستخدام طرائق مختلفة ثم تم التعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية والعينة وخصائصها وإلى الأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات .

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة.

2- مناقشة وتفسير النتائج.

تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض وتحليل ومناقشة مختلف نتائج الدراسة التي توصلنا إليها بطريقة مفصلة، وذلك من خلال البدء بعرض النتائج التي أسفرت عنها الدراسة بعد المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها في الدراسة الميدانية من خلال تطبيق مقياسين على العينة المدروسة وثلاث مقاييس على حالات الدراسة المتعمق فيها وهذا من أجل اختبار الفرضيات ثم تقديم تفسير لها ومناقشتها في ظل الدراسات السابقة والبحوث المستجدة المرتبطة بمتغيرات الدراسة والإطار النظري.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة

1. النمط السلوكي السائد لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19

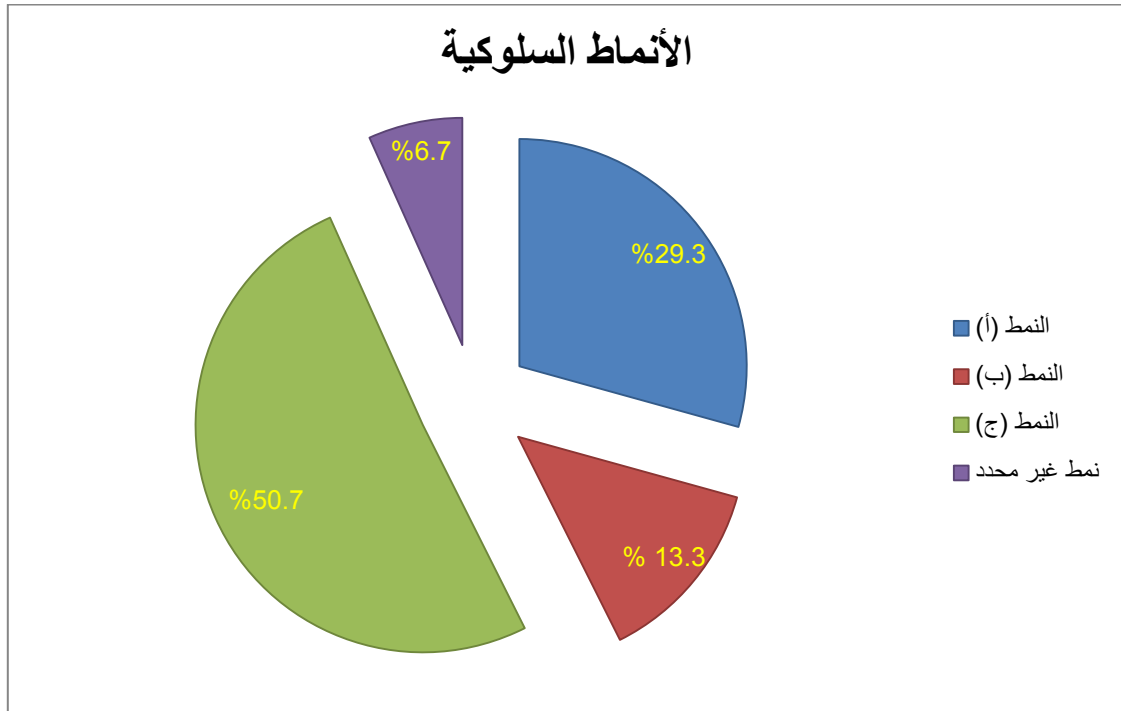
من أجل اختبار الفرضية الأولى التي تنص على أن "النمط السلوكي للشخصية السائد لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19 هو النمط السلوكي (ج)". تم الاعتماد على المنهج الكمي باستعمال التحليل الإحصائي للبيانات حيث تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لمستوى أنماط الشخصية للمتعافين من مضاعفات كوفيد-19 ذوي النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي (ب)، والنمط السلوكي (ج) حيث (ن-125) كما هو موضح في الجدول رقم (12).

جدول رقم (12): التوزيع التكراري لأفراد العينة حسب الأنماط السلوكية

النمط	التكرار	النسبة المئوية
النمط (أ)	66	29.3
النمط (ب)	30	13.3
النمط (ج)	114	50.7
نمط غير محدد	15	6.7
المجموع	225	100

من خلال الجدول رقم (12) يتضح لنا أن أكبر نسبة من أفراد العينة ينتمون إلى النمط السلوكي (ج) حيث قدر عددهم بـ: 114 متعاف أي بنسبة 50.7% من المجموع الكلي لأفراد العينة، تليها نسبة الأفراد ذوي النمط (أ) البالغ عددهم: 66 أي بنسبة 29.3% ثم نسبة الأفراد ذوي النمط (ب) الذين قدر عددهم بـ: 30 ما يعادل 13.3% وأخيراً نسبة الأفراد الذين ليس لهم نمط محدد حيث بلغ عددهم 15

متعاف بنسبة 6.7%. وحتى تتضح الفروق بين النسب أكثر يمكن الاستناد إلى الدوائر التكرارية (النسبية) الموضحة في الشكل رقم (03).



شكل رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب الأنماط السلوكية

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (12) والشكل رقم (03) فإن النمط السلوكي للشخصية السائد عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19 هو النمط (ج) يليه النمط السلوكي (أ) ثم النمط السلوكي (ب). أي أن أغلب أفراد العينة طغى عليهم النمط السلوكي (ج). إنهم من النوع المنطوي كما سماه جرير وموريس Greer and Morris، والذي يتميز أصحابه كما حددته تيموشوك بالنمط الكابح لانفعالاته والمتميز بمدرجات اكتئابية مع خوف من الصراعات وشعور بالذنب دون سبب، وعليه يمكننا القول أن فرضية الدراسة الحالية تحققت.

2. الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19

للتحقق من الفرضية الثانية التي تنص على أن: "المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 يعانون من صدمة نفسية". تم استخدام مقياس SPSSI-5 واستنادا على المنهج الكمي باستعمال التحليل الاحصائي للبيانات تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدام الاختبار التائي "ت" لعينة واحدة لمقارنة درجات العينة مع المتوسط النظري الذي تم تحديده سابقا لكل بعد من أبعاد المقياس وذلك للتعرف على مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (13): مستوى الصدمة عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19

المتغير	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفرق	قيمة t	مستوى الدلالة
مستوى اضطراب الصدمة الكلي	40	45.60	7.77	5.60	10.81	0.000
محور تكرار الخبرة	10	12.84	2.68	2.84	15.91	0.000
محور التجنب	04	4.62	1.80	0.62	5.21	0.000
محور تغيرات الإدراك والمزاج	14	14.86	3.41	0.86	3.80	0.000
محور فرط الإثارة	12	13.26	2.78	1.26	6.82	0.000

قمنا بتقييم مستوى الصدمة ككل بناءً على المجالات الثلاثة الرئيسية لاضطراب ما بعد الصدمة (إعادة الخبرة، التجنب، فرط الإثارة)، فكانت النتيجة الإجمالية للصدمة لدى عينة الدراسة عند متوسط حسابي قيمته 45.60 بانحراف معياري قدر بـ 7.77 كما يظهر في الجدول رقم (13). وهي قيمة أكبر من المتوسط النظري للمقياس الذي يشار إليه بـ 40 حيث تقع هذه القيمة ضمن مستوى (41-60) حسب مقياس SPSSI5، ما يفسر أن مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 كانت درجتها شديدة وذلك حسب قيمة (ت) التي قدرت بـ 10.81 عند مستوى دلالة 0.000 حيث بلغت قيمة الفرق بين استجابات المتعافين على المقياس والمتوسط النظري بـ 5.60.

وهذا يعني أن المتعافين من وباء كورونا لازالوا يشعرون بالصدمة النفسية نتيجة الإصابة بعدوى هذا الوباء وبمضاعفاته وبمدة الاستشفاء خاصة الذين تم استشفائهم في العناية المركزة.

ضف إلى أن أعراض الصدمة جاءت أعلى لدى مرضى كوفيد-19 وتطورت بشكل ملحوظ إلى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إذ سجلنا أعلى نسبة عند محور تغيرات الإدراك والمزاج بمتوسط حسابي قيمته 14.86 وانحراف معياري يقدر بـ 3.41 ثم يليه محور فرط الإثارة بمتوسط حسابي قيمته 13.26 وانحراف معياري قيمته 2.78، ويأتي بعده محور تكرار الخبرة في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي قيمته 12.84 وانحراف معياري يقدر بـ 2.68 وأقل قيمة هو محور التجنب بمتوسط حسابي يقدر بـ 4.62 وانحراف معياري قيمته 1.80 وكلها قيم كبرى من المتوسط النظري للأبعاد الذي يشار إليه بالترتيب: 14-12-10-04 وذلك حسب قيمة ت التي قدرت بالترتيب: 3.80، 10.81، 15.91، 5.21 عند مستوى دلالة 0.000 حيث بلغت قيمة الفرق بين استجابات المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 على الأبعاد والمتوسط النظري بالترتيب: 0.86، 1.26، 2.84، 0.62. بحيث أن الجائحة ارتبطت أكثر بتأثيرات على مستوى المزاج والشعور والانفعال وهذا ما يفسر ارتفاع النسبة عند محور تغيرات الإدراك والمزاج. مما سبق يتجلى لنا تحقق الفرضية الثانية للدراسة.

3. علاقة الصدمة النفسية بالأنماط السلوكية للشخصية

لاختبار الفرضية الثالثة التي تنص على أنه "توجد علاقة فروق في مستوى الصدمة عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 تعزى لنوع الأنماط السلوكية للفرد (أ. ب. ج)". تم الاعتماد على المنهج الكمي باستعمال التحليل الإحصائي للبيانات أين تم الإعتماد على الخطوات التالية:

- عرض الإحصائيات الوصفية الخاصة بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المتعلقة بالصدمة حسب الأنماط السلوكية.
- اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA .
- اختبار المقارنات البعدية TUKEY.

تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 تبعاً للأنماط السلوكية ويوضح الجدول رقم(14) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية:

جدول رقم (14): نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA لمستوى الصدمة حسب الأنماط السلوكية

مستوى الصدمة تبعاً للأنماط السلوكية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
النمط (أ)	45.04	8.54	4.888	0.003	دالة
النمط (ب)	41.70	6.42			
النمط (ج)	47.22	6.92			
النمط (غير محدد)	43.53	9.76			

يوضح الجدول (14) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصدمة عند المتعافين من كوفيد-19 تعزى للأنماط السلوكية (أ. ب. ج) حيث جاءت قيمة (ف) 4.888 بقيمة احتمالية 0.003 أصغر من 0.005 دالة إحصائية.

كما يوضح الجدول (14) ارتفاع قيمة المتوسطات عند النمط (ج) حيث أن أكبر متوسط حسابي لمستوى الصدمة كان لذوي النمط (ج) بقيمة 47.22 وانحراف معياري قدره 6.92، يليها المتوسط الحسابي لمستوى الصدمة للنمط (أ) بـ 45.04 وانحراف معياري قدره 8.54 ، ثم يأتي مستوى الصدمة

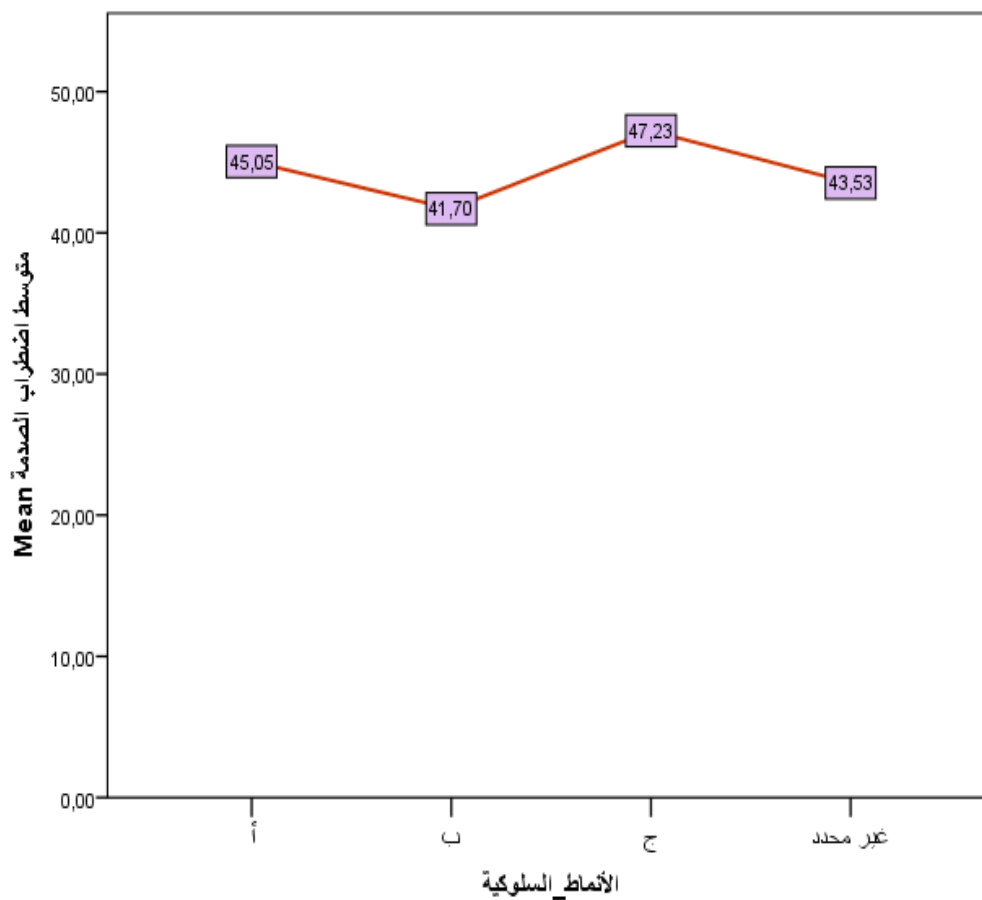
عند النمط (غير محدد) بمتوسط حسابي قدره 43.53 بانحراف معياري يبلغ 9.76، وأصغر متوسط حسابي سجل عند النمط (ب) حيث بلغ 41.70 بانحراف معياري قدره 6.42 وما نلاحظه أنها نتائج تقع كلها ضمن المستوى الشديد بين نسبة (41-60) حسب مقياس SPSS-5 .

ولمعرفة سبب الفروقات تم اختبار TUKEY للمقارنات البعدية والرسومات البيانية التي توضح سبب وماهية الفروق الدالة إحصائياً بين مستوى الصدمة ككل والأنماط السلوكية للشخصية:

جدول رقم (15): اختبار TUKEY للمقارنات البعدية بين مستوى الصدمة ككل والأنماط السلوكية للشخصية

الدالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية	الفرق في المتوسطات	مستوى الصدمة تبعاً للأنماط السلوكية
غير دالة	0.190	3.34545	النمط (أ) / النمط (ب)
دالة	0.003	-5.52807*	النمط (ب) / النمط (ج)
دالة	0.003	5.52807*	النمط (ج) / النمط (ب)
غير دالة	0.870	1.83333	النمط (غير محدد) / النمط (ب)

يتضح لنا من الجدول (15) أن سبب الفروق الدالة إحصائياً في مستوى الصدمة لدى المتعافين من كوفيد-19 تبعاً للأنماط السلوكية تعود إلى الفرق بين النمط (ج) والنمط (ب) بفارق معنوي 5.52807 عن النمط (ج) حيث جاءت القيمة الاحتمالية 0.003 أقل من 0.005. بينما الفرق في النمط (أ) والنمط (غير محدد) لم يكن دالاً إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية 0.190 و 0.870 على التوالي أكبر من 0.005. ويعود هذا الفرق بين النمط (ج) والنمط (ب) إلى أن النمط (ب) أكثر تكيفاً مع ضغط الجائحة نظراً للخصائص التي يتميز بها. والشكل رقم (04) يوضح الفروق في مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 تبعاً للأنماط السلوكية (أ. ب. ج).



شكل رقم (04): الفروق في مستوى الصدمة تبعا للأنماط السلوكية (أ، ب، ج)

يتضح لنا من الشكل رقم (04) أن مستوى الصدمة لا يرتبط بنمط سلوكي معين ولكنه يمس جميع الأنماط بنسب معينة، وعليه فإن هناك تحقق جزئي لفرضية الدراسة الحالية.

4. علاقة مستوى الصدمة النفسية بنوع الجنس

لاختبار الفرضية الرابعة التي تنص على أن " هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 - تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) تم الاعتماد على المنهج الكمي باستعمال التحليل الإحصائي للبيانات باستعمال معادلة الاختبار التائي لعينتين مستقلتين Independent Samples T-test في المقارنة بين متوسطات الذكور والإناث في اضطرابات ما بعد الصدمة فكانت النتائج كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول رقم (16): دلالة الفروق بين الذكور والإناث

المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 في اضطراب ما بعد الصدمة

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفرق	قيمة t test	الدلالة
الذكور	117	45.085	7.055	-1.081	-1.035	0.34 غير دال
الإناث	108	46.166	8.485			

أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي للذكور 45.085 بانحراف معياري مقداره (7.055) والمتوسط الحسابي للإناث (46.166) بانحراف معياري (8.485) وكانت قيمة الاختبار التائي بين المتوسطين المذكورين مقداره (-1.035). وعليه فإن الفرضية الرابعة للدراسة لم تتحقق.

5. الميول السيكوباتولوجية عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19

لاختبار الفرضية الخامسة التي تنص على "أن المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19 يعانون من ميول سيكوباتولوجية إكتئابية". تم الاعتماد على المنهج العيادي وأدواته: الملاحظة العيادية المباشرة والمقابلة العيادية البحثية ومقياس MMPI-2 أين طبقت على ستة حالات ينتمون إلى عينة الدراسة تم دراستها دراسة معمقة وجاءت كالتالي:

أولاً: عرض وتحليل المقابلات العيادية

1) عرض وتحليل المقابلات العيادية للحالة الأولى

• تقديم الحالة

الحالة (غ. أ) ذكر، يبلغ من العمر 44 سنة، متزوج، لديه 03 أولاد، مستواه التعليمي أولى ثانوي، يعمل حالياً كحارس بعدما كان سائق، (poste aménagé وظيفة محولة) هو الابن الأصغر في العائلة. ذو مستوى معيشي متوسط. يتميز بقامة قصيرة، بدين البنية، مظهره مرتب، لغته واضحة وكلامه سريع، أفكاره غير متناسقة وغير منظمة بحيث ينتقل من موضوع الى موضوع، تواصله البصري ضعيف وذاكرته متذبذبة، تبدو من الوهلة الأولى أنه متذكر لكل الأحداث والتفاصيل والأشخاص لكن سرعان ما يصمت طويلاً محاولاً التذكر بتوتر وعبوس ظاهر على وجهه.

• الحالة النفسية قبل الإصابة بالعدوى

الحالة قبل الإصابة كان شخص منعزل، انطوائي وكان يعاني من الأرق الليلي ما يجعله أحياناً يخرج من البيت يقود سيارته بدون أي اتجاه: "كنت مانقدرش نرقد، نبقا نتقلب في فراشي، نوض نطلع اللوطو ونبقى غير ندور بلا ماراني عارف وين راني رايح....حتى نعي". كما كانت تنتابه حالات حزن منذ صغره وخاصة منذ موت الوالد، وأحياناً أفكار وسواسية فيما يخص أي مرض وخاصة النظافة "خاف بزاف من المرض، المرض يفكرني بالموت تاع بابا الله يرحمه، نحب نغسل يديا بزاف، وكى جات كورونا زدت وليت كل شوي نظفهم بالمعقم".

• الإصابة بفيروس كورونا

أصيب الحالة بعدوى كوفيد-19 خلال شهر سبتمبر 2021، حيث استقطب العدوى من عند أخوه الأكبر؛ وتمثلت الأعراض الأولى التي عانى منها في آلام بطنية، صعوبة في التنفس، سرعة دقات القلب وقد تم تشخيص إصابة "موجبة" لديه بعد تحليل PCR.

دخل الحالة المستشفى مرتين من نفس الشهر خلال الموجة الثانية حيث كان الدخول الأول من 17 سبتمبر إلى 19 سبتمبر 2021 وخرج ليكمل الدواء في المنزل؛ لكن حالته تأزمت بعد يومين من الخروج حيث أعيد إدخاله إلى المستشفى بتاريخ 21 سبتمبر 2021 نظرا لتعرضه لمضاعفات العدوى المتمثلة أساسا في الضائقة التنفسية حيث كانت نسبة الأكسجين جد منخفضة عنده 40 % مع ارتفاع درجة الحرارة وارتفاع في نسبة السكر في الدم الذي وصل إلى (HI) وهي نسبة جد مرتفعة حيث تم إبطاله بثلاث مصادر للأكسجين من أجل رفع نسبته لديه.

• المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء

جدول رقم (17): الحالة النفسية والجسدية للحالة الأولى (غ. أ) خلال مرحلة الاستشفاء

آلام جسدية تجلت أساسا في ألم الظهر خاصة بالليل. انخفاض الشهية والوزن بقي 10 أيام بدون أكل بحيث كان لا يقوى على المضغ ولم تكن لديه الرغبة في الأكل: "كلش كنت نحسه سامط في فمي، حاجة ما كانت تقوتلي، كانت تحبس عند حلقي، كنت نلقى روحي فشلان، ما نقدرش نمضغ ونصرط..." وطحت بزاف في الميزان كي ماكنتش ناكل". حبس فضلاته لقراءة 10 أيام ما سبب له ألما فظيعاً، ورفض كلام أي شخص فيما يخص هذا الأمر: "كنت رافض كلام الطبيب ولي معاه، كنت نسقي روحي كيفاش وصلت لهذا الحالة تاع ماشي قادر نروح للمرحاض. أعراض الاستثارة الجسدية خاصة عند تحدثه عن مرحلة الاستشفاء وتذكر حوادث مؤلمة فيظهر عليه ازرقاق الوجه cyanose وكأنه يتعرض لاختناق مع تنفسه متقطع.	المظاهر الجسدية
أعراض صدمية حيث أشار أن خبر إصابته بكوفيد-19 كان صادما له كونه سمع عن تبعات الإصابة بهذا الفيروس الذي استوحى معلوماته عنه من صفحات التواصل الاجتماعي ولم يكن يصدق وجوده أصلا: "كي بدأت عندي الأعراض ما قدرتش نصدق أنها كورونا قلت برك <i>grippe</i> وفابتة، ستهزيت بالأعراض لي كانت عندي ونخلعت كي قالولي عندك كورونا". أصيب بهلاوس بصرية وسمعية: "كنت نشوف صوالح قدامي، كنت نشوف امرأة أخرى بجانب الزوجة مين كانت تُغير لي ملابس ولا توكلني... مرات كنت نشوف وأنا فاتح عيني ناس بزاف يمشو في الكولواغ... كأنه سوق، نسمعهم مليح... راني متأكد ما كونتش نوم ولا نهطرس". الألكسثيميا الظاهرة في صعوبة التعبير عن الاحساس على مستوى الجسد : ...الوجع في ظهري ماننساوش ولا نعرف نعبّر لك عليه". أعراض اكتئابية تجلت في حزنه وبكاءه خلال المقابلات ونبرة صوته المتألّمة التي تتبدل على حسب الموقف الذي يتحدث عنه مع إظهار انفعال وتأثر ظاهر على وجهه ثم تليه فترات الصمت. حيث وصف فترة الاستشفاء بالنهاية حيث يقول : " حَسَيْتُ <i>la fin</i>...كنت محطم، نقارع في الموت. نوبات بكاء حاد عند تذكره لبعض الأحداث خاصة وفاة الممرض الذي كان يسعفه: : كان الفرولي لي يديرلي الدوا يقول، "راك خايف من الموت...ماراكش رايج تموت، كان يقولها وأنا أرى ابتسامته من تحت	المظاهر الانفعالية

كمامته، كنت نشوفها من تكماش عينيّه _ بيكي بشدة وهو يمسك رأسه _ سمعت بعدها أن الفرملّي مات وأنا مازلت حي". الشعوره بالذنب المتجسد في قوله " كانت غايضتني عمري كي ما رجعتش قادر ندير <i>les besoins</i> تاوعي"، " كنت نسقي روجي كيفاش وصلت لهذه الحالة تا ع ماشي قادر نروح للمرحاض". ملاحظة تعابير الخوف والتوتر على مستوى الوجه وفي قوله: " خفت نموت ونخلي ولادي الصغار".	
أظهر سلوك هياج عندما أريد تحويله لمصلحة الإنعاش فقد رفض ذلك: "كنت نسمع أنه لي يدخل الانعاش ما يرجعش...كانت الناس فيها تموت بزاف، كانوا حابين يقتلونني، <i>la réa</i> هي الموت". وبعد تشاور الفريق الطبي وتدخل النفسانيين تم الإبقاء عليه في نفس المصلحة؛ وإيصاله بثلاث مصادر أكسجين مراعاة لحالة الهيجان التي كان عليها بحيث كل مجهود وتوتر كان يقوم به كان يزيد من انخفاض الأكسجين لديه. وأحيانا كان يدخل في مرحلة هيجان: "كنت نرمي كل حاجة حدايا، كانت غايضتني عمري كي ما رجعتش قادر ندير <i>les besoins</i> تاوعي، كنت نحشم باه واحد ينظفني، كنت رافض ندير الحفاظات؛ رفضت نهائيا ندير الحاجات تاوعي". سلوك عدواني اتجاه الآخر مع الزوجة أو مع من حوله: " ما كنت تقبل حتى واحد ولا نتحمل أي واحد أو كلام أي واحد، انشاء الله الزوجة تسمحي...". سلوك عدواني اتجاه الذات عندما قام بحبس فضلاته. سلوك تشككي في قرار الأطباء عندما أرادوا تحويله للعناية المركزة . اضطراب النوم بحيث كان لا يستطيع النوم مطلقا، يظل يئن بسبب أوجاع ظهره، منتظرا وفاته: "كانو كي يردوا عليا باب الغرفة، نفهم أنه كاين مريض ولا زوج مرضى توفاو. أنا مانخافش من الموت، راني موالف نشوف الموتى وغسلت شحال من واحد من قبل". سلوكات جسدية مثل اللعب بالأصابع أثناء التحدث. إضافة إلى تخشب أصابع اليدين مع حكمها باستمرار مع محاولات لتهدئة حالته من خلال الصلاة: "كنت كي نتقلق نصلي غير بعينيا". اتباع توجيهات النفسانية المشرفة على حالته: " كانت <i>psychologue</i> تتدخل باه نهذا؛ عاونتني بكلامها باه تحطيت المرحلة هانديك...".	المظاهر السلوكية
أفكار الاضطهاد حيث كان يرى أنهم يريدون قتله عندما أرادوا تحويله إلى مصلحة الإنعاش "كانوا حابين يقتلونني، <i>la réa</i> هي الموت". مع صعوبة أحيانا في التذكر. تفكير إيجابي "بعد ما مات المريض لي كان معايا في الغرفة؛ قالت لي زوجته كي جات خارجة: مازال عندك الوقت باش تتقذ حياتك. هاذ الكلمة خلّاتني نفكر في ولادي وخاصة في بنتي الصغرى لي عندها عام. كي رجعت نفكر في ولادي ارجع الأكسجين بطلعلي وقبلت باش ندير الحاجات تاوعي....". اتباع توجيهات النفسانية المشرفة على حالته: "طلبت مني نتمسك بفكرة أو أمل، وأنا تمسكت بفكرة أولادي يحتاجوني".	المظاهر المعرفية
الشعور بالعزلة: " حسيت روجي وحدي وبعيد على أهلي وخفت نموت ونخلي ولادي الصغار"	المظاهر الاجتماعية

• المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء (التعافي)

بعد انتهاء مرحلة الاستشفاء التي دامت 45 يوم. بقي الحالة (غ. أ) مدة شهر وهو يضع الأكسجين في منزله ثم شيئاً فشيئاً استطاع الاستغناء عنه بعدما عاد للجو العائلي وكانت حالته الجسدية والنفسية كما لخصناه في الجدول أدناه.

جدول رقم (18): الحالة النفسية والجسدية للحالة الأولى (غ. أ) بعد الاستشفاء

المظاهر الجسدية	استمرار معاناته من الإرهاق مع صعوبة في صعود الدرج وضيق التنفس. آلام على مستوى كل الأطراف. حكة جلدية على مستوى أصابع اليد. زيادة في الوزن حيث يقول: "حسيت روعي كبرت، كبرت بزاف، نشاطي وحيويتي رجع قليل حتى زدت في الميزان... شوفي قداش وليت، نعيًا بالخف، حتى في الخدمة دارولي <i>post aménagé</i> ..."
المظاهر الانفعالية	الأرق الليلي الذي يجعله يستيقظ ليلاً بالرغم من محاولاته للنوم القلق والتوتر عند تذكر فترة الاستشفاء.
المظاهر السلوكية	سلوكات قهرية تجلت في غسيله المتكرر لكتلتي يديه "خاف بزاف من المرض، المرض يفكرني بالموت تاع بابا الله يرحمه، نحب نغسل يديا بزاف".
المظاهر المعرفية	أفكار بخصوص أثار كورونا: "كوفيد كبرني عشرين سنة لقدام، بصح الحاجة الإيجابية لي دارتهالي كورونا؛ بدلتني تفكيري، غيرتني بزاف"
المظاهر الاجتماعية	بداية الخروج من مشاعر الوحدة: "علاقتي مع زملائي تبدلت، هذا وين رجعت تقعد معاهم ونسمعهم ونحتفل معاهم، من قبل كنت جاذب روعي، ما نضحك ما نهدر، حسيت أنني ضيعت وقت كبير من حياتي وأنا غالق على روعي..."
المضاعفات	التليف الرئوي fibrose pulmonaire السكري من النوع الأول المعتمد على العلاج الأنسوليني مع وجود اكتئاب

(2) عرض وتفسير نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه:

طبق الاختبار على الحالة (غ.أ) بشكل فردي بعد أن قدمنا له شرح مفصل عن الهدف من الاختبار حيث أبدى تعاونه وكان متجاوبا واستغرق في ذلك ساعة و17 دقيقة ثم بعدها تم إلقاء تعليمية الاختبار وتقديم كراسة الاختبار مع ورقة الإجابة وبعد التصحيح جاءت الصفحة النفسية للحالة كالآتي:

جدول رقم (19): نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الأولى (غ. أ)

المقاييس	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
الأرقام	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
الدرجة الخام مصححة ب K	05	20	06	22	31	22	28	21	23	34	49	27	39
الدرجة المعيارية	49	88	30	72	76	51	61	40	92	64	82	69	66

• تقييم مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

حصل الحالة (غ.أ) في مقياس عدم الإجابة (?) على (2) درجة، والتوصيف هو (عادي)، ودلالته أن المفحوص تجنب الفقرات التي لها دلالة فريدة حيث احتمال تحريف الصفحة النفسية قليل جدا. وعلى مقياس الكذب (L) فقد حصل على (49) درجة تائية وتوصيفه (عادي) ودلالته أنه قادر على تحقيق توازن مناسب بين التصريح بالأخطاء الاجتماعية وإنكارها، وأنه من ذوي الحظ السيكولوجي الذي يحاول خلق صورة مرغوبة لذاته، فأداؤه مناسب ضمن المتوسط. أما مقياس الخطأ (F) الذي يشير لصدق أو عدم صدق الصفحة النفسية، فقد تم رصد (88) درجة تائية، وتوصيفه (ملحوظ)، ودلالة ذلك أن الارتفاع يمثل شدة المعاناة ودرجة السيكيوباتولوجية التي يخبرنا بها المفحوص وهو يحتاج الى المساعدة ويرجح أن يشخص المفحوص بأنه مضطرب سلوكيا أو بأنه ذهاني أو له سيرورة ذهانية.

وعلى مقياس التصحيح (K) تحصل على (30) درجة فلقد كان توصيفه (منخفض)، وهذا يعني أن المفحوص يعترف بمصادره المحدودة للتعامل مع المشكلات لهذا يتعين البحث فيما إذا كان العميل يعتبر عاديا أم أنه يعاني من بعض السيكيوباتولوجية، حيث يصاحب انخفاض الدرجة على (K) أي الاعتراف بوجود مشكلات إلى ارتفاعات في البروفيل الخاص بالرباعي الذهاني (المقاييس 6.7.8.9).

• التحليل العام لمقاييس الصدق

صدق الصفحة النفسية تراوح بين 14 درجات ما يعني أن الصفحة النفسية تشخص بأنها محرفة لتبدو سوية أي أن العميل ينكر وجود أي سيكوباتولوجية. مع أنه يندرج ضمن النسق الأول المعروف فيه بالاعتراف بمشكلات تزداد حدة لكن لديه دفاعات قليلة للتعامل معها. وهذا ما يؤكد ارتفاع الدرجة على المقياس (ف) أين المفحوص يخبر بمشكلات أكثر ومن ثم يزداد إحساسه سوءا وهو يبالغ في الأعراض كي يحصل على مساعدة أسرع.

• تقييم المقاييس الاكلينيكية المرتفعة

تجدر الإشارة إلى أنه تم الاعتماد في تحديد ارتفاع المقياس على الدرجة التي تقع في حدود (60) درجة وما فوق.

مقياس البارانويا: تم رصد درجة 92 = (Pa) وتوصيفه (مرتفع جدا) ودلالته أن المفحوص يعاني من اضطراب في التفكير مع معتقدات خاطئة مع ميل للانتقام واجترار الأفكار ويمكن أن يتصرف تبعا لهلوساته . كما يغلب أن يكون متشككا وعدائيا ومفرط الحساسية وهو عادة يعبر تعبيرا لفظيا ظاهرا عن هذه الصفات كما قد يكون اضطراب الفكر ظاهرا بوضوح. حيث جاءت نتائج المقاييس الفرعية كالآتي:

جدول رقم (20): نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارانويا للحالة الأولى (غ.أ)

أفكار الاضطهاد	رهافة الحس وحدته	السذاجة
Pa1 = 114	Pa2 = 84	Pa3 = 34

حيث سجل المفحوص درجات مرتفعة على مقياس أفكار الاضطهاد ويدل على أنه ينظر إلى العالم على أنه تهديد. يشعر بسوء الفهم والمعاملة غير العادلة. يميل إلى الشك وعدم الثقة في الآخرين وهو يلقي اللوم لمشاكله واحباطاته وفشله على الخارج. كما حصل على درجة عالية في مقياس الحساسية مما يدل على أنه يشعر بأنه أكثر ضعفا وحساسية من الآخرين كما يشعر بالوحدة ويساء فهمه ويبحث أحيانا عن أنشطة محفوفة بالمخاطر ليشعر بالتحسن.

مقياس الفصام: 82 = (Sc) توصيفه (مرتفع جدا) ودلالته أن لديه أفكار غير منظمة يميل للعزلة الاجتماعية والتشكك والعدائية ونقص الاستبصار بسلوكهم وتكون لديه اضطرابات فكر وهالوس ويصنفون عادة أنهم ذهانيون. وقد جاءت المقاييس الفرعية مرتفعة كما تظهر في الجدول الآتي:

جدول رقم (21): نتائج المقاييس الفرعية لمقياس الفصام للحالة الأولى

الاغتراب الاجتماعي	الاغتراب الانفعالي	نقص تحكم الأنا على المستوى المعرفي	نقص تحكم الأنا على المستوى النزوعي	نقص تحكم الأنا: قصور الكف	تجارب حسية غريبة
Sc1 = 85	Sc2 = 98	Sc3 = 79	Sc4 = 83	Sc5 = 58	Sc6 = 96

وبدل ذلك حسب مقياس $Sc1 = 85$ على أن المفحوص يشعر بنقص العلاقات مع الآخرين وهو يشعر بسوء المعاملة وسوء الفهم وعدم الحب. أما دلالة $Sc2 = 98$ فإنه يدرك ذاته كما لو كانت غريبة عنه أو مغتربا وهو خائف ومكتئب ويتمنى مرات الموت. وبالنسبة لمقياس $Sc3 = 79$ فإنه يعترف بعمليات فكرية ولديه أفكار غريبة ومضطربة. مع صعوبة التركيز والتذكر ويشعر أحيانا أنه يفقد عقله. وحسب مقياس $Sc4 = 83$ فإن المفحوص لديه شعور بالضعف السيكلوجي وهو يظهر قصورا ذاتيا وكفا كليا ونكوصا ويعتقد أن الحياة صعبة، كما يشعر بالقلق بشكل مفرط. وقد يتفاعل مع التوتر بالانسحاب نحو الهوام وقد يتمنى في بعض الأحيان الموت. أما مقياس $Sc6 = 96$ فيدل على أن المفحوص لديه شعور بالتغير في إدراكه لذاته ولصورة الجسم ويعتقد أن جسمه بدأ في التغير بطريقة غريبة وغير عادية ويمكن أن تكون بشرته حساسة .

مقياس الاكتئاب: تم رصد درجة $76 = (D)$ توصيف ذلك أن الاكتئاب (مرتفع جدا)، حيث تشير هذه الدرجة المرتفعة الى حزن عام ومزاج اكتئابي إما بالنسبة للذات او الحياة مع عدم الرضا والشعور بالذنب أو الدونية أو الانتقاص من قدر الذات. وقد جاءت المقاييس الفرعية للاكتئاب على النحو الآتي في الجدول أدناه:

جدول رقم (22): نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الأولى (غ.أ)

الاكتئاب الذاتي	التخلف النفسي الحركي	اعتلال الوظائف البدنية	البطء العقلي	إطالة التفكير غالبا في المتاعب
(D1) = 77	(D2) = 67	(D3) = 60	(D4) = 85	(D5) = 77

حيث أن D1 و D4 و D5 جاءت مرتفعة ما تدل على أن المفحوص ينقصه الاستمتاع بالقيام بالأشياء، له معنويات منخفضة وكذلك تقديره لذاته ويشكو من نقص في الطاقة لمواجهة المشكلات وغير مهتم لما يدور حوله وهو سهل القابلية للاستثارة وتنقصه الثقة بوظائفه السيكلوجية ، كما له ميل نحو الاحساس بالنقص وفقد الثقة وبحس بالسوء في الوضعيات الاجتماعية.

مقياس توهم المرض: تم رصد درجة $Hs=72$ وتوصيفه (ملحوظ) ودلالته أن له انشغال زائد بشكاوي بدنية يستخدمها للتحكم في من حوله. مع تشاؤم وشعور بالمرارة التي يعبر عنها بصورة مقنعة باستخدام الشكاوي البدنية ونادرا ما يعبر عن عدائيته بصورة ظاهرة. له تاريخ طويل مع هذه الشكاوي. ولا يهتم باستطلاع أي أسباب نفسية لها.

مقياس الهوس الخفيف: تم رصد $Ma=69$ فكان التوصيف أنه (معتدل)، ودلالته أنه يضيق بالقيود من الخارج على نشاطه وقد يثور ويعبر بصورة ظاهرة عن عدم الشعور بالرضا.

مقياس الانطواء الاجتماعي: $Si=66$ توصيفه (معتدل)، ودلالته بأن الحالة يفضل أن يكون بمفرده أو مع جماعة صغيرة وله القدرة على التفاعل مع الآخر ولكنه لا يفضل ذلك.

مقياس الوهن النفسي: $Pt=64$ توصيفه (معتدل)، ودلالته بأن الحالة دقيق في الوفاء بالتزاماته بالمواعيد، وقد يقلق إذا عجز عن ذلك. لا يرى نفسه قلقا ولا يراه الآخرون قلقا. وهو واعي ومسؤول وينتقد نفسه .

- **مقاييس المحتوى الفرعية:** تنشئ الاستدلالات التفسيرية عندما يسجل الأشخاص درجة عالية على مقاييس المحتوى $T \geq 60$ انظر الجدول رقم (23).

جدول رقم (23): نتائج مقاييس المحتوى للحالة الأولى (غ.أ)

المقاييس	A	F	O	D	S	L	T	A	C	A	B	H	D	O	F	A
	N	R	A	M	O	S	P	S	Y	N	I	E	E	B	R	N
	X	S			E	E	A	P	N		Z	A	P	S	S	X
الدرجة المعيارية	80	89	81	82	86	92	66	80	56	77	74	75	75	84	86	

(3) نتائج التفسير الإكلينيكي للبروفایل المتعلق بالحالة الأولى

بعد توصيف الدرجات واستخراج دلالتها التفسيرية؛ نجد أن رمز البروفایل النفسي للحالة (غ. أ) جاء كالتالي:

#K : L''F 5/ 3-9074'21''8*6

كما ظهر البروفایل على شكل أزواج النقاط المرتفعة (بروفایلات ثنائية) حيث ارتفعت الدرجة في الرباعي الذهاني وفي الثلاثي العصبي فوق 70 درجة.

خلاصة الحالة

بعد دراسة الحالة واستنادا إلى معطيات المقابلة والملاحظة العيادية وكذا تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ومن خلال شكل الصفحة النفسية نجد أن الحالة (غ. أ) عانى كثيرا خلال مرحلة الاستشفاء بعد إصابته بالفيروس وكان استعداده لاستقطاب مضاعفات الفيروس جليا واضحا في ما تعرض له من معاش نفسي قبل وخلال وبعد الاستشفاء.

يشير البروفایل النفسي والذي يميز ملامح شخصية الحالة الأولى إلى وجود اضطراب فكر بملامح بارانويدية (سيرورة ذهانية). فنجد ارتفاع كبير في درجات مقياس البارانويا $Pa = 92$ ثم تليها درجات مقياس كل من الفصام $Sc = 82$ والاكنتاب $D = 76$ ومقياس توهم المرض $Hs = 72$ ثم مقياس الهوس $Ma = 69$ يليه الانطواء الاجتماعي $Si = 66$ ثم السيكاثينيا $Pt = 64$ ما يبين لنا أن الحالة يتميز بميول سيكوباتولوجية ذات طبيعة ذهانية تتجه نحو قطبين رئيسيين هما الميول البارانويدية والميول الاكنتابية وظهر ذلك جليا خاصة بعد إصابته بالفيروس حيث أظهر سلوك عدائي وهيجان معبرا عنه بصورة ظاهرة اتجاه الآخرين في قوله "كنت نرمي كل حاجة حديا"، "ما كنت نقبل حتى واحد"، واتجاه ذاته حين قام بحبس فضلاته مدة عشرة أيام وحين رفض تحويله إلى مصلحة الإنعاش، ، كما كان يرى العالم الخارجي كتهديد له ولم يضع ثقته في الطاقم الطبي وشبه طبي وهذا ما ظهر في أفكار الاضطهاد التي لديه حيث كان يرى أنهم يريدون قتله عندما أرادو تحويله إلى مصلحة الإنعاش "كانوا حابين يقتلونني، *la réa* هي الموت" إضافة إلى حساسيته وشعوره بالذنب المتجسد في قوله "كانت غايضتني عمري كي ما رجعتش قادر ندير *les besoins* تاوعي" ، "كنت نسقي روعي كيفاش وصلت لهذه الحالة تا ع ماشي قادر نروح للمرحاض".

إضافة إلى الهلاوس السمعية والبصرية التي رافقته طيلة مدة الاستشفاء والتي ظهرت مرتفعة على مقياس الفصام " كنت نشوف صوالح قدامي، كنت نشوف وأنا فاتح عيني ناس بزافي يمشو في الكولواغ ونسمعهم كأنه سوق" كما أظهر معاناته من نقص علاقاته مع الآخرين قبل الإصابة بالعدوى والتي ظهرت مرتفعة في مقياس الاغتراب الاجتماعي حيث يقول "من قبل كنت جابذ روحي، ما نضحك، ما نهدر، هذا وبين رجعت نقعد مع زملائي ونسمعهم ونحتفل معاهم"، مع صعوبة التذكر التي ظهرت مرتفعة على مقياس نقص تحكم الأنا على المستوى المعرفي وحتى إدراكه لذاته وصورة جسمه شعر أنها تغيرت حي يقول: "حسيت روحي كبرت بزاف، كوفيد كبرني عشرين سنة لقدام" مع إحساسه المستمر بالحكاك على مستوى أصابع يديه وقد ظهرت درجة مقياس المحتوى $BIZ = 92$ مرتفعة أيضا.

وحتى الشعور بالذنب الذي صاحبه كان أيضا من بين الاستجابات الاكتئابية التي ظهرت على مقياس الاكتئاب الذي جاء بدوره مرتفعا "حسيت *la fin*، كنت محطم، نقارع في الموت"؛ وظهرت أكثر في شعوره بانعدام القيمة خاصة فيما تعلق برفضه لوضع الحفظات نظرا لحالته الصحية التي كانت لا تسمح له بالذهاب للمرحاض "كنت نحشم باه واحد ينظفني، كنت رافض ندير الحفظات".

ثم بكائه الشديد الذي كان في كل المقابلات، ونبرة صوته والأرق الذي كان يعاني منه قبل الإصابة بالعدوى وخلالها وبعدها "كنت ما نقدرش نرقد، نبقي نقلب في فراشي" مع تحسره على ذاته المتجسد في قوله "حسيت روحي كبرت، كبرت بزاف، نشاطي وحيويتي رجع قليل حتى زيت في الميزان" حتى أنه لم يستطع ممارسة مهنته كما كان في السابق بل حوّل إلى مهنة أقل تعباً نظراً لحالته الصحية التي تدهورت جراء الإصابة بالضائقة التنفسية ثم التليف الرئوي والداء السكري المعتمد على العلاج بالأنسولين "وليت نعي بالخف، حتى في الخدمة ما قدرتش نرجع للمنصب تاعي، داروني في *poste aménagé*". وهذا ما تثبته المقاييس الفرعية للاكتئاب التي جاءت بدرجة مرتفعة كما سبق ذكره. ومقاييس المحتوى حيث بلغ $DEP = 82$ درجة كما ظهر تقديره لذاته منخفض حيث كانت درجته مرتفعة $LES = 74$ ،

كما كانت للحالة ميول نحو التوهم المرضي التي ساهمت في استقطاب مضاعفات الفيروس وطول فترة التعافي بعد مرحلة الاستشفاء. تجلّى ذلك في شكواه المتكرره خلال وبعد الاستشفاء خاصة بسبب آلام ظهره وتخشب أصابع يديه وخوفه من المرض وغسيله المتكرر لكلتا يديه "خاف بزاف من المرض، المرض يفكرني بالموت تاع بابا الله يرحمه، نحب نغسل يديا بزاف، وكي جات كورونا زيت وليت كل شوي نظفهم بالمعقم" ولهذا ظهرت درجة مرتفعة على مقياس المحتوى الخاص بالوساوس $OBS = 81$ والخاص بالمخاوف $FRS = 89$ وحتى على مقياس الانشغال بالصحة ظهر مرتفعا بدرجة $HEA = 86$

كما أظهر قلقا وتوترا خاصة عند الحديث عن مرحلة الاستشفاء وهو ما بدى على ملامحه وسلوكه خلال المقابلات إذ وصلت درجته على مقياس القلق إلى $ANX=80$ وهذه الدرجة المرتفعة تفسر خاصة أعراضه الجسدية الملاحظة خلال المقابلات والمتمثلة أساسا في ازرقاق وجهه مع صعوبة في التنفس كأنه يتعرض للاختناق مع تخشب الأصابع وكل هذا الانفعال والتوتر زاد من خفض الأكسجين لديه خلال مرحلة الاستشفاء باعتماده على ثلاث قارورات أكسجين وعلى عدم الشعور بالرضا الذي عبر عنه بصورة ظاهرة من خلال رفضه لدخول مصلحة الإنعاش ورفضه لأوامر الأطباء وهذا ما ظهر على مقياس الهوس الخفيف الذي ظهر بدرجة معتدلة. أما بالنسبة للانطواء الاجتماعي الذي ظهر بتوصيف معتدل وبارز كذلك على مقياس المحتوى بلغ $SOD = 75$ حيث صرح الحالة أنه قضى معظم حياته منعزل وهو نادم على ذلك خاصة بعد معاناته خلال مرحلة الاستشفاء وبعد تلقيه الدعم من خلال الأصدقاء والزملاء "كوفيد كبرني بصح الحاجة الايجابية فيه أنه بدلي تفكيري وحتى علاقتي مع زملائي تبدلت ، هذا وبين رجعت نقعد معاهم ونسمع لهم ونحتفل معاهم ، من قبل كنت جابذ روحي، ما نضحك ، ما نهذر ، حسيت أنني ضيعت وقت كبير من حياتي وأنا غالق على روحي".

وفي كل ذلك كان يستخدم ميكانيزم الإنكار الذي يبيده الأفراد كاستجابة أولية للصدمة خاصة منها صدمة الإصابة بالعدوى ثم استعماله لآلية التجنب والقمع الانفعالي لبعض الذكريات المؤلمة وهذا ما ظهر من خلال ملامح وجهه حين كان يمنع نفسه من تفريغ مشاعره المكبوتة من خلال البكاء فيظهر كأنه يختنق وكأن نفسه انقطع أيضا. كان حديثه مختصرا ولا يحب الدخول في التفاصيل ولا يجيب على السؤال إلا بعد أن يأخذ برهة للتفكير وهذا ما أدى إلى احساسه بالإعياء وبعدم الحيوية والنشاط وبالتالي ذاكرة متذبذبة فهو يظهر ضحكه وتبسمه وتقبله لكل ما حدث ولكنه في الواقع يخفي مشاعره. إضافة إلى استعماله لآلية التشويه Distortion حيث أظهر إدراك مشوه للواقع مع عدم التقبل متضمن توهّمات العظمة المنحصرة في تكرار استعمال ضمير "أنا".

لقد كشف اختبار مينسوتا متعدد الأوجه أن البروفایل النفسي للحالة الأولى (غ. أ) يتميز بميول سيكوباتولوجية ذات طبيعة ذهانية؛ تتجه نحو الميول البارانونية تتخللها استجابات اكتئابية وتوهمية قادته نحو استقطاب مضاعفات كوفيد-19 والإصابة بالضائقة التنفسية ثم إصابته بالتليف الرئوي والسكري من النوع الأول. وذلك ما يفسر بقاءه في المستشفى مدة 45 يوما متصلا بالأكسجين ثم شهرا آخر في المنزل متصلا أيضا بقارورة الأكسجين.

1) عرض وتحليل المقابلات للحالة الثانية

• تقديم الحالة

الحالة (ن. س) أنثى، تبلغ من العمر 51 سنة، متزوجة، لديها 04 أولاد، مستواها التعليمي جامعي، تعمل كمسؤولة مصلحة في مؤسسة، تحتل المرتبة الرابعة بين أخواتها. ذات مستوى معيشي جيد. قامتها قصيرة وبنيتها ثخينة، مظهرها أنيق، يصعب عليها الكلام، تتميز بالضحك بقهقهات عالية؛ لغتها واضحة وأفكارها مترابطة.

• الحالة النفسية قبل الإصابة بالعدوى

الحالة قبل الإصابة هي شخصية اجتماعية، لها علاقات كثيرة، تحب الفكاهة والأدعيب، وكثيرة الضحك، تغضب بسرعة وسرعان ماتعود وأحيانا تمر بفترات اكتئابية " كانت دجيني حالات تاع حزن، نبكي بزاف، كانت عندي آلام على مستوى المعدة ، نتقلق منها بزاف ودايما مع الدوا باش نحبس الوجع". الحالة (ن.س) كتومة وتتميز بالشجاعة "تعرف نضحك بزاف باش نخبي ونغطي على حزني، مانحكش بزاف وما نخرجش واش عندي" - صمت وتثبيت العين في اتجاه واحد-

• الإصابة بفيروس كورونا

أصيبت الحالة (ن. س) بعدوى كوفيد- 19 خلال شهر جويلية 2021، حيث استقطبت العدوى من عند زوج أختها خلال عيد الأضحى. تمثلت الأعراض الأولى التي عانت منها في الإعياء، صعوبة في التنفس، النهجة، وتم تشخيص إصابة موجبة لديها بناء على نتيجة السكاير التي أظهرت أن إصابتها كانت بنسبة 25 % . دخلت الحالة إلى المستشفى بمفردها لأنها لم تكن تريد أن تؤذي عائلتها وأولادها حيث كانت تستطيع التحرك وتم تأكيد إصابتها بعد أخذ خزعة من أنفها (تحليل PCR).

• المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء

في بداية الاستشفاء تفاقمت الأعراض عند الحالة (ن.س) من إسهال وأوجاع على مستوى المعدة إلى ارتفاع حمى ثم ضائقة تنفسية، مع ارتفاع الضغط الدموي؛ واحتاجت على إثرها للعلاج الأوكسجيني حيث وصل مستوى الأكسجين في دمها إلى 70% مع آلام المفاصل ناهيك عن غياب حاسة الشم والذوق. ثم انعكس ذلك على نفسياتها وسلوكها كما هو مبين في الجدول أدناه.

جدول رقم (24): الحالة النفسية والجسدية للحالة الثانية (ن. س) خلال مرحلة الاستشفاء

وجود آلام قوية على مستوى الصدر وصداع كبير: "كنت نحس صدري راه يطرق من الداخل..." ثقل في كل الجسم وحركته، وألم المفاصل والمعدة مع سرعة دقات القلب والتعرق الشديد. أظهر تحليل الدم أنها تعاني من ارتفاع في D-Dimer Test (هو اختبار تحليل دم يستخدم كوسيلة تشخيصية سريعة لاستبعاد وجود جلطة دموية؛ ويعتبر زيادة مستوى D-dimer كمؤشر خطير لزيادة احتمالية الوفاة عند مرضى COVID-19)، حولت للعناية المركزة بعد تعرضها لحالات الإغماء وكذلك من أجل رفع مستوى التشبع بالأكسجين عندها.	المظاهر الجسدية
أعراض صدمية : حيث أوضحت الحالة أن خبر الإعلان عن إصابتها بالعدوى كان مؤلماً وصادماً وموجعاً "بعد معرفتي بالتشخيص قعدت ورحت نبكي" - لحظات بكاء شديد - "حسيت بالقنطة كي تفكرت واش صرا"، الخبر هذا وجعني وصدمني وخوفني، بقيت نخم في ولادي". استجابة فورية غير تكيفية ظهرت عندها في بداية الاستشفاء على شكل دهشة وصمت؛ لا تتحدث مع الفريق الطبي إلا بهز رأسها: "كنت خائف إذا نحكي يزيد يهبطلي الأكسجين"، "كنت خائفة من الموت، لي يشوفني يقولي علاش راكي فآزة عينيك وتشوفي غير في بلاصة وحدة" صمت ومقاومة - الخوف خاصة من الموت الذي ظهر في صوتها المتهدج وفي قولها: "كنت خائفة من الموت خاصة كي تشوفهم لابسين ملابس الفضاء ووجوههم مغطية يزيد خوفي، كانوا يحكوا معانا من بعيد وما يقربوش منا وهذا المنظر يزيد بخوفك". وكذلك في قولها: "أنا بطبعي ما نخافش، <i>courageuse</i>، لكن هذا المرة مافهمتش علاش خفت بزاف، كنت خائفة -صوت متهدج مع بكاء- أول مرة نحس بالخوف". غضب داخلي انعكس على ردة فعلها التي تبدوا هادئة مع رفضها للكلام: "من داخل كنت نغلي، _ بصوت متهدج_ فهمت أن الموت راه قريب مني، ماقدرت نبكي ماقدرت نضحك". أعراض اكتئابية تجلت في ملامحها الحزينة وبكائها خلال المقابلات ونبرة صوتها وفي ردة فعلها: "زعت زعفة كبيرة كي شفت واش مكتوب عليا في الفايبيوك، هاذيك هي لي دخلتني <i>l'areanimation</i>".	المظاهر الانفعالية
سلوك تشككي اتجاه الدواء حيث رفضت العلاج بالكلوروكين: "كنت خائفة من كلوروكين لا يكمل ليا، قالوا يآثر على القلب". سلوك عدواني وشجار مع الممرضين: "أذكر أنني مرة تخاصمت مع ممرض بسبب الألم الذي سببه لي بعد الحقنة التي أعطاهالي لي، حسيته كان خايف ويسوس؛ وكي دارهالي وجعني بزاف حتى وليت نغلي في صوتي عليه". اضطراب النوم: "ما كنتش نقدر نرقد، حس المرضى كان بزاف، كنت في غرفة لوحدي، مانشوفش واش صارني برا، برك كنت نسمع الصراخ". استراتيجية تصرف بالتضرع لله: "في <i>l'area</i> ما كنت حاسة بوالو، كل الآلام نسيته، كنت برك نحكي مع ربي غير بقلبي، حسيته قريب مني -بكاء- بالاك كي استرجعت لربي زاد طولي في عمري".	المظاهر السلوكية
ذاكرة متذبذبة مع النسيان: "مارانيش عاقلة مليح، عندي <i>memoire</i> حابسة، رجعت ننسى بزاف، كل الأحداث ماراهيش واضحة مليح".	المظاهر المعرفية

التفكير المستمر في الأولاد: "الخبر هذا وجعني وصدمني وخوفني ، بقيت نخم في ولادي" الأفكار التي كانت لديها لحظة الإعلان عن التشخيص: " قلت في قلبي خلاص رايح نموت، ونخلي ولادي، ولادي راهم صغار ما شبعتهم ما كبرتهم" -تبكي بشدة- الأفكار حول الفيروس: "كل لي كنت نعرفه أن كوفيد يقتل، كنت نسمعها في الزنقة، مع أني كنت ملتزمة بكل التدابير في عملي خاصة وأنا نتعامل مع الشعب في الخدمة ومع ذلك أخذت العدوى من البيت".	
عانت من الوصمة مباشرة بعد إصابتها مع أولادها: " كنت في الأول نفوت الوقت في الفاييبوك، حتى نهار لي شفت تعليقات مسيئة وإشاعات عن إصابتي مع ذكر اسمي في الفاييبوك، تحسب كورونا أنا درتها، هذا زاد قلقني ويكاني، وليت نصرخ والألم في صدري وفي المعدة تاعي زاد ضاعفلي، حتى الأكسجين زاد هبطلي"- بكاء- بعدها عرفت أن الأمر طال حتى أولادي في الحومة بنعثهم بمسميات عن كورونا. "عاضوني ولادي بزلف".	المظاهر الاجتماعية

• المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء

بعد انتهاء مرحلة الاستشفاء التي دامت 35 يوم. وبداية مرحلة التعافي ما بعد كوفيد ظهرت استجابة الحالة الجسمية والنفسية حسب ما هو مبين في الجدول رقم (25):

جدول رقم (25):الحالة النفسية والجسمية للحالة الثانية (ن.س) بعد الاستشفاء

استمرار آلام الصدر وثقل الجسم والحركة. استمرار آلام المعدة مواصلة علاجها بمضادات تخثر الدم هذا الأخير الذي يعتبر من أخطر مضاعفات الفيروس لأنها تسبب الانسداد الرئوي.	المظاهر الجسمية
الأعراض الصدمية لوحظت عليها خلال المقابلات خاصة عند التحدث عن مرحلة الاستشفاء والإصابة والتعرض للوصمة بصمتها مع ذهول عينيها ونظرة ثابتة وفي قولها : ما زلت نتذكر أصوات المرضى في L'area وأصوات الأجهزة، وهذا الأصوات كانت تقلقني وتزيد من خوفي ولا زلت لحد الساعة نتفكرها، ومازلت عالقة في راسي". الأعراض الاكتئابية تجلت في وصفها لمرحلة الاستشفاء: "كانت تجربة سوداء عشتها، نعم هاذيك الفترة قدروا نسموها التجربة السوداء". وفي تنفسها المتقطع وثقل كلامها حتى في حركة يديها عندهما ترفعهما للإشارة الى منطقة الألم في جسمها ويتبع ذلك بكاء شديد وعيوس في وجهها مع نبرة صوت متهدجة خاصة عند الحديث عن مرحلة الاستشفاء وما بعدها ومرات تصدر قهقهات لا صلة لها بالحديث. وفي مزاجها الدوري حيث تضحك، تغضب وسرعان ما تعود عادية ثم تنفجر باكية.	المظاهر الانفعالية
حركات بطيئة وثقيلة لجسمها	المظاهر السلوكية

المظاهر المعرفية	التثبيت على ذكريات العناية المركزة وأصوات المرضى والأجهزة. النسيان: " حتى النكت والدعابات لي كنت نقولهم نسيتهم، ماراني متفكرا والوا،
المظاهر الاجتماعية	اضطراب علاقاتها الاجتماعية: "بقيت شهر في البيت بعد خروجها من المستشفى "بعدها رجعت لخدمتي وكان زملائي ينفادوني، مالفيتش دعم ومواساة من عندهم، تبدلت عقليتي معاهم ورجعت نتعامل معاهم في حدود العمل فقط، العزلة: "رجعت نحب نكون وحدي، حتى النكت والدعابات لي كنت نقولهم نسيتهم، ماراني متفكرا والوا، رجعت قليلة الكلام حتى مع زوجي وأولادي،
المضاعفات	الإصابة بالجلطة الدموية خاصة في سيقانها مع احتمالية إصابتها بسرطان الدم الذي مازال قيد التحليل والبحث من طرف الطبيب المعالج إضافة للاكتئاب.

2) عرض وتفسير نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه:

استغرقت الحالة في تطبيق الاختبار مدة ساعة وقد كانت متعاونة وبعد التصحيح جاءت صفحاتها النفسية كما تظهر في الجدول رقم(26).

جدول رقم (26): نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الثانية (ن. س)

المقاييس	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
الأرقام	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
الدرجة الخام مصححة ب K	02	12	07	38	42	26	25	31	15	30	37	20	35
الدرجة المعيارية	38	67	34	87	93	75	54	57	68	52	63	52	57

• تقييم مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

حصلت الحالة (ن.س) في مقياس عدم الإجابة (?) على (3) درجة، والتوصيف هو(عادي)، ويدل على أن المفحوصة تجنبت الفقرات التي لها دلالة فريدة. وعلى مقياس الكذب (L) فقد حصلت على (38) درجة تائية وتوصيفه (عادي) ويدل على أن المفحوصة قادرة على تحقيق توازن مناسب بين التصريح بالأخطاء الاجتماعية وانكارها وهي من ذوي الحذق السيكولوجي الذين يحاولون خلق صورة ذات مرغوبة. أما مقياس الخطأ (F)، فقد تم رصد (67) درجة تائية، وتوصيفه (معتدل)، ودلالة ذلك أن المفحوصة تعترف بخبرات غير عادية حيث يمثل الارتفاع مدى وشدة السيكيوباتولوجيا التي تعاني منها وكيف تتوافق معها وتحصلت على مقياس التصحيح (K) على (38) درجة فلقد كان توصيفه

(منخفض)، وهذا يعني أن المفحوصة تعترف بمصادرها المحدودة للتعامل مع مشكلاتها لهذا يتعين البحث فيما إذا كانت تعاني من بعض السيكوباتولوجية.

• التحليل العام لمقاييس الصدق:

صدق الصفحة النفسية تراوح بين 05 درجات وهو يندرج ضمن النسق الأول ما يعني أن صدق الصفحة النفسية يشير إلى أن الحالة (ن. س) تعترف بصعوباتها الشخصية والانفعالية وتطلب المساعدة لحلها كونها غير واثقة من قدراتها على التعامل مع مشاكلها.

• تقييم المقاييس الاكلينيكية:

• تقييم المقاييس الاكلينيكية المرتفعة:

تجرد الإشارة إلى أنه تم الاعتماد في تحديد ارتفاع المقياس على الدرجة التي تقع في حدود (60) درجة وما فوق.

مقياس توهم المرض: تم رصد درجة $Hs=84$ وتوصيفه (ملحوظ) ودلالته أن للحالة (ن. س) لديها انشغال زائد من الشكاوي البدنية الغامضة تستخدمها لطلب اهتمام الآخرين بها والتحكم في من حولها.

مقياس الاكتئاب: لقد تم رصد درجة $D=93$ ودلالته (مرتفع جدا)، حيث تشير هذه الدرجة المرتفعة إلى مزاج اكتئابي متقلب وحزن عام إما بالنسبة للذات أو الحياة، فهي تعترف بعدم الشعور بالرضا عن الحياة الحاضرة إضافة إلى الشعور بالذنب أو الدونية والمعاناة من الكف يرافقه شكاوي بدنية وصعوبة في النوم. وقد جاءت المقاييس الفرعية للاكتئاب على النحو الآتي في الجدول (27):

جدول رقم (27): نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الثانية (ن.س)

الاكتئاب الذاتي	التخلف النفسي الحركي	اعتلال الوظائف البدنية	البطء العقلي	إطالة التفكير غالبا في المتاعب
$(D_1) = 72$	$(D_2) = 73$	$(D_3) = 67$	$(D_4) = 71$	$(D_5) = 67$

حيث أن جميع المقاييس الفرعية للاكتئاب جاءت مرتفعة بدءا بـ (D_3) ما يدل على أن المفحوصة غير حركية وتميل لنقص الطاقة من أجل القيام بأعمالها اليومية ومواجهة صعوبات الحياة، تنقصها الثقة بوظائفها السيكولوجية وينقصها الاستمتاع بالقيام بالأشياء، لها معنويات منخفضة وكذلك تقديرها لذاتها

وتشكوا من علل في وظائفها البدنية وتتميز بكثرة التفكير وقابلية الاستثارة. لها مشاكل على مستوى التركيز والانتباه والذاكرة، تأتيتها حالات بكاء مع الاعتقاد أنها أصبحت تفقد السيطرة على تفكيرها. مقياس الهستيريا: تم رصد درجة: $Hy = 75$ وتوصيفه (مرتفع) ودلالته: التمرکز حول الذات مع اظهار مشاكل بدنية في ظل ظروف الضغط، لديها علاقات سطحية مع الآخرين بالرغم من أن الواقع يعكس غير ذلك تمرکز حول الذات مع استعمال ميكانيزمات دفاعية تتمثل في الإنكار والكبت. وقد جاءت المقاييس الفرعية للهستيريا على النحو الآتي في الجدول (28):

جدول رقم (28): نتائج المقاييس الفرعية للهستيريا للحالة الثانية (ن.س)

إنكار القلق الاجتماعي	الحاجة إلى الحب	الإعياء/المرض	الشكاوي البدنية	كف العدوان
$(Hy_1) = 53$	$(Hy_2) = 52$	$(Hy_3) = 80$	$(Hy_4) = 77$	$(Hy_5) = 62$

حيث أن Hy_3 و Hy_4 و Hy_5 جاءت مرتفعة ما يدل على أن المفحوصة تعمل بجهد بدني وعقلي كبير في مستوى منخفض مع مجاهدتها للحفاظ على واجهة جيدة وليست بصحة جيدة وتشعر بسهولة بالإعياء وأنها ضعيفة وتحتاج للانتباه كما تشكو من علل بدنية من النوع الذي يشير إلى الكبت ولها اضطراب في النوم وعلى مستوى التركيز.

مقياس البارنويا: تم رصد درجة $(Pa) = 68$ درجة تأتية وتوصيفه (معتدل) ودلالته أن المفحوصة حساسة للعلاقات البيئشخصية وهي تتميز بفكر واضح، مفرطة الحساسية وانفعالية وتفسر أفعال الآخرين نحوها على أساس شخصي.

مقياس الفصام: $(Sc) = 63$ توصيفه (معتدل) ودلالته أن المفحوصة تفكر بطريقة تختلف عن الآخرين ولها شكوك بخصوص تقدير ذاتها مع ابراز صعوبة في التركيز.

- مقاييس المحتوى الفرعية: تنشئ الاستدلالات التفسيرية عندما يسجل الأشخاص درجة عالية على مقاييس المحتوى $T \geq 60$ انظر الجدول رقم (29).

جدول رقم (29): نتائج مقاييس المحتوى للحالة الثانية (ن.س)

المقاييس	A	F	O	D	H	B	A	C	A	T	L	S	F	W	T
	N	R	B	E	E	I	N	Y	S	P	S	O	A	R	R
	X	S	S	P	A	Z	G	N	P	A	E	D	M	K	T
الدرجة المعيارية	67	71	76	76	74	61	69	64	67	53	60	67	70	63	74

3) نتائج التفسير الاكلينيكي للبروفایل المتعلقة بالحالة الثانية

بعد توصيف الدرجات واستخراج دلالتها التفسيرية؛ ظهر رمز البروفایل النفسي للحالة (ن.س) في

الصيغة التالية : **F"L#K# 2*1"3'68-05/79/**

ويفسر ذلك بأنها تنتمي للنمط العصابي الموضح في الصفحة النفسية بالنمط الثالث (انظر الملحق رقم 18).

خلاصة الحالة

من خلال المقابلة والملاحظة وكذا تطبيق اختبار MMPI2 واستنتاجا من شكل الصفحة النفسية نلاحظ أن البروفایل النفسي الذي يميز ملامح شخصية الحالة (ن.س) جاءت أعلى درجاته على مقياس الاكتئاب D=93 ثم تلتها درجات مقياس توهم المرض Hs=87 والهستيريا Hy=75 بالترتيب مع ارتفاع يشمل مقياس البارانويا Pa=68 وكذلك مقياس الفصام Sc=63 .

وبدل ذلك على أنها تتميز بميول سيكوباتولوجية عصابية تتجه نحو الاكتئاب مع ملامح توهمية هستيرية حيث لها تاريخ عصابي يتميز بأعراض خاطية وتصدر عنها شكاوي بدنية متعددة وبدى ذلك جليا في قولها: "كانت دجيني حالات تاع حزن، نبكي بزاف، كانت عندي آلام على مستوى المعدة ". وحتى تلك الآلام المعديّة استمرت معها حتر بعد الخروج من المستشفى.

واتضح ذلك أكثر في مقياس المحتوى للاكتئاب الذي جاء مرتفعا بدرجة DEP=76 وتجسد ذلك في قولها "نعرف نضحك بزاف باش نخبي ونغطي على حزني" وهنا برزت ميولها الاكتئابية نحو استقطاب عدوى كوفيد والإصابة بتخثر الدم حيث استحوذت عليها المخاوف الصحية ومخاوف فقدان

مما ساهم ذلك في انخفاض الأكسجين لديها بنسبة 70% الذي أدى إلى إصابتها بالضائقة التنفسية ثم الجلطة الدموية حيث كانت تقول: " قلت في قلبي خلاص رايح نموت، ونخلي ولادي، خفت عليهم، خفت من الموت"؛ أو قولها: "أنا بطبعي ما نخافش، courageuse، لكن هذا المرة مافهمتش علاش خفت بزاف، كنت خائفة، أول مرة نحس بالخوف".

وكذلك توهمها بأنها إذا تحدثت ستصاب بهبوط نسبة الأكسجين في دمها: "كنت نخاف إذا نحكي بيزيد يهبطلي الأكسجين"، "كنت خائفة من الموت"، "كي نشوف وجوههم مغطية بيزيد خوفا، وهذا المنظر بيزيد يخوفك".

مع ترديدها أكثر من مرة لجملة "أخاف من الموت" الظاهرة في قولها "فهمت أن الموت راه قريب مني"، أو قولها: "كنت خائفة من الموت خاصة كي نشوفهم لابسين ملابس الفضاء" وهذا ما أكدته درجة الخوف لديها على مقاييس المحتوى الفرعية التي وصلت إلى FRS=71 ودرجة الانشغال بالصحة HEA=74 إضافة إلى ارتفاع المقياس الفرعي للوسواس OBS=76 المتجلي في الأفكار الرهابية لديها حول المرض والموت وحتى قلقها من ذلك وعلى مصير أولادها وما سببته لها الوصمة الاجتماعية من انزعاج حيث ظهر ذلك في ارتفاع مقياس المحتوى ANX=67، دون أن ننسى غضبها المكبوت الذي وصل إلى درجة ANG=69 الظاهر في شكواها الجسدية بقولها: "كانت عندي آلام على مستوى المعدة، نتقلق منها بزاف ودايما مع الدوا باش نحبس الوجع". وقولها بعد نشر اسمها في الفايسبوك: "وليت نصرخ والألم في صدري وفي المعدة تاعي زاد ضاعفلي، حتى الأكسجين زاد هبطلي".

إضافة إلى تغير انفعالاتها بسرعة حيث تضحك، تغضب وسرعان ما تعود وأحيانا تمر بفترات اكتئابية وهوما تم ذكره في الملاحظات العيادية للحالة وفي عزلتها بعد العودة للعمل خاصة بعد أن تقادى زملائها في العمل التعامل معها حيث تقول: "رجعت نتعامل معاهم في حدود العمل... رجعت نحب نكون وحدي... رجعت قليلة الكلام حتى مع زوجي وأولادي". كما أطلقت على تلك الفترة تسمية "التجربة السوداء" وهو ما يبرز أكثر اكتئابها خاصة في قولها: "زعت زعفة كبيرة كي شفت واش مكتوب عليا في الفايسبوك، هاذيك هي لي دخلتني l'areanimation"، وفي قولها: "حسيت بالفنطة كي تفكرت واش صرا". "تحسب كورونا أنا درتها، هذا زاد قلقني وبكاني".

ثم نزعتهما نحو البارانونيا والاستجابات الفصامية وهو ما تجلى في اعتقاداتها السلبية وشكوكها حول الدواء وتأثيراته اللاحقة المتجلي في قولها: "كنت خائفة من كلوروكيين لا يكمل ليا، قالوا يأنثر على القلب"؛ وفي ارتفاع مقياس المحتوى TRT=74. إضافة إلى عدائيتها مع الممرض والصراخ عليه.

وفي كل ذلك كانت تستخدم ميكانيزم القمع الانفعالي حيث "تعرف نضحك بزاف باش نخبي ونغطي على حزني، مانحكش بزاف وما نخرجش واش عندي". " " من داخل كنت نغلي... ماقدرت نبكي ماقدرت نضحك"

من هنا نستنتج أن بروفایل الحالة (ن.س) كشف عن تميزها بميول سيكوباتولوجية عصابية ذات طبيعة اكتئابية توهمية تتخللها استجابات بارانوية فصامية حيث ساهمت هذه الميول في استعدادها للمرض من خلال الإصابة بالفيروس ومضاعفاته والدخول إلى العناية المركزة وتفاقم حالتها إلى الإصابة بالجلطة الدموية خاصة في سيقانها مع شكوك الطبيب في احتمالية إصابتها بسرطان الدم نتيجة ما تظهره تحاليل الدم لكن ذلك مازال قيد التحليل والبحث من طرف الطبيب المعالج.

1) عرض وتحليل المقابلات العيادية للحالة الثالثة

• تقديم الحالة

الحالة (م. ج) ذكر، يبلغ من العمر 56 سنة، متزوج، لديه 07 أولاد، مستواه التعليمي ثانوية ثانوي، يعمل كعون إداري، وهو الابن الثاني في العائلة. ذو مستوى معيشي متوسط. يتميز بقامة متوسطة وبنية جد بدينة، مظهره غير مرتب، كثير الكلام؛ لغته مفهومة ولكن حديثه غير منظم وأفكاره متواترة، وينتقل من فكرة إلى أخرى.

• الحالة النفسية قبل الإصابة بالعدوى

كان الحالة يعيش تحت ضغط عمل كبير قبل العدوى "... كنت مضغوط في العمل، كنت فيها عيان وكنت نزعف بزائف ومنتارفا بزائف". "كنت نمرض بزائف، نتقلق... الأم كانت شوي موسوسة، وجع في سيقاني، أنا نوعا ما خوَّاف، أنا نخاف تصرالي حاجة ليا ولا لأولادي، دائما نتوقع السيء، نفكر دائما في وقوع الأسوأ. عندي مسؤولية كبيرة في البيت ومع أولادي... الزوجة لا تقاسمني في المسؤولية. وهذا يزيدني الثقل والضغط. وفي صغري أنا كانت عندي مسؤولية كبيرة خاصة بعد أن توفى والدي حيث أُمي كانت تتكل علي في كل شيء بالرغم من أنه كان لدي أخ أكبر مني.

• الإصابة بفيروس كورونا

أصيب الحالة بعدوى فيروس كوفيد- 19 خلال الموجة الأولى من جائحة كورونا تحديدا بشهر جوان 2020 ، وفي الموجة الثالثة في أوت 2021 واستقطب العدوى من عمله في المرتين حيث ظهرت الأعراض الأولى عنده على شكل زكام حسب كلامه. وبعد أن عاينته الطيبية التابعة للمركز الذي يعمل به، ألحت عليه بالقيام بتحليل PCR كونه رفض ذلك، وبعد خروج نتيجة تحليل إيجابية وبعد إلحاح إخوته تم إدخاله إلى المستشفى بعد اليوم الخامس خاصة بعد تضاعف الأعراض حيث كانت نسبة الإصابة في السكانير 20 % ونسبة الأكسجين وصلت إلى 55 % مع ارتفاع نسبة السكر في الدم مما أدى إلى ضيق في التنفس وضرورة علاجه بالأكسجين.

• المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء

ظهرت عند الحالة (م. ج) الأعراض المبينة في الجدول أدناه:

جدول رقم (30): الحالة النفسية والجسدية للحالة الثالثة (م. ج) خلال مرحلة الاستشفاء

أعراض زكام: "بدأت لي كأنها gripe عادية، حسيت بالفشلة ومرات نعرق، سعال قليل، لمدة ثلاث أيام، كنت متحمل هذه الآلام لكن في اليوم الرابع زادني الاحساس بالفشلة لدرجة أنني بقيت جالسا على الأرض في مكثبي". استمرارية الاحساس بالفشل وتفاقم الأعراض من حمى ورفض الأكل: "الفشلة عندي زادت، تضاعف الاسهال عندي بدون توقف، صداع مستمر، نعرق الظهر مع صعوبة في التنفس". دخل العناية المركزة لمدة أربع أيام خاصة بعد بفضه شرب الدواء: "أنا كنت coma ماقدريتش نتحرك، ماكنت ناكل والو، رفضت الماكلة، كانت الحمى مرتفعة، قلبي ضربني، الدوخة، الفشلة، الفشلة وجعنتي، كانت الفشلة صعبة".	المظاهر الجسدية
أعراض صدمية ظهرت في رفضه لعمل التحاليل والتشخيص ورفضه للدخول للمستشفى: "أنا كي بدأت عندي الأعراض ما حبيتش نصدق أنو هاذي كورونا". كما يضيف: "ما نكذبش عليك ما حبيتش ندير PCR، لأنني ما حبيتش نسمع أنه كوفيد، لم أتقبله، أو أتقبل اسمه، في رأسي وضعت على أنه زكام فقط. في ذاكرتي عرفت أنه كوفيد لكن أنا ما حبيتش نعترف به، ولم أرغب وقتها في الدخول الى المستشفى". وفي الكوابس: "كوابيس ما حبيتش تحبس خاصة كي خلعتي PCR. وكي جبروني باه ندخل المستشفى". وفي الخوف من التشخيص: "ما حبيتش نتقبل كلمة كوفيد كتشخيص لأنني كنت خايف من هذا المرض، كنت خايف من الإصابة الثانية، سمعت أنها تزيد من المضاعفات". الخوف من الموت: "كان فيها من كل ليلة يحضر نفسه للموت" لن أكذب عليك كنت كل يوم انتظر الموت. "كنت خايف بزاف وكنت نخم في حسن الخاتمة ؛ كنت نقول على الأقل إذا مت نموت على الذكر ولا القرآن ومرات كنت نقرا الأحاديث النبوية". الخوف من آثار العدوى والعلاج: كن خايف من نتائج هذه العدوى وخايف من البروتوكول الدوائي خاصة ومازلني لحد هذه الساعة خائف من اعراضه اللاحقة". أعراض إكتئابية تجلت في بكائه الشديد وفي حزنه الذي يظهر على ملامحه: "بكيت بزاف في بداية الاستشفاء. وكذلك بعد زيارة ابنته له: "كانت كي تخرج نبكي بزاف". هلاوس سمعية: ، كنت نسمع الهدرة في رأسي... أنا كنت نسمع ناس يهدرو في الغرفة بصح ماكانش لي كان معايا".	المظاهر الانفعالية
سلوك تشككي حول الدواء الذي قبل بشره بعناء بعد عدة محاولات من الفريق المعالج: "سمعت أن فيه حالات بعدما شربوا دواء كلوروكين أصيبوا بـ <i>problème vasculaire</i> ، أنا رفضت تناول هذا الدواء". لوحظ على الحالة خلال المقابلات ارتعاش على مستوى كل الجسم، ثم تخشب على مستوى العضلات خاصة الساعدين عند تذكر مرحلة العناية المركزة.	المظاهر السلوكية
أفكار متضاربة ومتواترة تتجلى في رفض التشخيص والاستشفاء: "الحقيقة أنني كنت متألم لكن كنت نجاهد نفسي وأقوم بمجهود كبير حتى أظهر للجميع أنني بخير لكن من الداخل كنت متألم وهذا حتى لا أدخل الى المستشفى، كنت أحاربه في رأسي،	

المظاهر المعرفية	"في رأسي حطيت زكام فقط. في ذاكرتي عرفت أنه كوفيد لكن أنا ما حبيتش نعترف به، ولم أرغب وقتها في الدخول الى المستشفى". أفكار سلبية ينحصر موضوعها حول الموت: "حسيت أن هاذي <i>la maladie</i> صعبة وقليل لي يسلك منها لأنه قبلي ماتوا بزاف؛ كنت نفكر في الموت، نفكر في أنني لن أشفى أبدا، الشك: "أنا كنت نشك، كانت تلعبلي على المورال ونقول يمكن ابنتي ماهيش حابة تخبرني. أنا نيقى موسوس ونقول يمكن راهي سامعة كاش حاجة ماشي مليحة.... وخفت نسألها وأنا كنت نتجنب سؤالها باش ما نسمعش أنني رايح نموت". التوقعات السلبية: "أنا حطيت نفسي مع الأموات"... قلت في بداية الاستشفاء <i>C'est la fin</i>، كل ما نحب نرقد في الليل نشهد ونحضر نفسي من كل ليلة للموت؛ لأنني كنت نسمع أن كل من يصاب بكورونا يموت وسميته في رأسي الموت البطيء خاصة وأنه كانت لدي شكوكي بأن هناك من توفي بعد الدخول للعناية المركزة .
المظاهر الاجتماعية	الشعور بالعزلة: "لقيت روحي وحدي، نصارع في الموت بعيد على أهلي".

• المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء

بقي الحالة (م. ج) خمسة عشرة يوم في المستشفى يتعالج على الأكسجين وتواصل علاجه الأكسجيني في البيت لمدة عشرون يوما نظرا لاحتفاظ المستشفى في تلك الفترة وتجلت أهم الاعراض التي ظهرت عنده كما هي مبينة في الجدول أدناه.

جدول رقم (31): الحالة النفسية والجسدية للحالة الثالثة (م.ج) بعد الاستشفاء

المظاهر الجسدية	استمرار السعال والإرهاق ومختلف الشكاوي الجسمية: "الفضلة والكحة بزاف، النهجة، ما نقدرش نمشي طويل، أنا أصبحت نمشي ونتعب، أنا عندي ألم في المفاصل، آلام لحد الساعة على مستوى ظهري"، الفضلة وجعنتي بزاف، حسيت أن في ثقل يسقط علي ويرميني على الأرض". تعرق الجبهة الذي رافقه خلال كل المقابلات.
المظاهر الانفعالية	أظهر معاناته من الخوف "الخوف مازال مرافقني لأن كوفيد ضرني بزاف، كنت أعتبر نفسي من الأموات خاصة كي نتفكر الفضلة تاعه". كما كان يصدر عند الحديث عن الوصمة قهقهات تتبعها رغبة في البكاء.
المظاهر السلوكية	لوحظ على الحالة (م. ج) خلال المقابلات ارتعاش وتخشب على مستوى العضلات عند الحديث عن الوصمة ومرات زيادة في حركة جسمه وهو على الكرسي. الضغط على الأسنان يصاحبه تقطع الأنفاس مع الحديث بشكل سريع ويكثر من الحركات المفاجئة عند تغيير وضعيته من على الكرسي.
المظاهر المعرفية	تضارب الأفكار: "تلك المرحلة أسميها صعبة، كوفيد صعب بزاف يا بديك يا خليك، أنا قاومت المرض في تلك الفترة ، أنا معروف أنني شجاع، لكن لم أقدر على كوفيد قاومته ثلاث أيام فقط وبقيت نخم أن هذا كوفيد رايح يديني نهائيا الى المقبرة وهاذي الفكرة الوحيدة لي كانت مسلطة على رأسي

المظاهر الاجتماعية	مشاعر العزلة: "عشت STRESS كبير، لقيت نفسي معزول، وحدي، منعت أُمي من رؤيتي حتى لا تتأذى". الشعور بالوصمة رفقة أهله: "أنا بعد خروجي ما تقبلتش إصابتي بكوفيد لأنني نسكن بدواوير ولاية مستغانم، وتعرض وقتها ولادي للوصمة من طرف الجيران خاصة بنتي الصغيرة تضررت من ذلك حيث كانوا يشيرون عليهم بالأصابع، لا يتحدثون معهم، يهربوا من أولادي ولا يرفضوا يتعاملوا معهم خاصة إذا أرادوا شراء شيء ما. كانت سيارة الإسعاف دجي إلى منزلي في كل مرة باش دير التحقيق لي كان مطلوباً آنذاك كل ثلاث أيام أو أربع. وأهل هاذيك القرية ما تقبلوش خوفاً من أن يتعداو علما أنا كنت أول شخص يصاب بالدوى في تلك المنطقة".
المضاعفات	اعتلال عضلة القلب مع السكري من النوع الثاني ثم الاكتئاب.

2) عرض وتفسير نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه

طبق الاختبار على الحالة (م. ج) بشكل فردي حيث كان متعاوناً وملتزماً بالمواعيد وقد استغرق في التطبيق ساعة و 15 دقائق وبعد التصحيح جاءت الصفحة النفسية للحالة حسب الجدول الآتي:

جدول رقم (32): نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الثالثة (م.ج)

المقاييس	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
الأرقام	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
الدرجة الخام مصححة ب K	08	20	10	17	26	24	29	22	18	38	42	29	37
الدرجة المعيارية	62	88	38	59	65	56	64	42	78	72	72	75	64

• تقييم مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

حصل الحالة (م. ج) في مقياس عدم الإجابة (?) على (1) درجة، والتوصيف هو (عادي)، وبديل على أن المفحوص تجنب الفقرات التي لها دلالة فريدة. وعلى مقياس الكذب (L) فقد حصل على (62) درجة تائنية وتوصيفه (معتدل) ودلالته شخص أكثر انصياعي على المعتاد أو لديه نزهة إلى الالتجاء إلى ميكانيزمات الإنكار ويستخدم دفاعاته عبر أنواع مختلفة من مواقف التهديد. أما مقياس الخطأ (F) ، فقد تم رصد (88) درجة تائنية، وتوصيفه (مرتفع وملحوظ)، ودلالة ذلك أن الارتفاع يمثل

شدة المعاناة ودرجة السيکوباتولوجية التي يخبرنا بها المفحوص وهو يحتاج الى المساعدة ويرجح أن يشخص المفحوص بأنه مضطرب سلوكيا أو بأنه ذهاني أو له سيرورة ذهانية.

وتحصل على مقياس التصحيح (K) تحصل على (38) درجة فلقد كان توصيفه (منخفض)، وهذا يعني أن المفحوص يعترف بمصادره المحدودة للتعامل مع المشكلات لهذا يتعين البحث فيما إذا كان العميل يعتبر عاديا أم أنه يعاني من بعض السيکوباتولوجية.

• التحليل العام لمقاييس الصدق

صدق الصفحة النفسية تراوح بين 10 درجات ما يعني أن صدق الصفحة النفسية مشكوك فيه حيث يندرج ضمن النسق الأول الذي يعترف فيه المفحوص بصعوبات شخصية وانفعالية وهو يطلب المساعدة في حلها كما أنه ليس واثقا من قدرته على التعامل مع هذه المشكلات. وهو يبالغ في الأعراض كي يحصل على مساعدة أسرع.

• تقييم المقاييس الاكلينيكية:

• تقييم المقاييس الاكلينيكية المرتفعة

تجدر الإشارة إلى أنه تم الاعتماد في تحديد ارتفاع المقياس على الدرجة التي تقع في حدود (60) درجة وما فوق.

مقياس البارانونيا: تم رصد درجة 78 = (Pa) درجة تائية وتوصيفه (معتدل) ودلالته أن المفحوص حساس للعلاقات البينشخصية وهو ذو فكر واضح، مفرط الحساسية وانفعالي ويفسر أفعال الآخرين نحوه على أساس شخصي. حيث جاءت نتائج المقاييس الفرعية كالاتي:

جدول رقم (33): نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارانونيا للحالة الثالثة (م.ج)

أفكار الاضطهاد	رهافة الحس وحدته	السذاجة
Pa1 = 98	Pa2 = 64	Pa3 = 58

سجل المفحوص درجات مرتفعة على مقياس أفكار الاضطهاد ويدل على أنه يتصور العالم الخارجي كتهديد له ويشعر بسوء الفهم والمعاملة غير عادلة كما يميل إلى الشك وعدم الثقة في الآخرين.

كما حصل على درجة عالية في مقياس الحساسية مما يدل على الشعور بالضعف وحساسية من الآخرين كما لديهم الشعور بالوحدة وأحيانا يقوم بنشاطات محفوفة بالمخاطر حتى يشعر بالتحسن. مقياس الهوس الخفيف: تم رصد $(Ma) = 75$ فكان التوصيف أنه (ملحوظ)، ودلالته أنه زائد النشاط، اندفاعي، تنافسي، كثير الكلام، انبساطي وسطي في علاقاته الاجتماعية. وقد جاءت المقاييس الفرعية كما تظهر في الجدول الآتي:

جدول رقم (34): نتائج المقاييس الفرعية لمقياس الهوس الخفيف للحالة الثالثة

الأخلاقية	الإسراع النفسحركي	رباطة الجأش	تضخم الأنا
Ma1 = 58	Ma2 = 62	Ma3 = 65	Ma4 = 76

حيث سجل المفحوص درجات مرتفعة على مقياس تضخم الأنا ورباطة الجأش والإسراع النفسحركي على الترتيب ما يدل على أنه يشعر بأنه مهم لدرجة الوصول الى نقطة الشعور اللاواعي بالعظمة وفي نفس الوقت مفرط النشاط للهروب من الحياة الداخلية وهو قلق وواثق في المواقف الاجتماعية ويعلن استقلاله عن آراء الآخرين وينكر حساسيته. مقياس السكاثينيا: تم رصد $(Pt) = 72$ وتوصيفه (ملحوظ) ودلالته أن المفحوص قلق ومتوتر ومتردد وقد يحتاج ويكون قلقه الظاهر ملحوظا منه ومن الآخرين وقد توجد مشاعر الذنب تصيبه بالعجز وغالبا يظهر أفكار وسواسية ومخاوف مرضية أو سلوكيات قهرية وشكوك ذاتية تصاحبها مشاعر اكتئابية. مقياس الفصام: تحصل على $(Sc) = 72$ وتوصيفه (ملحوظ) ويدل على أن المفحوص يشعر بالاغتراب والبعد عن بيئته، يظهر صعوبات في المنطق وفي التركيز وضعف في الحكم وقد جاءت المقاييس الفرعية مرتفعة كما تظهر في الجدول الآتي:

جدول رقم (35): نتائج مقاييس المحتوى لمقياس الفصام للحالة الثالثة (م.ج)

الاغتراب الاجتماعي	الاغتراب الانفعالي	نقص تحكم الأنا على المستوى المعرفي	نقص تحكم الأنا على المستوى النزوعي	نقص تحكم الأنا: قصور الكف	تجارب حسية غريبة
Sc1 = 81	Sc2 = 82	Sc3 = 92	Sc4 = 68	Sc5 = 82	Sc6 = 83

ويدل ذلك حسب مقياس $Sc1 = 81$ على أن المفحوص يشعر بنقص العلاقات مع الآخرين وهو يشعر بسوء المعاملة وسوء الفهم وعدم الحب. أما دلالة $Sc2 = 82$ فإنه يدرك ذاته كما لو كانت غريبة عنه أو مغتربا وهو خائف ومكتئب ويتمنى مرات الموت. وبالنسبة لمقياس $Sc3 = 92$ فإنه يعترف بعمليات فكرية ولديه أفكار غريبة ومضطربة. مع صعوبة التركيز والتذكر ويشعر أحيانا أنه يفقد عقله. وحسب مقياس $Sc4 = 68$ فإن المفحوص لديه شعور بالضعف السيكولوجي وهو يظهر قصورا ذاتيا وكفا كليا ونكوصا ويعتقد أن الحياة صعبة، كما يشعر بالقلق بشكل مفرط. وقد يتفاعل مع التوتر بالانسحاب نحو الهوام وقد يتمنى في بعض الأحيان الموت. أما مقياس $Sc6 = 83$ فيدل على أن المفحوص لديه شعور بالتغير في إدراكه لذاته ولصورة الجسم ويعتقد أن جسمه بدأ في التغير بطريقة غريبة وغير عادية ويمكن أن تكون بشرته حساسة .

مقياس الاكتئاب: تم رصد $D = 65$ (معتدل) ما يدل على عدم الرضا عن الذات أو عن موقفه الشخصي وهو لا يدرك هذه الحالة بوصفها اكتئابا.

جدول رقم (36): نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الثالثة (م.ج)

الاكتئاب الذاتي	التخلف النفسي الحركي	اعتلال الوظائف البدنية	البطء العقلي	إطالة التفكير غالبا في المتاعب
(D1) = 61	(D2) = 64	(D3) = 57	(D4) = 65	(D5) = 69

حيث أن (D5) و (D4) و (D2) جاءت مرتفعة على التوالي ما يدل على أن المفحوص سهل القابلية للاستثارة وكثير التفكير وغير مستجيب وغير مشارك في العلاقات الاجتماعية وتقديره لذاته منخفض وتنقصه الثقة بوظائفه السيكولوجية.

- **مقاييس المحتوى الفرعية:** تنشئ الاستدلالات التفسيرية عندما يسجل الأشخاص درجة عالية على مقاييس المحتوى $T \geq 60$ انظر الجدول رقم (37).

جدول رقم (37): نتائج مقاييس المحتوى للحالة الثالثة (م.ج)

المقاييس	A	F	O	D	H	B	C	A	T	L	S	F	W	T
	N	R	B	E	I	N	Y	S	P	S	O	A	R	R
	X	S	S	P	Z	G	N	P	A	E	D	M	K	T
الدرجة	75	86	81	67	63	76	59	66	59	71	59	61	67	
المعيارية														

3) نتائج التفسير الاكلينيكي للبروفایل المتعلقة بالحالة الثالثة

بعد توصيف الدرجات واستخراج دلالتها التفسيرية؛ يمكن وضع رمز البروفایل النفسي للحالة (م. ج)

كالتالي: $6978'240-13/5 \quad F''I-#k$

وهو يندرج ضمن البروفایل المدبب (6-9) الذي يتميز بوجود أفكار العظمة مع اضطراب فكر ذي ملامح هوسية مع احتمالية أن يكون مكتئباً. (انظر الملحق رقم 18).

خلاصة الحالة

من خلال المقابلة والملاحظة وتطبيق اختبار MMPI2 ومن خلال شكل الصفحة النفسية نلاحظ أن البروفایل النفسي الذي يميز ملامح شخصية الحالة (م.ج) ارتفعت فيه درجات مقياس البارانويا $Pa=78$ ثم تلتها درجات مقياس $Ma=75$ وتساوت درجات كل من مقياس السيكاثينيا والفصام $Pt=72$ $Sc=72$, وجاء الاكتئاب مرتفعاً أيضاً بدرجة $D=65$.

ما يبين لنا أن الحالة (م.ج) ينتجه نحو الميول السيكيوباتولوجية الذهانية ذات الخصائص البارانوية الهوسية حيث أظهر المفحوص سلوك تشككي أولاً اتجاه الإصابة الذي ظهر في قوله: "كي بدات عندي الأعراض ما حبيتش نصدق أنو هادي كورونا" ثم اتجاه ابنته؛ ويتجلى ذلك في قوله: "كانت كي تخرج نبكي بزاف، كنت نشك، كانت تلعللي على المورال ونقول يمكن ابنتي ما هيش حابة تخبرني".

فأظهر شكوك اتجاه الاستشفاء بالعناية المركزة "كانت لدي شكوكي بأن هناك من توفي بعد الدخول للعناية المركزة" وشكوك أخرى اتجاه تناول الدواء "كنت خايف من البروتوكول الدوائي... خاصة بعد ما سمعت أن فيه حالات بعد تناولهم لدواء كلوروكين أصيبوا بـ *problème vasculaire*". واتضح ذلك أكثر في ارتفاع المقياس الفرعي الخاص بأفكار الاضطهاد $Pa1 = 98$ الذي يجعله يميل للشك؛ إضافة إلى تخشب جسمه مع عدم قدرته على الاسترخاء في بعض المرات.

ثم نزعت الهوسية التي كانت واضحة في كثرة كلامه طيلة المقابلات مع سهولة التهيج العصبي التي ظهرت في حالته النفسية قبل الإصابة بالعدوى المتجسدة في قوله: "كنت نزف بزاف ونتنارفا بزاف"، إضافة إلى تضخم الأنا الذي بلغت درجته $Ma=76$ والذي كان جلياً في استعماله الكثير لضمير "أنا". ثم نشاطه الجسدي الذي جاء مرتفعاً على المقياس الفرعي للإسراع النفسحركي بدرجة $Ma=62$ والذي لاحظناه خلال المقابلات على حركته النشطة والمفاجئة عند تغيير وضعيته على الكرسي وعلى أفكاره التي بدت متواترة وينتقل من فكرة إلى أخرى ثم يظهر قهقهات تتبعها رغبة في البكاء.

إضافة إلى نزعته الفصامية التي كانت واضحة في ضعف تركيزه وتواتر أفكاره وغرابتها وقد تجلى ذلك أكثر في قوله: "كنت أحاربه في رأسي" أو في قوله: "وكننت نتجنب سؤالها باش ما نسمعش اني رايح نموت" "أنا حطيت نفسي مع الأموات".

وكذلك في ارتفاعه على كل المقاييس الفرعية الخاصة بالفصام (أنظر الجدول رقم 35). كما كان يشعر بنقص العلاقات الاجتماعية وسوء المعاملة خاصة بعد خروجه من المستشفى وتعرضه للوصمة الاجتماعية هو وأولاده من طرف ساكنة القرية حيث يقول: "وجدت نفسي معزول، وحدي". إضافة إلى الهلوس السمعية: "كنت نسمع ناس يهدرو في الغرفة بصح ماكانش لي كان معايا؛" "كنت نسمع الهدرة في رأسي".

إضافة إلى الاستجابات الاكتئابية التي بلغت على مقياس الاكتئاب $D=65$ درجة وعلى المقاييس الفرعية $(D5)$ و $(D4)$ و $(D2)$ وحتى على مقياس المحتوى $DEP=67$ وهو ما تجلى في كثرة تفكيره حول العدوى والدواء والاستشفاء وتأثره الكبير بالوصمة التي تبعتها هو وأولاده خاصة وأنه كان أول من أصيب بالعدوى في قريته والتي ظهرت في كل نفسي وأقوم حديثه خلال المقابلات: "الحقيقة أني كنت متألم لكن كنت نجاهد بمجهود كبير... من الداخل كنت متألم وهذا حتى لا أدخل الى المستشفى". وقوله: "بكيت بزاف في بداية الاستشفاء"، "كنت كل يوم انتظر الموت"، حيث استحوذت عليه الكثير من المخاوف التي رافقته من تاريخه السابق قبل الإصابة بالعدوى وتجسد ذلك في استعماله المتكرر (كنت خايف): والذي تجسد في أقواله التالية: "أنا نوعا ما خواف، أخاف أن يحدث لي أو لأولادي شيء سيء"، "الخوف مازال مرافقني لأن الكوفيد ضربني بزاف"، "كنت خايف بزاف وكننت نخمم في حسن الخاتمة"، كنت خايف من هذا المرض، كنت خايف من الإصابة الثانية، سمعت أنها تزيد من المضاعفات". إضافة إلى ارتفاعه على مقاييس المحتوى حيث بلغ $FRS=86$ والذي يعبر على أن لديه مخاوف كثيرة وقلق كبير خاصة من الموت حيث جاء أيضا المقياس الفرعي للقلق مرتفعاً بدرجة $ANX=75$ وهو ما يدل على أن لديه بعض

المشاكل الجسدية كارتفاع الضغط واضطراب النوم حيث يقول : "كوابيس ماحبتش تحبس خاصة كي خلغني PCR"؛ مع بعض الوسوس التي تجلت عنده خاصة وأن امه قبله كانت تعاني أيضا من وسوس وتجلى ذلك في مقياس المحتوى الذي ظهر بدرجة OBS=81 وهي درجة مرتفعة حيث ظهرت لديه أفكار وسواسية وتوقعات حول الأذى والموت: "كنت نفكر في الموت، نفكر في أني لن أشفى أبدا"، "نبقى موسوس ونقول يمكن راهي سامعة كاش حاجة ماشي مليحة"، "وبقيت نخم أن هذا كوفيد رايح يديني نهائيا الى المقبرة وهاذي الفكرة الوحيدة لي كانت مسلطة على رأسي". وكل هذه المخاوف ساهمت في انخفاض الأكسجين لديه بنسبة 55 %. وحتى تقديره لذاته جاء منخفض على مقياس المحتوى LES=71.

ضف إلى نظرتة السلبية للعلاج والدواء الذي رفض العلاج به نظرا لما له من معتقدات وافكار حول عدم نجاعته وتأثيره السلبي عليه: "سمعت أن فيه حالات بعد تناولهم لدواء كلوروكين أصيبوا بـ *problème vasculaire*، رفضت تناول هذا الدواء"؛ كما جاء مرتفعا على مقياس المحتوى TRT=80 . وفي كل ذلك كان يستعمل آلية الرفض والإنكار الذي تجلى في قوله: "ما حبيتش نسمع أنه كوفيد، لم أتقبله، أو اتقبل اسمه، في رأسي وضعت على أنه زكام فقط؛ في ذاكرتي عرفت أنه كوفيد لكن أنا ما حبيتش نعترف به". إضافة إلى آلية التشويه الظاهرة في إدراكه المشوه للواقع.

من هنا نستنتج أن بروفايل الحالة (م. ج) كشف عن تميزه بميول سيكوباتولوجية ذهانية ذات طبيعة اكتئابية بارانونية هوسية حيث ساهمت هذه الميول في استعداده للإصابة بالضائقة التنفسية بعد عدوى فيروس كوفيد ثم العناية المركزة ثم إصابته بعد التعافي مباشرة بعدها بمرض قلبي مع السكري من النوع الثاني؛ حيث كان يحضر ملفه الطبي للقيام بعملية جراحية على مستوى القلب.

1) عرض وتحليل المقابلات العيادية للحالة الرابعة

■ تقديم الحالة:

الحالة (ب. س) أنثى، طويلة القامة، هزيلة البنية، ذات بشرة ذابلة، تبلغ من العمر 36 سنة، الحالة من أبوين مطلقين، تربت عند امرأة قريبة لعائلة الوالد وهي في عمر العشر أشهر. متزوجة للمرة الثانية حيث تطلقت من زوجها الأول في مدة قصيرة بعد معاملته السيئة لها، ولها طفل واحد وهي حالياً حامل، ذات مستوى جامعي تعمل كإطار إداري، هي البنت الكبرى، مستواها المعيشي متوسط، مظهرها مرتب، لغتها واضحة وكلماتها بطيئة وأفكارها مترابطة، ذاكرتها متقطعة ومتذبذبة.

■ الحالة النفسية قبل الإصابة بالعدوى

عانت الحالة (ب. س) من فترات نسيان في فترة سابقة من حياتها "كنت ننسى بزاف. كانت دجيني نوبات عصبية واكتئاب خاصة في وقت طلاقي، عشت الخوف من المستقبل الذي أخذته من عائلتي: كانوا يقولو لازم تقري؛ لازم دير مستقبلي، ما تعرفيش المستقبل شا مخيلك، دير بلاصتك، زدت عشت الخوف من المرض، من كورونا."

كما أصيبت بفقر الدم بعد خطأ حدث في اجتيازها لمسابقة عمل التي ربحتها فيها وفي يوم تهيئتها لبداية العمل يأتيها هاتف بأنه قد حصل خطأ وتم إقصائها... "ردة فعلي كانت جامدة بدون أي حركة ولا احساس، بعد ثلاثة أيام سقطت مريضة: "رجعت بعدها نعيًا؛ نمرض، من تم صحتي راحت، راحت صحتي. عندي إرهاق. يعني تشافيت من المرض لكن ما وليتش كما كنت ناشطة وخفيفة وبنية قوية...." علاقتها بوالدها جيدة "كان مصاحبني إلى درجة أين كان دائماً يوصيني ويعلمني معنى الثقة". لكن أمها الحقيقية لم تعش في حضنها: "أنا لم أعش الحب مطلقاً في حياتي وخاصة مع أمي لهذا لا أعرف معنى الاحساس به، الظروف التي نشأت فيها وتربيت فيها. الأم التي ربتني لم تتركني أشعر بإحساس عدم وجود الأم الحقيقية، قدمت لي كل شيء أريده".

إضافة إلى أن الحالة طفلة غير مرغوب فيها: "عندما كنت صغيرة كنت نعرق بزاف من يديا، كان أبي يفوت عليا بزاف بدون وجود سبب عضوي يفسر كل ذلك العرق الكثير. ومازلت نروح عند الطبيب نحوس على السبب؛ يمكن كما قالولي الأم تاعي ماكانش حابتنني، زوجها بسيف عليها، لم تكن تريد أن تحمل..."

حيث استوتحت معلوماتها عن الفيروس من الأخبار بالقناة الجزائرية ومن صفحة الفيسبوك "عشنا مرحلة الحجر الصحي في خوف مستمر؛ كانوا يقولوننا : احذروا كورونا، بالاكم كورونا، بعدوا على واحد مريض، كنت كل شوي نغسل ونعقم المكان لي نكون فيه حتى في داري كل شوي نروح نغسل".

■ الإصابة بفيروس كورونا

أصيببت الحالة (ب. س) بعدوى كوفيد- 19 خلال شهر سبتمبر 2021، عندما كانت تعمل مندوبة عن زملائها الذين كانوا في عطلة، حيث تقول: "كنت نعيش في ضغط نفسي بسبب المسؤولية الكبرى التي كانت على عاتقي في وقت كورونا، خدمت في مكان أربعة أشخاص، رفض زوجي أن أبقى أعمل مع العدوى الكبرى التي كانت في تلك الفترة، كانت عندي شجارات متواصلة معه كونه كان خائفا علي من العدوى وطلب مني وضع عطلة مرضية *maladie*. كل هذا سبب لي تعب جسدي ونفسي في تلك الفترة وأصببت مباشرة بعدها بالفيروس".

وتمثلت أولى الأعراض في آلام على مستوى الرأس، الإرهاق، آلام بطنية، ضيق تنفس، نهجة، سعال. بعد تأكيد الإصابة حوت الحالة (ب. س) أولا للحجر المنزلي لمدة 10 أيام ثم بعدها تضاعفت الأعراض لديها، ودخلت المستشفى بسبب إصابتها بالضائقة التنفسية حيث كانت نسبة الأكسجين لديها 65 % مع ارتفاع في نسبة الضغط الدموي وارتفاع الحمى. تم تحويل الحالة إلى الإنعاش بسبب أنها رفضت شرب دوائها وبسبب نزاعها للأكسجين في أغلب أوقات الاستشفاء.

■ المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء

خلال الاستشفاء كانت الحالة (ب. س) تعاني من أعراض مختلفة نوجزها في الجدول أدناه:

جدول رقم (38): الحالة النفسية والجسدية للحالة الرابعة (ب. س) خلال مرحلة الاستشفاء

المظاهر الجسدية	أظهرت إرهاق مع ضيق تنفس وثقل حركة جسمها: "كان لساني ثقيل، حسيت رقدلي، تحسبيني عقونة، كنت اردد بصعوبة الحمد لله ياربي، الحمد لله ياربي، بصح ماكانش من لساني خاطر من الداخل كنت فاشلة. الشكوى الجسدية المتكررة خاصة في الليل.
المظاهر الانفعالية	أعراض صدمية: ظهرت بعد تأكيد إصابتها بنتيجة موجبة: "كي سمعت، صمت وتلغثم_كنت عادي، بصح نخلعت، خُفت،" أعراض اكتئابية تجلت في لحظات البكاء الحاد خلال المقابلات، "كنت نبكي بزاف كي نتفكر دارنا... كنت بعيدة عليهم وخايفة عليهم، وفي لوم الذات: "كنت نلوم نفسي لأنني لم ماسمعتش لزوجي وفضلت العمل في مكان زملائي خاصة عندما

المدير خفض لي نقطة المردودية، على الأقل كان حافظ على نفس النقطة لأنني شفت الموت بكورونا وبعدها ظهر الخوف من الاختلاط مع المرضى بعد أن كانت تساعدهم: "كل مرة يجيبو معايا مريض جديد، ذلك الاختلاط بيني وبين مرضى جدد كان يزيد من تدهور حالتي". وفي شعورها بالضعف الذي تجسد في قولها: "رجعت ضعيفة".	
أظهرت حركة كثيرة وسلوك محفوف بالمخاطر عندما كانت لا تمكث في سريرها وتتجول في الغرف محاولة مساعدة المرضى: "كنت نقوم من فراشي بصعوبة وأزور المرضى الآخرين في غرفهم وأحاول تقديم المساعدة لهم في حدود المجهود لي عندي: كنت ندور، كنت نتحرك، كنت المريض لي ما يقدرش يخدم روحه نسقيسه إذا نعطييه ياكل أو نعاونهم نمدلهم أي حاجة حابينها. سلوك تشككي اتجاه الدواء كنت تشك في الدواء لي عطا هلي، خفت يقتلني، ماشرتهش. غلبت، غلبت، والأطباء ما عرفوش واش يديروا معايا، استدعوا طبيبة الانعاش، التي علمت بعدم شربي للدواء. كنت غير واعية جيدا وقتها لكن مازال أسمع صراخها في أنفي بأني إذا رفضت الدوا أضيع حياتي". سلوك تشككي اتجاه مساعدتها للمرضى: "بصح نبقى في كل مرة شاكة إذا نزيد نمرض روجي. بعدها زادت حالتي في التدهور وزاد انخفاض الأكسجين". الشك اتجاه ذاتها: "كنت نحس أن العدوى راني في كل مرة نديها من عند مريض جديد يدخل معايا الغرفة". سلوك عدواني اتجاه الممرضين مع الصراخ عليهم: "نحوس عليهم في كل ليلة ما يجوش، الدواء ما يديروا لكش، كانت المعاملة الجيدة تساعد على توقيف الألم في حين عند التعرض لمعاملة قاسية الألم يشتد ويزيد يتضاعف". ممارسة الاستغفار لتهدة حالتها خلال مرحلة الاستشفاء مع الذكر والدعاء.	المظاهر السلوكية
التفكير في الموت: "خلاص قلت راني رايحة وبلاصتي ماراهيش هنا. في تلك اللحظة كنت نتذكر ربي بزاف وكنت نطلب إذا مازال فيه ذرة خير قادرة نديرها في حياتي كنت نديرها... فقط كنت اطلب ان يغفر لي ربي". التفكير في إيمانها الذي تضاعف خلال هذه الفترة.	المظاهر المعرفية
مشاعر العزلة عند بقائها معزولة خاصة في البيت.	المظاهر الاجتماعية

■ المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء

أُخرجت الحالة (ب. س) من المستشفى نظرا للاكتظاظ الذي شهدته تلك المرحلة بعدما بدأت تتعافى شيئا فشيئا حيث مكثت في المستشفى مدة 35 يوم وظهرت عندها الاستجابات المختلفة المبينة في الجدول أدناه:

جدول رقم (39): الحالة النفسية والجسدية للحالة الرابعة (ب. س) بعد الاستشفاء

المظاهر الجسدية	استمرار السعال مع انخفاض الوزن: "كنت ضعيفة في الميزان، النهجة عندي بزاف، السعلة لا تتوقف حتى أني لم أكن أستطيع الكلام، الفشلة. رجعت هزيلة نظرا لأنني لم أكن أكل " ضيق التنفس حيث بعد خروجها من المستشفى كانت فيه أزمة الأكسجين ولم يكن متوفر في بيتها: "كي خرجت للبيت كان الأكسجين مقطوع. كنت استعمل حسب تعليمات الطبيب دواء ventoline كلما ضاق علي صدري وحاولت أن أساعد نفسي بنفسي حتى أتخطى ذلك الضيق؛ نفس متقطع وارتعاش في الجسم خاصة عند تذكر بعض المواقف الصدمية. لوحظ عليها خلال المقابلات التعرق الكبير لليدين ومحاولاتها إخفاء ذلك بحيث تلازمها المناديل من أجل تجفيف العرق من يديها والذي يظهر على الأوراق الموجودة على سطح المكتب. شعورها الدائم بالتعب والإرهاق حيث تقول "رجعت نعيًا، نمرض، من تم صحتي راحت؛ راحت صحتي. عندي إرهاق".
المظاهر الانفعالية	الكوابيس والنوم الكثير: "كنت نرقد بزاف ونشوف كوابيس لدرجة أن أبي عندما كنت أطيل في النوم كان يطلب من زوجته أن توقظني، كنت نازع ونهتريف. المخاوف الصحية على الأهل: "حسيت ب stress تاع قادر نعد أبي...كنت نطلب منهم ما يقربوليش...خفت نعلي أي واحد منهم ويعيشوا لي عشته وشفته في المستشفى": "رفضت أن نروح مع أمي لي ريتي إلى بيتها بعد خروجي من المستشفى "كنت خائفة عليها وخائفة على جدتي من العدوى وعلى أبي المريض بأمراض مزمنة، حسيت ب stress تاع قادر نعلي أبي، كنت نطلب منهم ما يقربوليش. خفت نعلي أي واحد منهم ويعيشوا لي عشته وشفته في المستشفى". توتر بارز على ملامحها عند تذكر الأحداث الصدمية: "حسيت بالضيق في صدري وأنا أتذكر كل هذا" أعراض اكتئابية تجلت في بكاءها السريع: "أنا سريعة التأثر...ابكي بسرعة كلما سمعت قصة حزينة...مرض معين". وفي فقدان الاهتمام بنفسها: "بعد شفائي فقدت الكثير من الاهتمام بنفسني، وبيع بعض الأمور التي كنت أحب عملها سابقا". وفي نبرة صوتها التي تتبدل من نبرة خافتة حزينة إلى قهقهات وابتسامات. وفي لوم ذاتها خاصة عندما لم تشعر بالرضى عن موقفها الشخصي اتجاه عملها مكان زملائها خلال كورونا خاصة لما تلقت نقطة مخفضة على مردوديتها من طرف مديرها "كنت ألوم نفسي لأنني لم أستمع لزوجي". في بعض المرات تُنكر رغبتها في البكاء حيث كان يبدو ذلك على وجهها لكن تضغط على نفسها حتى لا تبكي. الكيسيثيميا التي كانت عندما تعجز عن التعبير عن انفعالاتها تردد كلمة الحمد لله "بين الجمل وعند كل توقف.
المظاهر السلوكية	لوحظ عليها خلال المقابلات فرك الكفين والأصابع مع بعض؛ حك الجبهة أو ضربات خفيفة على الرأس عند التذكر أو عند تجنب الإجابات عن مواقف معينة. الضغط على أسنانها إضافة إلى الضغط على يديها من حين لآخر مع تخشب سواعديها.

سرد حكايتها لغيرها: "مرات نحكي تجربتي للناس باش نوصلهم العبرة من واش صرا معايا.	
النسيان خاصة عند تذكر الأحداث: " كنت ننسى بزاف ورجعت ننسى أكثر..."	المظاهر المعرفية
اضطراب العلاقة مع زوجها ومديرها في العمل.	المظاهر الاجتماعية
ارتفاع الضغط الدموي مع بداية المتابعة عند طبيب أمراض العقلية	المضاعفات

2) عرض وتفسير نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه:

طبق الاختبار على الحالة (ب. س) بشكل فردي بعد أن قدمنا لها شرح مفصل عن الهدف من الاختبار حيث أبدت استعدادها للتعاون في هذا البحث واستغرقت في ذلك ساعة و 10 دقائق وبعد التصحيح جاءت الصفحة النفسية للحالة حسب الجدول الآتي:

جدول رقم (40): نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الرابعة (ب. س)

المقاييس	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
الأرقام	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
الدرجة الخام مصححة ب K	07	09	15	23	29	26	26	31	21	36	36	23	34
الدرجة المعيارية	60	59	51	68	66	57	56	57	89	62	62	59	56

■ تقييم مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

حصلت الحالة (ب. س) في مقياس عدم الإجابة (?) على (0) درجة، والتوصيف (عادي)، ودلالته أن المفحوصة كانت تجيب بمقبولية كبيرة ووضوح وهي قادرة وعازمة على الاستجابة لكل الفقرات. أما بخصوص مقياس الكذب (L) فقد حصلت على (60) درجة تائية وتوصيفه (معتدل) ودلالته أن لديها نزعة للجوء إلى ميكانيزمات الإنكار. وفيما يخص مقياس الخطأ (F) الذي يشير لصدق أو عدم صدق الصفحة النفسية، فقد تم رصد (59) درجة تائية، وتوصيفه (عادي)، ودلالته أنها مستعدة للاعتراف بعدد معين من الخبرات غير العادية. وعلى المقياس الأخير المتمثل في مقياس التصحيح (K) حصلت الحالة على (51) درجة فقد كان توصيفه (عادي)، ودلالته أن الحالة تحتفظ باتزان مناسب بين الكشف عن الذات ووقايتها.

■ التحليل العام لمقاييس الصدق

صدق الصفحة النفسية تراوح بين 06 درجات ما يعني أن الحالة تعترف بصعوبات شخصية وانفعالية وهي تطلب المساعدة في حل مشكلاتها، لأنها ليست واثقة من قدرتها على التعامل معها. حيث تتدرج ضمن النسق الرابع ذو المنحدر السالب بحيث $L < F < K$ الذي لا يعترف فيه المفحوص بمشكلاته وتحاول الظهور بمظهر حسن.

■ تقييم المقاييس الاكلينيكية المرتفعة

تجدر الإشارة إلى أنه تم الاعتماد في تحديد ارتفاع المقياس على الدرجة التي تقع في حدود (60) درجة وما فوق.

مقياس البارانويا: تم رصد درجة $(Pa) = 89$ درجة تائية كأعلى قيمة في الصفحة النفسية الخاصة بالاختبار ، وتوصيفه (مرتفع جدا) والدلالة التفسيرية لهذه الدرجة أن المفحوص متشكك، حذر، مفرط الحساسية ، عدائية، وينزع إلى لوم الآخرين ويعبر عن عدائيته غالبا بصورة ظاهرة ويبرر ذلك بأنه نتيجة لما فعله الآخرين به ويطغى عليه سلوك التمرکز حول الذات والتمسك الشديد بالأخلاقيات ورغم أن الفرد قد لا يظهر فعلا دليلا على اضطراب فكر ذهاني إلا أنه يظهر عادة خلقا بارانويديا واضحا. حيث جاءت نتائج المقاييس الفرعية كالآتي:

جدول رقم (41): نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارانويا للحالة الرابعة (ب. س)

أفكار الاضطهاد	رهافة الحس وحدته	السذاجة
Pa1 = 73	Pa2 = 66	Pa3 = 50

حيث سجلت المفحوصة درجات مرتفعة على مقياس أفكار الاضطهاد ويدل على أنها تتصور العالم الخارجي كتهديد لها وتشعر بسوء الفهم والمعاملة غير عادلة كما تميل إلى الشك وعدم الثقة في الآخرين. كما حصل على درجة عالية في مقياس الحساسية مما يدل على الشعور بالضعف وحساسية من الآخرين كما لديهم الشعور بالوحدة وأحيانا يقوم بنشاطات محفوفة بالمخاطر حتى يشعر بالتحسن.

مقياس توهم المرض: تم رصد درجة $(Hs) = 68$ (متعدل) وتوصيفه (معتدل) ودلالته أن لها انشغال زائد بشكاوي بدنية تستخدمها للتحكم في من حولها. وتسعى لجذب اهتمام الآخرين لها وهي سلبية ومتشائمة بصورة عامة مع وجود صعوبات في النوم وضعف الطاقة الجسدية.

مقياس الاكتئاب: لقد تم رصد درجة $D = 66$ (معتدل)، يشير إلى أنها شخص خجول وميَّال للانفعال والحزن وعدم الشعور بالرضا إما عن ذاتها أو عن موقفها الشخصي، ولكنها لا تدرك هذه الحالة بوصفها اكتئاباً وربما لا تبالي بما يحدث لها أو أنها قد تعلمت التوافق مع وجود اكتئابي مزمن. وقد جاءت المقاييس الفرعية للاكتئاب على النحو الآتي:

جدول رقم (42): نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الرابعة (ب. س)

الاكتئاب الذاتي	التخلف النفسي الحركي	اعتلال الوظائف البدنية	البطء العقلي	إطالة التفكير غالباً في المتاعب
(D1) = 56	(D2) = 46	(D3) = 67	(D4) = 58	(D5) = 57

حيث أن D3 جاءت مرتفعة ما تدل على أن المفحوصة تشكو من علل في وظائفها البدنية ومنشغلة بذاتها .

مقياس الوهن النفسي: تم رصد $Pt = 62$ توصيفه (معتدل)، ودلالته بأن الحالة دقيقة في الوفاء بالتزاماتها بالمواعيد، وقد تقلق إذا عجزت عن ذلك. لا ترى نفسها قلقة ولا يراها الآخرون قلقة. وتظهر هذه النزعة السيكاثينية في اكتئاب خفيف أو قلق زائد أو نقص في الثقة بالنفس .

مقياس الفصام: تم رصد $Sc = 62$ توصيفه (معتدل) ويشير إلى أن المفحوصة تفكر بطريقة تختلف عن الآخرين، فهي تنزع إلى تجنب الواقع من خلال الخيال وأحلام اليقظة.

■ **مقاييس المحتوى الفرعية:** تنشئ الاستدلالات التفسيرية عندما يسجل الأشخاص درجة عالية على مقاييس المحتوى $T \geq 60$.

جدول رقم (43): نتائج مقاييس المحتوى للحالة الرابعة (ب. س)

المقاييس	A	F	O	D	H	B	A	C	A	T	L	S	F	W	T
	R	R	B	E	E	I	N	Y	N	P	S	E	A	K	R
	N	R	S	P	A	Z		N		A			M		T
	X	S	S												
الدرجة المعيارية	58	58	50	68	70	85	49	51	50	47	53	55	47	50	54

3) نتائج التفسير الاكلينيكي للبروفایل المتعلقة بالحالة الرابعة

بعد توصيف الدرجات واستخراج دلالتها التفسيرية؛ يمكن وضع رمز البروفایل النفسي للحالة (ب. س)

كالتالي: **6''1278-935/40 L-F/K**

ما يبين لنا أن الحالة حسب الصفحة النفسية تتميز بالبروفایل المدبب (6) الذي تكون فيه أعراض البارانويا واضحة ويوصف بأنه متشكك لا يثق في الآخرين ويسقط اللوم عليهم لمشكلاته.

خلاصة الحالة

من خلال المقابلة والملاحظة وكذا تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ومن خلال شكل الصفحة النفسية نلاحظ أن البروفایل النفسي والذي يميز ملامح شخصية الحالة (ب. س) ارتفعت فيه درجات مقياس البارانويا Pa=89 ثم تلتها درجات مقياس كل من توهم المرض Hs=66 والاكنتاب D=64 وتساوت درجات كل من مقياس السيكاينيا والفصام . Pt=62, Sc=62 .

فهي تتجه نحو الميول السيكوباتولوجية ذات خصائص البارانويا حيث أظهرت سلوك تشككي وحساسية اتجاه الآخرين وبدى ذلك جليا في قولها: "كنت نشك في الدواء لي عطاولهي، خفت يقتلني ، ماسرتهش". ناهيك عن عدائيتها مع الممرضين من خلال الصراخ. واتضح ذلك أكثر في مقياس المحتوى لأفكار الاضطهاد الذي جاء مرتفعا بدرجة 75 وتجسد ذلك في اتهامها للمرضين بأنها تعرضت لمعاملة قاسية من طرفهم، إضافة إلى مقياس رهافة الحس الذي بلغ 71 درجة الذي يعبر عن الشعور بالضعف في قولها " رجعت ضعيفة" حيث كانت تقوم بسلوكات محفوفة بالمخاطر عندما كانت تقوم من فراشها وتتجول في الغرف محاولة مساعدة الآخرين حتى تشعر بالتحسن وهو السلوك الممنوع في المستشفى حتى لا يزيد انتشار العدوى. وفي نفس الوقت يعبر عن حساسية اتجاه الآخرين فتناقض وتقول "كان في كل مرة يجيبو معي مريض جديد، ذلك الاختلاط بيني وبين مرضى جد كان يزيد من تدهور حالتي...كنت نحس أن العدوى راني في كل مرة نديها من عند مريض جديد يدخل معايا الغرفة".

ثم نزعتهما نحو التوهم المرضي والاستجابات الاكتئابية وهو ما تجلى في شكاوها المتكررة خاصة خلال الليل بالمستشفى "نبقى في كل مرة شاكة إذا نزيد نمريض روجي" كما تقول "كنت نحس أن العدوى راني في كل مرة نديها من عند مريض جديد يدخل معايا الغرفة". حيث استحوذت عليها المخاوف الصحية بخوفها على أن تعدي أمها بالترية أو جدتها أو والدها حيث قالت "حسيت ب stress تاع قادر نعدي أبي...كنت نطلب منهم ما يقربوليش...خفت نعدي أي واحد منهم ويعيشوا لي عشته"، إضافة إلى

خوفها من المستقبل، خوف من الإصابة بالعدوى؛ فتقول "عشنا مرحلة الحجر الصحي في خوف مستمر"، وكل هذه المخاوف والشكوك ساهمت في انخفاض الأكسجين بنسبة 60 %.

حتى أن هذا الميل نحو التوهم كان قبل الجائحة في حياتها الماضية وذلك ظهر في شعورها الدائم بالتعب والإرهاق حيث تقول "رجعت نعيًا، نمرض، من تم صحتي راحت؛ راحت صحتي...عندي إرهاق" وهذا ما يترجم بنيتها الهزيلة وزيادة انخفاض وزنها بعد انتهاء مرحلة الاستشفاء. وتضيف قائلة "كنت نعرق بزاف من يديا، كان أبي يفوت عليا بزاف بدون وجود سبب عضوي يفسر كل ذلك العرق الكثير. ومازلت نروح عند الطبيب نحوس على السبب، يمكن كما قالولي الأم تاعي ماكانش حابتي. زوجوها بسيف عليها، لم تكن تريد أن تحمل أصلاً". وهذا ما أكدته المقياس الفرعي للانفعال بالصحة الذي بلغ HEA=70 درجة ما يفسر أن لها انشغال كبير بصحتها ودائمة البحث مثلا عن سبب تعرق يديها.

إضافة الى كثرة الكوابيس حيث تقول "كنت نرقد بزاف ونشوف كوابيس، كنت نازع ونهترف". مع استجابات اكتئابية متجسدة في قولها: "عانيت من نوبات عصبية واكتئاب في فترة سابقة من حياتي. وقولها "بعد شفائي فقدت الكثير من الاهتمام بنفسي، و ببعض الأمور اللي كنت نحب عملها سابقا". "كنت نبكي بزاف"، "أنا سريعة التأثر؛ أبكي بسرعة كلما سمعت قصة حزينة. مرض معين".

كما أنها تلوم نفسها كثيرا خاصة عندما لم تشعر بالرضى عن موقفها الشخصي اتجاه عملها مكان زملائها خلال كورونا خاصة لما تلقت نقطة مخفضة على مردوديتها من طرف مديرها "كنت ألوم نفسي لأنني لم أستمع لزوجي". وقد وصلت نتيجة هذه الاستجابة على مقياس المحتوى الفرعي للاختبار إلى DEP=68 وهي درجة نوعا ما مرتفعة تجلّت أساساً في تصريحاتها السابقة خلال المقابلات وردود فعلها اتجاه الحديث حول كل موقف فنجد تنهدات وصمت طويل ورغبة في البكاء عند الحديث عن كل حدث.

كما كشف الاختبار عن وجود نزعة سيكاثينية الظاهرة في التزامها بالعمل في مكان أربع اشخاص بالرغم من رفض الزوج ومن العدوى التي كانت في تلك الفترة ما سبب لها القلق ثم اتجهت إلى لوم النفس بعد إصابتها بالعدوى، فتميزت بتفكير ذو طبيعة فصامية ظهر على مقياس الفصام بدرجات معتدلة.

وفي كل ذلك كانت تستعمل آلية الإنكار والتجنب والتكتم (الكيستييميا) مع التشويه وتغطي انفعالاتها التي كانت لا تستطيع التعبير عنها بقولها " الحمد لله" أو ضرب جبهتها بيدها وكل ما تنكره يظهر خارجا في إفرازات العرق لديها.

من هنا نستنتج أن بروفايل الحالة (ب. س) كشف عن تميزها بميول سيكوباتولوجية متدرجة في الشدة نحو الرباعي الذهاني ذو الطبيعة البارانونية يتخللها استجابات عصابية ذات طبيعة توهمية

واكتئابية حيث ساهمت هذه الميول في استعدادها للمرض من خلال استقطابها للفيروس وإصابتها بالضاقة التنفسية المعتمدة على العلاج الأكسجيني حيث وجدت نفسها في العناية المركزة ثم إصابتها بارتفاع الضغط الدموي بعد التعافي من العدوى.

1) عرض وتحليل المقابلات العيادية للحالة الخامسة

■ تقديم الحالة

الحالة (ص. ر) ذكر، يبلغ من العمر 29 سنة، أعزب، ذو مستوى تعليمي جامعي، بدون عمل، يحتل المرتبة ما قبل الأخيرة. مرتب ونظيف الهندام. قامته قصيرة وبنيته متوسطة، ثيابه مرتبة، شاحب الوجه، يتأثأ أحيانا ؛ أفكاره واضحة ولغته مفهومة وذكرة مضطربة. متجاوب معنا ومتعاون.

الحالة النفسية قبل الإصابة بالعدوى

قبل العدوى كان الحالة يعاني من مشاكل جسدية: " كنت نتقلق شوي...نتنارفا بالخف...كان راسي يوجعني بزاف مين كنت صغير...ومازاله لحد الساعة يوجعني." مع فرط الحركة الذي كان لديه: "كنت خفيف بزاف، نتحرك من بلاصة لبلاصة ما نقدرش نقدرش نطول القعدة في الكرسي..". فقد الحالة والده وهو بعمر 22 سنة حيث يقول بعيون دامعة: "علاقتي به كانت كالأخ وخوه، كانت علاقتنا قوية بزاف...وأمي كانت مقلشتني بزا إلى حد الساعة، متعلق بها بزاف خاصة بعد مرضي بكوفيد رجعت نخاف نفقدها خاصة أنها زابت لزتلي أكثر من زمان...قلت بالاك راهي تعوضني الحنانة لي كانت عاطيتها أكثر لأخي الصغير".

■ الإصابة بعدوى فيروس كوفيد-19

أصيب الحالة (ص. ر) بعدوى كوفيد-19 خلال الموجة الرابعة ديسمبر 2021 ، حيث لا يعلم من أين استقطبت العدوى بالرغم من حرصه الشديد على التدابير اللازمة؛ تمثلت الأعراض الأولى التي عانى منها في التعرق والإعياء، والرغبة الشديدة في النوم ثم ضيق شديد في التنفس مع القيء. حيث ذهب عدة مرات إلى الاستعجالات على مدة ثلاث أيام دون تشخيص لإصابته.

وبعد أن تأزمت حالته قام بعمل السكانير الذي شخص لديه وجود إصابة على مستوى الرئتين بنسبة 25 % تم تأكيدها بتحليل اختبار الأجسام المضادة للكشف عن الإصابة بكوفيد 19 وهو التشخيص الذي جعله مذهولا غير مصدق لإصابته حيث قال: "تسمرت في بلاصتي، خلعني سكانير وزاد

خلعني تاع الدم كي خرج *positif*، كنت حارز روحي وندير لي يقولوا عليه" -صمت ثم تأتأة- "حسيت بنقرة في قلبي كي قالولي كورونا".

دخل الحالة مباشرة إلى مصلحة علاج كورونا حيث تقاومت عنده الأعراض بمجرد دخوله أهمها الضائقة التنفسية، آلام معدية، آلام قلبية ما أدى إلى تحويله في اليوم الثاني على مصلحة العناية المركزة وبدء العلاج الأوكسجيني حيث وصل مستوى الأوكسجين في دمه إلى 60 %، " رجعت حاس بالموت قريبة مني كي دخلت l'area " نقصت بزاف في الميزان..."

■ المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء

في بداية الاستشفاء كان الحالة (ص. ر) يعاني من أعراض وشكاوي جسمية كثيرة وظهرت عنده سلوكيات عدائية مع قلق وخوف نوجزها في الجدول رقم (44):

جدول رقم (44): الحالة النفسية والجسدية للحالة الخامسة (ص. ر) خلال مرحلة الاستشفاء

المظاهر الجسدية	تمثلت في ارتعاش الجسم خاصة عند حديثه عن صدمة الاستشفاء وفي تأتأة صوته عند تذكر الأحداث مع شكاوي جسدية مختلفة: "حسيت بالفشلة ووجع في الركابي؛ والضغط عندي كان يلعب بطلع وينزل". إضافة لآلام على مستوى المعدة مع التقىء بسبب قلقه من تواجده لوحده: "كنت مقلق مين كنت في غرفة وحدي، كل ما نتقلق نتقيا وديزيد تضريني <i>l'estoma</i>". مع ألم مستمر على مستوى القلب: "كنت كل مرة نعطلهم على النقيز تاع قلبي يجو بيدبرولي <i>ECG</i> يقولولي ما عندك والو بيدبرولي لبرة ويروحو،" انخفاض الشهية والوزن معاً: "نقصت في الميزان، ما رجعتش ناكل، طيحت 25 كغ، كنت نوزن 87".
المظاهر الانفعالية	أظهر معاناة عند سرده لحالته خلال الاستشفاء خاصة عند تحدثه عن خوفه من الموت وقلقته المستمر طوال فترة الاستشفاء تجسد في قوله: "أكثر حاجة هلكنتي في سبيطار كي كانت الغرفة لي داروني فيها مقابلة <i>LA morgue</i> هاذي هي النقطة لي دارتلي القلقة وزادت رهيتني". ثم يضيف: "كل ما شفت <i>La morgue</i> كنت نقول راني في <i>étape</i> تالية تاع حياتي، كنت نقول كما هما دخلو وخرجوا في صناديق أنا تاني دالة عليا ورايح نخرج في الصندوق.. كنت نخم غير في الموت". مع أعراض اكتئابية تجلت في حزنه وبكاءه خلال المقابلات: "كانت دجيني الدمعة كي مارجعتش نشوف دارنا والأم تاعي". "كنت نخاف نوض من بلاصتي ونطل من تاقاة... ماكنتش نحب نشوف عايلات تاع موتى... هذاك الحس كان يزيدي بقلقي". مع أعراض اكتئابية تجلت في شعوره المستمر بالحزن الظاهر خاصة على ملامح وجهه والرغبة في البكاء. ونوبات غضب خاصة عندما يشتد الألم ولا يستجيب له الفريق المعالج بسرعة.
	أظهر سلوكيات عدوانية وشجاراً وتهديداً للعاملين في الجناح: "وصلت وين دابزت مع الخدما بسبب الوجع

والقلق لي عندي، كنت نخوفهم ونقولهم نفوتكم لايف في الفايسبوك، كانو يديرولي <i>les calmants</i> . مع سلوك تشككي حول الدواء والأطباء: "من دوا تاع سبيطار حكمني النقيز في قلبي، هما لي دارولي هكذا". حيث رفض شرب الدواء: "شكيت في الدوا تاع سبيطار هو لي زادلي النقزة في قلبي" _صمت مع رعشة جسد _ "لحد هاذ الساعة مازالت النقزة تاع قلبي كايئة" اضطرابات النوم ومنها الأرق: " كنت ما نرقدش في الليل...نرقد برك ساعتين في النهار". استراتيجيات تصرف سلوكية تعتمد على قراءة القرآن من أجل تهدئة نفسه.	المظاهر السلوكية
أظهر خلط مع عدم قدرته على تذكر أجزاء مهمة من مرحلة الاستشفاء مع صعوبة في سردها: "راني ناسي بزاف صوالح صراو" ، " كنت نفكر غير في الموت وفي دارنا". توقعات خاصة بموته في أي لحظة :	المظاهر المعرفية
الشعور بالعزلة : " حسيت روحي معزول في غرفة، رايح نموت وحدي، كنت نخم برك نروح لدارنا"	المظاهر الاجتماعية

■ المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء

بعد انتهاء مرحلة الاستشفاء التي دامت 40 يوم. وبداية مرحلة التعافي ما بعد كوفيد ظهرت استجابة الحالة الجسمية والنفسية حسب ما هو مذكور في الجدول رقم (45)

جدول رقم (45): الحالة النفسية والجسدية للحالة الخامسة (ص.ر) بعد الاستشفاء

تواصل الشكاوي الجسدية والصداع : " رجعت نحس بأي ألم في جسمي نوض نجري وغير نبرد من رجليا نقول هادي الموت...راسي دايم واجعني" رفرقة في القلب مع خفقان الصدر حيث يقول: " تكون برل تحكمني رجة في قلبي نعاود ندخل لدار نجري ونقول ملبش نموت فيدارنا وما نموتش برل." ضعف الشهية مع استمرار التقئؤ: "ماكنتش نقدر ناكل...نحس بالتقيا...مانكلش" آلام على مستوى القلب مع ضيق التنفس: " كل مرة نحس نقزة في قلبي نجيني كي نكون راقد...ومازلت ماشي قادر نتنفس مليح حتى نشد صدري". شعور ببرودة الرجلين : "...نحس حاجة باردة في رجليا نوض مفزوع..."	المظاهر الجسدية
أظهر معاناته من الخوف بعد إصابته بالعدوى: "مع أنني متعود نغسل الأموات لكن بعد إصابتي رجعت نخاف من الموت". وتجسد الرهاب لديه في قوله: " رهبة تاع الموت بقات قاعدة فيا" وبعض الأعراض الصدمية مثل الأعراض الافتحامية: " رجعت نتخيل الصور لي فاتو عليا تاع la morgue..." وأعراض تجنبيه في قوله: "كلمة فلان مات غير هي في راسي دور خاصة في الليل، ما رجعتش نحب نشوف الفايسبوك ولا غيره باش ما نقراش فلان مات كلمة وفيات كرهتها وكي حد يجبدلي على فلات مات بكورونا نقولهم ما تحكوليش".	المظاهر الانفعالية

مع نوبات هلع متجسدة في مشاعر فجائية خاصة خلال الليل أو عندما يكون متواجد خارج المنزل: "مرات دجيني مشاعر على غفلة تخلعني نوض قافز من بلاصتي". وفي قوله: "نكون برّا تحكمني رجفة في قلبي نعاود ندخل لدار نجري ونقول معلّش نموت فيدارنا وما نموتش برّا". أعراض اكتئابية لاحظناها في حزن وجهه وعبوسه ودمة عينه عندما كان يسرد معاناته خلال الاستشفاء وبعده خاصة عندما قال: "أنا نبكي بالخف بصح ما نبينش". وقد وصف ما مر عليه بـ: "هاذي التجربة صدمتني، كانت أسوء تجربة في حياتي، ما تقبلتهاش..."	
تواصل السلوك التشككي بخصوص الدواء المتجسد في قوله: "أنا كي قريت على الكلوروكين من بعد لي خرجت من سبيطار عرفت أنه تاع الملاريا، قلت أنا شريته كامل وطفرت فيا". ظهرت حركات بطيئة لجسمه ومرات تكون الحركات اندفاعية وسريعة عندما يغير وضعية الجلوس مع التأناة كلما صعب عليه التذكر ولكن كلامه كان سريع. الغضب البارز في قبضة يده والشد على أسنانه وفتحة أنفه وفي سلوكه مع الآخرين: "وليت نتقلق مع كامل الناس، مع الإدارات..". مشاعر التوتر اتجاه مرور الزمن والاستعجال تجلت في كلامه وفي قوله: "نحب كلش ينقضى بالخف، ما نقدرش نستنى، نتقلق،"	المظاهر السلوكية
التثبيت على ذكرى واحدة: "رجعت نتفكر بزاف la morgue" معاناته من النسيان بعد مرحلة الاستشفاء: "وليت ننسى بزاف...نحط حاجة ما ننساهاش..." أفكار وسواسية لها علاقة بالقلق من الموت في أي لحظة بمجرد شعوره ببرودة رجليه.	المظاهر المعرفية
الخوف من مشاعر الوحدة: "لا أستطيع الابتعاد عن البيت مطلقا حتى السفر لم أعد أريده" مقاطعته كل وسائل التواصل الاجتماعي: "ما رجعتش نحب نشوف الفايسبوك ولا غيره".	المظاهر الاجتماعية
متلازمة الشريان التاجي (Coronary syndrome)	المضاعفات

2) عرض وتفسير نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه:

طبق الاختبار على الحالة (ص. ر) بشكل فردي وقد أبدى تعاونه معنا، واستغرق في ذلك ساعة و11 دقيقة وبعد التصحيح جاءت الصفحة النفسية للحالة كالآتي:

جدول رقم (46): نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة الخامسة (ص. ر)

المفايس	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
الأرقام	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
الدرجة الخام مصححة ب K	27	18	20	23	18	19	22	28	31	30	19	16	7
الدرجة المعيارية	51	46	37	42	78	35	47	66	78	92	57	77	58

■ تقييم مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

حصل الحالة (ص. ر) في مقياس عدم الإجابة (?) على (1) درجة، والتوصيف هو (عادي)، ودلالته أن المفحوص كان يجب بمقبولية كبيرة ووضوح. أما بخصوص مقياس الكذب (L) فقد حصل على (58) درجة تائية وتوصيفه (عادي) ودلالته أنه قادر على تحقيق توازن مناسب بين التصريح بالأخطاء الاجتماعية وإنكارها محاولاً خلق صورة ذات مرغوبة. أما مقياس الخطأ (F) تم رصد (77) درجة تائية، وتوصيفه (ملحوظ)، ويدل الارتفاع هنا على شدة المعاناة ودرجة السيكيوباتولوجية التي يخبرها المفحوص. وحصل على مقياس التصحيح (K) على (57) درجة وكان توصيفه (معتدل)، ودلالته أن الحالة تعتمد على ذاتها ويسهل عليها التعامل مع المشكلات اليومية.

■ التحليل العام لمقاييس الصدق

صدق الصفحة النفسية تراوح بين 03 درجات ما يعني أن الحالة ينكر وجود أي سيكيوباتولوجية. حيث تتدرج ضمن النسق الأول ذو المنحدر السالب بحيث $L < F < K$ الذي يعترف فيه الحالة بعدم قدرته على التعامل مع صعوباته الشخصية والانفعالية.

■ تقييم المقاييس الاكلينيكية المرتفعة

نذكر أنه تم الاعتماد في تحديد ارتفاع المقياس على الدرجة التي تقع في حدود (60) درجة وما فوق. مقياس توهم المرض: تم رصد درجة 92 = (Hs) درجة تائية وتوصيفه (ملحوظ) ودلالته أن المفحوص له انشغال زائد وتركيز كبير على شكاواه البدنية الغامضة يستخدمها لزيادة اهتمام الآخرين به والتحكم فيمن حوله، مع إظهاره للتشاؤم والسلبية.

مقياس الاكتئاب: تم رصد 78 = (D) وجاء توصيفه (ملحوظ) ما يدل على وجود حزن ومزاج عام اكتئابي مع زيادة التشاؤم واليأس اللذان يعمان حياته فيتغلب عليه الشعور بالذنب أو ضعف تقدير الذات. وقد جاءت المقاييس الفرعية مرتفعة كما تظهر في الجدول الآتي:

جدول رقم (47): نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة الخامسة (ص. ر)

الاكتئاب الذاتي	التخلف النفسي الحركي	اعتلال الوظائف البدنية	البطء العقلي	إطالة التفكير غالباً في المتاعب
(D1) = 71	(D2) = 70	(D3) = 72	(D4) = 55	(D5) = 69

حيث أن (D1) و (D2) و (D3) و (D5) جاءت مرتفعة ما يدل على أن المفحوص له معنويات منخفضة وكذلك تقديره لذاته منخفض ينقصه الاستمتاع بالقيام بالأشياء؛ ويشكو من نقص في طاقته لمواجهة المشكلات التي تعترضه كما يشكو من وجود علة في وظائفه البدنية ومنتشغل كثيرا بذاته وسهل القابلية للاستثارة.

مقياس الهستيريا: تم رصد $66 = (Hy)$ وجاء توصيفه (معتدل) ما يدل على أن المفحوص متمركز حول ذاته وينكر وجود مشكلات لديه.

مقياس البارانونيا: تم رصد درجة $78 = (Pa)$ وجاء توصيفه (ملحوظ) ما يدل على أن المفحوص متشككا وعدائيا ويعبر عادة تعبيراً لفظياً ظاهراً عن هذه الصفات.

- **مقاييس المحتوى الفرعية:** تنشئ الاستدلالات التفسيرية عندما يسجل الأشخاص درجة عالية على مقاييس المحتوى $T \geq 60$.

جدول رقم (48): نتائج مقاييس المحتوى للحالة الخامسة (ص. ر)

المقاييس	A	F	O	D	B	E	P	S	A	C	Y	N	G	I	Z	H	E	A	T	P	A	L	S	E	S	O	D	F	A	M	R	K	T
الدرجة المعيارية	70	75	68	77	72	72	69	54	50	68	71	55	61	52	71																		

(3) نتائج التفسير الاكلينيكي للبروفایل المتعلق بالحالة الخامسة

بعد توصيف الدرجات واستخراج دلالتها التفسيرية؛ يمكن وضع رمز البروفایل النفسي للحالة (ص. ر)

كالتالي: $1*26'3-0/497:58\# F''L/K$

الذي ظهر على الصفحة النفسية على شكل النمط الهابط للثالوث العصابي.

خلاصة الحالة

من خلال المقابلة والملاحظة العيادية وكذا تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ومن خلال شكل الصفحة النفسية ارتفعت في البروفایل النفسي للحالة (ص. ر) درجات مقياس توهم المرض الذي يساوي $Hs=92$ درجة ثم تلتها درجات مقياس الاكتئاب $D=78$ وأخيرا درجة مقياس الهستيريا $Ht=68$ على الترتيب تتخلل هذا النمط استجابة ذهانية تجلت في ارتفاع مقياس البارنويا الذي يساوي $Pa=78$. ما يبين لنا أن الحالة لها نزعة تتجه نحو التوهم المرضي الذي تجلى في انشغاله الزائد بجسمه وحساسية مفرطة نحو أي خلل ولو صغير وتمثلت شكواه المتكررة خاصة عندما يبتعد عن المنزل وفي استمرار الآلام على مستوى قلبه والمعدة والرأس مع القيء المستمر وبرودة الأطراف وجاء ذلك واضحا في أقواله : "رجعت نحس بأي ألم في جسمي نوض نجري وغير نبرد من رجليا نقول هادي الموت...راسي دايماء واجعني"، كل مرة نحس نقزة في قلبي دجيني كي نكون راقداً.

وبرز ذلك أكثر في ارتفاع درجة المقياس الفرعي الخاص بالانشغال بالصحة حيث $HEA=72$ الذي يشير ارتفاعه إلى وجود عدة أعراض جسمية متعلقة بمختلف الوظائف الجسدية مثل القيء، آلام على مستوى المعدة، صداع وآلام على مستوى القلب المتجسدة في قوله: "نحس نقزة في القلب". كما استحوذت عليه المخاوف الصحية التي جاءت كذلك مرتفعة على المقاييس الفرعية حيث $FRS=75$ الذي تجسد في خوفه من أن يموت وحيدا وبعيدا عن أهله حيث يقول: " كنت نخم برك نروح لدارنا ورائي خايف كي بعدت عليهم." " رهبة تاع الموت بقات قاعدة فيا".

تلك النزعة ظهرت بطبيعة اكتئابية تجلت في ملامح وجهه العابسة وفي بكاءه خلال المقابلات وفي قوله: " نبكي بالخف" وفي حركات جسمه التي تظهر أحيانا خلال المقابلات؛ واتضح ذلك أكثر في ارتفاع درجة المقياس الفرعي للاكتئاب الذي يساوي $DEP=77$. وتخلل ذلك أفكار وسواسية حيث جاء المقياس الفرعي مرتفعا $OBS=68$ وله علاقة بالقلق من الموت في أي لحظة بمجرد شعوره ببرودة رجليه أو ألم على مستوى قلبه أو في سلوكه السريع بالدخول للمنزل لحظة تلك المشاعر من أجل أن يموت بجانب أهله وكلها مشاعر فقدان لها علاقة بفقدان والده وتعلقه به والدته.

حيث أن هذا الميل نحو التوهم المرضي والاكتئاب كان قبل الجائحة كما تم ذكره في التاريخ النفسي للحالة إضافة إلى اضطراب النوم وإصابته بالأرق خلال الليل والأعراض الصدمية التي تجلت عنده.

يتخلل هذا الثالوث العصابي استجابة بارانوية حيث أظهر سلوك تشككي اتجاه الدواء والاطباء تجلى في قوله: "من دوا تاع سبيطار حكمني النقيز في قلبي، هما لي دارولي هكذا". وكذلك في قوله: "

أنا كي قرئت على الكلوروكين من بعد لي خرجت من سبيطار عرفت أنه تاع الملاريا ، قلت أنا شريته كامل وطفرت فيا. " وظهر كذلك في ارتفاع درجة غرابة التفكير $BIZ=72$ الذي يشير إلى معتقدات بارانوية حول أذية الآخرين له في قوله "...، هما لي دارولي هكذا"، ناهيك عن العدائية مع الممرضين من خلال الشجار معهم وتهديدهم بعمل لايف على الفايسبوك يخبر فيه بتقصيرهم بواجبهم نحو المرضى.

وفي كل هذه الاستجابات استعمل آلية الإنكار والرفض التي أثرت على تقبله لإصابته والعلاج. من هنا نستنتج أن بروفايل الحالة (ص. ر) كشف عن تميزه بميول سيكوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه نحو الثالوث العصابي المتجسد بالدرجة الأولى في توهم المرض تتخللها استجابات ذهانية بارانوية حيث ساهمت هذه الميول في استعداده لاستقطاب العدوى وإصابتها بالضائقة التنفسية المعتمدة على العلاج الأكسجيني والاستشفاء في العناية المركزة ثم الإصابة بمتلازمة الشريان التاجي بعد التعافي من العدوى .

1) عرض وتحليل المقابلات العيادية للحالة السادسة

■ تقديم الحالة:

الحالة (ح. ش) أنثى، متوسطة القامة والبنية، تبلغ من العمر 33 سنة، تحتل المرتبة الوسطى بين إخوتها الأربع، ذات مستوى جامعي؛ تعمل في القطاع الخاص، مظهرها أنيق، لغتها واضحة، أفكارها مترابطة، ذاكرتها جيدة وجد متعاونة.

■ الحالة النفسية قبل الإصابة بالعدوى

عانت الحالة (ح. ش) من آلام معدية خاصة على مستوى القولون دون وجود سبب عضوي إضافة إلى مزاج مكتئب؛ أحيانا تحاول جاهدة أن تغيره: "كل ما نحس روعي ماشي مليحة ندير الرياضة ولا نساقر باش نبذل مورال تاعي"...

علاقتها بوالديها وإخوتها جيدة : نحبههم ونخاف عليهم بزاف ونبكي كي واحد منهم تصراله حاجة ماشي مليحة."

■ الإصابة بفيروس كورونا

أصيببت الحالة (ح. ش) بعدوى كوفيد - 19 خلال شهر أكتوبر 2021، من عند أخيها الأصغر الذي استقطبت منه العدوى حيث كانت تزوره في المستشفى وتقف على كل ما يحتاجه : "نهار لي حولوا خويا J réa كي زاد عليه الحال وبلا ما يعلمونا...نخلعت وحسيت بالفشلة...وشكيت هذالك نهار نعديت..." حيث دخلت المستشفى بسبب تزايد ارتفاع الحمى وضيق التنفس وقد أظهر التحليل لاحقا إصابة موجبة وبسبب التعب الذي كانت تعاني منه وضعف شهيتها عولجت أيضا بالعلاج الأكسجيني لكنها لم تدخل العناية المركزة حيث كانت نسبة الأكسجين لديها 80 % مع ارتفاع الحمى.

■ المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء

بقيت الحالة في المستشفى لمدة 15 يوم وكانت حالتها الجسمية والنفسية كما هي مبينة في الجدول أدناه:

جدول رقم (49): الحالة النفسية والجسدية للحالة السادسة (ح.ش) خلال مرحلة الاستشفاء

المظاهر الجسدية	أظهرت آلام على مستوى الصدر مع ضيق تنفس وصداً وتزايد ارتفاع الحمى وآلام على مستوى الأمعاء: "الفشلة هلكنتي، كنت عيانة كي كنت ندور على أخي في السبيطار" ضعف شهية: "عفت الماكلة ومارجعتش ناكل... ما كانتش تقوتلي كي كنت نشوف خويا في ذيك الحالة." "الأعراض ما كنتش حاسة بها بزاف كنت نخم غير في خويا وماما لي توشات معانا" الشكوى الجسدية المتكررة المتمثلة في ألم القولون: "كنت كي نغلي... نحس الوجع في مصراني... كي شغل النار شاعلة فيه. وفي حكة جلدية وآلام أسفل الظهر"
المظاهر الانفعالية	أعراض صدمية: برزت أكثر عندما حوّل أخوها إلى العناية المركزة: "انخلعت كي ما لقيتهش في الغرفة تاعه، حسبتة مات، تسمرت في بلاصتي وكل حاجة فيا رجعت ترجف، ثم عندما دخلت معها أمها والتي كانت معها في نفس الغرفة." الخوف: "خفت كي قالولي كوفيد بصح تقبلته على خاطر أخي وماما... كنت هادية...." "كنت هادية و normal ما خفتش على روحي بصح كنت خيفة على ماما لا تموت... بقيت نقاوم فيه ونصبر في روحي ونخمم في واش رايح ندير كي نخرج من السبيطار" القلق: "تقلقت مرات من حالي، حسيت روحي محبوسة بين اربع حيطان... حببت نشوف الناس والدنيا... قلت مازالني صغيرة.." مشاهدة صور صادمة: "كنت نشوف المرضى لي حدايا في الغرفة كي يموتوا... كنت نسمعهم ينازعوا... ونسمع ولادهم كي ييكوا ويصوغوا.." أعراض اكتئابية تجلت في لحظات البكاء خلال الاستشفاء وخلال المقابلات، "كنت نبكي بزاف... ما كانتش حاجة في يدي نديرها لأخي لماما باش نحيلها الوجع." وفي لوم الذات: "كنت نلوم نفسي لأنني جيت العدوى لدار من سبيطار وبالاك من الخدمة... وكنت نقول ما نسمحش نفسي لو كان تصرى حاجة لماما..." وفي اضطرابات النوم: "كنت ما نقدرش نرقد، كنت نخاف إذا نرقد ونوض نلقى ماما ماتت..." وفي لوم الذات مع التناقض: "كنت شايقة روحي ماعندي حتى فائدة كي ما قدرتش نعاون ماما وأخي... بصح رجعت نقول نعاون روحي حتى نقدر نعاونهم وكي يشوفوني مليحة يطلعهم moral.." وفي الشعور بالضعف: "أول مرة نحس روحي ضعيفة ما قادرة ندير والو مع المرض..."
المظاهر السلوكية	أظهرت سلوكيات تكرارية لغسيل الأيدي: "كنت نغسل بزاف يدي، الجال ما يخطينيش" الحركة في الغرفة بسبب القلق والخوف: "كنت نتحرك، ما كنتش نقدر نبقي مطولة راقدة في السرير... كنت نروح نشوف ماما إذا راهي تتنهد ولا لا.." "كنت نقول الحركة بركة، والمرض بالحركة نعالجوه، خاطر نخلوا الدورة الدموية ناشطة ماشي خاملة.." سلوك تشككي اتجاه الدواء: "كنت نقول الدوا ماراه يدير والو... الفشلة غير هي... الوجع ماراحش." الشك في ذاتها بأن من نقلت العدوى إلى أخيها ثم أمها: "رجعت نشك ونحكي مع روحي، قلت بالاك أنا لي عديتهم من خدمتي وخويا توشا قبلي خاطر مقلش و fragile". وهنا يتجسد أيضاً لوم الذات. ممارسة الاستغفار وقراءة القرآن لتهنئة حالتها خلال مرحلة الاستشفاء مع الذكر والدعاء.

المظاهر المعرفية	التفكير في الموت: "كنت نخمم في ماما إذا رايح نخسرها...وتخلييني وحدي" "كنت نقول مازالني صغيرة، مازال ما حققت والو في حياتي...ما خاصنيش نموت...كنت ندير كوراج لماما وأخي....". مع توقع أحداث سلبية بموت الأم. وأظهرت ذاكرة جيدة للأحداث.
المظاهر الاجتماعية	مشاعر الاحساس بالقيء: "حسيت روجي محبوسة بين أربع حيطان...حييت نشوف الناس والدنيا...مانيش متعودة نقعد في بلاصة...أنا موالفة نخرج، نحوس، نتحرك..."

■ المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء

أخرجت الحالة (ح. ش) بعد 15 يوم من الاستشفاء بعدما بقيت على العلاج بالأكسجين لمدة عشرة أيام.

جدول رقم (50): الحالة النفسية والجسدية للحالة السادسة (ح. ش) بعد الاستشفاء

المظاهر الجسدية	استمرار سعال خفيف مع ألم أسفل الظهر والقولون: "المصران عندي كان يشوى...كنت نقول بالاك من القلق الدخاني لي كان عندي." الشعور المستمر بالتعب " لحد الساعة مازال نحس بالعياء والفتيلة."
المظاهر الانفعالية	انخفاض في مشاعر القلق والخوف التي كانت عندها خلال مرحلة الاستشفاء وتحسن الحالة المزاجية: المخاوف الصحية على الأهل: "بقيت خايفة شوي على ماما" مع بكاء عند تذكر تلك المرحلة التي تسميها "التذكر".
المظاهر السلوكية	لوحظ عليها خلال المقابلات ارتعاش في الجسم خاصة عند تذكر حالة أمها وبعض مشاهد المرضى الموتى. كما أنها تتحدث ببطء وببنبرة خافتة، تتبدل من حزينة إلى مبتسمة حسب نوع الحدث الذي تتحدث عنه، تجلس مرتاحة على الكرسي ومرخية كل جسمها عليه وتأخذ وقتها في الرد،
المظاهر المعرفية	التفكير في الحياة: " رجعت نفكر كيفاش نستغل الحياة بعد ما سلكت من الموت" ذاكرة جيدة بالنسبة لتذكر الأحداث والتفاصيل.
المظاهر الاجتماعية	العودة للحياة الطبيعية: "فترة وفايتة، كاتبها ربي، باش نسترجعوا...رجعت نحاول ندير سبور وغير نزيح ويحلوا المطارات نبدا بالسفر..."
المضاعفات	احتمالية الإصابة بمرض الكلى

(2) عرض وتفسير نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه:

طبق الاختبار على الحالة (ح. ش) بشكل فردي بعد أن قدمنا لها شرح مفصل عن الهدف من الاختبار حيث أبدت استعدادها للتعاون في هذا البحث واستغرقت في ذلك ساعة و20 دقائق وبعد التصحيح جاءت الصفحة النفسية للحالة حسب الجدول الآتي:

جدول رقم (51): نتائج اختبار الشخصية متعدد الأوجه للحالة السادسة (ح. ش)

المقاييس	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
الأرقام				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
الدرجة الخام مصحة ب K	04	09	16	27	34	16	27	31	15	34	34	18	33
الدرجة المعيارية	47	59	53	77	76	52	59	57	68	58	59	48	55

■ تقييم مقاييس الصدق ودلالاتها التفسيرية:

حصلت الحالة (ح. ش) في مقياس عدم الإجابة (?) على (2) درجة، والتوصيف هو (عادي)، ودلالته أن المفحوصة تتجنب الفقرات التي لها دلالة فريدة. أما بخصوص مقياس الكذب (L) فقد حصلت على (47) درجة تائية وتوصيفه (عادي)، ودلالته أنها قادرة على تحقيق توازن مناسب بين التصريح بالأخطاء الاجتماعية وإنكارها. وفي مقياس الخطأ (F) فقد تم رصد (59) درجة تائية، وتوصيفه (عادي)، ودلالته أنها مستعدة للاعتراف بعدد معين من الخبرات غير العادية. وعلى مقياس التصحيح (K) حصلت على (53) درجة وتوصيفه أيضا (عادي)، ودلالته أن الحالة تحتفظ بآثران مناسب بين الكشف عن الذات ووقاية الذات.

■ التحليل العام لمقاييس الصدق

صدق الصفحة النفسية كان أقل من الصفر ما يعني أن الحالة تنكر وجود أي سيكوباتولوجية. حيث تدرج ضمن النسق الأول من الصورة الثانية التي يكون فيها الدرجة على المقياس (L) $50 >$ بينملا الدرجة على المقياس (F) $=$ أو $<$ من الدرجة على المقياس (K) ما يعني أن المفحوصة كانت لها مشكلات استمرت عدد من السنين وقد نجحت في التوافق معها بحيث تحس بالارتياح وتعترف في نفس الوقت بمشكلاتها مع الاحساس بالأمن رغم ازدياد عدد المشاكل.

■ تقييم المقاييس الاكلينيكية المرتفعة

تجدر الإشارة إلى أنه تم الاعتماد في تحديد ارتفاع المقياس على الدرجة التي تقع في حدود (60) درجة وما فوق.

مقياس توهم المرض: تم رصد $Hs=77$ وتوصيفه (ملحوظ)، يشير إلى انشغال زائد بشكاوي بدنية مع التركيز عليها.

مقياس الاكتئاب: لقد تم رصد درجة $D = 76$ توصيفه كذلك (ملحوظ)، ويشي إلى حزن عام ومزاج اكتئابي مع شكاوي بدنية وصعوبات في النوم وبالقدر الذي تمثل فيه هذه الخصائص السلبية فإنها تشكل أيضا ضغطا داخليا نحو التغيير ومن ثم فهي علامات تنبؤية جيدة. وقد جاءت المقاييس الفرعية للاكتئاب على النحو الآتي:

جدول رقم (52): نتائج المقاييس الفرعية للاكتئاب للحالة السادسة (ح. ش)

الاكتئاب الذاتي	التخلف النفسي الحركي	اعتلال الوظائف البدنية	البطء العقلي	إطالة التفكير غالبا في المتاعب
$(D1) = 76$	$(D2) = 59$	$(D3) = 72$	$(D4) = 55$	$(D5) = 57$

حيث أن $(D1)$ و $(D3)$ جاءت مرتفعة ما يدل على أن المفحوصة تشكو من علل في وظائفها البدنية ومنشغلة بذاتها وينقصها الاستمتاع بالأشياء. مقياس البارنويا: تم رصد درجة $Pa = 68$ درجة تائية، وتوصيفه (معتدل) ودلالته أن المفحوصة حساسة للعلاقات البينشخصية وهي تفكر بوضوح وعقلانية. حيث جاءت نتائج المقاييس الفرعية كالآتي:

جدول رقم (53): نتائج المقاييس الفرعية لمقياس البارنويا للحالة السادسة (ح. ش)

أفكار الاضطهاد	رهافة الحس وحدته	السذاجة
$Pa1 = 73$	$Pa2 = 69$	$Pa3 = 44$

حيث سجلت المفحوصة درجات مرتفعة على مقياس أفكار الاضطهاد وعلى مقياس رهافة الحس ويدل على أن المفحوصة تلقي اللوم عن احباطاتها وفشلها عللا العالم الخارجي وهي مفردة الحساسية من الآخرين وأحيانا يقوم بنشاطات محفوفة بالمخاطر حتى يشعر بالتحسن. مقياس المحتوى الفرعية: تنشئ الاستدلالات التفسيرية عندما يسجل الأشخاص درجة عالية على مقاييس المحتوى $T \geq 60$.

جدول رقم (54): نتائج مقاييس المحتوى للحالة السادسة (ح. ش)

المقاييس	A N X	F R S	O B S	D E P	H E A	B I Z	A N G	C Y N	A S P	T P A	L S E	S O D	F A M	W R K	T R T
الدرجة المعيارية	64	65	55	76	66	59	64	55	52	56	72	62	59	61	69

3) نتائج التفسير الاكلينيكي للبروفایل المتعلقة بالحالة السادسة

بعد توصيف الدرجات واستخراج دلالتها التفسيرية؛ يمكن وضع رمز البروفایل النفسي للحالة (ح. ش)

كالتالي: **L: FK/ 9: 12'6-487503/**

والمبين على الصفحة النفسية بالبروفایل المدبب (2.1) الذي يتميز بالنمط الهابط للثالث العصابي.

خلاصة الحالة

من خلال المقابلة والملاحظة ومن خلال نتائج الاختبار وشكل الصفحة النفسية نلاحظ أن البروفایل النفسي الذي يميز ملامح شخصية الحالة (ح. ش) ارتفعت فيه درجات كل من مقياس توهم المرض $Hs=77$ ومقياس الاكتئاب $D=76$ ومقياس البارنويا $Pa=68$ ، أما باقي المقاييس درجاتها ضمن العادية.

ما يبين لنا أنا الحالة حسب هذا البروفایل تتميز بميول سيكوباتولوجية تتجه نحو توهم المرض ذو الاستجابات الاكتئابية الذي ينشغل فيه المفحوص ببدنه وحساسية زائدة نحو أي خلل ولو ضئيل في وظائف الجسم دون وجود باثولوجية بدنية كما يشكو فيه غالبا من آلام وأرق وتعب وينكر وجود صلة بين أعراضه وصراعاته ويستخدم أعراضه لتجنب مشكلاته السيكلولوجية وتتركز الشكاوي البدنية حول الجهاز الهضمي خاصة الأمعاء وآلام الظهر.

وهذا ما تجلى عند الحالة (ح. ش) التي استمرت شكاوها طيلة فترة الاستشفاء بالرغم من انكارها لذلك بقولها: "الأعراض ما كنتش حاسة بهم". وتقريبا نفس آلام القولون التي عانتها في حياتها قبل الإصابة كانت شبيهة خلال الاستشفاء حيث سبق وتعايشت مع تلك الأعراض وكانت لها سرعة التكيف والاندماج مع الأحداث وإيجادها لاستراتيجية تركز على الحلول بدل الوقوف لذلك قالت أنها لم تستطع البقاء مقيدة بين أربع جدران دون فعل شيء وقد أسمت تلك الفترة كما عرضناه سابقا "بالتذكر" ما جعلها

تتذكر علاقتها مع الرب والحياة التي أعطاها لها حتى تحافظ عليها وفيما ستفعله لاحقا وذلك ما ساعدها على استعادة عافيتها بسرعة وقصر مدة علاجها بالأكسجين والخروج في أقل وقت ممكن من المستشفى والعودة لممارسة حياتها بشكل طبيعي.

أما بالنسبة لاستجابتها الاكتئابية التي ظهرت أكثر في بكاءها خاصة خلال المقابلة الثالثة بسبب إصابة أمها وأخوها فتقول: "كنت نبكي بزاف..." وظهر الاكتئاب مرتقعا أيضا على المقياس الفرعي بدرجة $DEP=76$ وفي لومها لذاتها كما تم ذكره في الجدول رقم (49) وفي اضطرابات النوم خوفا من أن تنام فتجد أمها ميتة وفي تقديرها لذاتها المنخفض الذي تجسد أيضا في ارتفاع المقياس الفرعي بدرجة $LES=72$ وفي قولها بأنها عديمة الفائدة لكنها تراجعت بعد ذلك بحيث انطلقت بضرورة مساعدة نفسها حتى تساهم بذلك في إعطاء الأمل لأخوها ووالدتها.

كما استحوذت عليها المخاوف الصحية على والدتها وأخوها وخوفها من بقاءها وحيدة وهو ما تجلى في قولها: "كنت نخم في ماما إذا رايح نخسرها...تخليني وحدي" حيث ظهر المقياس الفرعي الخاص بالانشغال بالصحة مرتقعا $HEA=66$ مع مقياس الخوف $FRS=65$ مع غسلها المتكرر ليديها. إضافة إلى خوفها من الموت بتفكيرها بأنها لازالت صغيرة "كنت نقول مازالني صغيرة، مازال ما حققت والو في حياتي...ما خاصنيش نموت....كنت ندير كوراج لماما وأخي...." وكان هذا التفكير الإيجابي ساعدها على المقاومة وتحدي المرض.

كما أظهر الاختبار نزعتها نحو الاستجابات البارانونية التي تجلت في فترة الاستشفاء بشكها في الأدوية التي ظهرت في قولها: : "كنت نقول الدوا ماراه يدير والو". وفي الشك في نفسها بأنها من نقلت العدوى إلى أخيها ثم أمها: "رجعت نشك..، قلت بالاك أنا لي عديتهم من خدمتي..". وقد كانت هذه استجابة لحظية لها علاقة بفترة العدوى والاستشفاء حيث ظهر المقياس الفرعي الخاص بالنظرة السلبية للعلاج مرتقعا $TRT=69$ وهو ما جاء على لسانها أنها أخذت معلوماتها عن الدواء والفيروس من صفحات التواصل الاجتماعي. واتضح ذلك أكثر في مقياس المحتوى لأفكار الاضطهاد الذي جاء مرتقعا بدرجة $Pa1=73$ باضطهاد نفسها من خلال اللوم والعتاب على فشلها في تقديم العون لأهلها وعلى مقياس رهافة الحس الذي يساوي $Pa2=69$ والذي تجلى في شعورها بالضعف عندما قالت: "أول مرة نحس روحي ضعيفة ما قادرة ندير والو مع المرض..."

ومع كل هذه التجربة التي سمّتها "التذكر" لجأت إلى التفكير الإيجابي من خلال الحركة والهدوء وتجسد ذلك في قولها: "كنت نقول الحركة بركة، والمرض بالحركة نعالجوه، خاطر نخلو الدورة الدموية

ناشطة ماشي خاملة..” وظهر ذلك أيضا في وضعية جلوسها المرتخية على الكرسي. إضافة إلى الهدوء والاستغفار وقراءة القرآن وقد استعملت أيضا آلية التجنب حتى تغطي على انفعالاتها خلال تلك الفترة من هنا نستنتج أن بروفایل الحالة (ح. ش) كشف عن تميزها بميول سيكوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه نحو توهم المرض الذي يتخلله استجابات بارانوية ما ساهم في إصابتها بالضائقة التنفسية المعتمدة على العلاج الأكسجيني وبالرغم من تفكيرها الإيجابي واعتمادها على استراتيجية حل المشكل إلا أنها تعاني من احتمالية إصابتها بالكلية.

6. علاقة الميول السيكيوباتولوجية بالأنماط السلوكية للشخصية

من أجل اختبار الفرضية الخامسة التي تنص على أن "العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) وطبيعة الميول السيكيوباتولوجية عند المتعافين مهياة للإصابة بمضاعفات فيروس كوفيد-19. تم استخراج الأنماط السلوكية الخاصة بحالات الدراسة من على مقياس النمط السلوكي للشخصية لصولي بن سباط ودراسة العلاقة بينها وبين نتائج اختبار MMPI2 لكل حالة من خلال خصائص كل نمط حسب ما يبينه الجدول الآتي:

جدول رقم (55): نتائج الأنماط السلوكية للحالات الستة وعلاقتها بالميول السيكيوباتولوجية

الحالة	الدرجة على مقياس الأنماط	نوع النمط السلوكي	نتيجة اختبار MMPI2
(غ. أ)	10	(ج)	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة ذهانية اكتئابية ؛ تتميز بمحتوى بارانوي تتخللها استجابات توهم المرض.
(س.ن)	12	(ج)	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة عصابية اكتئابية توهمية تتخللها استجابات بارانوية فصامية.
(م. ج)	10	(ج)	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة ذهانية اكتئابية تتميز بمحتوى بارانوي هوسي.
(ب.س)	09	(أ)	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية متدرجة في الشدة نحو الرباعي الذهاني ذو الخصائص البارانوية والثلاثي العصابي ذو خصائص توهم المرض.
(ص.ر)	13	(أ)	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه نحو الثالث العصابي المتجسد بالدرجة الأولى قي توهم المرض تتخللها استجابات بارانوية.
(ح.ش)	10	(ب)	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه نحو العصاب ذو خصائص توهم المرض مع استجابات بارانوية.

من خلال الجدول رقم (55) يتضح لنا أن:

- الحالة (غ. أ) جنس ذكر تحصلت على درجة (10) والحالة (س. ن) جنس أنثى تحصلت على (12) درجة والحالة (م. ج) جنس ذكر تحصل على (10) درجة وهي أعلى الدرجات في البند (ت + ح) وهي نتيجة تتجاوز المجالات الأخرى (ب + ج) و (أ + ث) وعليه فإن الحالات الثلاث من ذوي النمط (ج).

▪ أما الحالة (ب. س) جنس أنثى والحالة (ص. ر) جنس ذكر تحصلا على درجة (9) و (13) على التوالي وهي أعلى درجة في البند (أ+ ث) التي تتجاوز البنود الأخرى (ت+ ح) و (ب+ ج) وعليه فإن الحالتين من ذوي النمط (أ).

▪ في حين أن الحالة (ح. ش) جنس أنثى تحصلت على درجة (10) على البند (ب+ ج) وهي نتيجة تتجاوز البنود الأخرى (ت+ ح) و (أ+ ب) وعليه فإن الحالة من ذوي النمط (ب).

ومن خلال النتائج وما تطرقنا إليه في الجانب النظري الذي أشرنا فيه إلى أن النمط السلوكي (ج) يتميز بخاصيتين أساسيتين تتمثلان في المدركات الإكتئابية والقمع الانفعالي حيث تم تأكيد وجودهما من خلال المقابلة والملاحظة العيادية وبالتالي تميزت الحالة (غ. أ) والحالة (س. ن) والحالة (م. ج) بالنمط المنطوي (ج) وهو من النوع الكابح لانفعالاته ولديه مدركات ومعارف اكتئابية حيث أن:

(1) الحالة الأولى (غ. أ): أظهر عجزه أمام مواجهة الأحداث المجهدة مثل تحويله إلى مصلحة العناية المركزة جعله يخرج كل ما في جعبته من صبر مكبوت ليعبر عنه بالهيجان كونه كان دائم الظهور بمظهر محب ومتكيف باستعمال مجهود دفاعي كبير جدا يستعمله للتوافق مع وضعياته المرضية الضاغطة وهذا لإخفاء انفعالاته وإلغاء احساسه بالعجز مما يؤدي به إلى مدركات اكتئابية، فهو انطوائي ولا يبني علاقات مع الآخرين ولا يظهر مشاكله لهم كما أن لديه تقدير ذات منخفض وهذا القمع العاطفي أدى إلى خفض القدرة المناعية عنده كما ذكر.

(2) الحالة الثانية (ن. س): ظهرت مدركاتها الاكتئابية في خوفها وتفكيرها المستمر في الموت وفي تعاملها بشكل سيء مع مشاعر الفقدان التي تجلت في خوفها على مصير أولادها من خلال التجنب عن التعبير عن ذلك وانتهاج سلوك الصمت سواء خلال المقابلات أو خلال مرحلة الاستشفاء وفي تعاملها مع الأطباء وخاصة قمع غضبها عند رؤية المنشورات على الفايسبوك ووصمها هي وأولادها، كل ذلك أثار لديها مشاعر الفقدان والنتيجة كانت حالة دائمة من العجز واليأس وجعلها تتعرض للحظات بكاء شديد.

(3) الحالة الثالثة (م. ج): تجلت المدركات الإكتئابية عنده في تفكيره المستمر كذلك في الموت وفي توقعاته بحدوث الأسوأ لكل العائلة إضافة إلى عجزه أمام مواجهة إخوته بعدم الدخول إلى المستشفى حتى لو كان ذلك في صالحه وقد كان يكبح كل انفعالاته سواء أمام إخوته أو أمام ابنته، إضافة إلى

احساسه بالعزلة والوحدة خاصة بعد الخروج من المستشفى ونقص تقدير الذات كما رأينا في نتائج مقياس مينسوتا حيث كانت درجة الانطوائية عنده مرتفعة.

وقد أظهرت الحالات الثلاث كلها في بداية المقابلات تكيفا باستعمال مجهود دفاعي كبير جدا ولكنه ليس تكيف حقيقي كما أظهره بل استعمل للتوافق مع الوضعيات المرضية الضاغطة المليئة بالصراع التي خلفتها الإصابة بعدوى كوفيد-19 وهذا الإخفاء للانفعالات وكبتها أو إنكارها مع الإحساس بالعجز أدى إلى ظهور المدركات الإكتنابية حيث تجلى العجز أيضا في إدراك مشاعرهم الداخلية فكانوا يركزون في حديثهم على وصف احساساتهم الجسمية التي خبروها عند تعرضهم للعدوى لكن عجزوا في البداية عن وصف مشاعرهم المصاحبة لذلك وهذا ما يجسد وجود الألكسيثيميا عندهم التي ظهرت كدفاعات قوية لمواجهة تلك الصراعات غير الواعية، فقد أظهرها صعوبة في إدراك مشاعرهم ووصفها وصعوبة في التمييز بين مشاعرهم واحساساتهم الجسمية المصاحبة للاستثارة الانفعالية التي خلفتها العدوى. إضافة إلى أنهم إنطوائيين ولديهم صعوبة في بناء علاقات مع الآخرين وظهر ذلك جليا على مقياس الإنطوائية في اختبار مينسوتا بدرجات كانت نوعا ما مرتفعة نذكرها على الترتيب حسب ترتيب الحالات الثلاث: Si=64 , Si=57, Si=66.

وهذه الخصائص التي يتميز بها النمط السلوكي (ج) ساهمت في بروز ميل سيكوباثولوجي اكتنابي ذو استجابة ذهانية عند الحالة (غ. أ) و الحالة (م. ج) واستجابة عصابية عند الحالة (ن. س).

في حين أسفرت نتائج مقياس صولي بن سباط أن الحالة الرابعة (ب. س) من ذوي النمط (أ) فظهرت سماته أكثر عند استجابتها المفردة إزاء الموقف المجهد المتمثل في جائحة كورونا وإصابتها بالعدوى، الذي خلف شعورها بالذنب ولوم نفسها لأنها لم تستمع لزوجها. وتميزت بنفاذ صبرها واندفاعيتها في مرحلة الاستشفاء عند عدم على البقاء في السرير بالرغم من التعافي في البداية يتطلب الحفاظ على السكون ونقص الحركة حتى لا يسرع من انخفاض الأكسجين في الدم فكانت تدور على المرضى من أجل مساعدتهم. إضافة إلى عدائيتها التي شملت تصوراتها السلبية عن الدواء المعالج لعدوى الفيروس ثم غضبها من الممرضين بسبب سوء المعاملة؛ ما أدى إلى عدوانيتها اللفظية اتجاههم من خلال الصراخ.

كما أظهرت قبل الإصابة استغراقها المضاعف في العمل حيث قبلت أن تعمل في مكان أربع من العمال وكانت لديها الرغبة في القيادة والسيطرة بحكم منصبها؛ من النوع الصارم والمتصلب والمتشدد وذات طبع حاد، ووضحت حاجتها للتفوق والنجاح عند حديثها عن خوفها من المستقبل وبأنها حققت

أغلب ما كانت تريد. وقد أظهرت ملاحظاتنا العيادية لها سمات هذا النمط التي كانت بارزة في توتر عضلات وجهها وفي رمش عينيها بكثرة والضغط على أسنانها وفي لغتها الإيقاعية التي تتدرج من نبرة حزينة إلى قهقهات مرتفعة إضافة إلى حركات سريعة ليديها خاصة عندما تجففها من العرق وتضغط عليهما من حين لآخر مع تخشب سواعديهما.

كل هذه الصفات والسمات جعلت الحالة (ب. س) عرضة للضغوط والانفعال المستمر ومهدت استعدادها للإصابة بعدوى الفيروس الذي أدى إلى واحدة من مضاعفاته المتمثلة في ارتفاع ضغط الدم وهذا الأخير من الأمراض النفسجسدية التي يتميز بها هذا النمط.

كما أسفرت نتائج مقياس صولي بن سباط أن الحالة الخامسة (ص. أ) كذلك هو من ذوي النمط (أ) الذي تجسدت خصائصه خلال مرحلة الاستشفاء وبعده في سلوك عدواني لفظي سواء داخل المستشفى مع الممرضين أو مع اندفاعيته البارزة في تهديده للمرضيين بمصلحة علاج كورونا ونوبات غضب اتجاههم مع نفاذ صبر خاصة عندما يشتد الألم ولا يستجيب له الفريق المعالج بسرعة. وهذا ما كشف عنه كذلك ارتفاع المقياس الفرعي للغضب لاختبار مينسوتا $ANG=69$ وعدائية متعلقة بتصوراته السلبية للدواء وفي عجلة من أمره خاصة عندما يتوجه للإدارات وأظهرت الملاحظات العيادية توتره البارز في قبضة يده والضغط على أسنانه وسرعته في تغيير وضعية جلوسه مع مزاجه الاكتئابي الدوري الذي انعكس في بعض المرات على حركات بطيئة لجسمه. إضافة إلى أن هذه السمات كانت موجودة في تاريخه السابق قبل إصابته بالعدوى حيث تميز بكثرة الحركة والتوتر والغضب.

كل هذه الخصائص مهدت إصابة الحالة (ص. ر) بعدوى الفيروس الذي أدى إلى واحدة من مضاعفاته المتمثلة في متلازمة الشريان التاجي وهي من الأمراض الأولى التي كشف عنها فريدمان والتي يتميز بها هذا النمط.

أما الحالة السادسة والأخيرة (ح. ش) فقد أسفرت نتائج المقياس لديها بأنها من أصحاب النمط (ب) الذي يعاكس في خصائصه النمط (أ) ويختلف تماما عن النمط السلوكي (ج) وذلك ما تجلّى معها حتى بالرغم من إصابتها بالعدوى والضائقة التنفسية وعلاجها بالأكسجين وإصابة أهلها معها لكن محاولتها للتقبل والتوافق مع الوضعية الضاغطة الجديدة أظهر هدوءها ومحاولة استرخائها وإيجاد استراتيجيات بديلة مثل التفكير الإيجابي في الحياة وفي استغلال فرصة حياة أخرى ساعدها على التعافي بسرعة والخروج من المستشفى في أقصر مدة حتى أن تسميتها لتلك المرحلة اختلفت عن باقي تسميات

الحالات الأخرى وقد كان ذلك باديا خلال المقابلات ما عدا بعض اللحظات التي عبرت فيها عن مشاعرها بالرغم من محاولة اخفاء ذلك حيث ما أظهرته كان خاص باللحظة الحالية وقد ساعدها خصائص هذا النمط على التكيف والتوافق. خاصة أنها كانت أقل عرضة للشعور بالاحباط وكانت تواصل سعيها بتفكيرها في الحياة والمزيد من السفر وبدى ذلك على تعابير وجهها الهادئة والمسترخية معظم الوقت.

7. علاقة الميول السيكيوباتولوجية بمستوى الصدمة

من أجل اختبار الفرضية السابعة التي تنص على أنه "توجد علاقة بين طبيعة الميول السيكيوباتولوجية ومستوى الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19". تم استخراج مستوى الصدمة النفسية الخاص بالحالات الستة للدراسة من على مقياس SPSSI-5 ثم دراسة العلاقة بينها وبين نتائج اختبار MMPI-2 لكل حالة حسب ما يبينه الجدول رقم (56).

جدول رقم (56): نتائج مستوى الصدمة وعلاقتها بالميول السيكيوباتولوجية للحالات الستة

الحالة	الدرجة على مقياس الصدمة	مستوى الصدمة	نتيجة اختبار MMPI2
(غ.أ)	54	مرتفع	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة ذهانية اكتئابية؛ تتميز بمحتوى بارانوي تتخللها استجابات توهم المرض.
(س.ن)	64	مرتفع جدا	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة عصابية اكتئابية توهمية تتخللها استجابات بارانوية فصامية.
(م.ج)	61	مرتفع جدا	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة ذهانية اكتئابية تتميز بمحتوى بارانوي هوسي.
(ب.س)	62	مرتفع جدا	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية متدرجة في الشدة نحو الرباعي الذهاني ذو الخصائص البارانوية والثلاثي العصابي ذو خصائص توهم المرض.
(ص.ر)	56	مرتفعة	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه نحو الثالث العصابي المتجسد بالدرجة الأولى في توهم المرض تتخللها استجابات بارانوية.
(ح.ش)	40	متوسطة	ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه نحو العصاب ذو خصائص توهم المرض مع استجابات بارانوية.

1) حصل الحالة (غ.أ) على 54 درجة وهو مستوى مرتفع إذ تعرض لصدمة نفسية سابقة أثرت عليه كثيرا تمثلت في موت والده الذي لم يقم بالحداد عليه ثم صدمة عدوى الفيروس والإصابة بمضاعفاته وقد تجلى ذلك في الملاحظات العيادية التي سجلناها من ازرقاق الوجه كأنه يتعرض للاختناق عندما يعيد ذكرى الحدث الصدمي المتمثل في موت الوالد وفي صدمة عدوى كوفيد حيث يقول "ما قدرتش نصدق أنها كورونا....نخلعت كي قالولي عندك كورونا" وفي صدمة الاعتماد على العلاج الأكسجيني.

ظهرت عنده أعراض اقتحامية مع الشعور بالذنب الذي كان بارز خاصة ما تعلق بموت الممرض الذي كان يسعفه ويدعمه وهو بقي حيا، مع صعوبة في النوم. وفي القلق والتوتر عند تذكره فترة الاستشفاء وفي كل ذلك كان يستخدم ميكانيزم الإنكار الذي يبيده الأفراد كاستجابة أولية للصدمة خاصة منها صدمة الإصابة بالعدوى.

(2) حصلت الحالة (س.ن) على 64 درجة وهو مستوى مرتفع جدا حيث تعرضت أيضا لصدمة شديدة بعد تشخيص إصابتها بكوفيد-19 حيث تقول: "الخبر هذا وجعني وصدمني وخوفني" حيث في بداية الاستشفاء دخلت الحالة في حالة صمت، لا تتحدث حتى مع الفريق الطبي إلا بهز رأسها، وهي من الاستجابات الفورية التكيفية التي تجعل الفرد المتعرض لحادث صدمي أن يكون في حالة دهشة وذهول. وخلال المقابلات كانت تثبت عينها في اتجاه واحد فتقول: لي يشوفني يقولي علاش راكي فازة عينيك وتشوفي غير في بلاصة وحدة". حتى أنها صرحت بوجود تذبذب في ذاكرتها وخط في ذكرياتها المتعلقة بالأحداث الماضية مع النسيان ، فتقول: ما رانيش عاقلة مليح، عندي memoire حابسة، رجعت ننسى بزاف، كل الأحداث ماراهيش واضحة مليح". مع عودة الأصوات التي لها علاقة بتلك المرحلة " بصح مازلت نتذكر أصوات المرضى في المستشفى وأصوات الأجهزة، وهذا الأصوات كانت تقلقني وتزيد من خوفي ولا زلت لحد الآن أتذكرها، ومازالت عاقلة في راسي". إضافة إلى ثقل جسمها وكلامها وصوتها المتهدج وتنفسها المتقطع وبكاءها الشديد الذي يتبع كل تذكر لحدث الاستشفاء والفيروس وأحيانا قهقهات في غير موقعها وقد وصفت تلك الفترة بالتجربة السوداء.

(3) حصل الحالة (م.ج) على 61 درجة وهو مستوى مرتفع جدا حيث تعرض أيضا لصدمة نفسية سابقة تمثلت في موت والده الذي أثر عليه خاصة بعد تحمله المسؤولية وهو طفل بالرغم من وجود أمه وأخوه الأكبر ثم مسؤولية عائلته الصغرى حيث اشتكى من أن زوجته لا تقاسمه هذه المسؤولية ما يزيد من الضغط عليه ثم صدمة عدوى الفيروس والوصمة التي وصم بها هو وأبنائه في قريته ثم الإصابة بمضاعفات الفيروس وقد تجلى ذلك في استجابته على المقياس وفي ارتعاش جسمه خلال المقابلات عند تذكر مرحلة الاستشفاء والعناية المركزة مع تقطع الأنفاس والنهاية المستمرة وفي رفضه لعمل التحاليل والتشخيص ورفضه للدخول للمستشفى: أنا كي بدأت عندي الأعراض ما حبيتش نصدق أنو هاندي كورونا، "ما حبيتش نسمع أنه كوفيد، لم أتقبله، أو أتقبل اسمه، في رأسي وضعت على أنه زكام وفقط..." في ذاكرتي عرفت أنه كوفيد لكن أنا ما حبيتش نعترف به..." "ما حبيتش نتقبل كلمة كوفيد

كتشخيص"، وفي الكوابس الليلية التي تجلت في قوله: "كوابيس ماحبتش تحبس خاصة كي خلعتي PCR . وكي جبروني باه ندخل المستشفى"

(4) حصلت الحالة (ب. س) على 62 درجة وهو كذلك مستوى مرتفع جدا حيث تعرضت لصدمات نفسية متكررة كما أشرنا إليه في المقابلات بداية من أنها كانت طفلة غير مرغوب فيها إضافة الى صدمتها بإقصائها من المسابقة بعد اخبارها بنجاحها ثم تلى طلاقها وأخيرا إصابتها بمضاعفات فيروس كورونا وكل ذلك ظهر في استجابتها على المقياس وفي قولها: "كي سمعت، صمت وتلعثم كنت عادي، بصح نخلعت، خُفت"، وفي توتر ملامح وجهها خاصة عند تذكر الأحداث الصدمية حيث تقول: "حسيت بالضيق في صدري وأنا أتذكر كل هذا". وفي الكوابيس. وكذلك في استعمالها لآلية الإنكار والتجنب والتكتم (الكيسيثيميا) فكانت تغطي انفعالاتها التي لا تستطيع التعبير عنها بقولها " الحمد لله" أو ضرب جبهتها بيدها وكل ما تتكره يظهر خارجا في إفرازات العرق لديها.

(5) حصل الحالة (ص. ر) على 56 درجة وهو مستوى مرتفع؛ فتجلت الأعراض الصدمية عند ظهور نتيجة السكانير والتحليل وتشخيص إصابة موجبة لديه بعدوى كورونا حيث يقول "تسمرت في بلاستي، خلعتي سكانير وزاد خلعتي تاع الدم كي خرج positif". ذلك التشخيص الذي استقبله جسده بألم ووخز على مستوى قلبه حيث قال: "حسيت بنقرة في قلبي كي قالولي كورونا". وقد ظهرت عنده بعض الأعراض الافتحامية على شكل ومضات ارتجاعية flashbacks التي تجسدت في قوله: "رجعت نتخيل الصور لي فاتو عليا تاع la morgue...". مصحوبة بأعراض تجنبية ظهرت في قوله: "كلمة فلان مات غير هي في راسي دور خاصة في الليل، ما رجعتش نحب نشوف الفايبيوك باش ما نقراش فلان مات... كلمة وفيات كرهتها وكي حد يجبدلي على فلات مات بكورونا نقولهم ما تحكوليش... مع نوبات هلع متجسدة في المشاعر الفجائية خاصة خلال الليل أو عندما يكون متواجد خارج المنزل.

وقد سمى هذه المرحلة بالتجربة السيئة: "هاذي تجربة صادمة ليا، كانت أسوء تجربة في حياتي، ما تقبلتهاش". إضافة إلى اضطراب ذاكرته والنسيان حيث شهد عدم قدرته على تذكر أجزاء مهمة من مرحلة الاستشفاء مع صعوبة في سردها: "زاني ناسي بزاف صوالح صراو". مع التثبيت على ذكرى واحدة: "رجعت نتفكر بزاف la morgue" مع صعوبة في النوم إضافة إلى الرعب أو الخوف دائما من الخطر.

6) حصلت الحالة (ح. ش) على 40 درجة وقد كانت درجة متوسطة حيث ظهرت الأعراض الصدمية عندها خلال مرحلة الاستشفاء عندما حول أخوها إلى العناية المركزة: " انخلعت كي ما لقيتهش في الغرفة تاعه، حسبتة مات... " وفي سلوكها التخشي في تلك اللحظة ثم الارتعاش: "تسمرت في بلاصتي... وكل حاجة فيا رجعت ترجف".

وذلك ما لاحظناه عليها خلال المقابلات عند الحديث عن هذه الفترة. وتجسدت الصدمة أيضا في مشاهدتها لصور صادمة: "كنت نشوف المرضى لي حدايا في الغرفة كي يموتوا... كنت نسمعهم ينازعوا... ونسمع ولادهم كي يبكوا وبصوغوا...".

وفي البكاء خاصة خلال المقابلة الثالثة وفي اضطرابات النوم وفي مخاوفها لكن باستجابة هادئة بعد التفكير في التعافي حيث لم تظهر أي أعراض صدمية أخرى بعد الخروج من المستشفى؛ فقد لوحظ عليها عند الحديث عن مرحلة ما بعد الاستشفاء الاسترخاء على الكرسي وتحديثها ببطء وبنبرة هادئة وخافتة.

ثانياً: مناقشة وتفسير النتائج

بناءً على ما توصلنا إليه من نتائج أين خالصنا إلى تحقق أغلب فرضيات الدراسة الحالية سنحاول تفسير ومناقشة هذه النتائج على ضوء دراسات أخرى مع الاعتماد على ما ورد في الجانب النظري بهدف توضيح وشرح هذه العلاقات ومقارنتها بما توصلت إليه الدراسات السابقة للموضوع.

1. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الأولى

لقد توصلنا من خلال التحليل الإحصائي إلى تحقق الفرضية الأولى لهذه الدراسة التي تنص على أن "النمط السائد عند المصابين بمضاعفات كوفيد-19 هو النمط (ج)" حيث أن أغلب أفراد العينة كانوا ينتمون إلى النمط السلوكي (ج)، هذا الأخير كما شهدنا سابقاً يُعدّ كأسلوب للتكيف مع بعض المواقف الضاغطة ويتميز بكبح الانفعالات وعدم التعبير عنها وكذلك الإحساس بالعجز عن تفريغ هذا التوتر المرتبط باليأس والإدراكات الاكتئابية حسب تيموشوك Temoshok (ألبرت، 2014، ص. 40).

ويعتبر هذا الأسلوب أيضاً كواجهة هشة إذا تراكمت المشاعر غير معبر عنها وإذا استمر الموقف الضاغط يمكن أن تنهار هذه الواجهة ويمكن أن تنفجر العاطفة السلبية لتشمل الفرد (بوعافية، 2009، ص. 148). فتؤدي كما شهدنا إلى اضطراب الجهاز المناعي أولاً بسبب العدوى وثانياً بسبب التكتم ما يزيد من تأزم الحالة وانفجار صمتها عن المعتاد والإصابة بمضاعفات جسدية ونفسية.

ففي دراسة Fernández-Pichel وآخرون 2023 كشفت عن آثار متزايدة للانطوائية خلال مرحلة كوفيد هذه الأخيرة التي تعتبر من سمات النمط (ج) الذي سماه جرير وموريس (بالنمط النادر أو النمط المنطوي). وبما أنه يعجز عن تفريغ التوتر والانفعالات فإنه يعيش في وحدة نفسية. كما أوضحت دراسة (تواتي، 2016) دور الأنماط السلوكية ومنها النمط (ج) في حدوث المرض باعتبارها كعوامل خطر عند تفاعلها مع مسببات الضغوط والاستعداد الوراثي وصفات شخصية الفرد فإنها تعرض صاحبها للإصابة بالاضطرابات.

ومع ذلك، تفتقر الأدبيات إلى أبحاث سابقة حول الأنماط السلوكية عند المصابين بمضاعفات فيروس كوفيد-19 وتمحورت أغلب الدراسات التي كانت خلال هذه المرحلة حول سمات الشخصية وتعاملها مع جائحة كوفيد (Starcevic & Janca, 2022. ; Kumar & Tankha, 2022. ; Rammstedt & al, 2022. ; Al-Omiri, 2021). أو دور الشخصية كمتنبئ للتعامل مع جائحة كوفيد-19 أو مدى ارتباط

الشخصية بتكيف السلوك أثناء جائحة كوفيد-19 أو العلاقة بين الشخصية وتقييم أزمة كوفيد-19 عند العامة دون تحديد الإصابة بالعدوى، فنجد أن أغلب هذه الدراسات بحثت فقط في المجالات الخمسة الكبرى العالمية للشخصية ولكنها لم تأخذ في الاعتبار التأثيرات التفاضلية المحتملة لجوانب أكثر دقة من داخل نفس المجال.

فركزت مثلاً على الأشخاص الذين يعانون من مستويات أعلى من سمة العصابية والتي تعتبر كعامل ضعف تجعلهم أكثر عرضة للنتائج السلبية عندما يواجهون تجارب مؤلمة كتجربة الجائحة فيصبحون أكثر عرضة للعدوى لأن لديهم مخاوف أكبر بشأن الفيروس. فارتبطت درجات العصابية المرتفعة بمزيد من المخاوف والقلق والتأثيرات السلبية المتعلقة بكوفيد-19 مثل دراسة (Al-Omiri, 2021) التي وضحت العلاقة بين عوامل الشخصية والتغيرات المرتبطة بكوفيد-19 فيما يخص التغيرات السلوكية والمخاوف، والتأثيرات على الآراء والمعتقدات. وأظهرت نتائج (Korenh & al, 2020) أن الأفراد الذين يعانون من ارتفاع مستوى العصابية أظهروا مستويات أعلى من التهديد المتصور لفيروس كوفيد-19 مما أدى إلى زيادة مستوى التأثير السلبي والتقلب العاطفي في حياتهم اليومية. وحسب (Liu & al, 2020) فإن الأفراد الذين لديهم مستويات أعلى من العصابية لديهم ميل إلى إدراك الأحداث على أنها تهديد كبير وغالباً ما تكون لديهم موارد محدودة للتكيف مما يؤدي إلى مستوى أعلى من التوتر.

علاوة على ذلك، فإن نتيجة هذه الدراسة تتناقض مع نتائج دراسة شاهزافارينيا وآخرون (Shahsavarinia & al., 2021) التي توصلت إلى أن الشخصية من النمط (د) والتي تسمى بالشخصية المفجوعة هي عامل يساهم في الإصابة بكوفيد-19 بوجود متغيرات وسيطية تشمل التوتر والقلق حيث كانت احتمالات الإصابة بعدوى الفيروس لدى الأشخاص ذوي الشخصية من النوع (د) أعلى بـ 3.19 مرة مقارنة بأولئك الذين ليس لديهم هذا النمط من الشخصية، ويعتبر الأشخاص المصنفون ضمن هذا النمط أكثر تطوراً للمشاعر السلبية من قلق وتوتر وسرعة غضب وأكثر احتمالاً للتعرض لأمراض القلب التاجية، فهم يميلون إلى كتم المشاعر السلبية القوية باعتبارها وسيلة لمواجهة الظروف المنهكة حيث أنهم يخفون مشاعر الغضب ويكبتونها، وهي من الصفات التي تقترب أيضاً من صفات النمط (ج).

وعليه يمكن التخمين أن النمط غير محدد في عينة الدراسة الذي قدر بـ 6.7 % قد يكون ضمن النمط السلوكي (د) المقترَب من خصائص النمط (ج).

في حين اتخذت دراسة وانج وآخرون (Wang & al, 2021) الشخصية من النوع (أ) كمتغير مستقل لاستكشاف آليتها في تفسير الصحة الجسدية والعقلية خلال جائحة كوفيد وكان الاكتئاب متغيراً وسيطاً

واقترحت استكشاف الآلية الداخلية لتغيرات الصحة الجسدية والعقلية للأفراد ذوي سمات الشخصية من النوع (أ) عند الأشخاص العاديين والطاقم الطبي في الخطوط الأمامية لمكافحة الوباء في سياق كوفيد-19. وقد بينت هذه الدراسة أن الاكتئاب يلعب دوراً وسيطاً مهماً في العلاقة بين الشخصية من النوع (أ) والمؤشرات الأخرى.

يؤكد وونج أن الشخصية من النوع (أ) قد تتنبأ بالصحة الجسدية والعقلية للأشخاص تحت ضغط كوفيد-19. ونذكر هنا أن 29.3 % من عينة الدراسة شملت النمط (أ) وهي نسبة يمكن أن تفسر حسب ما ذهبت إليه نتائج دراسة وونج.

ووفقاً للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Modèle فإن بعض سمات الشخصية مثل العجز والاكتئاب والمشاعر السلبية إذا ارتبطت مع وضعيات سلبية مستمرة في الزمن كما كانت جائحة كوفيد فإنها تزيد من إفرازات هرمون الضغط الذي يحفز جهاز الغدد الصماء ومختلف الوظائف في الجسم فينتسبب في ردود أفعال جسمية كالالتهابات والاكتئاب، التي من شأنها أن تنهك جهاز المناعة وتُعجل من الإصابة بالأورام أو تحد من مقاومة التعفنات والالتهابات في حضور المشاعر السلبية. (تايلور، 2008).

ويمكن تفسير آلية الشخصية من النمط (ج) في سياق جائحة كورونا لدى عينة الدراسة الحالية إلى أن هذا النمط حسب ما أورده (Kanten, 2017) يفتقر إلى استراتيجيات فعالة تسمح له بالموازنة بين مشاكله العقلية أو النفسية وحياته خاصة في ظل الضغوطات التي فرضها الوباء من الحجر الصحي والتباعد الجسدي والخوف من الإصابة، مما يؤدي إلى ضعف استجابات الغدد الصماء والمناعية للإجهاد المزمن، فيتعرض صاحب هذا النمط بسهولة للاكتئاب وذلك راجع لفشله في التعبير عن مشاعره وانفعالاته مما يزيد من إفرازات هرمون التوتر الذي يثبط مسكن الألم في الدماغ الذي بدوره يثبط جهاز المناعة ويضعفه بسبب اليأس وبالتالي يمهد بسرعة لاستقطاب عدوى الفيروس ولا يمكنه مقاومة تلك الإصابة. ويضيف سلطان وفاريسكون (Sultn & Varescon, 2012) أن المدركات الاكتئابية لهذا النمط وإحساسه باليأس والتكتم الانفعالي من عوامل الخطر التي تزيد من الهشاشة النفسية وتجعله أكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية " (p.132).

حيث حسب (Muenz, Jansen) فإن الكبح العاطفي الذي يتميز بها أفراد هذا النمط يعتبر كسمة تؤدي لهدر الطاقة وبالتالي الإنهاك وحتى المدركات الاكتئابية واليأس تجعلهم عاجزين عن السيطرة في مواجهة مواقف الضغط مما يولد الاستسلام (تواتي، 2016، ص. 10).

ضف إليها صدمة الجائحة وما خلفته من آثار؛ ناهيك عن الاستعداد المسبق الذي قد يزيد من حدوث مشاكل في الصحة الجسدية مثل مضاعفات عدوى الفيروس وغيره. إذ نجد أن أفراد هذا النمط يقومون انفعالاتهم ويخفون قلقهم وتوترهم وخوفهم ويبدلون جهد دفاعي ضد هذه الانفعالات السلبية التي تنتابهم وبشكل خاص الغضب والعدائية مما يؤدي إلى هشاشة الشخصية وتصبح هذه الدفاعات كعوامل ضعف تلعب دور في مسببات المرض وتجعلهم أكثر عرضة للإصابة من غيرهم بمضاعفات كوفيد-19؛ ولعل هذا الكبح في الانفعالات يرجع إلى الأسلوب التكيفي الذي يتخذه أصحاب هذا النمط مع مختلف المواقف الضاغطة.

2. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثانية

لقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى تحقيق الفرضية الثانية التي تنص على أن " المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 يعانون من صدمة نفسية" هذه الأخيرة التي ظهرت بمستوى شديد وهذا ما ذهبت إليه دراسة (Kordi & al, 2023) التي بحثت في الصدمة المدركة عند مرضى كوفيد-19 ومقارنتها مع الاكتئاب والقلق والهوس لدى ثلاث مجموعات من مرضى كوفيد-19 ومرضى العظام والأشخاص الأصحاء وتوصلت إلى أن الصدمة المدركة ظهرت بشكل كبير في المجموعة المصابة بكوفيد-19 مقارنة بالحالات الصحية الأخرى. إضافة إلى دراسة (بوشخي ورحال، 2023) التي كشفت عن وجود أعراض تناذر صدمي شديدة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد المستجيبين للعلاج الأكسجيني. كما كشفت دراسة (شويخ، 2020) على أن إدراك جائحة كوفيد كحدث صادم يسبب اختلال نفسي يتمثل في اضطراب ما بعد الصدمة والقلق العام والاكتئاب وكانت الإناث أكثر من الذكور في إدراك الجائحة كحدث صدمي. ضف إلى دراسة (Quillerou et Bouchart, 2020) على 277 مريضا مصاب بالفيروس تمّ استشفائهم بالعناية المركزة وتثبيتهم من أجل تأمين وصول الأكسجين إليهم والتي وجدت أن معدل انتشار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كان بنسبة يبلغ 16.8% بعد شهرين من العناية المركزة و15% بعد ستة أشهر.

ولعل من أبرز تلك الدراسات الوصفية التي تناولت تطور الصدمة النفسية إلى متغير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في ضوء خبرة الإصابة بفيروس كورونا دراسة (Huang et al, 2022) ودراسة (Khadem Hamzei et al, 2023) ودراسة (Stavem & al, 2022) ودراسة (Pitron & al 2022)، ودراسة (Bonazza & al, 2022) ودراسة (Janiri & al, 2021) ودراسة (راضي، 2022) ودراسة (Einvik &

(al,2021) ودراسة (Matalon & al,2021) ودراسة (Horn & al,2020) ودراسة (شويخ، 2020) وكذلك الدراسات العيادية كدراسة (بوشارب وساناني، 2021) ودراسة نوار ومعاش (2021) (أنظر فصل الدراسات السابقة، ص. 83)

وفي دراسة ستافم وآخرون (Stavem & al, 2022). التي استهدفت تقييم مسار المرض وتأثيراته النفسية ومحددات اضطراب الصدمة على مدى 12 شهرًا بعد العلاج في المستشفى بسبب كوفيد-19 على 251 متعاف من كوفيد-19 في جنوب النرويج بالاعتماد على قائمة (PCL-5). أشارت نتائجها أن أعراض الصدمة تظهر بعد الإصابة بعدوى فيروس كوفيد-19 عند شهر ونصف و 3 أشهر و 12 شهرًا على التوالي. وتستمر مستويات الإصابة بالاضطراب ما بعد الصدمة من 1.5 شهر إلى 3 أشهر بعد دخول المستشفى، لكنها لم تنخفض أكثر عند 12 شهرًا.

وتوصلت نتائج دراسة (Pitron & al, 2022) إلى أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة 31.9% بعد 3 أشهر و 30.9% بعد 6 أشهر. و 20% استوفوا معايير التشخيص المحتمل لاضطراب ما بعد الصدمة عند المتعافين حسب (Bonazza & al. ,2022) وقد أظهرت نتائج دراسة الإجمالية (Janiri & al, 2021) أن 115 متعاف من فيروس كورونا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بنسبة 30.2% من العينة. وكان معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة المحدد بالأعراض 9.5% في المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفى في دراسة (Einvik & al, 2021) .

ما يمكننا استنتاجه من خلال الدراسات السابقة أن أغلبها كانت متماشية مع هدف واحد تمثل في الكشف عن مستوى انتشار اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المصابين بكوفيد-19 ولدى عامة الناس في حين أن دراستنا الحالية سعت إلى الكشف عن وجود صدمة نفسية عند المتعافين وبالضبط المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 بعد انتهاء عملية الاستشفاء حيث لم تحدد الدراسات المشار إليها خاصية الإصابة بالمضاعفات الجسدية لعدوى فيروس كوفيد-19 ماعدى دراسة (Quillerou &bouchart,2020؛ ودراسة (بوشيخي ورحال، 2023).

حيث نلاحظ أن الدراسات السابقة وظفت المنهج الوصفي باستثناء دراسة نوار ومعاش (2021) دراسة بوشارب (2021) التي اعتمدت على المنهج العيادي وقد اختلف حجم العينة من دراسة إلى أخرى كما اختلفت أدوات القياس واختلفت النتائج فمنها ما ظهر مرتفع ومنها ما ظهر متوسط (أنظر فصل الدراسات السابقة ص.81) ويمكن أن يُعزى الاختلاف بين النتائج التي توصلنا إليها من الدراسات

الأخرى أولاً إلى المجتمعات المختلفة التي أجريت فيها الدراسات، الخلفيات الثقافية المختلفة والبيئة الجغرافية التي طبقت فيها الدراسة؛ والاختلافات في المتغيرات الديموغرافية مثل أعمار العينة، كذلك الفروق الفردية.

أكدت النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية إلى أن المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 أظهروا بعد مرحلة الاستشفاء من شهر إلى شهرين مستوى شديد من الصدمة النفسية وصل إلى 45.60 وهو مستوى مرتفع حسب مقياس SPSSI-5 وحسب (Crocq, 2007) فإن ذلك يضعهم في مرحلة لتطور الصدمة النفسية إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من خلال تغير على أربع مستويات كما وصفها الجدول العيادي لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية (DSM5):

- تغير الإدراك والمزاج الذي وُجد بنسبة 14.86 .
- فرط الإثارة بنسبة 13.26 .
- تكرار الخبرة بنسبة 12.84.
- التجنب بنسبة 4.26 .

حيث أبلغ هؤلاء المرضى في مقابلاتنا البحثية معهم عن استرجاعهم لخبرة الحدث الصدمي المتعلق بالتشخيص بعدوى الفيروس ثم مباشرة الإصابة بمتلازمة الضائقة التنفسية ثم الاستشفاء ومنهم من حوّل للعناية المركزة؛ ضف إلى ذلك العلاج الأوكسجيني ناهيك عن معاشة حوادث صدمية أخرى خلال مرحلة الاستشفاء كإنعاش المرضى أو موت أحدهم أو الخوف من انقطاع الأكسجين ثم الإصابة بمضاعفات جسدية بعد التعافي من الضائقة التنفسية إلى جانب الآثار النفسية الطويلة المدى ضمن ما يسمى بمتلازمة ما بعد كوفيد (post-covid). وهنا يقول بونازا (Bonazza & al, 2021): "يواجه المرضى الذين يتم إدخالهم إلى المستشفى بسبب مرض فيروس كورونا-19 تجربة مرهقة للغاية قد تشكل تحدياً لصحتهم العقلية".

ويمكن تفسير هذه النسبة الشديدة لمتغير الصدمة لدى عينة الدراسة في ضوء الإصابة بمضاعفات فيروس كوفيد-19 بسبب تعرض الفرد لخبرات صادمة من الإصابة بالفيروس نفسه؛ ومع ذلك، فإن ارتفاع مستوى الصدمة يمكن أن يفسر أيضاً أن كوفيد-19 هو مرض مؤلم ذو نتيجة غير معروفة ويمكن أن يؤثر بشكل خطير على الصحة العقلية (Kordi & al, 2023) غالبية المعلومات عنه والوقاية منه وطرق العلاج كانت مجهولة وغير واضحة المعالم مع شيوع وانتشار الفيروسات المتحورة والمعاناة والموت المرتبط بها.

والأمر يعود كما ترى الباحثة إلى مجموعة من المتغيرات منها الوباء في حد ذاته ثم استمرار انتشاره لازال في المجتمع الجزائري وفي بقية دول العالم إضافة إلى الغموض المحيط به من حيث أن دول العالم لم تصل بعد إلى لقاح فعال يقضي على هذا الوباء أو يقلل من مخاطره.

وإذا ما عدنا إلى النمط السلوكي للشخصية خاصة منه النمط (ج) نجد توفر عوامل ضعف وخطر تزيد من الهشاشة وضعف المناعة مثل التكتّم الانفعالي والحالات الاكتئابية والخوف المتزايد مع قابلية الإصابة بالعدوى والإستعداد المسبق لتطويع أمراض معينة إضافة إلى المخاوف المتعلقة بالفهم غير الكامل لآلية المرض وانتقاله ونقص العلاجات في تلك الفترة من الجائحة، وفرض الحجر الصحي وإتقال وسائل الإعلام بالشائعات والمعلومات المتعلقة بالمرض وبالنقص الخطير في الطاقم الطبي وقدرات استيعاب المستشفيات، والنفاد الفجائي لكمية الأوكسجين على مستوى المؤسسات الاستشفائية مع عدم اليقين والتشكيك في البروتوكول العلاجي الدوائي المستخدم في مرحلة الاستشفاء وبأنه يعجل من الإصابة بأزمات قلبية وحظر الزيارات ومدة هذا العلاج إضافة إلى المرور في العناية المركزة، وهذا ما وصفه أيضا أورن وآخرون (Horn & al,2020) و كييرو وبوشار (Quillerou & Bouchart,2020) البقاء في المستشفى لفترة طويلة في العناية المركزة، إضافة إلى شدة الحدث الصدمي خاصة إذا كان حدث جماعي كالجائحة التي غزت كل دول العالم وعرضت جميع الفئات بمختلف شرائحها إلى صدمة جماعية جعلتهم في مواجهة حقيقة مع الموت وهنا يختلف الأفراد في استجاباتهم للصدمة التي يتباين جدولها العيادي من شخص لآخر وذلك تبعاً لتاريخ كل واحد حسب تنظيمه النفسي وتكوينه البيولوجي وحسب قوة الصدمة ومدى قدرته على مواجهتها ومدة تعرضه لها خاصة إذا كانت صدمة كورونا صدمة ممتدة ومهددة للحياة.

كل ما سبق أدى بدوره إلى رفع معدل الخطر للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة وامتداده إلى ما بعد التعافي وظهوره بشكل مرتفع نسبياً لدى العينة خاصة بعد توفر عوامل الخطر المحددة في شدة الحدث ومدته والإصابة الجسدية (الجائحة وعدوى الفيروس، الاستشفاء، العلاج بالأوكسجين، العناية المركزة)، وهذا كما ذكرنا يجعلهم يشعرون بالاستثارة الدائمة والقلق حتى في الحالات الآمنة نتيجة تذكر تلك الأحداث المؤلمة أو مصادفة رؤية أشياء مرتبطة بها. حيث تعتبر الصدمة من التداعيات النفسية التي سجلت سابقاً مع أوبئة أخرى مثل متلازمة التهاب الرئوي الحاد (سارس) ووباء (ميرس) متلازمة الشرق الأوسط (Chamaa,2021., Huang,2022) وبذلك يصبح تهديد الحياة والخوف من الموت بسبب

الوباء وخاصة وباء كورونا عامل مساعد في تطور اضطراب ما بعد الصدمة خاصة عند المرضى الذين تعرضوا لمضاعفات عدوى الفيروس.

إذا ما رجعنا إلى تفسير ظهور هذه الصدمة المتمثلة في خبرة الإصابة بالفيروس ومضاعفاته في ضوء المقاربات النظرية نجد أن الفرد يعايش خبرة صادمة نتيجة شعور داخلي بأن حياته مهددة بالموت فهو حسب التحليل النفسي يعايش صراع نفسي داخلي بين خبرة البقاء والشعور بالتهديد بالموت. وهو حسب المقاربة المعرفية يكون بعض الأفكار اللاتكيفية نتيجة أن البعض ممن أصيبوا بالفيروس قد وافقهم المنيّة، هذه الأفكار تجعله يشعر بالتهديد بالموت فيشعر أنه في كارثة ولكن هناك البعض ممن ينظرون إلى خبرة الإصابة بفيروس كورونا على كونها خبرة مرضية عادية كالزكام مثلاً فنجد أن أفكاره ومخططاته المعرفية تجعله يشعر بحالة من المناعة النفسية التي تساعده على مقاومة الحالة المرضية ومن ثم تخطي موقف الأزمة أو الصدمة بالإصابة.

أما حسب النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي يعتبر كمنهج شامل بحيث تطرق إلى حدوث الصدمة كآلية تتداخل فيها وتتفاعل مختلف العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في وقت واحد حيث نجد وجود حدث الجائحة مع عدوى جسمية؛ يضاف إليها التباعد والحجر الصحي والخوف والهلع ليجعل الفرد يتعرض لصدمة وتهيئه تفاعل هذه العوامل فيما بينها للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة حيث أن هذه التجارب المؤلمة تؤثر على قدرة الجسم على تنظيم مستويات الكورتيزول، مما يؤدي إلى حالة طويلة من الإثارة وصعوبة تنظيم الاستجابات العاطفية وذلك له عواقب نفسية واجتماعية بما فيها القلق والاكتئاب. ويوضح (Maguire & al, 2021) "أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لاضطراب ما بعد الصدمة والذي يتضمن هذه المؤشرات الحيوية والمعايير النفسية والعوامل الاجتماعية قد يحسن تحديد اضطراب ما بعد الصدمة وتشخيصه وإدارة علاجه". وعليه تؤكد نتائجنا المتوافقة مع أغلبية الأدبيات أن كوفيد-19 يسبب صدمات نفسية لدى الأشخاص المصابين.

3. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثالثة

توصلت نتائج اختبار الفرضية الثالثة إلى تحقيق جزئي لها وذلك "بوجود علاقة فروق في مستوى الصدمة عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 تعزى لنوع الأنماط السلوكية للفرد (أ. ب. ج) وتعود إلى الفرق بين النمط (ج) والنمط (ب)".
ويفسر ذلك التباين كآلاتي:

شهدنا في الجانب النظري عن أن جائحة كوفيد-19 كانت تهديداً مزمناً ومستمرّاً سبب صدمة نفسية للجميع بدرجات متفاوتة خاصة عند من أصيبوا بعدوى الفيروس وقد يعزى ذلك لسمات وأنماط الشخصية وأساليب تكيفها واستراتيجيات تصرفها، فنجد أن النمط السلوكي (ب) الذي حصل على أدنى متوسط حسابي لمستوى الصدمة بنسبة تقدر بـ 41.70 وهو الذي أظهر فارق معنوي دال عند مستوى 0.003 بقيمة 5.52807 عن النمط (ج) فهو قد ساهم في تكوين استعداد وقائي يجعله قادراً على التكيف مع الضغوط حتى بالرغم من إصابته بالعدوى ومضاعفاتها خاصة وأن مجموع الأفراد الذين شملوا هذه الدراسة كانوا من العينة الكلية وهو ما يثبت قدرة هذا النمط على خلق استراتيجيات تكيف للعودة للحياة الطبيعية، يسميه كابلان kaplan بالنمط المتوسط كونه يتميز بخصائص كالمرونة، تمكنه من التكيف بسهولة مع الظروف المتغيرة. لذا بالرغم من العدوى ومرحلة الاستشفاء لوحظ عليهم الهدوء - من ملاحظات الباحثة في إطار عملها كممارسة نفسانية- بحيث حتى لو وصلوا لمرحلة الإصابة بالضائقة التنفسية والعلاج الأكسجيني لكن لم يتم تحويلهم لمصالح العناية المركزة بل وجدنا أنهم خلال مرحلة الاستشفاء كانوا يساهمون في مساعدة الآخرين من المرضى، وهذه المشاركة في المساعدة هي واحدة من بين خصائص هذا النمط.

في حين نجد أن النمط (أ) الذي كان مستوى الصدمة لديه 45.04 وهي قيمة محسوسة في مقياس الصدمة المطبق لم نجد فرق بينه وبين النمط (ج) الذي سجل أعلى نسبة في مستوى الصدمة حيث أن النمط (أ) له استعداد ممرض يهيئه للإصابة بالأمراض ويساهم في هشاشة الأفراد إزاء المواقف المجهدة كما وصفه كل من فريدمان وروزنمان نظراً للخصائص التي يتميز بها والتي تجعله في حالة مستمرة من التوتر الداخلي، ذلك التوتر الذي حين يلتقي مع جائحة يساهم في استقطاب عدوى بشكل مسرع. وليس ذلك فحسب بل يزيد من تأزم الحالة الصحية وانتقال الأعراض المرضية من الحالة الخفيفة

إلى الحادة أو الخطيرة حيث يؤدي التوتر إلى رفع مستوى الكوليسترول في الدم مما يزيد من احتمال تشكيل خثرة دموية أو ارتفاع في الضغط، تلك الخثرة الدموية التي شكلت فوضى خلال الاستشفاء.

ضف إلى تلك العدائية والغضب التي لاحظناها وبرزت أكثر من طرف بعض المرضى إن لم نقل الغالبية اتجاه الطاقم الطبي خاصة عند تحويلهم للعناية المركزة وهي من الصفة الأساسية للنمط (أ)، تلك العدائية زادت من تدهور الحالة الصحية أكثر والمعروف أنها تؤدي لضعف القلب والأوعية الدموية وهي من المضاعفات الأكثر بروزا خاصة خلال الموجة الأولى والثانية، والتي ساهمت في حدوث نوبات قلبية مفاجئة كذلك لأن النمط (أ) يبحث عن التشافي بسرعة كونه يتميز بخاصية الاستعجال هذا ما يجعله يدخل في دوامة القلق ويطور حالات اكتئابية. وهنا إذا ما عدنا إلى الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة نجد أن المضاعفات التي طورها النمط (أ) تمثلت أغلبها في متلازمة الضائقة التنفسية الحادة ARDS وأمراض القلب والأوعية الدموية والمضاعفات العصبية والنفسية.

في حين أن النمط (ج) الذي كان مستوى الصدمة عنده شديدة بنسبة 47.22 فيعرف أنه من الأنماط الأكثر عرضة لتطوير مختلف السرطانات فهو أكثر قابلية من غيره للإصابة بالأمراض المناعية، ونظرا لضعف مناعته فإنها تساهم في تدهور الحالة الصحية حيث أظهروا خلال مراحل الاستشفاء عدم القدرة على التعبير عن مشاعرهم مع غضب مكتوم فتراهم يصارعون ويواجهون هذا الحدث المستمر في صمت مع قمع لعواطفهم ونظرا لهشاشة تلك الواجهة فإنهم ينفجرون داخليا على مستوى أجسامهم ويطورون مضاعفات خطيرة أدت لتحويلهم للعناية المركزية حيث أن استجابتهم للضغط تكون بواسطة ميكانيزمات قشرية كظرية، ولوحظ عليهم حالات اكتئاب كانت في كل مرة تستدعي تدخل دوائي من طرف طبيب الأمراض العقلية بالرغم من أن البروتوكول العلاجي لكوفيد-19 كان يؤخر اللجوء لأدوية المضادات الاكتئابية ولذلك كانت الاضطرابات النفسية مرتفعة عند النمط (ج) مقارنة بالأنماط الأخرى. حيث تلك العاطفة السلبية التي أظهرها النمط (ج) كانت تهيئ الأرضية للإصابة بالكرب والاكتئاب كما يشهد هذا النمط سمة الألكسيثيميا: Alexithymia حيث سلطَ (Merlo & 2021) الضوء على دور ألكسيثيميا كمتنبئ مهم على تأثيره القوي على معاناة الإصابة بالعدوى.

كل هذا الاختلاف بين الأنماط السلوكية للشخصية يفسر تباين أنوفا في مستوى الصدمة لديهم. وهذا التداخل ما بين العوامل المؤدية للإصابة بمضاعفات عدوى كوفيد-19 من عوامل بيولوجية وعوامل نفسية وبيئة اجتماعية هو ما حاول تفسيره النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي وهو ما ذهب إليه أيضا النموذج السيكوسوماتي كما أرجع نموذج المناعة النفسية العصبية أن امتزاج هذه العوامل يؤدي إلى تغير

وظيفة الغدد الصماء والمناعة، وتؤثر على نشأة وتطور بعض الأمراض المعدية والتكاثرية وأمراض المناعة الذاتية حيث أن التعرض للصدمة النفسية يحد من كفاءة فاعلية نظام المناعة.

4. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الرابعة

أظهرت نتائج الدراسة الحالية بعدم تحقيق الفرضية الرابعة التي بينت عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى الصدمة لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19- تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

وهي نتائج تتفق مع دراسة (Olaseni & al, 2020) التي أجريت في نيجيريا وأفادت عن وجود تأثير غير مهم للجنس على اضطراب ما بعد الصدمة على الرغم من زيادة الانتشار العام للضيق النفسي خلال الوباء. كما تتفق هذه النتائج مع ما أشارت إليه دراسة (راضي، 2022).

علاوة على ذلك؛ فهي نتيجة تتعارض مع ما ذهبت إليه دراسة (شويخ، 2020) التي كشفت عن أن الإناث المصريات كانوا أكثر من الذكور في إدراك الجائحة كحدث صدمي. وكانوا أكثر عرضة من الذكور لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب دراسة (Janiri & al, 2021)، ووجدت أيضا دراسة في الصين أن المشاركات من الإناث لديهن معدل انتشار أعلى لاضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بنظرائهن من الذكور (Liu & al., 2020). وبالمثل؛ أشارت دراسة أخرى أجريت في نيجيريا إلى أن الجنس غير الذكر كان مرتبطاً بأعراض أعلى لاضطراب ما بعد الصدمة أثناء جائحة كوفيد-19 (Folayan & al, 2020)، وكانت هذه الأعراض لاضطراب الصدمة أكثر حدة عند النساء البدنيات والمسنات في دراسة (Khadem Hamzeii et al, 2023). ضف إلى ذلك دراسة نزيماند وآخرون (Nzimande & al, 2022) التي أشارت النتائج إلى وجود اختلافات بين الجنسين في اضطراب ما بعد الصدمة أثناء جائحة كوفيد-19 بالمقارنة مع الذكور، وكان لدى الإناث احتمالات أعلى بكثير للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، وارجع ذلك الى الشعور بالعزلة.

ومع ذلك؛ من الضروري ملاحظة أن اضطراب ما بعد الصدمة لا يرتبط على الأرجح بكوفيد-19 فقط، إذ من الممكن أن تكون الإناث قد تعرضن لأحداث صادمة أخرى ما دام ظهر عندها ارتفاع في مستوى الصدمة مقارنة بالذكور في أغلب أدبيات الدراسة المراجعة. كما افترضت دراسات سابقة أن الاختلافات بين الجنسين في اضطراب ما بعد الصدمة قد تكون بسبب عوامل مثل مواجهة الإناث

لضغوط نفسية أعلى بسبب زيادة عبء الرعاية في المنزل (Clark & al, 2021). وهناك أيضًا حسب (Liu & al, 2020) اختلافات محتملة بين الجنسين في أن الاستجابات السلوكية للضيق النفسي تكون بسبب تقلبات هرمون المبيض والتغيرات التي تحدثها الدورة الشهرية وقد يشكل هذا قابلية لزيادة التعرض لمستوى مرتفع من الصدمة .

كما تم تفسير الاختلافات بين الجنسين في اضطراب ما بعد الصدمة إلى العديد من الأسباب مثل البيئة التي تمت فيها الدراسة أو الاختلاف في أعمار العينة أو الفروق الفردية عند الأفراد المعرضين للعدوى أو في قابلية الإصابة والاستعداد المسبق لها (بوشيخي ورحال، 2023). ويمكن كذلك أن يرجع إلى ديناميات الشخصية والقدرة على الصمود والصلابة النفسية والخلفيات الثقافية ومدة وشدة تفشي مرض كوفيد-19 وتدابير الاحتواء المرتبطة به.

إن تظهر الأبحاث أن الجنس هو أحد العوامل الرئيسية التي تنبئ بالفروق الفردية في الاستجابات للأحداث المؤلمة بشكل عام وكوفيد-19 على وجه الخصوص، ويمكن تفسير عدم وجود اختلاف بين الجنسين في البيئة الجزائرية وتحديدًا في المجتمع المستغانمي إلى أن هناك تشابه في المعاناة في الخبرة الصادمة المتمثلة في الإصابة بالفيروس ومضاعفاته والاستشفاء بين الذكور والإناث جعل متغير الجنس لا يؤثر على درجة الاضطراب حيث تعرض كلا الجنسين إلى نفس الظروف القاهرة للحدث الصدمي وأغلب الجنسين تلقوا مساندة اجتماعية وأسرية التي لعبت دور حماية خلال مرحلة الاستشفاء. كما أن أغلبهم يعيشون في نفس الوسط الاجتماعي ويتلقون نفس أصول التربية الدينية والأخلاقية مما لا يسمح بظهور تباين في طبيعة أعراض الصدمة.

5. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الخامسة

توصلت نتائج الدؤاسة إلى تحقيق الفرضية الخامسة إلى أن "الميل السيكوباتولوجية لدى المصابين بمضاعفات كوفيد-19 ذات طبيعة اكتئابية تتجه إما نحو الميل السيكوباتولوجية الذهانية ذات الخصائص البارانونية أو نحو الميل السيكوباتولوجية العصابية ذات توهم المرض".

حيث تم التوصل في جزء من الفرضية إلى أن من بين المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 من يتميز بميول ذهانية ظهرت عند الحالات الثلاث التي تم التعمق في دراستها وهي الحالة (غ. أ)، (ب.س)، (م. ج) حيث حصلت على أعلى الدرجات على مقياس الرباعي الذهاني المتمثل في البارانونيا،

الفصام، السيكاثينيا مع ارتفاع مقياس الاكتئاب وكشفت الدراسة عن أن هذه الميول الذهانية هي ذات خصائص سيكوباتولوجية بارانوية تتخللها استجابات اكتئابية.

وقد ساهمت هذه الميول عند الحالات الثلاث (غ. أ)، (ب. س)، (م. ج) في الاستعداد المرضي لاستقطاب عدوى الفيروس والإصابة بالضائقة التنفسية المعتمدة على العلاج الأكسجيني والدخول للعناية المركزة ثم الإصابة بعد التعافي من العدوى بالتليف الرئوي مع السكري من النوع الأولي وارتفاع الضغط الدموي واعتلال عضلة القلب مع السكري من النوع الثاني بالترتيب هذا إلى جانب الاكتئاب.

وهذا ما تتفق معه دراسة (Parra & al, 2020) التي لاحظت أعراض ذهانية لدى المرضى المصابين بفيروس SARS-CoV-2 بدون وجود تاريخ نفسي سابق. فكانت تظهر النوبات الذهانية لدى مرضى كوفيد-19 بأعراض مشوشة، وكانت هذه الأعراض الأكثر شيوعاً لدى المرضى الذين خرجوا من وحدات العناية المركزة.

ونفس النوبات الذهانية وجدت في بحث آخر لـ (Valdés-Florido et al, 2020) بإسبانيا. وتؤكد دراسة (Stephen & al, 2020) على وجود أدلة سابقة تشير إلى أن الإصابة بفيروسات كورونا ترتبط بأعراض ذهانية حديثة الظهور؛ ومع ذلك، لم يتم وصف الذهان الجديد لدى المرضى المصابين بكوفيد-19 والذين لا تظهر عليهم أعراض. حيث لم تظهر على بعض المرضى أعراض كوفيد-19 الجسدية ولكن بدل ذلك ظهرت عليهم أعراض ذهانية جديدة مصحوبة بجنون العظمة المرتبط بالخوف من كوفيد-19 والذين ثبتت إصابتهم بكوفيد-19. مع ارتفاع بروتين سي التفاعلي (CRP)، واعتبر (Stephen & al, 2020) ذهان كوفيد-19 كحالة عصبية نفسية جديدة محتملة ناجمة عن عدوى فيروس كوفيد-19 والاستجابة الالتهابية له التي تحدث بالجسم.

وإذا ما عدنا إلى الأوبئة السابقة نجد أن المراجعة المنهجية في دراسة (Rogers & al, 2020) كشفت عن أهم الأعراض الشائعة بين المرضى الذين تم إدخالهم المستشفى بسبب السارس أو متلازمة الشرق الأوسط التنفسية كانت الهوس والذهان والتهيج والإرهاق واضطراب النوم وانتشار اضطراب الكرب التالي للصدمة وعندما تم فحص البيانات الخاصة بالمرضى المصابين بكوفيد-19 كانت هناك نفس الأعراض. وشملت النتائج الرئيسية التي توصلت إليها هذه المراجعة أن العلامات التي تشير إلى الهذيان شائعة في المرحلة الحادة من السارس، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، وكوفيد-19.

وفي دراسة أخرى لإيلي براون وآخرون (Brown & al, 2020) ذكر أنه تم الإبلاغ عن الارتباط بين عدوى الإنفلونزا والذهان منذ جائحة الإنفلونزا الإسبانية في القرن الثامن عشر وتم توثيق "ذهان الإنفلونزا" الحاد اللاحق خلال جوائح متعددة كدليل على الهذيان بنسبة 65% من 40 مريضاً في وحدة العناية المركزة. كما تم الإبلاغ عن الهلوسة السمعية والهلوسة البصرية والأفكار الاضطهادية بنسبة 3.9% و 2% و 3.9% من المرضى على التوالي خلال تفشي السارس. وهذا ما لاحظناه عند الحالة الأولى التي عانت من هلاوس سمعية وبصرية في أروقة المستشفى.

وقد كتب الطبيب النفسي كارل مينينجر الذي كان يعمل في مستشفى بوسطن للأمراض النفسية خلال وباء الإنفلونزا الإسبانية أن الأعراض التي ظهرت على مرضاه تجاوزت ما يرتبط عادة بالإنفلونزا. حيث عانوا من اضطرابات عقلية شديدة، مع نوع من الذهان في أكثر من نصفهم والهلوسة في ثلثهم تقريباً. ولم يكن مينينجر أول من لاحظ "ذهان الأنفلونزا". فبعد تفشي الأنفلونزا في سان بطرسبرغ، روسيا، في عام 1889، أبلغ الناس عن الاكتئاب والأفكار الانتحارية والأرق والرغبة في القتل أثناء الأنفلونزا وبعدها، كما وجد الباحثون أعراض ذهانية لدى المرضى المصابين بالسارس. (Vos, 2021, p.109) ويمكن أن يظهر نفس الأمر عند بعض المصابين بكوفيد-19.

ومن التأثيرات الأخرى التي تطرقت إليها أيضاً دراسة (Brown & al, 2020) والتي قد تحدثها جائحة كوفيد-19 هو طبيعة ومحتوى الأمراض الذهانية للأشخاص المصابين التي أظهرت زيادة جنون العظمة -البارانويا- وهي النتيجة التي توصلت إليها دراستنا الآتية حيث سجلنا أعلى الدرجات على مقياس البارانويا عند الحالات الثلاث المذكورة آنفاً.

ويمكننا تفسير ذلك بالرجوع إلى استكشاف العلاقة بين الذهان ومجموع العوامل النفسية والاجتماعية، بما فيها أحداث الحياة الضاغطة، حادثة الوباء والهول والذعر والخوف الذي تركه في النفوس مع الحجر الاجتماعي والحجر الفردي وانتشار الوصمة ودور الإعلام في نشر الرعب وكل ذلك تم التطرق إليه في المقابلات العيادية مع الحالات.

وبالتالي، يمكن أن يصاب مرضى كوفيد-19 بأعراض ذهانية نتيجة لعوامل متزامنة متعددة وتظل الآلية المسببة للأمراض الكامنة وراء المظاهر النفسية المرصودة غير واضحة ويمكن أن تكون متعددة العوامل؛ فحسب (Stephen & al, 2020) فإن مسببات الأعراض الذهانية الموصوفة مرتبطة بالإجهاد المكشوف أو غير المفصل لجائحة كوفيد لدى المرضى الضعفاء نفسياً الذين لديهم ميول نفسية مرضية سابقة. وأرجع (Parra & al, 2020) ذلك إلى أن الأعراض الذهانية يمكن أن تكون نتيجة لآليات مرضية

مختلفة، والتي تشمل التأثير المباشر للفيروس على الجهاز العصبي المركزي، والتأثير غير المباشر (عن طريق التفاعلات الالتهابية، والاضطرابات الأيضية، ونقص الأكسجة...) والآثار الضارة للعلاجات الدوائية المستخدمة ضد الفيروس.

فالاستجابة الالتهابية العميقة لعدوى كوفيد-19 (CRP) يعتقد أنها مسؤولة عن المضاعفات الرئوية والقلبية الشديدة والمميتة أحياناً للمرض، ويُفترض أنها تنتج أعراضاً عصبية ونفسية من خلال الآليات المناعية حيث أن هذه المحفزات المناعية لها دور سببي أو محفز منذ فترة طويلة في ظهور الأمراض النفسية، بما في ذلك الاكتئاب، والاضطرابات الذهانية مثل الفصام.

وأضاف فالديس فلوريديو وآخرون (Valdés-Florido et al, 2020) أن جميع النوبات الذهانية ناجمة بشكل مباشر عن الإجهاد الناتج عن جائحة كوفيد-19 خاصة خلال الأسبوعين الأولين من الحجر الصحي الإلزامي وكذلك استجابة للخوف من العدوى سواء على أنفسهم أو على أحبائهم، أو الحبس الإجباري في المنزل، أو المخاوف بشأن العواقب الاقتصادية للإغلاق مثل فقدان الوظيفة. إضافة إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي، أو الاستجابة الالتهابية الجهازية المفرطة المرتبطة بالحالات الشديدة من الالتهاب الرئوي الناتج عن كوفيد-19 التي ظهر فيها ارتفاع السيتوكينات (ارتفاع CRP) هذه الأخيرة المرتبطة أيضاً بالتسبب في الاضطرابات الذهانية الأولية كما أن حالة فرط التحثر الناجمة عن ارتفاع السيتوكينات تلعب دوراً في نشأة الأعراض العصبية والنفسية. ويمكن أن يتفاقم هذا بسبب عدم الحركة لفترة طويلة، واستخدام الكورتيكوستيرويدات، ونقص الأكسجة وزيادة وجود عوامل الخطر القلبية الوعائية لدى المرضى ذوي الحالات الشديدة حيث وفقاً لهذه الدراسة نجد أن أفراد عينتنا عانوا من مضاعفات جسدية ونفسية ظهرت فيها المضاعفات الرئوية بنسبة 31.55% والمضاعفات القلبية بنسبة 23.55% ثم المضاعفات العصبية والنفسية بنسبة 18.22%؛ راجع الجدول رقم (10، ص. 111) حيث 72.44% من أفراد العينة الإجمالية تلقوا علاجاً أوكسجيني بوحدة العناية المركزة.

وأغلب الدراسات السابقة ركزت في بحثها عن الأسباب الرئيسية لظهور المضاعفات الجسدية لعدوى كورونا التي خلفت نوبات ذهانية على الجانب العضوي المتمثل في الاستجابة الالتهابية وهذا ما يتعارض مع نتائج دراستنا التي بحثت في السوابق النفسية المتمثلة في الميلول السيكوباتولوجية التي تؤهب المصاب للإصابة بمضاعفات كوفيد-19؛ ومنها الأعراض الذهانية بخصائص بارانونية التي كشف عنها اختبار MMPI2، ما يعني أن العوامل الجسدية المرتبطة بالفيروس كانت سبقتها العوامل النفسية التي ساهمت في تدهور الحالة الجسدية. ليس فقط بسبب الخوف من العدوى ولكن أيضاً إذا ما تجاوزنا النظرة

الاختزالية لعدوى الفيروس على أساس أنه نتاج عوامل بيولوجية عضوية بحتة؛ فإننا نركز على تفسير النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي يأخذ المريض كوحدة كلية متعددة الأبعاد؛ فنجد إضافة إلى العوامل البيولوجية تتعدد العوامل البيئية والاجتماعية مثل تدابير العزل والحجر الصحي لتجنب انتشار المرض الذي يقيد الحرية والروتين وينطوي على الانفصال القسري عن العائلة والأصدقاء، فضلا عن شعور عام بفقدان السيطرة والخوف من الوصمة والخسارة المالية ودور المعلومات الرقمية والشبكات الاجتماعية وانتشار الأخبار المزيفة وغيره مما يزيد من القلق والانزعاج الاجتماعي.

كل ذلك يعتبر كسيناريو مجهد يمكن أن يؤدي إلى نشأة الذهان حيث تشير الأدلة التحليلية إلى زيادة بمقدار ثلاثة أضعاف في خطر الإصابة بالذهان لدى أولئك الذين يعانون من أحداث مرهقة ومجهدة حسب ما ذهب إليه (Valdés-Florido et al, 2020) وما ذكره (Rogers & al, 2020) أن هناك أدلة تشير إلى أن عددًا صغيرًا ولكنه مهم من المرضى سيصابون بالذهان المرتبط بفيروس كورونا والذي من المحتمل أن يرتبط بالتعرض للفيروس، والضعف الموجود مسبقًا والضغط النفسي والاجتماعي.

وبالتالي، تماشيا مع نموذج الاستعداد للإجهاد قد يرتبط ظهور أعراض ذهانية لدى هؤلاء الأفراد ليس فقط مع الضغط الحاد المرتبط بأزمة كوفيد-19 والذي قد يكون بمثابة عامل ضغط أو خاصية تعتمد على الحالة ولكن أيضا مع تشوهات نفسية أو بيولوجية موجودة مسبقًا والتي من شأنها أن تكون بمثابة قابلية للتأثر وهذا ما حققته فرضيتنا.

أما بالنسبة للجزء الثاني من الفرضية وجدت ميول سيكوباتولوجية عصابية لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 ذات طبيعة متعلقة بتوهم المرض حيث اتفقت جزء من النتائج المتحصل عليها مع دراسة محمد حسن المطوع وآخرون (2021) التي بحثت في دلالة العلاقة بين القلق والاكتئاب وتوهم المرض لدى عينة من مصابي كورونا وتوصلت إلى أنه كلما زادت درجة توهم المرض كلما ارتفع مستوى القلق والاكتئاب. كما أظهرت نتائج دراسة أوزدين (Ozdin 2020) أن الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالقلق والاكتئاب والتوهم هم الأفراد الذين لديهم اضطرابات نفسية سابقة.

وأشارت دراسة (Gibbons et al, 2023) إلى أن الخوف الشديد المستمر من الإصابة بفيروس كورونا أو من تشخيص حالته بمرض خطير يجعلهم أكثر حذرا في رعايتهم للوقاية من المرض والحفاظ على صحتهم وهذا ما ظهر لدى حالات الدراسة (ن. س)، (ص. ر)، (ح. ش) في المقاييس الفرعية الخاصة بالانشغال بالصحة التي جاءت مرتفعة وفي توهمهم بالإصابة.

وكانت الاستجابات الاكتئابية تتخلل كلا الميول السيكيوباتولوجية الذهانية والعصابية لدى جميع حالات الدراسة الذين أظهروا ميلا مرتفعا نسبيا نحو الاكتئاب يفوق 60 درجة سُجل على مقياس الاكتئاب من اختبار مينسوتا وعلى كل المقاييس الفرعية للاكتئاب حيث نجد هذه النتيجة تتفق مع أغلب الدراسات التي بحثت في ذلك إذ كشفت دراسة دموم وعلي تودرت (2021) عن وجود معاش نفسي يتميز بميول نفسية مرضية لدى حالة الدراسة من خلال ارتفاع كل من الخوف من الفيروس والاكتئاب كما تم الإبلاغ عن وجود أعراض اكتئابية بنسبة (17%) عند 261 متعاف من كوفيد-19 بعد شهرين من خروجهم من المستشفى في دراسة (Bonazza & al, 2021) وتوصلت دراسة مازا وآخرون (Mazza et al, 2020) إلى وجود 31% يعانون من الاكتئاب لـ 402 بالغاً ناجين من كوفيد-19، بعد شهر واحد من المتابعة بعد العلاج في المستشفى كما وجدت مستويات أعلى من القلق والاكتئاب والانعزال الاجتماعي على طول فترة الاستشفاء خلال الأسبوع الأول من العلاج في المستشفى في دراسة مانتالون وآخرون (Matalon (2021) على عينة قوامها 64 مريض.

كما بحث كل من محمد عباس، سفيان المعاضيدي (2022) في التأثير النفسي لجائحة كورونا لدى عينة عشوائية من محافظة بغداد بلغ عددها 250 فرد، وكشفت النتائج عن أن القلق كان في أعلى مستوياته ثم يليه الوسواس ثم الاكتئاب وآخرها الفوبيا؛ وهو نفس ما أشارت إليه دراسة عبد الفتاح وآخرون (Abdel Fattah et al, 2020). وكشفت دراسة شانبهزاده وآخرون (Shanbehzadeh (2021) من خلال مراجعة لـ 34 دراسة على أهم مشاكل الصحة العقلية والجسدية المنتشرة بعد ثلاث أشهر من الإصابة بالفيروس خاصة بعد الإبلاغ عن العديد من المضاعفات الصحية طويلة الأمد وتمثلت في الاكتئاب والقلق خاصة لدى مرضى العناية المركزة. ذلك الاكتئاب الذي يمكن أن يستمر حتى بعد الشفاء من العدوى الأولية.

كما درس شيتي وآخرون (Shetty & al, 2023) العلاقة بين كوفيد-19 وتطور الاكتئاب من خلال مراجعة بعض الأدبيات حيث نتيجة للاستجابة الالتهابية في الجهاز العصبي لفيروس كوفيد-19 والتأثيرات النفسية الفسيولوجية للوباء عند المصابين بالعدوى يمكن أن ينشأ الاكتئاب إما بسبب العدوى الفيروسية المباشرة للدماغ أو نتيجة لاستجابة مناعية غير مباشرة تؤدي إلى التهاب عصبي بعد عاصفة السيتوكين؛ هذا إلى جانب الضغوطات النفسية والاجتماعية، حيث تؤثر السيتوكينات على الدماغ بعدة طرق يمكن أن تؤدي إلى تطور الاكتئاب، ويتضمن ذلك فرط نشاط محور الغدة النخامية والكظرية، والذي يطلق سلسلة من الأحداث التي تؤدي إلى التتسكس العصبي، المرتبط بزيادة خطر الإصابة

بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي. وقد أشارت نتائج هذه المراجعة للأدبيات إلى ارتفاع معدل الإصابة بالاكتئاب بين المرضى الذين يحتاجون إلى دخول المستشفى وأكثر وضوحاً بين أولئك الذين يحتاجون إلى دخول وحدة العناية المركزة (متلازمة ما بعد وحدة العناية المركزة)؛ أي المرضى الذين لديهم مسار مرضي حاد ولديهم أعلى مستويات الالتهاب المرتفعة.

ونجد أيضاً أن جوائح الأنفلونزا وأوبئة الفيروسات التاجية السابقة حسب ما ذكر روجرز وآخرون (Rogers & al, 2020) ارتبطت بوجود أدلة على الاكتئاب والقلق وفي حالات تفشي السارس ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية السابقة MERS-CoV و SARS-CoV حسب (Shetty & al, 2023)، تم تقييم أعراض الاكتئاب بسبب العزلة التي تحدث بسبب العدوى الفيروسية .

كما أشارت الأبحاث حسب دراسة (Camargo & al, 2023) إلى أن الأوبئة لها تأثير كبير على الصحة العقلية، وقد لوحظ ذلك أثناء الوباء وبعده. ويتجلى هذا التأثير عادة من خلال أعراض التوتر والقلق والاكتئاب والخوف، وحتى الاضطرابات الذهانية كما تم الإبلاغ خلال جائحة كورونا عن أعراض اكتئابية كبيرة لدى حوالي 30-40% من المرضى لمدة تصل إلى 12 شهراً بعد الإصابة كما لوحظت أعراض الاكتئاب المستمرة لدى الأفراد المعرضين للعزل، بغض النظر عما إذا كانوا مصابين بعدوى الفيروس . وذكر أحد الناجين من الإنفلونزا الإسبانية حسب (Haas, 2021): "كان هناك كل يوم شخص نعرفه في أعمدة النعي؛ وقد يحدث الشعور بالذنب الشديد إذا اعتقد الشخص أنه كان ينبغي عليه إنقاذ أحبائه أو اعتقد أنه مسؤول بطريقة أو بأخرى عن انتشار المرض. ووجد الباحثون أنه في الفترة حتى منتصف مايو 2020، عانى ما يقرب من 30% من سكان العالم من التوتر، بينما عانى 32% من القلق وما يقرب من 34% من أعراض الاكتئاب (p.25-26) .

ما نلاحظه أن أغلب هذه الدراسات درست الاكتئاب عند المتعافين من عدوى فيروس كوفيد-19 بعد الإصابة وبعد التعافي في حين شملت دراستنا في البحث عن ميول اكتئابية سابقة النشأة لدى هؤلاء المتعافين تؤهلهم لتأزم حالتهم النفسية والمرور بمضاعفات العدوى وهذا هو الاختلاف مع كل الدراسات التي تم عرضها.

وعليه تُعرّف الأعراض الاكتئابية في ظل جائحة كورونا بأنها حالة انفعالية مؤقتة ترتبط بضعف القدرة الداخلية والصلابة النفسية للفرد في التصدي لضغوط الحياة اليومية واستقبال الأحداث السالبة وتتمثل الأعراض الاكتئابية في القلق، الخوف من المرض، التوتر، الانزعاج، عدم الاستمتاع بالحياة، التشاؤم، الشعور بالوحدة، الحزن، فقد الأمل... وغيرها (مرتضي، 2020، ص. 445). حيث يتميز

الاكتئاب الذي يمثل تهديد كبير لصحة الإنسان الجسدية والنفسية والاجتماعية، حسب ما جاء في الجدول العيادي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة (DSM-5) بتجارب نفسية مستمرة من الخسارة والحزن واليأس في حياة الفرد وفقدان الاهتمام وانخفاض الطاقة في الأنشطة اليومية وفي عدم تقدير الذات مع العزلة الاجتماعية والتفكير المتكرر في الموت إضافة لتغيرات في المزاج وعدوانية.

ومن الجدير بالذكر أن الاكتئاب يتطور عادة من خلال عملية نمو طويلة الأمد وليس من خلال بداية مفاجئة حسب ما ذكره (Luo & al, 2024) في دراسته؛ وهذا هو الذي نحن بصدد الكشف عنه في هذه الدراسة من خلال تطبيق اختبار MMPI2. حيث قد يُظهر الأفراد ميولاً اكتئابية depressive tendency مثل مشاعر الخسارة وإنكار الذات؛ وإذا استمرت هذه الأعراض وأثرت بشكل كبير على الحياة الشخصية والأداء اليومي، فهناك احتمال أن تتطور الميول الاكتئابية لديه بسهولة إلى اضطراب اكتئابي. ويمكن أن يعزى كل هذا المسار النفسي لعدوى فيروس كورونا لدى عينة الدراسة إلى أن ظهور جائحة كوفيد-19 خلق بيئة تتفاقم فيها العديد من محددات ضعف الصحة العقلية ومنها التعرض لضغوطات جديدة غير معروفة حيث أن الكثيرين تعرضوا لصور مرعبة في المستشفيات المكتظة من كثرة الوفيات وصراخ العائلات، والاستخدام الزائد لأجهزة التنفس الصناعي، نقص التزويد بالأكسجين، الخوف من العدوى ومضاعفاتها وعدم وضوح نتائجها بسبب الإصابة؛ إلى جانب الذكريات المؤلمة من تجربة شديدة للمرض والعزلة الاجتماعية المطولة مع الشعور بالوحدة الناتجة عن بروتوكولات الإغلاق، وزيادة المخاوف بشأن إصابة المقربين كما لم يكن لدى معظم الناس معلومات كافية حول فيروس كورونا ما جعل ذلك يزيد من خوفهم.

وهنا نفسر هذه الميول الاكتئابية في ضوء النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي BPS حيث تظهر الأعراض الاكتئابية بسبب عدة عوامل تبدو مستقلة ولكنها في الواقع مرتبطة ببعضها البعض. وبما أن أحد العوامل يميل إلى التأثير على العوامل الأخرى، فمن الممكن أن يتفاعل الجسم معهم وتظهر عليه الأعراض الاكتئابية. وعندما يكون الجسم مريضاً جسدياً ينتج عنه رد فعل نفسي أو اجتماعي ولهذا السبب من المهم الآن ألا يقتصر التفسير على تناول الجوانب الطبية فقط في هذه الجائحة. ولكن أيضاً العوامل الاجتماعية التي تؤثر عليه والعوامل النفسية التي قد تحكمه. وعليه وفقاً للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، فإن الصحة العقلية للشخص وخبرته حول المرض والألم تتشكل من خلال ميوله البيولوجية، وتجاربه الشخصية وعلاقاته الاجتماعية ومعاشه الاقتصادي، والبيئة الاجتماعية والثقافية التي

يعيش فيها ومن خلال أخذ كل هذه العوامل في الاعتبار حتى يتوفر لدينا فهم أكثر شمولاً للصحة العقلية وعلاقتها بفيروس كوفيد-19 المرض، وبالتالي تقديم علاجات وتدخلات أكثر فعالية حيث يتمثل البعد البيولوجي في عدوى الفيروس والضائقة النفسية ويتمثل البعد النفسي في الخوف من الإصابة وتوهم المرض، القلق والاكتئاب، معتقدات وتوقعات الشخص على ردة فعله تجاه هذه الجائحة أما البعد الاجتماعي يتمثل في كل ضغوطات الجائحة خاصة منها ضغوطات الحجر الصحي واكتظاظ المستشفيات وغيره، كلها عندما تتداخل فيما بينها وتتأثر وتتوثر في بعضها فإنها تساهم في ظهور وتطور العواقب النفسية لدى مرضى كوفيد-19 وفي نفس الوقت تفجر كل ما كان مخزن من ميول ليتجلى كاضطراب.

6. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية السادسة

لقد توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى تحقيق الفرضية السادسة التي تنص على "وجود علاقة مهيمنة للإصابة بمضاعفات فيروس كوفيد-19 بين الأنماط السلوكية (أ، ب، ج) وطبيعة الميول السيكوباتولوجية عند المتعافين."

فقد ساهمت خصائص النمط السلوكي الذي تتميز به حالات الدراسة وطبيعة الميول لديهم في استعدادهم للإصابة من خلال استقطاب عدوى الفيروس ثم الضائقة النفسية المعتمدة على العلاج الأكسجيني حيث وجدت الحالات الخمس نفسها في العناية المركزة ما أدى إلى إصابتها بمضاعفات جسدية بعد التعافي من العدوى ناهيك عن الأعراض الاكتئابية التي ظهرت لديها. وجاءت أعلى الدرجات على النمط السلوكي (ج) ثم النمط السلوكي (أ) في حين أن النمط (ب) كانت تأثيراته نسبية مقارنة بالأنماط الأخرى ومع ذلك فقد تعرض كغيره لأعراض اكتئابية مؤقتة.

عانت الحالات الست التي تم دراستها دراسة معمقة خاصة أصحاب النمط (ج) ثم أصحاب النمط (أ) مأساة كبيرة بمجرد المعرفة بخبر التشخيص بعدوى كوفيد-19 عن طريق اختبار الخزعة الأنفية PCR إذ تكونت لديهم مختلف المخاوف ومشاعر عدم الأمان والاحساس بالضعف بسبب هذا الفيروس المجهول عنه الكثير من المعلومات؛ حول خطورته واحتمال تطوره. وقد كانت مرحلة الاستشفاء والدخول للعناية المركزة من أصعب التجارب التي يمكن أن يمر بها أي مصاب وتستمر معها تلك المخاوف والمشاعر نتيجة لما خلفته من آثار جانبية ظهرت جليا في المضاعفات الجسدية بعد انتهاء فترة الاستشفاء.

وقد أظهرت حالات الدراسة محاولات منها للتكيف مع هذه الضغوط المجهدة ولكنها في الأساس كانت تمثل شعورا بالعجز والضعف ما يجعله يتخذ ذلك النمط السلوكي كوسيلة لمواجهة تحديات هذه العدوى والصراعات المرافقة لها فيلجؤون هنا إلى كبت المشاعر السلبية أو إنكارها وبالأخص الغضب والعداونية خاصة وأنهم يجدون صعوبة في التعبير عن عواطفهم مثل التوتر أو الغضب أو القلق ويظهرون بمظهر الشخص المتقبل والمتكيف والهادئ تحت قول "الحمد لله" ومثل هذه الأنماط تؤهل أصحابها للاستعداد للمرض متصفين بالاستجابة للضغوطات بالاكنتاب والعجز والعواطف السلبية.

وهذا ما أظهره اختبار مينسوتا من ميل سيكوباتولوجي نحو تطوير أمراض سيكوسوماتية حيث حسب المدرسة السيكوسوماتية فقد بحثت دينبار هيلين Helen Dunbar في بروفايل الشخصية من أجل إيجاد الشيء الذي يولد الاستعدادية للمرض وتوصلت إلى أن الأمر يتعلق بنمط الشخصية التي تمهد الأرضية لإضعاف منطقة محددة في الجسم أمام الضغوطات الخارجية. أما فرانز ألكسندر Alexandar Franz فقد بحث في عصاب العضو الذي يكون نتيجة الانفعالات السلبية التي ترفع معدل الإفرازات في الجسم بطريقة مرضية ومفرطة حيث تكون هذه الإفرازات بسبب خصائص نمط معين من أنماط الشخصية (حافزي، 2020) وهذا ما رأيناه عند الحالة الثانية التي أظهرت ميول عصابية حيث حسب سوابقها الشخصية كانت تعاني ولازالت حتى بعد تعافها من العدوى من آلام معدية.

أما بالنسبة للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي فإن بعض خصائص الشخصية كالاكتئاب والعدوانية والعجز والغضب والمشاعر السلبية، إذا التقت مع حالات إجهاد مستمرة في الزمن كجائحة كورونا كما أوضحنا سابقاً؛ فإنها تزيد من مستوى إفراز هرمونات الضغط الذي بدوره يحفز جهاز الغدد الصماء ومختلف الوظائف في الجسم فيتسبب في ردود أفعال جسمية كالالتهابات الرئوية التي خلفها فيروس كوفيد-19، وهذه التفاعلات من شأنها أن تعجل الإصابة بمختلف الأمراض كالأورام أو تخلف مضاعفات جسدية كما شهدنا عند حالات الدراسة حيث أظهرت الحالات إصابتها بالتليف الرئوي، ارتفاع الضغط الدموي، الضائقة التنفسية، الجلطة الدموية، السكري، اعتلال عضلة القلب واحتمالية الإصابة بسرطان الدم عند الحالة الثانية (س. ن) واحتمالية الإصابة بالكلية عند الحالة السادسة؛ كما يمكن أن تحد هذه التفاعلات من مقاومة الالتهابات في حضور المشاعر السلبية وبالتالي الوفاة.

ويمكننا كذلك تفسير تلك العلاقة بين الأنماط السلوكية والميول السيكوباتولوجية المهيأة للإصابة بمضاعفات كوفيد-19 بفشل الآليات الدفاعية في حل الصراعات الموجودة بين تقبل الإصابة وتطورها أو في التفكير المستمر في الموت أو في ترك الأولاد وغيره من مخلفات الجائحة وفي مواجهة تلك الوضعية

المولدة له. حيث أغلب الحالات اشتركت في إظهار آلية الإنكار والتجنب خاصة لدى من أظهروا ميول ذهانية بإنكار وجود واقع خارجي يزعجها تتمثل في الجائحة والإصابة بالعدوى وهو ما خلف لديهم الأفكار غير منطقية والتي استعملت كواحدة من استراتيجيات مواجهة الضغوطات لحماية الذات ضد الأفكار والمشاعر والمدركات والمعلومات المؤلمة إضافة إلى استعمال آلية التشويه Distortion لدى الحالة الأولى والثالثة والرابعة حيث كان لديهم إدراك مشوه للواقع متضمن توهّمات العظمة المنحصرة في كلمة "أنا شجاع" والتي ظهرت أكثر في الميول البارانونية إضافة إلى بعض الهلوسات البصرية والسمعية التي كانت سائدة خلال فترة الاستشفاء.

كما لاحظنا وجود قمع للانفعالات عند الحالات التي تتميز بالنمط (ج) الذي جاء تحت تسمية "القفطة" أو "حسيت بالقفطة" باعتباره أفضل لفظ عبر عنه المصابين عن حالتهم النفسية خاصة قمع غضبهم مع عدم القدرة على الاعتراف بهذه الانفعالات والتعبير الشفهي عنها خاصة منها العدائية حيث ذكرت تيموشوك أن قمع المشاعر من شأنه أن يضعف دفاعات الجسم ضد الأمراض خاصة منه السرطان بسبب وجود رابط بين المشاعر والجهاز المناعي.

وهذا ما أشار إليه (Kluwe-Schiavon & al, 2022) في دراسته بأن قمع المشاعر السلبية لدى الفرد يؤدي إلى ردود فعل أكثر دفاعية واندفاعية تجاه التجارب السلبية مما يساهم في زيادة الضيق النفسي.

حيث استجاب أصحاب النمط (ج) لهذه الضغوط المحيطة بالجائحة من خلال الإدراكات الاكتئابية cognition depressives الذي يقوم على أساس إدراكات خاصة اتجاه الأحداث الضاغطة يعجز عن مواجهتها إضافة إلى الأعراض الاكتئابية والانفعالات السلبية فأظهرت نمط سلوكي اكتئابي يكبت انفعالاته ولا يستطيع التعبير عن توتره أو قلقه أو غضبه وقد ارتبط هذا النوع كذلك حسب نتائج الدراسة بالانطوائية والألكسيميا.

وبالتالي اتضح أن استراتيجيات المواجهة عند الأفراد من النمط (ج) غير كافية لمواجهة المواقف الضاغطة والمجهدة والتي تؤدي بدورها إلى إضعاف استجابات الغدد الصماء والمناعية ضد الإجهاد المزمن بحيث يكون المصاب بالعدوى الوبائية عرضة سهلة للاكتئاب حيث حسب ما ذكر تايلور (2008) أن النمط (ج) ليس له أساليب فعالة للتكيف تسمح له بالتوازن بين الأحداث الحياتية الضاغطة وما ينجلي عنها من تأثيرات نفسية وعقلية ولهذا من المحتمل أن يميل أصحاب هذا النمط إلى تطوير تطوير جميع أنواع السرطانات ومضاعفات أخرى لها علاقة بأمراض القلب والأوعية الدموية صف إلى

الاضطرابات النفسية والعقلية (انظر الشكل رقم 10، ص 110). إضافة إلى علاقته مع الألكسثيميا المستنتجة من المقابلات العيادية مما يعني وجود اضطراب في المشاعر الجسدية بسبب عدم القدرة على التعبير عن المشاعر حيث ينتج أصحاب هذا النمط كما أشار إليه (Kanten, 2017) هرمونات الإجهاد بما في ذلك الكورتيزول بكميات أكبر؛ هذا الهرمون الذي تنتجه الغدد الكظرية عندما تتعرض لخطر أو تهديد خارجي كرد طبيعي وقائي ولكن الزيادة في إفراز مستويات الكورتيزول مع استمرارية التهديد ووجود استعدادات نفسية سابقة يتسبب في الإصابة بمضاعفات مزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم؛ أمراض القلب والاعوية الدموية؛ والسكري من النوع الثاني إضافة إلى زيادة الوزن واضطرابات النوم وضعف وظائف الدماغ حيث يتدخل مع الذاكرة مما يساهم في قلة التركيز والنسيان والأهم من ذلك أنه يعيق جهاز المناعة فيجعل الشخص أكثر عرضة للعدوى وهذه واحدة من التفسيرات التي يمكن أن تعزى لها نتائج فرضيتنا حول وجود علاقة مهيئة لاستقطاب مضاعفات عدوى فيروس كوفيد-19 بين الميول السيكوباتولوجية والأنماط السلوكية.

وعليه فإن أسلوب المواجهة الذي يتبناه أصحاب هذا النمط يزيد كذلك من إضعاف جهاز المناعة والإصابة بمختلف المضاعفات التي تسبب فيها كوفيد-19. وهذا ما ذهب إليه أيضا النموذج الفسيولوجي لهامز سيللي الذي أكد على أن التعرض المستمر والمتكرر للضغوط يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياة الفرد تضاعف من حشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط فيستجيب لذلك بأعراض فسيولوجية تكون بغرض الدفاع عن الذات والمحافظة على الحياة (صلاح، 2020، ص. 304).

أما بالنسبة للنمط (أ) أظهر (Kroencke & al, 2020) في دراسته أن الأفراد الذين يعانون من ارتفاع مستوى العصابية شهدوا تأثيراً سلبياً أكبر وتقلباً عاطفياً أعلى في حياتهم اليومية حيث انشغلوا بالأزمة وأصبحوا قلقين أكثر بشأن عواقب الوباء مما عرضهم ذلك لمزيد من التأثير السلبي خلال هذا الانشغال. كما يُذكر فريدمان (Friedman, 2008) بوجود روابط سببية متعددة بين الشخصية والمرض قد تعمل في وقت واحد عبر فترات طويلة من الزمن حيث أن الاضطراب في الجهاز المناعي مع التعرض لضغوط حياتية ونفسية يؤثر على القابلية للإصابة بالأمراض والتعافي منها.

وقد أرجع ذلك فريدمان وكارن (Kern et Friedman, 2011) إلى سبب يتم التغاضي عنه وهو رابط مهم بين الشخصية والصحة، الذي يتضمن الاستعدادات الجينية أو البيولوجية الأخرى وتجارب التنشئة الاجتماعية المبكرة. قد تؤثر المتغيرات البيولوجية الأساسية على كل من الشخصية والنتائج الصحية أو قد

تتفاعل الجوانب الوراثية والبيئية للتأثير على كل من الشخصية والصحة، مما يجعل الشخصية تؤدي سبباً إلى الصحة أو المرض.

وعليه تلك الميول السيكيوباتولوجية قد تساهم في تباين كبير بين الأفراد في قابليتهم للإصابة بالمرض ومضاعفاته. فمثلاً قد يصاب البعض بالأنفلونزا، أو الصداع، أو أمراض القلب والأوعية الدموية، بينما يظل الآخرون غير مصابين وقد يتعافى بعض الأفراد بسرعة بينما يتعافى الآخرون الذي يعانون من نفس الأعراض ببطء وقد يتطور الأمر إلى حالات مزمنة أو إلى الوفاة كما شهدنا مع الإصابات خلال الجائحة.

7. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية السابعة

توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى تحقيق الفرضية السابعة التي تنص على "وجود علاقة بين طبيعة الميول السيكيوباتولوجية ومستوى الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19". حيث أظهرت نتائج المقياس المطبق وكذلك وبالرجوع إلى المعايير الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الذي تمت الإشارة فيه أن تشخيص الإصابة بمرض يهدد حياة المصاب يعتبر بمثابة حدث صادم قد يؤدي إلى الإصابة بحالة اضطراب ما بعد الصدمة، وبالتالي كانت الصدمة النفسية أكثر ما اقترنت به حالات الدراسة لحظة إبلاغهم بالإصابة بعدوى الفيروس واستمرت مع قرار الاستشفاء ثم الدخول إلى العناية المركزة حيث استعملت الحالات آلية الإنكار والتي ظهرت في بداية الإعلان عن التشخيص كاستجابة طبيعية للحدث الصادم؛ يمارسها المريض لأنها تعمل على مساعدته في الشعور بالراحة لكن في حالات الدراسة استعمل الإنكار بصورة مبالغ فيها ذلك أنهم أقنعوا أنفسهم أن العدوى غير موجودة وأنهم يتمتعون بالشجاعة وبالتالي لا يصابون.

يرتبط عدوى فيروس كورونا مباشرة بالخوف من الموت والمعاناة كما يرتبط بفقدان السلامة الجسمية والنفسية وبتدهور حالة الجسم مع صعوبة في تقبل التشخيص عند الحالة التي تعاني من هشاشة الشخصية مصحوبة بالخوف من العلاج الدوائي، فالإعلان عن التشخيص وما أتبعه من علاج طويل في العناية المركزة ساهم في تبلور الصدمة النفسية التي تطورت بعد شهر من الخروج من المستشفى إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وذلك راجع كما ذكرنا إلى طبيعة الميول السيكيوباتولوجية التي تم الكشف عنها عند حالات الدراسة من خلال اختبار MMPI2 وهذا ما ذهبت إليه دراسة ليو وآخرون (Liu et al,2020) التي أشارت نتائجها في بداية الجائحة إلى وجود مستويات عالية من الاكتئاب ودرجات عالية

من القلق الخاص بكوفيد-19 لدى البالغين في الولايات المتحدة والتي أدت إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

وحسب (Veisi & al, 2023) فالصدمة تلعب دورًا مهمًا في مسببات اضطراب الشخصية ويتم تشخيصها كأحد العوامل المؤثرة على الحالة الصحية إذ تؤدي إلى نوبة اكتئابية، أو اضطراب قلق، أو اضطراب الجسدية، أو الاعتماد على المواد، أو اضطراب انفصامي، إما بشكل مباشر، أو من خلال اضطراب التكيف أو اضطراب ما بعد الصدمة. وقد قام فييسي وزملائه بتحديد عوامل الخطر التي تلعب دورًا في تطور الصدمة مثل التجربة الذاتية لفقدان السيطرة، والعواقب السلبية المتوقعة على صحة الشخص ومستقبله، وشدة الحدث ومدته، والإصابة الجسدية أو إصابة أو وفاة شخص آخر والأمراض الجسدية السابقة وقد يتطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حتى لدى الشخص الذي يتمتع بشخصية مستقرة ولا توجد لديه عوامل خطر.

وذكرت (Mariani & al, 2021) أن الأبحاث المتعلقة بالحوادث غير المتوقعة مثل الأوبئة والكوارث الطبيعية أظهرت أن العواقب النفسية لحادث ما يمكن أن تستمر لسنوات، وأن المخاوف النفسية والاجتماعية المختلفة التي يعاني منها معظم هؤلاء المرضى يمكن أن تؤثر بشكل كبير على صحتهم النفسية ونوعية حياتهم، وأشارت إلى أن كوفيد-19، باعتباره حدثًا صادمًا، يذكر بإمكانية الموت ويسبب القلق لدى الأفراد. ولذلك وجب البحث في العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية، مثل أنواع الشخصية، حيث يُعتقد أن الصفات الشخصية هي العنصر الأكثر أهمية في تحديد قدرة الناس على التكيف وإصابتهم بالصدمة.

وأُسفرت نتائج دراسة كاي وآخرون (Cai & al, 2020) أن معدل حدوث الضائقة النفسية بين الناجين من كوفيد-19 في مرحلة النقاهة المبكرة مرتفعًا بسبب القلق والاكتئاب واضطراب الضغط ما بعد الصدمة وهي نفس الملاحظات التي سجلناها على حالات الدراسة حيث أن ذلك الاكتئاب والقلق ساهم في حدوث الضائقة النفسية بسبب صدمة التشخيص ثم تطور إلى الضائقة التنفسية.

وهذا ما يظهر علاقة الصدمة وتأثيرها عند اقترانها بأعراض وميول نفسية موجودة في التاريخ الشخصي للمريض حيث أشار (Yunitri et al, 2022) أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة خلال جائحة المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس)، تراوح بين 5% و18%. فيما يتعلق بأعراض واضطرابات الحزن، وعلى مر التاريخ عند الإعلان عن مختلف الأمراض المعدية مثل الموت الأسود

والإنفلونزا الإسبانية حسب (Camargo & al, 2023) فقد تم البحث عن مختلف الانعكاسات النفسية المحتملة على الأفراد نظراً للضرر الجسدي الذي سببته هذه الأمراض. وأشارت الدلائل إلى معاناة الأفراد من اضطراب ما بعد الصدمة أثناء تفشي فيروس إيبولا وقد ارتبط كل ذلك بمعدل انتشار مشكلات الصحة العقلية.

ومن المرجح حسب دراسة (Nzimande & al, 2022) أن يؤدي التوتر والصدمة الناتجة عن جائحة كوفيد-19 إلى تفاقم تحديات الصحة العقلية الموجودة مسبقاً بين مواطني جنوب إفريقيا أو المساهمة في تطور اضطرابات الصحة العقلية بين المواطنين الأصحاء حيث ذكر كذلك أن تفشي الأمراض المعدية، مثل الإيبولا، ارتبط بمضاعفات نفسية اجتماعية ضارة كبيرة وطويلة الأمد وأهمها الاكتئاب.

علاوة على ذلك، قد أشار (Morabito et al, 2021) إلى وجود خطر متزايد للإصابة بالضيق النفسي لدى الأفراد الذين لديهم بالفعل نقاط ضعف موجودة مسبقاً. في الواقع، حيث حسبه يمكن أن يؤدي الضغط الناجم عن الوباء إلى عودة ظهور الأعراض لدى الأفراد الذين عانوا من الصدمات الشخصية ومصاعب الحياة وهو ما يثبت بوجود علاقة تأثير وتأثر بين الميول السيكيوباتولوجية الموجودة مسبقاً والصدمة النفسية الآنية حيث تؤدي الميول إلى بلورة تلك الصدمة وتطورها.

وقد اعتبر الحدث الصادم الخاص بجائحة كورونا كتجربة مؤلمة جماعية نظراً لأن أي درجة من الصدمة يمكن أن يكون لها آثار فسيولوجية عصبية عميقة، فإن التجارب المؤلمة الجماعية يمكن أن تسبب تداعيات جسدية ونفسية حادة ومزمنة. لذلك حسب النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لفهم الصدمة فمن المهم النظر في الآليات المحتملة التي يمكن أن تؤثر الصدمة من خلالها على الصحة. حيث يتنبأ هذا النموذج بأن أي تجربة يمكن أن تؤثر على الصحة من خلال عدد من المسارات المختلفة وأن الصدمة يمكن أن تؤثر على النتائج الصحية عن طريق تغيير الخصائص الفسيولوجية أو المادة الوراثية، مما يؤثر على الرفاهية النفسية (Hasto et al, 2013).

وعليه فالتأثيرات الفيزيولوجية العصبية للصدمة حسب ما ذكره هذا النموذج تبدأ من التجارب المؤلمة التي تؤثر على قدرة الجسم على تنظيم مستويات الكورتيزول، مما يؤدي إلى حالة طويلة من الإثارة وصعوبة تنظيم الاستجابات العاطفية. وأما التأثيرات النفسية للصدمة تشمل ارتفاع خطر القلق والاكتئاب وتعاطي المخدرات وغيرها من الاضطرابات النفسية؛ وفيما يتعلق بالمكون الاجتماعي للنهج البيولوجي النفسي الاجتماعي لفهم الصحة، يمكن أن تؤثر التجارب المؤلمة على السلوكيات الصحية بحيث يكون الناجون من الصدمات أقل احتمالاً للبحث عن علاقة وثيقة ودعم اجتماعي. فحسب

(Calhoun & al,2022) بدلاً من النظر إلى الصدمة كآلية منعزلة، وجب التأكيد على أن تلك الضغوطات هي مجرد محفزات تحفز ردود الفعل النفسية، والتي يحكمها العديد من عوامل القابلية قبل الصدمة ومحيطها وبعدها فقد تم تقسيم نقاط الضعف هذه إلى نقاط بيئية تشمل الذات والبيئة، واستعدادات بيولوجية (مثل السمات الوراثية والعصبية، وعوامل محفزة مثل المتغيرات المرتبطة بالصدمة، حيث يتفاعل إطار الإجهاد، والميول البيئية (على سبيل المثال، تاريخ نمو الفرد وأسلوب التكيف) والميول البيولوجية (على سبيل المثال، الدوائر العصبية للاستجابة للتهديد) مع المحفزات المسببة للأمراض (على سبيل المثال، الصدمة) لبدء رد فعل الإجهاد النفسي الذي يمكن أن يحفز التعافي أو يساهم في خلل التنظيم وظهور الاضطرابات النفسية .

الاستنتاج العام

خلصت نتائج الدراسة الحالية إلى تحقيق معظم فرضياتها وكذا تحقيق الأهداف المرجوة منها وإزالة الغموض في العلاقات بين الأنماط السلوكية والميول السيكيوباتولوجية بمستوى الصدمة النفسية لدى عينة قوامها 225 متعاف من مضاعفات كوفيد-19 مع الكشف عن النمط السائد وطبيعة الميول لدى هذه الفئة وكذا التعرف على الفروق في مستوى الصدمة تبعاً لمتغير الجنس والنمط السلوكي باستعمال مقياس الصدمة النفسية SPSSI5 ومقياس صولي بن سباط على العينة الكلية وتطبيق اختبار MMPI2 على حالات الدراسة العيادية.

وأُسفرت نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات عن أن النمط السلوكي السائد لدى عينة الدراسة هو النمط (ج) المعروف بمدركاته الاكتئابية. وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الصدمة كان شديداً عند نسبة تتحصر بين (40-60). مع وجود فروق في مستوى الصدمة تعزى إلى النمط السلوكي (ب) والنمط السلوكي (ج)، إضافة إلى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس.

كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية تتجه عند بعض حالات الدراسة إلى القطب الرباعي الذهاني الذي تميز بارتفاع الاستجابات البارانونية كما تتجه عند الحالات الأخرى نحو القطب الثلاثي العصابي الذي تميز بتوهم المرض حيث تم الكشف عن علاقة مهيئة للإصابة بمضاعفات كوفيد-19 عند المتعافين منه بين الأنماط السلوكية والميول السيكيوباتولوجية كما وجدت علاقة تفاعلية بين هذه الميول ومستوى الصدمة عند الحالات الست للدراسة. وقد فسرت تلك النتائج في ضوء النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي وفر لنا إطاراً تم الدمج فيه البعد الجسدي مع السياق النفسي والاجتماعي للمصاب بعدوى كورونا من أجل فهم العلاقة التبادلية بين متغيرات الدراسة حيث شرح لنا كيف يمكن أن تتفاعل العوامل الفيزيولوجية مع العوامل الاجتماعية والنفسية لزيادة استجابات الفرد لعدوى الفيروس والإصابة بمضاعفاته.

ومن هنا نستنتج بوجود علاقة متبادلة ذات تأثير وتأثر؛ تتفاعل بين كل من الأنماط السلوكية للشخصية والميول السيكيوباتولوجية ومستوى الصدمة التي تساهم في حدوث المضاعفات الجسدية لكوفيد-19 عند المتعافين منه حيث يؤثر على الآخر من خلال تداخل العوامل النفسية والحيوية والاجتماعية في ذلك.

الخاتمة

إن التقصي والبحث في أدبيات الأنماط السلوكية للشخصية التي لها دور أساسي في التعرف على الأمراض الممكن أن تصيب أي شخص من خلال معرفة خصائصها كانت من المواضيع التي لم يعط لها حقها في الدراسة في ظل جائحة كورونا حيث شهدنا ندرة في الدراسات الخاصة بذلك وحتى في الدراسات التي لها علاقة مع الميول السيكيوباتولوجية المستقطبة لعدوى فيروس كوفيد ومضاعفاته، ما عدا الصدمة النفسية واضطراب الضغط ما بعد الصدمة الذي حظي بدراسات متعددة ومتنوعة ومختلفة خلال هذه الفترة من الجائحة.

وهذا هو الهدف الذي سعت إليه الدراسة الحالية بالكشف عن النمط السلوكي السائد لدى الأفراد المتعافين من عدوى كوفيد-19 من الأنماط التالية (أ. ب. ج) مع الكشف عن طبيعة الميول النفسية المرضية المساهمة في حدوث هذه المضاعفات، صف إلى الكشف عن مستوى الصدمة لديهم والفروق ذات دلالة إحصائية التي تعزى إلى الأنماط السلوكية وإلى متغير الجنس (ذكور، إناث).

وبذلك قدمت الدراسة الحالية افتراضا فحواه أن النمط (ج) هو النمط السائد لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 حيث تم تقديم تعريف للأنماط السلوكية في ضوء نماذج نظرية مختلفة خاصة منها النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي من أجل شرح السيورة الفيسيولوجية والنفسية لكل نمط ودوره في الإصابة بمختلف الأمراض خاصة منها الوبائية .

وانبثق عنه افتراضات أخرى تمثلت في معاناة المتعافين من مضاعفات كوفيد -19 من صدمة نفسية كان مستواها بعد تحليل النتائج شديدا مع وجود فروق في مستوى الصدمة تعزى إلى النمط السلوكي (ج) والنمط (ب) وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير الجنس.

كما أفادت نتائج الدراسة الحالية عن وجود ميول سيكيوباتولوجية ذات طبيعة اكتئابية؛ لها علاقة تفاعلية تأثر وتتأثر بالأنماط السلوكية والصدمة النفسية فكانت تلك العلاقة مهيئة للإصابة بمضاعفات كوفيد-19.

نوجز حديثنا هنا في أن فيروس كوفيد-19 لم يؤثر في المقام الأول على الجهاز التنفسي فقط ولكن أيضا على وظائف المخ ونفسية المصاب به حيث أسفرت عدواه عن وجود تأثيرات عصبية ونفسية حادة مثل الاكتئاب، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، السكتة الدماغية، الذهان، الهوس، إلى غيره من التأثيرات الأخرى.

وبالتالي وجدنا أن لدى المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بكوفيد-19 مسار سريري غير موثق يبدأ بضيق التنفس في غضون 5 أيام، ومتلازمة الضائقة التنفسية الحادة (سببها الضائقة النفسية) في غضون 8 أيام في أغلب الحالات، ثم الحاجة إلى التهوية الميكانيكية والتشبع بالأكسجين ثم ظهور الأعراض الاكتئابية والذهانية التي تمثلت خاصة في البارانويا وكذلك أعراض توهم المرض، تلك الأعراض التي كانت تمثل ميول موجودة في التاريخ الشخصي للحالة ساهمت باستعدادها السابق للتأثر بكل هذا المسار إضافة إلى أن السياق النفسي لجائحة كورونا أدى إلى تفاقم الحالات النفسية الحالية والتأثير على مظهر أعراضها. مما يوضح إمكانية كوفيد-19 في التعجيل بالدخول في مرحلة اكتئابية ذهانية أو عصبانية والتأثير على ظهور الأعراض والمضاعفات خاصة إذا اقترنت بسوابق مرضية واستعدادات نفسية فالأشخاص الذين مروا بتجارب حياتية ضاغطة وصدمات متكررة كانوا أكثر عرضة لإظهار ميول اكتئابية خاصة الذين تميزوا بالنمط السلوكي (ج) الذي ساهم أكثر في بلورة الميول السيكيوباتولوجية الاكتئابية فجعله ذلك غير قادر على التعامل مع ضغوط الإصابة بالعدوى والاستشفاء مما جعله أكثر عرضة للمشاعر السلبية التي سبق وأن كانت متراكمة ما أدى إلى تفاقم الحالة الجسدية وتفاقم مشاعر الحزن وزيادة الانزعاج، وقلة التواصل والتفاعل مع الآخرين والشعور بالإحباط وضعف تقدير الذات وبالتالي ارتباط الميل الاكتئابي بخصائص النمط السلوكي ذو الإدراكات الاكتئابية والتعرض لحدث صادم زاد من تدهور الصحة الجسدية فظهرت تلك المضاعفات.

وعلى ضوء ما توصلنا إليه من نتائج التي تؤكد على الحاجة إلى زيادة الاهتمام بالصحة العقلية في مجموعات فرعية محددة وبعد معرفة جل العلاقات بين المتغيرات الثلاث (الأنماط السلوكية، الميول السيكيوباتولوجية، الصدمة النفسية) وكذا الخصائص الديمغرافية التي يتميز بها المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 ولمنع تفاقم المضاعفات الجسدية وتساعد الميول الاكتئابية في حالة الأزمات والأوبئة نؤكد على أهمية النظر في العوامل المرتبطة بالوباء من أجل فهم الاستجابات النفسية الفردية للأزمة الحالية.

ونوصي بضرورة :

- المزيد من البحوث في هذا المجال مع توسيع الدراسة فيه خاصة ما بعد الجائحة وما بعد كوفيد حيث أن هذه النتائج تمنح آفاقا لتساؤلات ودراسات أخرى في هذا المجال.
- اعتماد تدابير مستهدفة للتدخل المبكر خلال الأوبئة.

- تقديم الدعم والمساعدة في الوقت المناسب لتعزيز العلاج البدني وإعادة التأهيل، مع التركيز أيضاً على إدارة وعلاج الصحة العقلية.
- اعتماد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي التكاملي في الاستخدام السريري من أجل فهم تأثيرات العدوى من جوانب متداخلة وذلك سيضيف فائدة للأطباء وكذلك تحسين علاج المرضى ونتائجهم.
- الاتجاه إلى دراسة أنماط سلوكية أخرى خاصة وأننا وجدنا نسبة 6.7 % من الذين اندرجوا نحو النمط غير محدد الذي يمكن أن يكون ضمن النمط (د) المعروف أيضاً بتميزه بدرجة عالية من العاطفة السلبية والمعرض كذلك لخطر الإصابة بأمراض القلب التاجية وغيرها من الحالات الطبية المزمنة.

المراجع

قائمة المراجع

- ابراهيم، سليمان عبد الواحد. (2014). الشخصية الانسانية واضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الإيجابي، عمان: الوراق.
- ابن منظور، جمال الدين. (1988). لسان العرب. معجم لغوي. بيروت.
- أبو علام، رجاء محمود. (2013). مناهج البحث الكمي والنوعي والمختلط. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- اسكندراني، أماني أحمد، وصبيرة، فلك حسن. (2023). العدوى الانفعالية لمستخدمي وسائل التواصل الاجتماعي في ظل جائحة كورونا وعلاقتها بالعجز النفسي. مجلة الأستاذ للعلوم الانسانية والاجتماعية. 62(1). 107-126.
- ألبرت، كارل. (المحرر والمخرج). (2014). أنماط الشخصية أسرار وخفايا، (حسين حمزة، مترجم). عمان: دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع.
- بعللي، مصطفى. (2016). العلاج النفسي السلوكي للشعور بالوحدة النفسية. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، 6(10)، 218-200. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/60715>
- بلحاج، شريفة. (2017). التدخل النفسي بعد الحدث الصدمي. مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، 2(8)، 343-352. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/130443>
- بلخير، فايزة. (2022). التوهم المرضي بفيروس كورونا(كوفيد -19) في ظل النظرية المعرفية السلوكية لسالوفسكي ووريك sallovski& warwick. مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، 12(2)، 98-83. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/176082>
- بن زروال، فتيحة. (2008). أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد المستوى الأعراض المصادر، واستراتيجيات المواجهة. (رسالة دكتوراه). جامعة قسنطينة. الجزائر. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
- بوشيخي، سميرة، ورحال، سامية. (2023). التناذر الصدمي عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19 المستجيبين للعلاج الأكسجيني. مجلة العلوم النفسية والتبوية. 9(2). 132-120. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/229773>
- بوعافية، نبيلة. (2008). نمط شخصية المديرين وعلاقته بالضغط المهني واستراتيجيات المواجهة (رسالة دكتوراه). تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- بوعافية، نبيلة. (2009). علاقة الشخصية بالأمراض العضوية. دراسات نفسية وتربوية، 2(2)، 152-134. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/6794>
- تايلور، شيلي. (المحرر والمخرج). (2008). علم النفس الصحي (وسام، درويش. بريك، وفوزي، داود. طعمية، مترجم). عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- تواتي، نواره. (2016). علاقة الأنماط السلوكية (أ ب ج) بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية الاكتئاب، السيكيوباتية، الهستيريا، الوسواس (دراسة مقارنة بين الأسوياء وغير الأسوياء). مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، 9(2)، 225-213. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/34667>
- حافري، زهية غنية. (2020). اختيار العرض/ المرض الجسدي بين أنماط السلوك، بروفيل الشخصية، الخصوصية والبنية السيكيوسوماتية. مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، 17(1)، 257-243. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/113574>
- خبرارة، نبيلة. (2020). السلوك الإنساني في ظل الجوائح : جائحة فيروس كورونا المستجد بالجزائر نموذجا. مجلة قبس للدراسات الإنسانية والاجتماعية. 4(2). 656-633. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/140586>

- دايدي، مريم. (2015). فعالية الذات والأنماط السلوكية (أ-ب-ج) عند المتعلمين الكبار في إطار محو الأمية، بحث على عينة من النساء بولاية البليدة. مجلة التنمية البشرية، 5، 46-56. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-860979>
- دعدرة، معتز عبد الناصر. (2021). فاعلية العالج السري في تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الطلبة المتعافين من كوفيد-19 بمدارس محافظة الخليل (رسالة ماجستير). تخصص الإرشاد النفسي، جامعة الخليل.
- دمدم، ريمة، وسليمان، علي تودرت نسيم. (2021). المعاش النفسي للأطباء أثناء جائحة كورونا - دراسة عيادية لطبية عامة - دراسات نفسية وتربوية، 14(2)، 398-409. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/163207>
- راضي، طعمة افراح. (2022). الصدمة النفسية وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى المتعافين من وباء كورونا. مجلة كلية التربية الأساسية، 115(28)، 128-142. <http://dx.doi.org/10.35950/cbej.v115i28.5771>
- رجال، سامية. (2010). اختبار علاقة الأنماط السلوكية للشخصية واستراتيجية المواجهة وبعض المتغيرات الديموغرافية بالاختراق النفسي لدى عينة من رجال الأمن الوطني (رسالة ماجستير). تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- الرقاد، هناء. (2012). علم النفس الصحي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الرقاد، هناء. (2017). نظريات الشخصية وقياسها. عمان: دار المأمون.
- الزروق، فاطمة الزهراء. (2009). دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة (رسالة دكتوراه). تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر. <http://hdl.handle.net/1635/10282>
- زقار، رضوان، وزقور، عواطف. (2019). الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM 5) أبعاد وحدود. آفاق علمية، 11(3)، 672-686. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/96368>
- سعدوني، غديري مسعودة. (2013). دليل تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. دراسات في الطفولة، 3، 13-36. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-519301>
- سليمان، علي تودرت نسيم. (2016). الخصائص السيكمترية للنسخة العربية لاختبار مينسوتا متعدد الأوجه MMPI2. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، 4(1)، 107-130. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/35409>
- سنوسي، بومدين، وجلولي، زينب. (2020). الصحة النفسية في ظل انتشار فيروس كورونا كوفيد-19 والتباعد الاجتماعي واستمرار الحجر الصحي. مجلة التمكين الاجتماعي، 2(2)، 65-80. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/123149>
- سيد، رشا. أحمد خلف. (2020). الخوف من كورونا كوفيد-19 وعلاقته باضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (دراسة سيكمترية -إكلينيكية). المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، 56(1)، 192-252. <https://doi.org/10.21608/ijeps.2020.252627>
- شارب، رزقة، وسنان، عبد الناصر. (2021). الأعراض النفس-صدمية عند المتعافين من فيروس كوفيد 19 بعد الإستشفاء. دراسات نفسية وتربوية، 14(2)، 800-809. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/163233>
- الشربيني، لطفي. (2003). معجم مصطلحات الطب النفسي. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية ومؤسسة التقدم العلمي.

- صمادي، أحمد، وغوانمة، مأمون. (2012). نمط السلوك (أ) لدى مرضى القلب. *دراسات نفسية وتربوية*, 5(2), 33-53. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5455>
- عبد الكريم، ملياني، ومجادي، مصطفى. (2020). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية للحجر الصحي لانتشار فيروس كوفيد-19 لدى عينة من أساتذة التعليم العالي العائدين من خارج الوطن "دراسة استكشافية". *مجلة التمكين الاجتماعي*, 2(2), 201-216. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/123156>
- عرعار، سامية. (2015). النموذج البيو نفس اجتماعي لتفسير الصدمة النفسية. *مجلة أنسنة للبحوث والدراسات*, 6(2), 93-105. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/83453>
- عسكر، رأفت. (2004). *علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- علي، نهلة صلاح. (2020). دراسة العلاقة بين الضغوط النفسية الناتجة عن إنتشار فيروس كورونا المستجد-COVID 19 والإضطرابات النفسجسمية لدى المرأة العاملة. *المجلة المصرية للدراسات النفسية* 30(108), 385-434. [doi: 10.21608/ejcg.2020.99949](https://doi.org/10.21608/ejcg.2020.99949)
- قويدري، علي، وعاجب، بومدين. (2022). توهم المرض لدى العاملين في القطاع الصحي في ظل جائحة كورونا كوفيد 19. *مجلة العلوم الإنسانية*, 33(1), 189-504. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/184986>
- لابلان، جان. وبونتاليس. (المحرر والمخرج). (1997). *معجم مصطلحات التحليل النفسي*. (حجازي، مصطفى، مترجم). ط3. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- ماهر، أحمد. (2003). *السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات*. مصر: الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- المحمودي، محمد سرحان. (2019). *مناهج البحث العلمي*. ط3. اليمن: دار الكتب.
- مرتضي، هدى محمد. (2021). الأعراض الاكتئابية لدى الوالدين في ظل جائحة كورونا وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية ودافعية الإنجاز لدى أبنائهم. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*, 31(110), 441-496. [10.21608/EJCJ.2021.145362](https://doi.org/10.21608/EJCJ.2021.145362)
- المطوع، محمد حسن، أحمد، سعد جلال، الجنيد، شيخة راشد، والجنيد، فايزة أحمد. (2021). توهم المرض والقلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الذاتي المنزلي بمملكة البحرين. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*, 22(1), 9-47. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-1259511>
- مليك، لويس كامل. (2000). *اختبار الشخصية المتعدد الأوجه دليل الاختبار*. ط6.
- مناني، نبيل، وشاذلي، عبد الرحيم. (2016). الصدمة النفسية: تطور المفهوم ووجهات النظر المعاصرة. *مجلة العلوم الإنسانية*, 16(2), 157-170. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/4668>
- منديل، حسن. (2021). اصطلاح الجائحة بين اللغة والفقه ومنظمة الصحة العالمية. *الكلم*, 6(1), 18-48. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/146218>
- موريس، أنجريس. (المحرر والمخرج). (2004). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية*. (صحراوي بوزيد، بوشرف كمال، وسبعون سعيد، مترجم). الجزائر: دار القصة للنشر.
- النابلسي، محمد أحمد. (1991). *الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث*. بيروت: دار النهضة للطباعة والنشر.
- ناطق، فحل. الكبيسي، سفيان، صائب المعاضيدي، ومحمد، عباس محمد. (2022). التأثير النفسي لجائحة كورونا. *العلوم النفسية*, 33(2), 471-492. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-1375237>
- نعيم، بوعموشة. (2020). فيروس كورونا (كوفيد 19) في الجزائر دراسة تحليلية. *مجلة التمكين الاجتماعي*, 2(2), 113-151. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/123152>

- نوار، شهرزاد، ومعاش، سالمه. (2021). اضطراب ضغط ما بعد صدمة الإصابة بفيروس كورونا كوفيد-19، دراسة عيادية لحالة واحدة. *دراسات نفسية وتربوية*, 14(2), 819-810. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/163234>
- وعواع، صلاح الدين، ومحجر، ياسين. (2017). علاقة الضغوط وأنماط الشخصية والصحة العامة دراسة ميدانية بمؤسسات إنتاج الطاقة. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية*, 9(31), 564-555. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/78570>
- منظمة الصحة العالمية. (2023). تتبّع متحورات فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم. استخرج بتاريخ 9/09/2023. متاح من خلال الرابط <https://www.who.int/ar/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
- منظمة الصحة العالمية. (2022). جائحة كوفيد-19 تسبّب زيادة بنسبة 25% في معدلات انتشار القلق والاكتئاب في العالم. استخرج بتاريخ 15/10/2022 متاح من خلال الرابط <https://www.who.int/ar/news/item/29-07-1443-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- منظمة الصحة العالمية. (2022). تسمية مرض كورونا (كوفيد-19) والفيروس المسبب له. استخرج بتاريخ نوفمبر 2022. متاح من خلال الرابط. [https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-](https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-)
- منظمة الصحة العالمية. (2021). المتحورات المثيرة للقلق للفيروس المسبب لمرض كوفيد-19. استخرج بتاريخ 31 ديسمبر 2021 <https://www.emro.who.int/ar/media/news/who-announces-simple-easy-to-say-labels-for-sars-cov-2-variants-of-interest-and-concern.html>
- منظمة الصحة العالمية. (2021). فيروس كوفيد. استخرج بتاريخ 02/05/2021 متاح من خلال الرابط www.who.int/ar/healgtth-topics/coronavirus#tab=tab_1
- منظمة الصحة العالمية. (2021). فاشيات الأمراض. استخرج بتاريخ 22/05/2021 متاح من خلال الرابط <http://www.emro.who.int/ar/health-topics/disease-outbreaks/index.html>
- (2021، فبراير). الفرق بين فيروس كورونا الأصلي وفيروس كورونا المتحور. استخرج بتاريخ 11 سبتمبر 2022. متاح من خلال الرابط <https://altibbi.com/-6619>
- (2022). وفيات وإصابات كورونا في الجزائر. استخرج بتاريخ 12 جانفي 2023. متاح من خلال الرابط <https://sehhty.com/dz-covid>

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Luo, X., Christman-Cohen, I., & Prout, T. A. (2023). Heterogeneity in trajectories of traumatic distress at the start of the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001478>
- Abba-Aji, A., Li, D., Hrabok, M., Shalaby, R., Gusnowski, A., Vuong, W., Surood, S., Nkire, N., Li, X. M., Greenshaw, A. J., & Agyapong, V. I. O. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health: Prevalence and Correlates of New-Onset Obsessive-Compulsive Symptoms in a Canadian Province. *International journal of environmental research and public health*, 17(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17196986>

- Abdel-Fattah, H.M., Hussein, K.A., & Bahary, H. (2020). Covid-19 Impact on Mental Health of Egyptians Patients. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 4, 87-93.
- Ahmed, H., Patel, K., Greenwood, D. C., Halpin, S., Lewthwaite, P., Salawu, A., Eyre, L., Breen, A., O'Connor, R., Jones, A., & Sivan, M. (2020). Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 52(5). <https://doi.org/10.2340/16501977-2694>
- Akel, T., Qaqa, F., Abuarqoub, A., & Shamoon, F. (2020). Pulmonary embolism: A complication of COVID 19 infection. *Thrombosis research*, 193, 79–82. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.05.033>
- Al-Omiri, M. K., Alzoubi, I. A., Al Nazeh, A. A., Alomiri, A. K., Maswady, M. N., & Lynch, E. (2021). COVID-19 and Personality: A Cross-Sectional Multicenter Study of the Anglim, J., & Horwood, S. (2021). Effect of the COVID-19 Pandemic and Big Five Personality on Subjective and Psychological Well-Being. *Social Psychological and Personality Science*, 12(8), 1527-1537. <https://doi.org/10.1177/1948550620983047>
- Arora, A., Jha, A. K., Alat, P., & Das, S. S. (2020). Understanding coronaphobia. *Asian journal of psychiatry*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102384>
- Ayosanmi, O. S., Alli, B. Y., Akingbule, O. A., Alaga, A. H., Perepelkin, J., Marjorie, D., Sansgiry, S. S., & Taylor, J. (2022). Prevalence and Correlates of Self-Medication Practices for Prevention and Treatment of COVID-19: A Systematic Review. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*, 11(6), 808. <https://doi.org/10.3390/antibiotics11060808>
- Ayoubkhani, D., Khunti, K., Nafilyan, V., Maddox, T., Humberstone, B., Diamond, I., & Banerjee, A. (2021). Post-covid syndrome in individuals admitted to hospital with covid-19: retrospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n693. <https://doi.org/10.1136/bmj.n693>
- Banerjee D. D. (2020). The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry research*, 288, 112966. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112966>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet (London, England)*, 395(10224). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Beck, K., Vincent, A., Becker, C., Keller, A., Cam, H., Schaefer, R., Reinhardt, T., Sutter, R., Tisljar, K., Bassetti, S., Schuetz, P., & Hunziker, S. (2021). Prevalence and factors associated with psychological burden in COVID-19 patients and their relatives: A prospective observational cohort study. *PloS one*, 16(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250590>
- Bellan, M., Soddu, D., Balbo, P. E., Baricich, A., Zeppeghno, P., Avanzi, G. C., Baldon, G., Bartolomei, G., Battaglia, M., Battistini, S., Binda, V., Borg, M., Cantaluppi, V., Castello, L. M., Clivati, E., Cisari, C., Costanzo, M., Croce, A., Cuneo, D., De Benedittis, C., ... Pirisi, M. (2021). Respiratory and Psychophysical Sequelae Among Patients With COVID-19 Four Months After Hospital Discharge. *JAMA network open*, 4(1). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36142>

- Berger, M., Daubin, D., Charriot, J., Klouche, K., Le Moing, V., Morquin, D., Halimi, L., Jaussent, A., Taourel, P., Hayot, M., Cristol, JP., Nagot, N., Fesler, P., & Roubille, C. (2023). Mid-Term Sequelae of Surviving Patients Hospitalized in Intensive Care Unit for COVID-19 Infection: The REHCOVER Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3). <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12031000>
- Bhardwaj, S., Bhardwaj, A., & Parkash, R. (2020). Impact of Covid-19 on Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 5(3), 581–586. https://ijshr.com/IJSHR_Vol.5_Issue.3_July2020/IJSHR_Abstract.0082.html
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66, 745-757. <https://doi.org/10.3917/rfp.663.0745>
- Bonazza, F., Borghi, L., di San Marco, E. C., Piscopo, K., Bai, F., Monforte, A. D., & Vegni, E. (2021). Psychological outcomes after hospitalization for COVID-19: data from a multidisciplinary follow-up screening program for recovered patients. *Research in psychotherapy (Milano)*, 23(3), 491. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.491>
- Bonazza, F., Luridiana Battistini, C., Fior, G., Bergamelli, E., Wiedenmann, F., D'Agostino, A., Sferrazza Papa, G. F., Borghi, L., Piscopo, K., Vegni, E., & Lamiani, G. (2022). Recovering from COVID-19: psychological sequelae and post-traumatic growth six months after discharge. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2095133. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2095133>
- Brown, E., Gray, R., Lo Monaco, S., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., Francey, S., & McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia research*, 222, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005>
- Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, É. (2021). Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bruch.2021.01>
- Cai, X., Hu, X., Ekumi, I. O., Wang, J., An, Y., Li, Z., & Yuan, B. (2020). Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1030–1039. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.07.003>
- Calhoun, C. D., Stone, K. J., Cobb, A. R., Patterson, M. W., Danielson, C. K., & Bendezú, J. J. (2022). The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An Integrated Biopsychosocial Model for Posttraumatic Stress Recovery. *The Psychiatric quarterly*, 93(4), 949–970. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10003-w>
- Camargo, D., Navarro-Tapia, E., Pérez-Tur, J., & Cardona, F. (2023). Relationship between COVID-19 Pandemic Confinement and Worsening or Onset of Depressive Disorders. *Brain sciences*, 13(6), 899. <https://doi.org/10.3390/brainsci13060899>
- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep medicine*, 75, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>

- Ceschi, G., Pictet, A. (2018). *Imagerie mentale et psychothérapie*. Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.picte.2018.01>
- Chamaa, F., Bahmad, H. F., Darwish, B., Kobeissi, J. M., Hoballah, M., Nassif, S. B., Ghandour, Y., Saliba, J. P., Lawand, N., & Abou-Kheir, W. (2021). PTSD in the COVID-19 Era. *Current neuropharmacology*, 19(12), 2164–2179. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210113152954>
- Clark, S., McGrane, A., Boyle, N., Joksimovic, N., Burke, L., Rock, N. and O' Sullivan, K. (2021), "You're a teacher you're a mother, you're a worker": Gender inequality during COVID-19 in Ireland. *Gender Work Organisation*, 28, 1352-1362. <https://doi.org/10.1111/gwao.12611>
- coronavirus disease-2019 patients. *Journal of education and health promotion*, 12, 104. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_195_22
- Crocq, L., Dalligand, L., Villerbu, L., Tarquinio, C., Duchet, C., Coq, J. M., Chidiane, N., & Vitry, M. (2007) Traumatismes psychiques prise en charge des victimes. Print.
- De Graaf, M. A., Antoni, M. L., Ter Kuile, M. M., Arbous, M. S., Duiniveld, A. J. F., Feltkamp, M. C. W., Groeneveld, G. H., Hinnen, S. C. H., Janssen, V. R., Lijfering, W. M., Omara, S., Postmus, P. E., Ramai, S. R. S., Rius-Ottenheim, N., Schali, M. J., Schiemanck, S. K., Smid, L., Stöger, J. L., Visser, L. G., de Vries, J. J. C., ... Roukens, A. H. E. (2021). Short-term outpatient follow-up of COVID-19 patients: A multidisciplinary approach. *EClinicalMedicine*, 32, 100731. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100731>
- De la Rosa Gómez, A., Dominguez-Rodriguez, A., Rodríguez Huitrón, A. M., Flores-Plata, L. A., Santillán Torres-Torija, C., Martínez Arriaga, R. J., Herdoiza-Arroyo, P. E., Robles García, R., Estrada Gómez, A., & Bautista Valerio, E. (2023). Resilience and post-traumatic stress disorder among healthcare workers during the COVID-19 outbreak. *Electronic Journal of General Medicine*, 20(5). <https://doi.org/10.29333/ejgm/13265>
- Desai, A. D., Lavelle, M., Boursiquot, B. C., & Wan, E. Y. (2022). Long-term complications of COVID-19. *American journal of physiology. Cell physiology*, 322(1). <https://doi.org/10.1152/ajpcell.00375.2021>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Duan, L., and Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 7, 300–302. [10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Einvik, G., Dammen, T., Ghanima, W., Heir, T., & Stavem, K. (2021). Prevalence and Risk Factors for Post-Traumatic Stress in Hospitalized and Non-Hospitalized COVID-19 Patients. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2079. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042079>
- Fernández-Pichel, M., Aragón, M.E., Saborido-Patiño, J. et al. Personality trait analysis during the COVID-19 pandemic: a comparative study on social media. *J Intell Inf Syst* (2023). <https://doi.org/10.1007/s10844-023-00810-3>
- Ferrando, S. J., Klepac, L., Lynch, S., Tavakkoli, M., Dornbush, R., Baharani, R., Smolin, Y., & Bartell, A. (2020). COVID-19 Psychosis, A Potential New Neuropsychiatric

- Condition Triggered by Novel Coronavirus Infection and the Inflammatory Response?. *Psychosomatics*, 61(5),551–555.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.05.012>
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Rauch, S., Porter, K., Knowles, K., Powers, M. B., & Kauffman, B. Y. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM–5 (PSSI–5). *Psychological Assessment*, 28(10), 1159–1165. <https://doi.org/10.1037/pas0000259>
- Foa, E.B. & Capaldi, S. (2013). Manual for the Administration and Scoring of the PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSS-I-5).
- Folayan, M. O., Ibigbami, O., ElTantawi, M., Abeldaño, G. F., Ara, E., Ayanore, M. A., Ellakany, P., Gaffar, B., Al-Khanati, N. M., Idigbe, I., Ishabiyi, A. O., Jafer, M., Khan, A. T., Khalid, Z., Lawal, F. B., Lusher, J., Nzimande, N. P., Osamika, B. E., Popoola, B. O., Quadri, M. F. A., ... Nguyen, A. L. (2022). Factors associated with COVID-19 pandemic induced post-traumatic stress symptoms among adults living with and without HIV in Nigeria: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 22(1), 48.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03617-0>
- Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, behavior, and immunity*, 22(5), 668–675. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.09.004>
- Friedman, H. S., (2000). Long-term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of personality*, 68(6), 1089–1107.
<https://doi.org/10.1111/1467-6494.00127>
- Garg, M., Prabhakar, N., Bhalla, A. S., Irodi, A., Sehgal, I., Debi, U., Suri, V., Agarwal, R., Yaddanapudi, L. N., Puri, G. D., & Sandhu, M. S. (2021). Computed tomography chest in COVID-19: When & why?. *The Indian journal of medical research*, 153(1 & 2), 86–92. [10.4103/ijmr.IJMR_3669_20](https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_3669_20)
- Gibbons PW, Kim J, Cash RE, et al. Influence of ICU Surge and Capacity on COVID Mortality Across U.S. States and Regions During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2023;38(6):562-565.
<https://doi.org/10.1177/08850666231157338>
- Goldenberg, A., & Gross, J. J. (2020). Digital emotion contagion. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(4), 316–328. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.01.009>
- Gottlieb, M., & Long, B. (2020). Dermatologic manifestations and complications of COVID-19. *The American journal of emergency medicine*, 38(9), 1715–1721.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.011>
- Griffin G. (2020). Defining trauma and a trauma-informed COVID-19 response. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 12(1), 279–280.
<https://doi.org/10.1037/tra0000828>
- Guelfi, J. & Hardy, P. (2013). Les personnalités pathologiques. Lavoisier.
<https://doi.org/10.3917/lav.guelf.2013.01>
- Haas, J.G. (2021). The COVID-19 Pandemic and the Human Psyche. In: COVID-19 and Psychology. essentials. Springer, Wiesbaden, 25-32.[e-books].Retrieved from
https://doi.org/10.1007/978-3-658-34893-9_5

- Hasto, J., Vojtova, H., Hruby, R., & Tavel, P. (2013). Biopsychosocial approach to psychological trauma and possible health consequences. *Neuro endocrinology letters*, 34(6), 464–481. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24378444/>
- Hathaway, S.R & Mckinley, J.C. (1996). Manuel de MMPI-2. Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2. France: les éditions de centre de psychologie appliquée.
- Hong, S., Kim, H., & Park, M. K. (2021). Impact of COVID-19 on post-traumatic stress symptoms in the general population: An integrative review. *International journal of mental health nursing*, 30(4), 834–846. <https://doi.org/10.1111/inm.12875>
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 12(4), 331–335. <https://doi.org/10.1037/tra0000592>
- Horn, M., Wathelet, M., Fovet, T., Amad, A., Vuotto, F., Faure, K., Astier, T., Noël, H., Duhem, S., Vaiva, G., D'Hondt, F., & Henry, M. (2020). Is COVID-19 Associated With Posttraumatic Stress Disorder?. *The Journal of clinical psychiatry*, 82(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13641>
- Huang, L., Xu, X., Zhang, L., Zheng, D., Liu, Y., Feng, B., Hu, J., Lin, Q., Xi, X., Wang, Q., Lin, M., Zhou, X., He, Z., Weng, H., Deng, Q., Ding, B., Guo, J., & Zhang, Z. (2022). Post-traumatic stress disorder symptoms and quality of life of COVID-19 survivors 6-month follow-up: A cross-sectional observational study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.782478>
- Iranzo, V., & Pérez-González, S. (2021). Epidemiological models and COVID-19: a comparative view. *History and philosophy of the life sciences*, 43(3), 104. <https://doi.org/10.1007/s40656-021-00457-9>
- Janiri, D., Carfi, A., Kotzalidis, G. D., Bernabei, R., Landi, F., Sani, G., & Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group (2021). Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Severe COVID-19 Infection. *JAMA psychiatry*, 78(5), 567–569. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0109>
- Jiao, L., Jiang, W., Guo, Z. Xiao, Y., Yu, M., & Xu, Y. (2023). Good Personality and Subjective Well-Being During the COVID-19 Pandemic: A Three-Wave Longitudinal Study in Chinese Contexts. *Journal of Happiness Studies*, 24, 589–606. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00610-6>
- Kanten, P., Gümüştekin, G., & SKanten, S. (2017). Exploring the Role of A, B, C and D Personality Types on Individuals Work-Related Behaviors and Health Problems: A Theoretical Model. *International Journal of Business and Management Invention*, 6(7), 29-37. www.ijbmi.org
- Karimi, M., Rahnejat, A., Dabaghi, P., Taghva, A., Majdian, M., Donyavi, V & al. (2020). The Psychometric Properties of the Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Scale–Interview Based on DSM-5, in Military Personnel Participated in Warfare. *Iran J War Public Health*, 12 (2), 115-124. <http://ijwph.ir/article-1-897-en.html>
- Kern, M.L., & Friedman, H.S. (2011). Personality and Pathways of Influence on Physical Health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 76-87. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00331.x>

- Khadem Hamzeii, E., Mortazavi, Z., Najafivosough, R., Haghgoo, H. A., & Mortazavi, S. S. (2023). The Post-traumatic Stress Disorder in COVID-19 Recovered Patients: A Cross-sectional Study. *jrehab*, 24 (1), 28-41. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-3189-en.html>
- Kluwe-Schiavon, B., De Zorzi, L., Meireles, J., Leite, J., Sequeira, H., & Carvalho, S. (2022). The psychological impact of the COVID-19 pandemic in Portugal: The role of personality traits and emotion regulation strategies. *PloS one*, 17(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269496>
- Kop W. J. (2021). Biopsychosocial Processes of Health and Disease During the COVID-19 Pandemic. *Psychosomatic medicine*, 83(4), 304–308. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000954>
- Kordi, A., Sarabi-Jamab, A., Shariat, S. V., Rezaee, N., Shariati, B., Faiz, S. H. R., & Mirfazeli, F. S. (2023). Higher anxiety and perceived trauma among COVID-19 patients: a prospective comparative study. *BMC psychiatry*, 23(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04574-6>
- Kroencke, L., Geukes, K., Utesch, T., Kuper, N., & Back, M. D. (2020). Neuroticism and emotional risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of research in personality*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.104038>
- Kumar, V. V., & Tankha, G. (2022). The Relationship between Personality Traits and COVID-19 Anxiety: A Mediating Model. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 12(2), 24. <https://doi.org/10.3390/bs12020024>
- Kunutsor, S. K., & Laukkanen, J. (2020). Hepatic manifestations and complications of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.06.043>
- Liang, L., Gao, T., Ren, H., Cao, R., Qin, Z., Hu, Y., Li, C., & Mei, S. (2020). Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *Journal of health psychology*, 25(9), 1164–1175. <https://doi.org/10.1177/1359105320937057>
- Lippi, G. & Plebani, M. (2020). Laboratory abnormalities in patients with COVID-2019 infection. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 58(7), 1131-1134. <https://doi.org/10.1515/cclm-2020-0198>
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., Hyun, S., & Hahm, H. C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry research*, 290, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., & Zhang, S. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry research*, 292. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113297>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>

- Liu, S., Lithopoulos, A., Zhang, C. Q., Garcia-Barrera, M. A., & Rhodes, R. E. (2021). Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and individual differences*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110351>
- Lopez, G. Sabouraud, A.(1998),Psychothérapie des victimes,Paris : Dunod.
- Luo, M. M., Hao, M., Li, X. H., Liao, J., Wu, C. M., & Wang, Q. (2024). Prevalence of depressive tendencies among college students and the influence of attributional styles on depressive tendencies in the post-pandemic era. *Frontiers in public health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1326582>
- Maguire, D., Watt, J., Armour, C., Milanak,M., Lagdon, S., Lamont, J.V., Kurth, M.J., Fitzgerald, P., Moore,T., & Ruddock,M.w. (2021).Post-traumatic stress disorder: A biopsychosocial case-control study investigating peripheral blood protein biomarkers.*Biomarkers in Neuropsychiatry*,5. <https://doi.org/10.1016/j.bionps.2021.100042>.
- Mariani, R., Renzi, A., Di Monte, C., Petrovska, E., & Di Trani, M. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Primary Emotional Systems and Emotional Regulation. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5742. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115742>
- Marogna, C., Montanari, E., Contiero, S., & Lleshi, K. (2021). Dreaming during COVID-19: the effects of a world trauma. *Research in psychotherapy (Milano)*, 24(2), 541. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.541>
- Matalon, N., Dorman-Ilan, S., Hasson-Ohayon, I., Hertz-Palmor, N., Shani, S., Basel, D., Gross, R., Chen, W., Abramovich, A., Afek, A., Ziv, A., Kreiss, Y., Pessach, I. M., & Gothelf, D. (2021). Trajectories of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression in hospitalized COVID-19 patients: A one-month follow-up. *Journal of psychosomatic research*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110399>
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 594–600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Méndez, R., Balanzá-Martínez, V., Luperdi, S. C., Estrada, I., Latorre, A., González-Jiménez, P., Feded, L., Bouzas, L., Yépez, K., Ferrando, A., Hervás, D., Zaldívar, E., Reyes, S., Berk, M., & Menéndez, R. (2021). Short-term neuropsychiatric outcomes and quality of life in COVID-19 survivors. *Journal of internal medicine*, 290(3), 621–631. <https://doi.org/10.1111/joim.13262>
- Merlo, E. M., Sicari, F., Frisone, F., Costa, G., Alibrandi, A., Avena, G., & Settineri, S. (2021). Uncertainty, alexithymia, suppression and vulnerability during the COVID-19 pandemic in Italy. *Health psychology report*, 9(2), 169–179. <https://doi.org/10.5114/hpr.2021.104078>
- Modersitzki, N., Phan, L. V., Kuper, N., & Rauthmann, J. F. (2021). Who Is Impacted? Personality Predicts Individual Differences in Psychological Consequences of the COVID-19 Pandemic in Germany. *Social Psychological and Personality Science*, 12(6), 1110-1130. <https://doi.org/10.1177/1948550620952576>

- Morabito, D. M., Bedford, C. F., Woller, S., & Schmidt, N. B. (2021). Vulnerability to COVID-19–Related Disability: The Impact of Posttraumatic Stress Symptoms on Psychosocial Impairment During the Pandemic. *Journal of Traumatic Stress*, 34, 701–710
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Cook, J. R., Nordvig, A. S., Shalev, D., Sehwat, T. S., Ahluwalia, N., Bikdeli, B., Dietz, D., Der-Nigoghossian, C., Liyanage-Don, N., Rosner, G. F., Bernstein, E. J., Mohan, S., Beckley, A. A., Seres, D. S., ... Wan, E. Y. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine*, 27(4), 601–615. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
- Nzimande, N. P., El Tantawi, M., Zuñiga, R. A. A., Opoku-Sarkodie, R., Brown, B., Ezechi, O. C., Uzochukwu, B. S. C., Ellakany, P., Aly, N. M., Nguyen, A. L., & Folayan, M. O. (2022). Sex differences in the experience of COVID-19 post-traumatic stress symptoms by adults in South Africa. *BMC psychiatry*, 22(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03883-6>
- Olaseni, A. O., Akinsola, O. S., Agberotimi, S. F., & Oguntayo, R. (2020). Psychological distress experiences of Nigerians during Covid-19 pandemic; the gender difference. *Social sciences & humanities open*, 2(1). <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100052>
- Ozdin, S., & Bayrak, S. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during Covid-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
- Parra, A., Juanes, A., Losada, C. P., Álvarez-Sesmero, S., Santana, V. D., Martí, I., Urricelqui, J., & Rentero, D. (2020). Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study. *Psychiatry research*, 291. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113254>
- Peng, S., & Roth, A. R. (2022). Social Isolation and Loneliness Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study of U.S. Adults Older Than 50. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 77(7), 185–190. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab068>
- Pitron, V., Cantenys, W., Herbelin, A., Bottemanne, H., Dzierzynski, N., Caumes, E., Mathian, A., Amoura, Z., Allenbach, Y., Cacoub, P., Parrot, A., Rotgé, J. Y., & Fossati, P. (2022). Factors Associated With Posttraumatic Stress Symptoms 3 and 6 Months After Hospitalization for COVID-19: A Longitudinal Multicenter Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 84(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.21m14277>
- Qi, R., Chen, W., Liu, S., Thompson, P. M., Zhang, L. J., Xia, F., Cheng, F., Hong, A., Surento, W., Luo, S., Sun, Z. Y., Zhou, C. S., Li, L., Jiang, X., & Lu, G. M. (2020). Psychological morbidities and fatigue in patients with confirmed COVID-19 during disease outbreak: prevalence and associated biopsychosocial risk factors. *medRxiv : the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.08.20031666>
- Quillerou, B., & Bouchard, J. P. (2020). Covid-19 : risques de traumatismes psychologiques pour les malades en réanimation et leurs proches [COVID-19: risks of psychological trauma for patients in intensive care or for their families]. *Soins. Psychiatrie*, 41(331), 42–44. [https://doi.org/10.1016/S0241-6972\(20\)30126-2](https://doi.org/10.1016/S0241-6972(20)30126-2)

- Rammstedt, B., Lechner, C. M., & Weiß, B. (2022). Does personality predict responses to the COVID-19 crisis? Evidence from a prospective large-scale study. *European Journal of Personality*, 36(1), 47-60. <https://doi.org/10.1177/0890207021996970>
- Regulation. *International journal of environmental research and public health*, 18(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18115742>
- Relationship Between Personality Factors and COVID-19-Related Impacts, Concerns, and Behaviors. *Frontiers in psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.608730>
- Reyes, G., Elhai, Jd., Ford, J.D. (2008). The Encyclopedia of psychological trauma. <https://doi.org/10.1002/9781118269947.ch16>
- Ribeiro-Junior, M. A. F., Augusto, S. S., Elias, Y. G. B., Costa, C. T. K., & Néder, P. R. (2022). Gastrointestinal Complications Of Coronavirus Disease (Covid-19). *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva : ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1620>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Rokach, A. (2014). Loneliness of the marginamized. *Journal of depression*, 3(4), 147-153. [10.4236/ojd.2014.34018](https://doi.org/10.4236/ojd.2014.34018)
- Rokni, M., Ghasemi, V., & Tavakoli, Z. (2020). Immune responses and pathogenesis of SARS-CoV-2 during an outbreak in Iran: Comparison with SARS and MERS. *Reviews in medical virology*, 30(3). <https://doi.org/10.1002/rmv.2107>
- Shahsavarinia, K., Javadivala, Z., Allahverdi pour, H., Mousavi, Z., Hamidi, F., Saadati, M., Taghizadieh, A., Amiri, P., & Gilani, N. (2021). Psychological pathways between type D personality and COVID 19. *Health psychology report*, 10(1), 20–30. <https://doi.org/10.5114/hpr.2021.110933>
- Shanbehzadeh, S., Tavahomi, M., Zanjari, N., Ebrahimi-Takamjani, I., & Amiri-Arimi, S. (2021). Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *Journal of psychosomatic research*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>
- Sharifian-Dorche, M., Huot, P., Oshero, M., Wen, D., Saveriano, A., Giacomini, P. S., Antel, J. P., & Mowla, A. (2020). Neurological complications of coronavirus infection; a comparative review and lessons learned during the COVID-19 pandemic. *Journal of the neurological sciences*, 417. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.117085>
- Shetty, P. A., Ayari, L., Madry, J., Betts, C., Robinson, D. M., & Kirmani, B. F. (2023). The Relationship Between COVID-19 and the Development of Depression: Implications on Mental Health. *Neuroscience insights*, 18. <https://doi.org/10.1177/26331055231191513>
- Shulman, S., Stein, J., Melamed, O., Muchaeli, Y., & Kalfon, M.H. (2023). The Role of Personality Risk and Protective Factors in Living with Covid-19: A Longitudinal Study. *Journal of adult development*, 30, 369–380. <https://doi.org/10.1007/s10804-023-09439-6>

- Starcevic, V., & Janca, A. (2022). Personality dimensions and disorders and coping with the COVID-19 pandemic. *Current opinion in psychiatry*, 35(1), 73–77. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000755>
- Stavem, K., Heir, T., Dammen, T., Brønstad, E., Lerum, T. V., Durheim, M. T., Lund, K. M. A., Aarli, B. B., & Einvik, G. (2022). The course and determinants of post-traumatic stress over 12 months after hospitalization for COVID-19. *Frontiers in psychiatry*, 13, 931349. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.931349>
- Sujan, M. S. H., Tasnim, R., Haghighathoseini, A., Hasan, M. M., & Islam, M. S. (2023). Investigating posttraumatic stress disorder among COVID-19 recovered patients: A cross-sectional study. *Heliyon*, 9(3). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14499>
- Sultan, S. & Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.sulta.2012.01>
- Tarsitani, L., Vassalini, P., Koukopoulos, A., Borrazzo, C., Alessi, F., Di Nicolantonio, C., Serra, R., Alessandri, F., Ceccarelli, G., Mastroianni, C. M., & d'Ettorre, G. (2021). Post-traumatic Stress Disorder Among COVID-19 Survivors at 3-Month Follow-up After Hospital Discharge. *Journal of general internal medicine*, 36(6), 1702–1707.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*, Cambridge scholars publishing.
- Tyrrell, P., Harberger, S., Schoo, C., & Siddiqui, W. (2023). *Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Valdés-Florido, M. J., López-Díaz, Á., Palermo-Zeballos, F. J., Martínez-Molina, I., Martín-Gil, V. E., Crespo-Facorro, B., & Ruiz-Veguilla, M. (2020). Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 13(2), 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.009>
- Valverde Barea, M., España Osuna, A., Vargas Melero, P., & Solis, M. (2022). “When the virus decompensated the neurosis.” About a case. *European Psychiatry*, 65. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1337>
- Veisi, R., Kakabarai, K., Chehri, A., & Arefi, M. (2023). The role of death anxiety as a mediator in the relationship between personality types and psychological well-being in Vlaker, J. H., Wesselius, S., van Genderen, M. E., van Bommel, J., Boxma-de Klerk, B., & Wils, E. J. (2021). Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study. *PloS one*, 16(8), e0255774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255774>
- Vos, G. (2021). *The psychology of covid-19 building resilience for future pandemics*: British library.
- W. M., Omara, S., Postmus, P. E., Ramai, S. R. S., Rius-Ottenheim, N., Schalij, M. J., Schiemanck, S. K., Smid, L., Stöger, J. L., Visser, L. G., de Vries, J. J. C., ... Roukens, A. H. E. (2021). Short-term outpatient follow-up of COVID-19 patients: A multidisciplinary approach. *EClinicalMedicine*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100731>
- Wang, P., Wang, R., Tian, M., Sun, Y., Ma, J., Tu, Y., & Yan, Y. (2021). The Pathways from Type A Personality to Physical and Mental Health Amid COVID-19: A Multiple-Group Path Model of Frontline Anti-Epidemic Medical Staff and Ordinary

- People. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1874. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041874>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Yıldırım, M., & Güler, A. (2021). Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. *Personality and individual differences*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110347>
- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Jen, H. J., Pien, L. C., Tsai, H. T., Kamil, A. R., & Chou, K. R. (2022). Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 126. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104136>
- Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2021). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(1), 50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>
- Zettler, I., Schild, C., Lilleholt, L., Kroencke, L., Utesch, T., Moshagen, M., Böhm, R., Back, M. D., & Geukes, K. (2022). The Role of Personality in COVID-19-Related Perceptions, Evaluations, and Behaviors: Findings Across Five Samples, Nine Traits, and 17 Criteria. *Social Psychological and Personality Science*, 13(1), 299-310. <https://doi.org/10.1177/19485506211001680>

الملاحق

ملحق رقم (01): رخصة بحث ميداني

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Hassiba Benbouali de Chlef

FACULTE DES SCIENCES

HUMAINES ET SOCIALES

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة Hassiba Benbouali بن بوعلي بالشلف

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

نيابة العمادة لما بعد التدرج البحث العلمي

والعلاقات الخارجية

الرقم: 2022/1497

إلى السيد: مدير الصحة والسكان لولاية مستغانم

الموضوع: رخصة بحث ميداني.

تحية طيبة، وبعد:

نرجو من سيادتكم الموقرة استقبال وتقديم المساعدة للطالبة: بوشيعي سميرة ،
تخصص: علم النفس الصحة، لإنجاز أطروحة دكتوراه ل م د الطور الثالث الموسومة ب:
الأنماط السلوكية والميول المرضية للشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد 19 لدى
المتعافين منه.

تقبلوا منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.

أولاد فارس في: 2022/10/04

نائب العميد



ملحق رقم (02): رخصة بحث ميداني

مستغانم في 2021/09/15

السيدة: بوشياخي سميرة

نفساني عيادي رئيسي

إلى السيدة

رئيسة وحدة المتابعة النفسية والبيداغوجية ريزانفيل

التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية

لولاية مستغانم

الموضوع: طلب ترخيص

لي الشرف أن أطلب منكم الموافقة والترخيص لي باستقبال حالات من المتعافين من كوفيد-19 داخل المركز وهذا في إطار دراسة ميدانية وإجراء بحث لإعداد أطروحة دكتوراه ل م د الطور الثالث المعنونة بـ: "الأنماط السلوكية والميول المرضية للشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19".

في انتظار موافقتكم تقبلوا مني سيدتي فائق الاحترام والتقدير.

المعنية بالأمر



ملحق رقم (03): دليل المقابلة العيادية البحثية

تاريخ المقابلة:.....

مدة المقابلة:.....

المحور الأول: البيانات الشخصية

الاسم	الجنس	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى التعليمي	المهنة

المحور الثاني: الملاحظات العيادية للحالة العقلية والسلوكية والنفسية

1. الهيئة: تسجيل أي ملاحظة على شكله الخارجي من حيث القامة، الوزن، ملامح الوجه
2. الهندام: مرتب، نظيف، لائق...
3. النشاط النفسي: من حيث حركة الجسم، نبرة الصوت، اللغة، الذاكرة، الأفكار، المزاج...
4. التطرق للتاريخ النفسي للحالة: قبل الإصابة بعدوى الفيروس

المحور الثالث/ الإصابة بعدوى فيروس كوفيد-19

- تحدث عن تجربة إصابتك بفيروس كوفيد-19 ؟
- كيف تعرضت للعدوى بالفيروس ومتى كان ذلك؟
- كيف تلقيت الخبر وكيف كانت استجابتك؟
- ماهي أهم الأعراض التي عانيت منها في المرحلة الأولى من العدوى؟
- كيف دخلت إلى المستشفى؟ ومتى ؟
- ما مدى معرفتك بالمرض؟

المحور الرابع/ المعاش السيكوسوماتي خلال مرحلة الاستشفاء

- كيف كانت استجابتك بعد العدوى؟
- كيف يمكن أن تصف لي حالتك النفسية بعد الدخول إلى المستشفى؟
- بماذا أحسست وفيما كنت تفكر خلال مرحلة الاستشفاء؟

- صف لي كيف كنت تتصرف خلال مرحلة الاستشفاء؟
- احكي لي عن المضاعفات التي عانيت منها خلال مرحلة الاستشفاء؟
- في كلمة كيف تصف مرحلة الاستشفاء؟

المحور الخامس/ المعاش السيكوسوماتي بعد الاستشفاء (التعافي)

- تحدث عن حالتك النفسية والجسدية بعد انتهاء مدة الاستشفاء ؟
- بماذا كنت تحس؟ وكيف كنت تتصرف؟ وفيما كنت تفكر؟
- صف لي أكثر الأعراض الجسدية التي بقيت تعاني منها؟
- كيف يمكنك أن تصف حالتك النفسية قبل إصابتك بالعدوى؟
- كيف كانت نظرة الناس لك؟

المحور السادس/ تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه

- أطلب منك المشاركة في الإجابة على هذا الاختبار.

ملحق رقم (04): المعلومات الديمغرافية

سيدي سيدتي:

في إطار التحضير لأطروحة الدكتوراه في علم النفس الصحة حول موضوع : الأنماط السلوكية والميول السيكوباتولوجية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19 ، نرجوا منك المساعدة من خلال الإجابة على مجموعة البيانات المقدمة إليك بوضع علامة (*) في الخانة المناسبة ثم الانتقال للإجابة على المقياسين بقراءة التعليمات الخاصة بكل مقياس.

علما أن المعلومات التي نلقاها من هذه المقاييس ستحاط بالأمانة والسرية التامة كما أنها تستخدم لفائدة البحث العلمي لا غير.

1. الجنس:		☐ ذكر	☐ أنثى
2. السن:			
3. المستوى التعليمي:		☐ ابتدائي	☐ متوسط
		☐ ثانوي	☐ جامعي
4. أهم المضاعفات التي أصابتك بعد عدوى كوفيد - 19:			
☐ متلازمة الضائقة التنفسية الحادة		☐ التليف الرئوي	
☐ مضاعفات الجلدية		☐ المضاعفات العصبية والنفسية	
☐ ارتفاع ضغط الدم		☐ القلب والأوعية الدموية	
☐ السكري		☐ مضاعفات الجهاز الهضمي	
☐ المضاعفات الكلوية		☐ السرطان	
		☐ المضاعفات العضلية الهيكلية	

ملحق رقم (05): مقياس الأنماط السلوكية لصولي بن سباط

التعليمات: سأكون شاكرا لو تكرمتم بالإجابة عن كل من الاقتراحات التالية بوضع علامة * في الخانة المناسبة فإنه سيسمح لك بمعرفة أي نمط شخصي تقترب منه.

1- هل أنت في عجلة دائمة؟:			
أ - نعم دائما	ب - عندما يتطلب الأمر	ت - لا، أنت بحاجة لأخذ وقتك الكافي	ح - أبدا لا تتحمل ذلك.
2- في الحالة الاستعجالية:			
ت - ترتبك تماما	أ - هذا يجعلك أكثر يقظة	ج - أتبالي وتكمل في ريثمك العادي	ب - تأخذ بالرغم من ذلك وقت لتحليل الوضعية
3- أنت ملزم بالقيام بعدة أعمال في وقت واحد:			
أ - هذا يستثيرك	ت - هذا يعيقك	ب - تقوم باختيار	ث - تقوم دائما بعدة أعمال في وقت واحد
4- هذا الصباح ، لا تسير الأمور على النحو الذي تريد:			
أ - متذمر طوال النهار	ت - تتم في هدوء	ج - تقرر أن تأخذ وقت راحة	ح - ترجع إلى النوم مرة أخرى
5- الكناية التي تنطبق أكثر عليك:			
ت- الهادئ المزيف	ج - القوة الهادئة	أ - القدر الميقاتي	ث - البلدوزر
6- سائق متهور يعتدي عليك:			
ح - ينتابك غضب شديد ، لكنك لا تظهر شيئا	ث - تثور بعنف	ب - تجيبه بهدوء	ج - هذا يجعلك غير مبالي.
7- مع معاونيك:			
ث - أنت متطلب، مدقق	ت - تعتمد على الآخرين	ب - تعرف وضع الثقة في الآخرين	ح - في كل الأحوال، المسؤوليات تربكك
8- الترقية المنتظرة رفضت:			
أ - تغادر دون رجعة	ث - تظهر غضبا جليا	ت - لا تقول شيء، ولكن تنمي فيك الحق	ب - تتقبل الأمر بعقلانية.
9- شيء يستفزك أو لا يعجبك:			
أ - تجيب مباشرة ، بعنف و غضب	ت - لا تقول شيء، لكن هذا يجعلك مريضا.	ب - تجيب بهدوء	ث - لا تستطيع الرد، لكن تصبح متهيج وعصبي
10- جدول أوقاتك:			
أ - هو مكثف وغير منظم	ت - لا تعرف أبدا ما عليك القيام به	ج - متوازن ما بين العمل، العائلة و الاستجمام	ح - لا تحب أن يكون لك جدول أوقات
11- يطلب منك العمل في نهاية عطلة الأسبوع فتد:			
ب - ببساطة، لا	ت - نعم، ولكنك رافض في قرارة نفسك	ث - رائع، هذا سيشغلني	أ - تصرخ، بأن هذا غير مقبول بتاتا.
12- مع زملائك تشعر:			
ث - عادة في تنافس	ت - أحيانا تجاوزك الأمور	ب - دائما في موقعك	أ - تريد أن تكون الأفضل
13-أنت في عطلة :			
ث - عدم العمل يشعرك بالملل وأنت مستعجل للعودة إلى المكتب	ت - تناول ما بين الرياضة و الاستجمام دون دقيقة للراحة	ح - تغتنم الراحة للتجوال و النمو.	ج - تشعر بحال جيد
14- يشرح لك قصة طويلة و معقدة :			
أ - لا تصبر على انتظار النهاية	ث - تريد على الفور معرفة الأهم	ح - لا تفهم شيء و تفقد التسلسل	ب - تنصت بتمعن
15- عليك أن تتخذ قرار بسرعة :			
هذا ما تفعله طول اليوم	ت - إنه الارتباك	ب - لما لا ؟ نتحكم في جميع الحالات	ج - أن يترك لك 10 دقائق للتفكير

ملحق رقم (06): مقياس الصدمة النفسية SPSSI-5

التعليمية: نرجوا منك الإجابة على هذه الأسئلة التي تتعلق بالخبرات الصادمة، والأحداث المؤلمة التي عايشتها بعد إصابتك بفيروس كورونا والتي أثرت في صحتك النفسية والجسدية في الفترة الماضية من إصابتك (الشهر الماضي). يُرجى الإجابة عن جميع الأسئلة بوضع علامة (*) في المكان المناسب.

الرقم	الخبرة الصادمة	أبدا 0	نادرا 1	أحيانا 2	غالبا 3	دائما 4
01	هل كانت لديك ذكريات مؤلمة غير مرغوب فيها عن الصدمة ؟					
02	هل راودتك أحلام سيئة، أو كوابيس متعلقة بالصدمة؟					
03	هل مررت بتجربة الشعور كما لو كانت الصدمة تحدث بالفعل مرة أخرى؟					
04	هل شعرت بالاستياء العاطفي عندما تم تذكيرك بالصدمة؟					
05	هل عانيت من ردود فعل جسدية عند تذكيرك بالصدمة (مثل التعرق وسرعة ضربات القلب) ؟					
06	هل كنت تبذل جهودا لتجنب الأفكار، أو المشاعر المتعلقة بالصدمة؟					
07	هل كنت تبذل جهودا لتجنب (الأنشطة، أو المواقف، أو الأماكن) التي تذكرك بالصدمة، أو التي تشعر بأنها أكثر خطورة منذ الصدمة؟					
08	هل هناك أجزاء مهمة من الصدمة لا يمكنك تذكرها؟					
09	هل كنت تنظر إلى نفسك، أو الآخرين، أو العالم بطريقة أكثر سلبية، مثلا (لا أستطيع الوثوق بالناس)، "أنا شخص ضعيف"؟					
10	هل لمت نفسك على الصدمة، أو على ما حدث بعد ذلك؟					
11	هل شعرت بمشاعر سلبية شديدة، مثلا (الخوف، أو الرعب، أو الغضب أو الذنب أو الخجل) ؟					
12	هل فقدت الاهتمام بالأنشطة التي اعتدت القيام بها؟					
13	هل شعرت بالانفصال أو الانعزال عن الآخرين ؟					
14	هل تواجه صعوبة بالشعور أنك شخص إيجابي؟					
15	هل تصرفت بمزيد من الانفعال أو العدوانية؟					
16	هل قمت بمزيد من المخاطر، أو القيام بأشياء قد تسبب لك أو للآخرين الأذى، مثلا (قيادة دراجة هوائية بتهور، التدخين)؟					
17	هل كنت حذرًا، أو متيقظًا بشكل مفرط، مثلا (التحقق لمعرفة من حولك، وما إلى ذلك) ؟					
18	هل كنت أكثر ثبات أو شعرت بالذهول؟					
19	هل واجهت صعوبة في التركيز؟					
20	هل واجهت صعوبة في النوم أو الاستمرار في النوم؟					

ملحق رقم (07): اختبار مينسوتا متعدد الأوجه MMPI-2

التعليمية: نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك بالإجابة على هذا الاستبيان، بوضع علامة (*) في الخانة المناسبة:

لا	نعم	الأسئلة
		1- أحب قراءة مجلات الميكانيكا
		2- شهييتي للطعام جيدة
		3- أستيقظ نشطا ومرتاحا معظم الأيام
		4- أود لو كانت وظيفتي أمين مكتبة
		5- من السهل أن أستيقظ من نومي بسبب الضوضاء
		6- أبي رجل طيب (وإذا كان متوفى) كان أبي طيبا
		8- عادة ما تكون يداي وقدماي دافئة بما يكفي
		7- أحب أن أقرأ موضوعات صحف الحوادث
		9- حياتي اليومية مليئة بما يمتعني ويسعدني
		10- قدرتي على العمل لم تتغير عما كانت عليه من قبل
		11- يبدو وكأن شينا في حلقي معظم الوقت
		12- أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية
		13- على الناس أن يفهموا أحلامهم ليتخذوها مرشدا أو محذرا (نذيرا)
		14- أستمتع بالقصص الغامضة أو البوليسية
		15- إنني أعمل تحت ضغط أو توتر (عصبي) شديد
		16- عندي أسرار أخفيها عن الآخرين
		17- إنني متأكد بأن حظي قليل في هذه الحياة
		18- أعاني من نوبات من الغثيان أو القيء
		19- عندما أتسلم وظيفة جديدة أحيانا أعرف الشخصية التي يهمني إرضائها
		20- نادرا جدا ما أصاب بالإمساك
		21- في بعض الأحيان أجد عندي رغبة شديدة لترك المنزل
		22- يبدو أنه ما من أحد يفهمني
		23- في بعض الأوقات تتنابني نوبات من الضحك والبكاء لا أستطيع التحكم فيها
		24- تمسني الأرواح الشريرة في بعض الأوقات
		25- بوذي أن أكون مغنيا
		26- عندما أقع في مازق أشعر أنه من الأفضل تماما أن لا أتكلم وألتزم الصمت
		27- عندما يسيء الناس لي أشعر أنه من حيث المبدأ يجب علي أن أرد إساءتهم قدر المستطاع
		28- بضايقتي ما أعانيه من اضطراب في معدتي لعدة مرات بالأسبوع
		29- أشعر في بعض الأحيان بأنني أرغب بالسب أو الشتم
		30- أعاني من الكوابيس كل بضعة ليالي
		31- يصعب علي أن أركز عقلي في مهمة أو عمل
		32- مررت بأحداث عجيبة جدا أو غريبة للغاية
		33- نادرا ما أقلق على صحتي
		34- لم أقع أبدا في متاعب بسبب سلوكي الجنسي
		35- قمت بسرقة بعض الأشياء عندما كنت صغيرا
		36- أعاني من السعال (الكحة) في معظم الأوقات
		37- في بعض الأوقات أجد عندي الرغبة في تحطيم الأشياء
		38- مررت بفترات قصرت أو طالت كنت لا أهتم فيها بشيء لعدم استطاعتي القيام بأي نشاط
		39- نومي مضطرب (متقطع) منذ فترة
		40- في معظم الأوقات أشعر بأوجاع في رأسي كله
		41- لا أقول الصدق دائما
		42- لو أن الناس لم تضرر شينا ضدي لكنت أكثر نجاحا مما أنا عليه
		43- حكمي على الأمور الآن أحسن مما كان عليه في أي وقت من قبل
		44- أشعر بحرارة فجأة بكل جسمي مرة أو أكثر بالأسبوع بدون سبب واقعي
		45- إن صحتي على ما يرام كصحة معظم أصدقائي
		46- أفضل أن أتجاهل أصدقاء المدرسة أو معارفي اللذين لم أرهم منذ زمن بعيد حتى يكلموني هم أولا
		47- نادرا ما عانيت من آلام في قلبي أو في صدري
		48- أفضل في معظم الأوقات أن أجلس أو أعيش في حلم يقظة على أن أقوم بأي عمل آخر
		49- إنني شخص اجتماعي جدا
		50- غالبا ما أتلقى الأوامر من شخص أقل معرفة مني
		51- أخاف من الحوادث
		52- أنا لم أعش الحياة بطريقة صحيحة
		53- غالبا ما ينتابني في أجزاء من جسمي إحساس يشبه سخونة أو القشعريرة أو التميل أو ما يشبه الدخول بالنوم .

54-	أسرتي لا تحب العمل الذي اخترته (أو العمل الذي أنوي اختياره في حياتي المهنية	
55-	أحيانا ما أوصل الإصرار على شيء أريده إلى أن يفقد الآخرون صبرهم	
56-	بودي أن أكون سعيدا كما يبدو الآخرون	
57-	من النادر جدا أن أشعر بألم خلف رقبتى	
58-	أعتقد أن كثيرا من الناس يبالغون في الحديث عن سوء حظهم لينالوا عطف الآخرين ومساعدتهم	
59-	أعاني من ارتباك في فم معدتي لبضع أيام أو أكثر	
60-	يزعجني أن أسمع أشياء غريبة جدا عندما أكون وسط الناس	
61-	أنا شخص مهم	
62-	غالبا ما وددت أن أكون أنثى (وإذا كان من يجيب على الاختبار أنثى :إنني لم أسف أبدا لكوني أنثى)	
63-	لا تتجرح مشاعري بسهولة	
64-	أستمتع بقراءة قصص الحب	
65-	أشعر بالكآبة في معظم الأوقات	
66-	سيكون من الأفضل إذا ألغيت معظم القوانين	
67-	أحب الشعر	
68-	أشاكس الحيوانات في بعض الأوقات	
69-	أعتقد أنني أحب العمل الذي أعيش فيه مع الطبيعة	
70-	من السهل أن أكون المهزوم في أي مناقشة	
71-	أجد من الصعوبة في هذه الأيام أن أحتفظ بالأمل في بلوغ شيء	
72-	أشعر أحيانا بأن روحي تترك جسدي	
73-	أنا على يقين من قلة ثقتي في نفسي	
74-	أتمنى لو كنت بائع زهور	
75-	عادة ما أشعر أن الحياة لها قيمة	
76-	يحتاج الأمر لمجهود كبير كي يقتنع كثير من الناس بالحقيقة	
77-	أوجل أحيانا عمل اليوم إلى الغد	
78-	معظم من يعرفوني يحبوني	
79-	لا يهمني عندما أكون موضوعا للمداعبة أو المزاح	
80-	أحيانا عمل بالتمريض	
81-	أظن أن معظم الناس قد يكذبون كي يصلوا إلى الأعلى	
82-	أعمل أشياء عديدة تدفعني للأسف أكثر من أي شخص آخر	
83-	مشاجراتي مع أفراد أسرتي قليلة جدا	
84-	عوقبت بالطرد المؤقت من المدرسة مرة أو أكثر بسبب سوء السلوك	
85-	تسيطر علي رغبة قوية في بعض الأوقات لعمل بعض الأشياء الضارة أو الصادمة	
86-	أحيانا أذهب إلى الحفلات وغيرها من المناسبات التي يوجد بها اللهو الصاخب	
87-	قابلت مشاكل عديدة لها حلول كثيرة لدرجة يتوقف فيها عقلي	
88-	أعتقد أن من حق النساء أن تكون لهن من الحرية الجنسية مثل ما للرجال	
89-	أصعب معاركي هي معركتي مع نفسي	
90-	أحب والدي (ولو كان متوفى : كنت أحب والدي)	
91-	نادرا ما أعاني من تقلصات أو شد في عضلاتي	
92-	يبدو أنني لا أهتم بما يحدث لي	
93-	أشعر بالقلق عندما تسوء صحتي	
94-	أشعر في أوقات كثيرة بأنني ارتكبت خطأ أو فعلت شرا	
95-	أنا سعيد في معظم الأوقات	
96-	أرى أشياء أو حيوانات أو أشخاص من حولي لا يراها الآخرون	
97-	يبدو كأن هناك انتفاخا أو تورما يملأ رأسي أو أنفي في معظم الأوقات	
98-	يتصف بعض الناس بحبهم الشديد للسيطرة لدرجة تجعلني أحيانا أخالف ما يطلبونه حتى لو كنت أعرف أنهم على صواب	
99-	بعض الناس يضمر أو يخفي في نفسه شيئا ضدي	
100-	لم أقم أبدا بعمل خطير بمجرد أنه يحقق الإثارة	
101-	أشعر غالبا كأن هناك رباطا ضاعطا يلف رأسي	
102-	ينتابني الغضب في بعض الأحيان	
103-	أستمتع أكثر عندما أراهن على المسابقات أو الألعاب	
104-	معظم الناس يوصفون بالأمانة لخوفهم من انكشاف أمرهم	
105-	حولت من قبل إلى مدير أو ناظر المدرسة للتأديب أكثر من مرة بسبب الشكوى من سوء سلوكي	
106-	طريقة كلامي لم تتغير (ليست بأسرع أو أبطأ أو متلعثمة أو متحشجة)	
107-	لا ألزم بأداب المائدة في بيبي كما ألزم بها في الخارج	
108-	إن من يمتلك القدرة ويبدل جهده بالعمل تكون لديه فرصة طيبة للنجاح	
109-	يبدو أن عندي نفس الطاقة والمهارة التي عند أغلب الناس حولي	
110-	معظم الناس يستخدمون بعض الوسائل المتنوية ليكسبوا نفعا أو ميزة بدلا من أن تضيع منهم	
111-	أعاني كثيرا من معدتي	
112-	أحب المواقف التمثيلية المؤثرة	

113-	إنني أعرف من المسؤول عن معظم متاعبي	
114-	أحيانا ما تعجبني أشياء تخص الآخرين مثل الأحذية والجوارب أو قطعة ملابس وغيرها حتى أنني أود الإمساك بها أو الاحتفاظ بها رغم أنني لن أستخدمها	
115-	لا أخاف أو أصاب بالغثيان لرؤية الدم	
116-	لا أستطيع غالبا أن أفهم السبب في غضبي أو تدمري	
117-	لم يحدث أبدا أن تقيأت أو سعلت دما	
118-	لا أنزعج من فكرة إصابتي بالمرض	
119-	أحب جمع الأزهار أو تربية النباتات المنزلية	
120-	كثيرا ما أجد أن من الضروري أن أدافع عما أظنه صوابا	
121-	لم أنغمس مطلقا في ممارسات جنسية شاذة أو منحرفة	
122-	في بعض الأوقات تتوارد أفكاري بسرعة شديدة وبصورة لا أستطيع أن أعبر عنها	
123-	أتحدث أحيانا عن الناس في غيابهم	
124-	غالبا ما أستغرب السبب الخفي الذي يدفع شخصا آخر إلى أن يقدم لي بعض الخير	
125-	أعتقد أنني أعيش حياة عائلية سعيدة مثل معظم الناس الذين أعرفهم	
126-	إنني مؤمن بقوة القانون	
127-	ينجرح شعوري بشكل كبير نتيجة للنقد أو اللوم	
128-	أحب أن أقوم بطبخ الطعام	
129-	تصرفاتي محكومة إلى حد كبير بسلوك المحيطين بي	
130-	أشعر على الدوام بأنني عديم الفائدة بالفعل	
131-	عندما كنت صغيرا كنت أنضم إلى جماعة أو شلة من الأصدقاء يساعدون بعضهم البعض للتغلب على الشدائد والمشاكل	
132-	أعتقد بوجود حياة أخرى	
133-	أحببت أن أكون جنديا	
134-	أشعر في بعض الأحيان برغبة في الاشتباك بالأيدي مع أي شخص	
135-	غالبا ما ضيعت الكثير من الفرص لأنني لم أبتغي الأمور بصورة حاسمة	
136-	مما يفقدني صبري أن يطلب الناس نصيحتي أو مقاطعتني أثناء انشغالي في بعض الأمور الهامة	
137-	اعتدت أن أكتب مذكراتي اليومية	
138-	أعتقد أنني مستهدف بمؤامرة ضدي	
139-	أفضل الكسب عن الخسارة في اللعب	
140-	أدخل بالنوم معظم الليالي دون أن تشغلني أو تزعجني أفكار ما قبل النوم	
141-	صحتي كانت على ما يرام في أغلب الأوقات خلال السنوات القليلة الماضية	
142-	لم أصب بأي نوبة تشنج على الإطلاق	
143-	وزني لا يزيد ولا ينقص	
144-	أعتقد أن هناك من ينتبهنني	
145-	أشعر أنني عوقبت كثيرا في الغالب بدون سبب	
146-	أبكي بسهولة	
147-	لم أعد أستطيع أن أفهم ما أقرأه بنفس الدرجة التي كنت أفهم بها من قبل	
148-	لم أشعر مطلقا بأن حياتي أفضل من ماهي عليه الآن	
149-	تبدو قمة رأسي رخوة أو طرية	
150-	أشعر أحيانا وكأنه يجب علي أن أضرب أو أرح نفسي أو أي شخص آخر	
151-	أشعر بالغيظ إذا تمكن شخص ما أن يخدعني بمهارة إلى الحد الذي يجعلني أعترف بأنه نجح في خداعي	
152-	لا أتعجب بسرعة	
153-	أناخر أحيانا عن مواعيد عملي	
154-	إنني أخاف عندما أظل من فوق مكان مرتفع	
155-	وقوع أي شخص من أفراد عائلتي في مشاكل قانونية لن يجعلني عصيبا	
156-	لا أشعر بالسعادة إلا إذا قمت بالتجوال أو السفر والترحال	
157-	لا يهمني ما يظنه الآخرون عني	
158-	لا أكون مرتاحا عندما أقوم بعمل بهلواني أو تهريج في حفلة ما حتى لو قام الآخرون بعمل نفس الشيء	
159-	لم يحدث مطلقا نوبات اغماء.	
160-	كنت أحب المدرسة	
161-	كثيرا ما أبذل كل الجهد كي أداري خجلي	
162-	يحاول شخص ما أن يسمني أو يضع السم لي	
163-	لا أخاف من التلاعبين أو الزواحف بصورة كبيرة	
164-	نادرا أو لم يحدث أبدا أن أصبت بنوبات من الدوار والدوخة	
165-	يبدو أن ذاكرتي على ما يرام	
166-	تقلقني الأمور الجنسية.	
167-	أجد صعوبة باختيار موضوع للحديث مع الناس الذين تعرفت عليهم حديثا	
168-	مرت بي فترات قمت فيها بأفعال من غير أن أعرف ما الذي فعلته فيما بعد	
169-	عندما أشعر بالملل أحاول أن أنشر جوا من الإثارة والصخب	
170-	أخاف من أن أفقد عقلي	
171-	أنا ضد إعطاء النقود للمشحاذين	

172	كثيرا ما ألاحظ أن يداي ترتعشان عندما أحاول القيام بعمل ما-	
173	أستطيع أن أقرأ لمدة طويلة من غير أن تتعب عيناى-	
174	أحب أن أدرس أو أقرأ أو أتابع الأمور المتصلة بعملى-	
175	أحس بضعف عام فى أغلب الأوقات-	
176	نادرًا (قليلا جدا) ما أعانى من الصداع-	
177	لم تصبح يداى قليلة الحساسية أو تهتز عندما أمسك بالأشياء	
178	عندما أشعر بالخجل أتصيب عرقا فى بعض الأوقات وهذا الأمر يزعجنى بشدة	
178	عندما أشعر بالخجل أتصيب عرقا فى بعض الأوقات وهذا الأمر يزعجنى بشدة	
179	لم يحدث أن عانيت أى صعوبة بالاحتفاظ بتوازنى أثناء المشى	
180	يوجد خلل ما أصاب عقلى	
181	لم يحدث أن أصبت بنوبات حادة من الحمى أو الربو	
182	حدثت لى نوبات لم أستطع من خلالها أن أسيطر على حركاتى أو كلامى ولكنى لم أفقد الوعي لما يدور من حولى	
183	ليس كل من أعرفه أحبه	
184	قليلا ما أشرد أو أسرح مع أحلام اليقظة	
185	أتمنى لو لم أكن خجولا إلى هذه الدرجة	
186	لا أخشى من الإمساك بالنقود بيدي	
187	لو كنت محررا صحفيا فأنى أفضل بشدة أن أكتب عن أخبار المسرح	
189	أستمتع بأنواع كثيرة من الألعاب أو وسائل الترفيه	
190	أحب مغزلة أو معاكسة الجنس الآخر	
191	أحب أن أكون صحفيا	
192	أمى سيدة طيبة وإذا كانت متوفاة (كانت أمى سيدة طيبة)	
193	أحرص بشدة على أن أتخطى الشقوق الموجودة فى الطريق أثناء المشى	
194	لم يحدث أن أصبت بطفح جلدى مثل ظهور حبوب حمراء على جزء من الجلد أو معظم الجسم لدرجة شغلت بالى	
195	لا يسود الحب والتآخي بين أفراد أسرتى مثل باقى الأسر	
196	أقلق وينشغل بالى على أمر من الأمور بصورة متكررة	
197	أتمنى أن أكون مقاول مبانى	
198	غالبا ما أسمع أصواتا من غير أن أعلم من أين مصدرها	
199	أحب العلوم	
200	ليس من الصعب على أن أطلب المساعدة من أصدقائى حتى لو لم أكن أستطيع أن أرد الجميل	
201	أحب الصيد حبا شديدا	
202	لم يوافق والدى أو والدتى على نوع الأشخاص الذين كنت أصحابهم	
203	تأمرنى نفسى بالسوء فى بعض الأحيان	
204	سمعى لا يقل قدرة عن معظم الناس	
205	بعض أفراد أسرتى لهم عادات تضايقتى جدا	
206	أشعر أحيانا بقدرتى على اتخاذ القرارات بصورة غير عادية	
207	أتمنى أن أكون عضوا فى عدة نوادى	
208	نادرًا ما ألاحظ ضربات قلبي ونادرًا ما أصاب بضيق فى التنفس	
209	أحب التحدث بالأمور الجنسية	
210	أحب أن أزور الأماكن التى لم يسبق لى رؤيتها	
211	لنى خطة ملهمة فى حياتى تقوم على أساس أداء الواجب ما زلت أتبعها بدقة	
212	أقف أحيانا فى طريق الناس الذين يحاولون القيام بأمر ما ليس لأجل المعارضة بل من أجل المبدأ فقط	
213	أغضب بسهولة وسرعان ما أهدأ	
214	كنت مستقلا إلى حد كبير ومتحررا من تحكم أسرتى	
215	كثيرا ما أنشغل بأحزانى	
216	هناك من يريد أن يسرقنى	
217	معظم أقاربى يتعاطفون معى	
218	تمر بى أوقات من عدم الاستقرار والحيرة لدرجة أنى لا أستطيع أن أجلس طويلا فى مقعدى	
219	أصبت بخيبة أمل بالحب	
220	شكلى لا يقلقنى	
221	أحلم عادة بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى	
222	يجب أن يتعلم الأطفال جميع الحقائق الأساسية المتعلقة بالأمور الجنسية	
223	لست عصبيا لدرجة أكبر مما هو عند معظم الناس	
224	عندى بعض الألام الخفيفة التى لا تذكر	
225	لا يكاد يفهم الناس الآخرون طريقتى فى تصريف الأمور	
226	أشعر أحيانا وبدون سبب بالإثارة والسعادة و كأ ننى أظير فرحا حتى وإن كانت الأمور لا تسير على ما يرام.	
227	لا ألوم أى شخص يحاول أن يحصل لنفسه على كل ما يمكن أن تقع عليه يده فى هذه الدنيا	
228	أعتقد أن هناك من يحاول أن يسرق أفكارى	
229	حدثت لى نوبات انفصلت فيها عن ماكنت أقوم به وغبت تماما عن ما يدور حولى	
230	أستطيع أن أحتفظ بصدائى مع أشخاص يقومون بأفعال أعتبرها خطأ	

231-أحب أن أكون مع مجموعة يداعبون بعضهم البعض بالمقابل		
232-أرفض أحيانا ما يطلبه مني الآخرون		
233-أجد صعوبة في البدء بعمل ما		
234-أعتقد بأنني إنسان مكتوب عليه اللعنة		
235-كنت لا أفهم الدروس (أو بطيء التعلم)في المدرسة		
236-لو كنت رساما لتمنيت أن أرسم الزهور		
237-لا أتضايق من أنني لست أحسن شكلا مما أنا عليه		
238-أعرق بسهولة حتى بالجو البارد		
239-أنا واثق كل الثقة من نفسي		
240-مررت بأوقات كان من المستحيل ساعتها أن أمنع نفسي من سرقة أشياء من محلات البيع		
241-من الأسلم أن لا نتق في أحد		
242-تتنابني نوبة من الهياج والإثارة مرة في الأسبوع أو أكثر		
243-أجد صعوبة في اختيار موضوعات مناسبة للحديث عندما أكون في وسط مجموعة من الناس		
244-غالبا ما أجد شيئا ينقذني من حالات انخفاض روحي المعنوية		
245-عندما أغادر بيتي لا يطاردني الضيق أو الشك في أن أكون قد تركت النوافذ مفتوحة أو قفل الباب غير مغلق		
246-أعتقد أن عندي من الذنوب مالا تغفر		
247-أشعر بالتميل (الحكمة)في موضع أو أكثر من جلدي		
248-لا ألوم أي شخص يستغل من يعرض نفسه للاستغلال		
249-لم يضعف نظري عما كان عليه من سنوات		
250-أعجب أحيانا بمهارة بعض النصابين لدرجة أتمنى لهم النجاح فيما يقومون به		
251-غالبا ما أشعر أن بعض الناس الأغراب ينتقدوني		
252-كل الأشياء عندي لها نفس المذاق والطعم		
253-أشرب يوميا كميات كبيرة من الماء بشكل غير عادي		
254-يبنى معظم الناس صداقاتهم على أساس المنفعة من أصدقاءهم		
255-لا أشعر أبدا بظنين أو رنين في أذني		
256-أشعر من حين لآخر بكرهية نحو بعض أفراد أسرتي الذين أحبهم بالعادة		
257-لو كنت مراسلا صحفيا لتمنيت أن أنقل أخبار الرياضة		
258-أستطيع أنأما أثناء النهار ولا أستطيع النوم أثناء الليل		
259-إنني على ثقة من أن الناس يتحدثون عني		
260-أضحك من حين لآخر على النكت القبيحة أو الساخرة		
261-مخاوفي قليلة إذا قورنت بمخاوف أصدقائي		
262-لا أشعر بالحرج عندما أكون في جماعة ويطلب مني أن أبدأ مناقشة أو أعبر عن رأيي في شيء أعرفه معرفة جيدة		
263-دانما ما أسخط عن القانون إذا وجدت بعض المجرمين قد أفلتوا من العقاب بفضل مهارة محام قدير		
264-تناولت الخمر بكثرة		
265-عادة لا أبدأ بالحديث مع الناس حتى يبدأوا هم		
266-لم يحدث أبدا أن وقعت في مشكلة قانونية		
267-تأتي علي أوقات أشعر فيها بالتشراح بدون سبب واضح		
268-أتمنى أن لا تضايقتي الأفكار الجنسية		
269-إذا وجدت مجموعة من الناس أنهم في مأزق فالأفضل أن يتفقوا على قصة أو حيلة واحدة و يلتزموا بها جميعا		
270-لا أتضايق عندما أشاهد الحيوانات تتعذب		
271-مشاعري أكثر عمقا من مشاعر معظم الناس		
272-لم أحب في أي فترة من فترات حياتي أن ألعب بالعرانس		
273-أشعر بأن الحياة مرهقة لي في معظم الوقت		
274-إنني شديد الحساسية بالنسبة لبعض الموضوعات لدرجة أنني لا أستطيع أن أتحدث عنها		
275-كنت أجد صعوبة في أن أتحدث أمام الفصل وأنا بالمدرسة		
276-أحب والدتي(وإذا كانت متوفاة كنت أحب والدتي)		
277-أشعر بالوحدة معظم الوقت حتى وأنا مع الآخرين		
278-إنني أحصل على كل ما أستحق من العطف		
279-أرفض الاشتراك في بعض الألعاب التي لا أتقنها		
280-أشعر بأنني أبني صداقاتي بنفس السرعة التي يبني بها الآخرون صداقاتهم		
281-لا أحب أن يتواجد الناس حولي		
282-قبل لي أنني أمشي أثناء النوم		
283-أعتقد أن الشخص الذي يترك الأشياء الثمينة عرضة للسرقة يستحق اللوم بقدر ما يستحقه اللص الذي يسرقها		
284-أعتقد بأن كل شخص تقريبا يضطر بأن يكذب ليتجنب الوقوع في المشاكل والأزمات		
285-أنا حساس أكثر من معظم الناس		
286-معظم الناس يكرهون في داخل أنفسهم أنني قدمو المساعدة للآخرين		
287-الكثير من أحلامي تتعلق بالأمور الجنسية		

288-	والدي وأسرتي يجدون عندي عيوباً كثيرة أكثر من ماهي عليه	
289-	من السهل إحراجي	
290-	أقلق لدرجة الاتزاع على الأمور المالية والعمل	
291-	لم أقع في حب أي شخص	
292-	قام بعض أفراد أسرتي أفعال مزعجة لدرجة أفر عنتي	
293-	لا أحلم تقريباً أثناء النوم	
294-	كثيراً ما تظهر بقع حمراء على رقبتي	
295-	لم يحدث لي أي شلل أو أصيبت عضلاتي بضعف غير عادي	
296-	أحياناً ما يحتبس صوتي أو يتغير حتى لو لم أكن مصاباً بالبرد	
297-	كان أبي وأمي يرغماني على الطاعة حتى ولو كان الأمر الذي أطيعه غير معقول	
298-	أشعر أحياناً روائح غريبة	
299-	لا أستطيع أن أركز تفكيري في موضوع واحد	
300-	هناك ما يبرر غيرتي من شخص أو أكثر من أفراد أسرتي	
301-	أشعر بالقلق على شيء أو شخص ما أغلب الأحيان	
302-	من السهل أن ينفد صبري أو يضيق صدري مع الناس	
303-	كثيراً ما تمنيت الموت	
304-	أتوتر في بعض الأحيان لدرجة أنني لا أقدر على النوم	
305-	لاشك أن نصيبي من الأمور المسببة للقلق في هذه الدنيا كان كبيراً	
306-	لا يهتم الناس بما يحدث لي	
307-	أحياناً ما أكون مرهف السمع لدرجة تزعجني	
308-	أنسى ما يقال لي في الحال	
309-	غالباً ما أقف أفكر قبل الإقدام على العمل حتى في الأمور التافهة	
310-	غالباً ما أغير طريقي لتجنب مقابلة شخص ما	
311-	كثيراً ما أشعر بأن الأشياء ليست حقيقية	
312-	الجزء المسلي الوحيد في الجرائد هو الرسم الكاريكاتوري	
313-	من عاداتي أن أعد الأشياء الغير هامة كأعمدة الكهرباء أو الأشجار في الطريق وغيرها	
314-	ليس لي أعداء يريدون الإضرار بي	
315-	الحذر من الناس الذين يعبرون عن صداقتهم بشكل مبالغ فيه أكثر مما أتوقع	
316-	عندي أفكار غريبة على غير العادة	
317-	أقلق وأتزعج عندما أضطر للخروج بعيداً عن المنزل	
318-	عادة ما أتوقع النجاح فيما أقوم به	
319-	أسمع أصواتاً غريبة عندما أكون بمفردي	
320-	حدث أن خفت من أشياء أو أشخاص كنت أعلم أنهم لا يستطيعون ضرري.	
321-	لا أشعر بالخوف من الدخول بمفردي إلى غرفة دخل فيها أشخاص قبلي وبدأوا يتكلمون	
322-	أخاف استعمال السكين أو أي شيء حاد أو مدبب	
323-	أجد المتعة أحياناً في إيقاع الأذى بأشخاص أحبهم	
324-	يمكنني بسهولة أن أجعل الناس تخاف مني وأفعل ذلك للتسلية أحياناً	
325-	أعاني من صعوبة بالتركيز الذهني أكثر من غيري	
326-	حدث تطرأ على فكري كلمات سيئة وقبيحة لا يمكنني التخلص منها أن امتنعت عدة مرات عن القيام بعمل ما لا اعتقادي أنني لا أستطيع القيام به	
327-	تطراً على فكري كلمات سيئة وقبيحة لا يمكنني التخلص منها	
328-	أحياناً ما يأتي على خاطري بعض الأفكار التافهة التي تزعجني لعدة أيام	
329-	أشعر من حين لآخر بالامتلاء بالحيوية والنشاط	
330-	أميل لأخذ الأمور بشكل حاد وصارم	
331-	أشعر بالاستمتاع أحياناً إذا ما قام شخص أحبه بجرحي أو إيذاي	
332-	يقول الناس عني كلاماً مهيناً وقبيحاً	
333-	أشعر بضيق في الأماكن المغلقة	
334-	لست بالعادة واعياً لما أقوم به	
335-	هناك شخص ما يسيطر على عقلي	
336-	أميل أن أكون وحدي في حفلات أو في صحبة شخص واحد بدلاً من الانضمام إلى جماعة	
337-	عادة ما يخيب الناس ظني	
338-	مرت بي فترة شعرت فيها بتراكم المشكلات وتعقدها لدرجة يصعب أو يتعذر علي حلها	
340-	أحب الذهاب إلى حفلات الرقص أو الموالد	
341-	يبدو أحياناً أن عقلي يعمل ببطء أكثر من المعتاد	
342-	عندما أركب القطارات أو وسائل المواصلات العامة فإنني عادة ما أتحدث مع الركاب	
343-	أستمتع مع الأطفال	
344-	أستمتع بالقمار والمراهقات على مبالغ صغيرة	
345-	لو أتاحت لي الفرصة لقممت بأعمال عظيمة الفائدة	
346-	غالباً ما قابلت أشخاصاً من المفروض أن يكونوا خبراء ولكنهم لم يكونوا أفضل مني	
347-	أشعر بأنني شخص فاشل عندما أسمع بنجاح شخص أعرفه جيداً	
348-	كثيراً ما تمنيت أن أعود طفلاً مرة أخرى	

349-	أكون أكثر سعادة عندما أكون وحدي
350-	لو أتاحت لي الفرصة لأصبحت زعيما جيدا للناس
351-	أخجل من سماع النكت القبيحة
352-	عادة ما يطلب الناس أن نحترم حقوقهم في الوقت الذي لا يحترمون فيه حقوق الآخرين
353-	أستمتع بالاجتماعات لمجرد وجودي مع الناس
354-	أحاول أن أتذكر الحكايات المسلية لأحكيها لآخرين
355-	شعرت مرة أو أكثر بأن هناك من يجعلني أقوم بأعمال تحت تأثير الإيحاء أو التنويم المغناطيسي
356-	من الصعب أن أترك عملا أو مهمة عزمت على أدائها ولو لفترة قصيرة
357-	أنا بعيد عن الأحاديث الخاصة والإشاعات التي يتداولها أفراد الجماعة التي أنتهي إليها بعيدا عن القيل والقال
358-	كثيرا ما يغار الناس من أفكارى الجيدة لمجرد أنهم لم يفكروا فيها قبلي
359-	أستمتع بهياج وضجيج الجماهير
360-	لا يضايقتني أو يضيرني أن أقابل الغرباء
361-	هناك من يحاول التأثير على أفكارى
362-	أتذكر أنني تصنعت المرض للابتعاد عن المواقف
363-	يبدو أن قلقي وانزعاجي يزول عندما أتواجد مع جماعة من الأصدقاء المرحين
364-	أشعر برغبة في الاستسلام والتنازل عندما تسوء الأمور
365-	أحب أن يعرف الناس موقفى من الأمور
366-	مرت على فترات كنت أشعر فيها بنشاط زائد لدرجة أنني لم أكن أشعر بحاجة إلى النوم لعدة أيام
367-	أتحاشى بقدر الإمكان أن أتواجد وسط زحام من الناس-
368-	أتراجع عن مواجهة الأزمات والمصاعب
369-	قد لا أترك ما أريد أن أفعله إذا رأى الآخرون أنه عمل لا يستحق
370-	أحب الحفلات والمناسبات الاجتماعية
371-	لست أكثر حساسية من المعتاد
372-	يخجلنى سماع الحكايات القبيحة
373-	يطلب الناس عادة أن تحترم حقوقهم بدرجة تفوق استعدادهم لاحترام حقوق الآخرين
374-	يبدو أحيانا أن عقلى يعمل ببطء أكثر من المعتاد
375-	أحاول أن أتذكر القصص المسلية لأرويها للآخرين
376-	أحب أن أقوم بمراهنات على مبالغ صغيرة
377-	فى الحفلات أميل إلى أن أكون بمفردى أو مع شخص واحد فقط بدلا من أن أنضم إلى مجموعة كبيرة
378-	أستمتع بالاجتماعات لمجرد رغبتي في الوجود مع الناس
379-	أستمتع بهياج الجماهير
380-	يبدو أن قلقي يزول عندما أوجد مع جماعة من الأصدقاء المرحين
381-	إننى لا أشارك الجماعة التي أنتهي إليها في الكثير من الكلام أو الحديث عن الحديث
382-	أجد من الصعب على أن أتخلى ولو لفترة قصيرة عن عمل بداته
383-	يخيب الناس عادة ظنى أو رجائى
384-	لا أجد صعوبة فى بدء التبول أو فى ضبطه
385-	كثيرا ما وجدت الناس يغارون من أفكارى الجيدة لمجرد أنهم لم يكونوا أسبق منى فى الوصول إليها
386-	أتحاشى قدر إمكانى أن أوجد وسط الجماهير
387-	لا يضيرني أن أقابل الغرباء
388-	أميل إلى ترك ما أريد أن أفعله، إذا رأى الآخرون أنه أمر لا يستحق التنفيذ
389-	عندما أركب فى القطارات أو فى السيارات العامة فإننى أتحدث عادة إلى الركاب
390-	أشعر برغبة فى التسليم بسرعة عندما تسوء الأمور
391-	أحب الذهاب إلى حفلات الرقص
392-	أحب أن أعرف الناس بموقفى من الأمور
393-	مرت على فترات كنت أشعر فيها بنشاط زائد لدرجة أنني لم أكن أشعر بحاجة إلى النوم لمدة أيام
394-	لا أشعر بحرج عندما أكون فى مجتمع ويطلب إلى أن أبدا مناقشة أو أبدي رأيا فى شئ أعرفه معرفة جيدة
395-	أحب الاجتماعات والحفلات
396-	كثيرا ما استأت من أن يساء فهمي حين أحاول أن أمتنع شخصا من ارتكاب خطأ.
397-	ترعبنى الرياح العاصفة.
398-	كثيرا ما أسأل الناس النصيحة.
399-	إن المستقبل غير مؤكد تماما لكي يقوم المرء بعمل خطط جادة.
400-	بالرغم من أن كل شئ يسير حسنا بالنسبة لي فإني كثيرا ما أشعر بأننى لا أهتم بأي شئ.
401-	لا أخاف من الماء
402-	كثيرا ما أجد أنى يجب أن أوجل أمرا ما مدة قليل أن أقرر ما سوف أفعل.
403-	كثيرا ما يسئ الناس فهم نواياى عندما أحاول أن أرشدهم أو أن أساعدهم.
404-	لا أجد صعوبة فى بلع الطعام.
405-	أنا فى العادة هادئ وليس من السهل مضايقتي.
406-	أنا بالتأكيد أستطيع بأن أهزم المجرمين بنفس أسلوبيهم.
407-	أستحق العقاب القاسي على خطاياي.

408-	أميل إلى التأثر بشدة بخيبة الأمل لدرجة أنني لا أستطيع أن أبعد ذلك عن تفكيري.
409-	يضايقني أن يكون هناك من يواقبني في العمل حتى وإن كنت أعلم أنني أستطيع أداء العمل.
410-	كثيرا ما أتضايق حينما يحاول شخص ما أن يتقدم علي في صف من الناس لدرجة أنني أتحدث إليه عما يفعله.
411-	في بعض الأحيان أفكر في أنني لست بذى قيمة على الإطلاق.
412-	حينما كنت صغير السن، كثيرا ما كنت أذهب إلى المدرسة حتى حينما كان يجب علي الذهاب إليها.
413-	واحد أو أكثر من أفراد عائلتي عصبي جدا.
414-	كان علي في بعض الأوقات أن أكون فظا مع الناس الذين كانوا وقحين أو مضايقين.
415-	أقلق كثيرا جدا من سوء الحظ المحتمل.
416-	لي آراء سياسية متشددة.
417-	أحب أن أكون سائقا في سباق السيارات.
418-	من المقبول أن تتحایل على القانون إذا كنت لا تخالفه فعلا.
419-	هناك أناس معينين أكرههم كثيرا لدرجة أنني أكون مسرورا في داخلي حينما يجازون على شيء فعلوه.
420-	يثير أعصابي أن أضطر إلى الانتظار.
421-	أميل إلى التخلي عن شيء أريد أن أفعله لأن الآخرين يشعرون بأنني لا أتعامل معه بأسلوب جيد.
422-	كنت مولعا بالإنارة حينما كنت صغيرا.
423-	أميل كثيرا لفعل المستحيل كي أحقق فوزا على شخص يعارضني.
424-	أتضايق من الناس الذين ينظرون إلي في الخارج وفي الشوارع والمحلات العامة.
425-	الرجل الذي له الدور الأكبر في حياتي حينما كنت طفلا (مثل أبي أزوج والدتي....الح) كان متشدد معي تماما.
426-	كنت أحب أن ألعب العجلة ونط الحبل.
427-	لم يحدث أبدا أن رأيت رؤيا.
428-	تغير ميلي إلى عملي في الحياة عدة مرات.
429-	لا أتناول العقاقير أو الحبوب المنومة أبدا إلا على وصفة طبية.
430-	أشعر بالأسف كثيرا لأنني سهل الإستشارة وكثير الشكوى.
431-	في المدرسة كانت درجاتي في السلوك في الفصل سيئة جدا باستمرار.
432-	تسحرني النار.
433-	حينما أكون في مأزق أقول الجزء من الحقيقة الذي يحتمل ألا يسبب لي الأذى.
434-	إذا واجهت مشكلات مع عدد من الأصدقاء الذين كانوا مذبذبين مثلي، فإني أفضل أن أخذ اللوم كله على أن أكشف أمرهم.
435-	كثيرا ما أخاف من الظلام.
436-	حينما يوجد رجل مع امرأة فإنه يفكر عادة في أشياء تتعلق بجنسها.
437-	أنا في العادة مباشرة جدا مع الناس حيث أحاول أن أصحح أو أحسن من سلوكهم.
438-	أفزع من مجرد التفكير في الزلازل.
439-	أقتنع في الحال بالفكرة الجيدة بدرجة مائة في المائة.
440-	عادة أتعامل مع الأمور بنفسني بدلا من البحث عن شخص يوضح لي كيفية عملها.
441-	أخاف من أن أجد نفسي في دولاب أو مكان صغير مغلق.
442-	يجب أن اعترف أنني كنت في بعض الأحيان قلقا بشكل مبالغ فيه على شيء لم يكن مهما في الواقع.
443-	لا أحاول إخفاء رأي الغير جيدا في الناس أو إشفائي عليهم لكي لا يعرفوا مشاعري.
444-	أنا شخص عصبي.
445-	عملت مرارا تحت إشراف أناس يبدو أنهم نظموا الأمور بحيث يحصلون على تقدير على الأعمثل الجيدة بينما ينسبون الأخطاء لمروسيهم.
446-	في بعض الأحيان أجد صعوبة في أن أتمسك بحقوقتي لأنني متحفظ جدا.
447-	القدارة تخيفني أو تثير اشمزازي.
448-	في حياتي أحلام يقظة لا أخبر الناس عنها.
449-	بعض أفراد أسرتي لديهم طبع حاد.
450-	لا أستطيع أن أفعل أي شيء بشكل جيد.
451-	كثيرا ما أشعر بالذنب لأنني أظاهر بأنني أشعر بالأسف على شيء ما أكثر مما أشعر في الواقع.
452-	إنني أداغ بقوة عن رأيي كقاعدة عامة.
453-	لا أخاف من العناكب.
454-	يبدو المستقبل مبنوسا منه بالنسبة لي.
455-	أفراد عائلتي وأقاربي القريبين يتعاملون مع بعضهم بشكل طيب تماما.
456-	أود أن ألبس الملابس الغالية الثمن.
457-	يستطيع الناس تغيير رأيي بسهولة جدا، حتى وإن كنت قد اتخذت قرارا بشأن أمر من الأمور.
458-	تثير أعصابي حيوانات معينة.
459-	أستطيع أن أحمل نفس القدر من الألم الذي يستطيع الآخرون تحمله.
460-	في عدة مرات كنت آخر من يتخلى عن محاولة عمل شيء ما.
461-	يثير غضبي أن يستعجلني الناس.
462-	لا أخاف من الفئران.
463-	في عدة مرات في الأسبوع أشعر كما لو أن هناك شيئا مفزعا سوف يحدث.
464-	أشعر بالتعب في كثير من الأوقات.

465-	أحب إصلاح قفل الباب.
466-	في بعض الأحيان أكون متأكد من أن أناسا آخرين يستطيعون أن يعرفوا ما أفكر فيه.
467-	أحب أن أقرأ عن العلم.
468-	أخاف من أن أكون وحيدا في مكان واسع مفتوح.
469-	في بعض الأحيان أشعر أنني على وشك الانهيار.
470-	عدد كبير من الناس مذنبون بسبب سلوك جنسي سيء.
471-	كثيرا ما شعرت بالخوف الشديد في منتصف الليل.
472-	يضايقني كثيرا نسبتي أين أضع الأشياء.
473-	الإنسان الذي كنت أكثر ارتباطا به حينما كنت طفلا كانت امرأة (أم، أخت، عمه، خالة أو امرأة أخرى).
474-	أحب قصص المغامرات أكثر من القصص الرومانسية.
475-	كثيرا ما اضطرب وأنسى ما أريد قوله.
476-	أنا غير بارع ومرتبك تماما.
477-	أحب حقيقة ممارسة الرياضات العنيفة مثل كرة القدم.
478-	أكره أسرتي كلها.
479-	بعض الناس يعتقدون أنه من الصعب معرفتي.
480-	أمضي معظم وقت فراغي بمفردي.
481-	حينما يفعل الناس شيئا يفضيني فإني أجعلهم يعرفون كيف أشعر تجاه ذلك.
482-	عادة، أجد صعوبة في تقرير ما أعمله.
483-	لا يجذني الناس جذابا.
484-	الناس ليسوا لطيفين جدا معي.
485-	كثيرا ما أشعر أنني لست في مثل قيمة الناس الآخرين.
486-	إنني عنيد جدا.
487-	استمتعت بتدخين الماريجوانا.
488-	المرض العقلي علامة على الضعف.
489-	أعاني من مشكلة تعاطي المواد المخدرة أو الكحولية.
490-	الاشباح أو الأرواح تستطيع أن تؤثر في الناس تأثيرا طيبا أو سيئا.
491-	أشعر بالعجز حينما يكون علي اتخاذ بعض القرارات الهامة.
492-	أحاول دائما أن أكون لطيفا حتى وإن كان الآخرون متضايقين أو نافرين.
493-	حينما أواجه مشكلة يساعديني التحدث عنها مع شخص آخر.
494-	أهدافي الأساسية في الحياة في تناول يدي.
495-	أعتقد أن الناس يجب أن يحتفظوا بمشكلاتهم الشخصية لأنفسهم.
496-	لا أشعر بضغط أو إجهاد نفسي كبير هذه الأيام.
497-	يضايقني كثيرا أن أفكر في إحداث تغييرات في حياتي.
498-	أكبر مشكلتي يسببها سلوك شخص قريب
499-	أكره الذهاب إلى الأطباء حتى وأنا مريض..
500-	بالرغم من أنني لست سعيدا بحياتي، لا يوجد شيء أقوم به بشأن ذلك في هذا الوقت
501-	الحديث عن المشكلات والهموم مع شخص أهر يساعد الإنسان أكثر من تعاطي العقاقير والأدوية.
502-	لدي بعض العادات المؤذية تماما.
503-	حينما تحتاج المشكلات إلى حل، اترك أناسا آخرين يقومون بذلك في العودة.
504-	أعرف عددا من الأخطاء في نفسي ، لن يكون في استطاعتي إصلاحها.
505-	أشعر بالسأم تماما مما يجب علي أن أعمله كل يوم لدرجة أنني أريد أن أترك ذلك كله تمام.
506-	فكرت حديثا في قتل نفسي.
507-	كثيرا ما أصبح مستثارا جدا حينما يقاطعني الناس في عملي.
508-	كثيرا ما أشعر أنني أستطيع قراءة أفكار الآخرين.
509-	يثير أعصابي أن يكون علي اتخاذ قرارات مهمة.
510-	يقول لي الآخرون أنني أكل بسرعة.
511-	مرة كل أسبوع أو أكثر أصبح منتشيا أو سكرانا.
512-	حدثت لي خسارة فادحة في حياتي أعرف أنني لن أستطيع التغلب عليها
513-	أحيانا أصبح غاضبا ومنزعجا جدا لدرجة لا أعرف ما الذي يحدث.
514-	حينما يطلب مني الناس أن أفعل شيئا، ويصعب علي أن أرفض ذلك.
515-	لا أكون أسعد حالا أبدا أكثر من الوقت الذي أكون فيه مع نفسي.
516-	حياتي فارغة ولا معنى لها.
517-	أجد من الصعب علي أن احتفظ بعمل.
518-	عملت أخطاء سيئة كثيرة في حياتي.
519-	أغضب من نفسي للخضوع كثيرا للناس الآخرين.
520-	فكرت كثيرا في قتل نفسي مؤخرًا.
521-	أحب اتخاذ قرارات وتنظيم مهام للأخريين.
522-	أعرف أنه سيكون دائما هناك من سيرعاني حتى في حالة عدم وجود أسرتي.
523-	في السنما والمطاعم والمناسبات الرياضية أكره أن أقف في الصف.
524-	لا أحد يعرف ذلك ولكني حاولت قتل نفسي.
525-	كل شيء يسير بسرعة كبيرة حولي.

526-	أعرف أنني عبء على الآخرين.	
527-	بعد يوم سيء، أحتاج عادة إلى شرب عدة كؤوس من الخمر حتى أسترخي.	
528-	كثير من المشاكل التي أعاني منها ترجع إلى الحظ السيء.	
529-	في بعض الأحيان أعتقد أنني لا أقدر أن أتوقف عن الكلام.	
530-	في بعض الأوقات أقطع أو أجرح نفسي عن قصد دون معرفة السبب.	
531-	أعمل ساعات طويلة بالرغم من أن عملي لا يتطلب ذلك.	
532-	أشعر عادة بارتياح بعد بكاء طويل.	
533-	أنسى أين أترك الأشياء.	
534-	إذا استطعت أن أعيش حياتي مرة ثانية، لن أغير فيها الكثير.	
535-	أصبح عصيبا جدا حينما لا يقوم الناس الذين اعتمد عليهم بإنهاء أعمالهم في الوقت.	
536-	إذا تضايقت فبن بالتاكيد سأصاب بالصداع.	
537-	أحب القيام بالمساومات الصعبة.	
538-	معظم الرجال غير مخلصين لزوجاتهم من حين لآخر.	
539-	فقدت مؤخرا رغبتي في معالجة مشكلاتي .	
540-	حينما كنت أتعاطى الكحول، غضبت وكسرت أثاثا وأطباقا.	
541-	أعمل بشكل أفضل عندما يكون هناك موعد محدد .	
542-	أصبحت غاضبا جدا من إنسان، لدرجة أنني شعرت بأنني كما لو كنت سأنفجر.	
543-	ترادني في بعض الأوقات أفكار فظيعة عن أسرتي .	
544-	يخبرني الناس أنني أعاني من مشكلة مع الكحول ولكني لا أوافق ذلك.	
545-	لدي دائما وقت قليل جدا لإنجاز الأمور.	
546-	في هذه الأيام تدور أفكاري أكثر وأكثر حول الموت والحياة والآخر.	
547-	كثيرا ما أحتفظ بأشياء وأحافظ عليها مع احتمال أنني لن أستخدمها أبدا.	
548-	كنت في بعض الأوقات غاضبا جدا لدرجة أنني أصبت شخصا بالأذى وأنا أتعارك معه.	
549-	أشعر أنني موضوع تحت الاختيار في كل شيء أفعله مؤخرا.	
550-	علاقتي الآن بأقاربي محدودة.	
551-	في بعض الأحيان يبدو أنني أسمع أفكار.	
552-	عندما أشعر بالحزن، زيارة لأحد أصدقائي تساعدني على الخروج.	
553-	كثيرا مما يحدث لي الآن يبدو أنه قد حدث لي من قبل .	
554-	حينما تتعقد أمور حياتي، فإن ذلك يجعلني أريد أن استسلم فقط.	
555-	لا أستطيع أن أدخل غرفة مظلمة وحدي، حتى ولو كانت تلك الغرفة في منزلي.	
556-	كثيرا ما يساورني القلق بالنسبة للنقود.	
557-	يجب أن يكون الرجل هو رب الأسرة.	
558-	المكان الوحيد الذي أشعر فيه بالراحة هو بيتي.	
559-	الناس الذين أعمل معهم غير متعاطفين مع مشكلاتي.	
560-	أنا راض عن كمية النقود التي أكسبها.	
561-	يكون لدي في العادة طاقة كافية لكي أؤدي عملي.	
562-	من الصعب علي أن أتقبل المديح.	
563-	في معظم الزيجات يكون أحد الزوجين أو كلاهما غير سعيد	
564-	أنا لا أفقد التحكم في نفسي أبدا، تقريبا.	
565-	في هذه الأيام أحتاج إلى مجهود كبير لكي أتذكر ما يقوله الناس.	
566-	عندما أكون حزينا أو مكتئبا، فإن عملي هو الذي يعاني	
567-	معظم المتزوجين لا يظهرون كثيرا من الود لبعضهما البعض	

ملحق رقم (08): نتائج التساؤل الأول
النمط السلوكي السائد لدى المتعافين من مضاعفات فيروس كوفيد-19

الأنماط السلوكية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid A	66	29,3	29,3	29,3
B	30	13,3	13,3	42,7
C	114	50,7	50,7	93,3
NON SPECIFIE	15	6,7	6,7	100,0
Total	225	100,0	100,0	

ملحق رقم (09): نتائج التساؤل الثاني
الصدمة النفسية عند المتعافين من مضاعفات كوفيد-19

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية للمقياس	225	45,6044	7,77639	,51843

One-Sample Test

	Test Value = 40					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الدرجة الكلية للمقياس	10,810	224	,000	5,60444	4,5828	6,6261

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية لمحور إعادة الخبرة	225	12,8444	2,68058	,17871

One-Sample Test

	Test Value = 10					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الدرجة الكلية لمحور إعادة الخبرة	15,917	224	,000	2,84444	2,4923	3,1966

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية لمحور التجنب	225	4,6267	1,80109	,12007

One-Sample Test

	Test Value = 4					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الدرجة الكلية لمحور التجنب	5,219	224	,000	,62667	,3901	,8633

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية لمحور الإدراك	225	14,8667	3,41478	,22765

One-Sample Test

	Test Value = 14					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الدرجة الكلية لمحور الإدراك	3,807	224	,000	,86667	,4181	1,3153

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية لمحور فرط الإثارة	225	13,2667	2,78549	,18570

One-Sample Test

	Test Value = 12					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
الدرجة الكلية لمحور فرط الإثارة	6,821	224	,000	1,26667	,9007	1,6326

ملحق رقم (10): نتائج التساؤل الثالث
علاقة الصدمة النفسية بالأنماط السلوكية للشخصية

Oneway

Descriptives

الدرجة الكلية للمقياس

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
A	66	45,0455	8,54748	1,05212	42,9442	47,1467	25,00	66,00
B	30	41,7000	6,42275	1,17263	39,3017	44,0983	30,00	55,00
C	114	47,2281	6,92697	,64877	45,9427	48,5134	24,00	61,00
NON SPECIFIC	15	43,5333	9,76778	2,52203	38,1241	48,9425	28,00	59,00
Total	225	45,6044	7,77639	,51843	44,5828	46,6261	24,00	66,00

ANOVA

الدرجة الكلية للمقياس

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	842,828	3	280,943	4,888	,003
Within Groups	12702,967	221	57,479		
Total	13545,796	224			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: الدرجة الكلية للمقياس

Tukey HSD

(I) الأنماط السلوكية	(J) الأنماط السلوكية	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
A	B	3,34545	1,66940	,190	-,9761	7,6670
	C	-2,18262	1,17265	,248	-5,2182	,8530
	NON SPECIFIE	1,51212	2,16861	,898	-4,1017	7,1260
B	A	-3,34545	1,66940	,190	-7,6670	,9761
	C	-5,52807*	1,55570	,003	-9,5553	-1,5009
	NON SPECIFIE	-1,83333	2,39749	,870	-8,0397	4,3730
C	A	2,18262	1,17265	,248	-,8530	5,2182
	B	5,52807*	1,55570	,003	1,5009	9,5553
	NON SPECIFIE	3,69474	2,08235	,288	-1,6958	9,0853
NON SPECIFIE	A	-1,51212	2,16861	,898	-7,1260	4,1017
	B	1,83333	2,39749	,870	-4,3730	8,0397
	C	-3,69474	2,08235	,288	-9,0853	1,6958

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ملحق رقم (11): نتائج التساؤل الرابع

علاقة مستوى الصدمة النفسية بنوع الجنس لدى المتعافين من مضاعفات كوفيد-19

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
متوسط اضطراب الصدمة	h	117	45,0855	7,05590	,65232
	f	108	46,1667	8,48583	,81655

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
متوسط اضطراب الصدمة	Equal variances assumed	4,546	,034	-1,042	223	,298	-1,08120	1,03748	-3,12572	,96333
	Equal variances not assumed			-1,035	208,734	,302	-1,08120	1,04512	-3,14154	,97914

تسلم نسخة للمشاركة، وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث في ملف المشارك.

ملحق رقم (13): الموافقة المستنيرة للحالة الثانية

استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركة في دراسة بحثية	
دعوى السيد (ة) الفاضل (ة) ندعوكم للمشاركة معنا في دراسة بحثية في مجال علم النفس الصحة بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة حسبية بن بوعلي الشلف . نرجو منك قراءة هذه الوثيقة بتمعن قبل أن تقرر المشاركة مع عدم التردد في طرح الأسئلة في حالة عدم وضوح بعض الجوانب. عنوان الدراسة: " الأنماط السلوكية والميول المرضية للشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد 19 لدى المتعافين منه" الهدف منها: المشاركة في البحث العلمي موضوع الدراسة والزاهد، من أجل فهم نمط الشخصية الأكثر استعدادا للإصابة بالمضاعفات الصحية جراء الإصابة بفيروس كوفيد-19 مع التعرف على الميول السلوكياتولوجية التي تساهم في تعجيل الاستجابة لهذه المضاعفات نتيجة التجربة الصدمية المعاشة . اسم ولقب النفساني العيادي (الباحث): بوشيكى سميرة البريد الإلكتروني للباحث: bouchikhisamara2017@gmail.com عدد الجلسات: 2..... مكان الفحص: طريقة المعلومات: البيانات التي سوف يتم جمعها في هذه الدراسة لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي مع الحفاظ على خصوصية المشاركين في هذه الدراسة حيث سيطلق كل مشارك رمزا حقيقيا على أوراق الدراسة .	
اسم ولقب الشخص المتطوع (المتطوع): الجنس: العمر: 39..... أقر بأنني أخبرت شفويا بالطريقة الأسهل وباللغة أو اللهجة التي أتحدث فيها الأكثر من طرف النفساني الباحث المذكور أعلاه عن أهداف أو سير الدراسة التي تخص موضوع: " الأنماط السلوكية وميول الشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19 " كما أقر بأنني قرأت وفهمت المعلومة الشفوية التي قدمت لي بخصوص هذه الدراسة. وقد تقيت كل الأجوبة الكافية عن الأسئلة التي طرحتها بخصوص مشاركتي في هذه الدراسة، وقد تم إعلامي بالطابع غير مضر للفحص النفسي المبرمج في هذه الدراسة والذي يمكن أن أقبله أو أرفضه بدون أي تأثير على حياتي الشخصية، ومشاركتي في هذا البحث تسمح بالتقدم والمعرفة في مجال علم النفس الصحة . وأعلم بأن معلوماتي الشخصية سيتم فيها الاحتفاظ بسرية هويتي، وأحصل على نسخة من استمارة الموافقة المستنيرة. أشارك بصفة إرادية تطوعية في هذه الدراسة ويمكنني في أي وقت وبدون تقديم مبرر إلغاء موافقتي في المشاركة في هذه الدراسة بدون أن يلحق أي ضرر بي سواء في حياتي الشخصية أو المهنية . وأشهد بأنني وافقت بمحض إرادتي في المشاركة في هذه الدراسة وألني لم أخضع إلى أي إكراه. أوافق على أن أشارك في هذه الدراسة بطوعية وبدون أي نوع من الإكراه أو الضغوط. وألهم أن بإمكانني التوقف عن المشاركة في أي وقت.	حرر بمستقلتي بتاريخ: 13/11/2021 إمضاء النفساني العيادي (الباحث):
شهادة النفساني العيادي (الباحث): أتعهد بصفتي الفاحص والباحث الذي يقوم بإنجاز هذه الدراسة وفقا للأحكام الأخلاقية وذلك بحماية السلامة الجسدية، النفسية والاجتماعية للأشخاص المتطوعين على مدار الدراسة وأشهد بأنني شرحت لهذا الشخص المتطوع طبيعة وأهمية وأهداف هذه الدراسة.	حرر بمستقلتي بتاريخ: 13/11/2021 إمضاء النفساني العيادي (الباحث):
تسلم نسخة للمشاركة وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث في ملف المشارك.	

ملحق رقم (14): الموافقة المستنيرة للحالة الثالثة

استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركة في دراسة بحثية	
دعوة: السيد (ة) الفاضل (ة) ندعوك للمشاركة معنا في دراسة بحثية في مجال علم النفس الصحة بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة حسنية بن بوعلي الشلف . نرجو منك قراءة هذه الوثيقة بتمعن قبل أن تقرر المشاركة مع عدم التردد في طرح الأسئلة في حالة عدم وضوح بعض الجوانب. عنوان الدراسة: ' الأنماط السلوكية والموال المرضية للشخصية وعلاقتها بالصحة النفسية ومضاعفات كوفيد 19 لدى المتعافين منه' الهدف منها: المشاركة في البحث العلمي موضوع الدراسة وإثراءه، من أجل فهم نمط الشخصية الأكثر استعدادا للإصابة بالمضاعفات الصحية جراء الإصابة بفيروس كوفيد-19 مع التعرف على الميول السلوكياتولوجية التي تساهم في تعجيل الاستجابة لهذه المضاعفات نتيجة التجربة الصدمية المعاشة . اسم وألقب النفسي العيادي (الباحث): بوشيكسي سميرة البريد الإلكتروني للتليخات: bouchikhisamara2017@gmail.com عدد الجلسات: مكان الفحص: ميرورة المعلومات: البيانات التي سوف يتم جمعها في هذه الدراسة لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي مع الحفاظ على خصوصية المشاركين في هذه الدراسة حيث سيعطى كل مشارك رمزا حرفياً على أوراق الدراسة .	
اسم وألقب الشخص المتطوع (المبحوث): الجنس: أقر بأنني أخبرت شغوباً بالطريقة الأسهل وباللغة أو اللهجة التي أتحكم فيها الأكثر من طرف النفسي الباحث المذكور أعلاه عن أهداف أو سير الدراسة التي تخص موضوع: ' الأنماط السلوكية وميول الشخصية وعلاقتها بالصحة النفسية ومضاعفات كوفيد-19 '، كما أقر بأنني قرأت وفهمت المعلومات الشفوية التي قدمت لي بخصوص هذه الدراسة. وقد تلقت كل الأجوبة الكافية عن الأسئلة التي طرحتها بخصوص مشاركتي في هذه الدراسة، وقد تم إعلامي بالطابع غير مضر للفحص النفسي المبرمج في هذه الدراسة والذي يمكن أن أقبله أو أرفضه بدون أي تأثير على حياتي الشخصية، ومشاركتي في هذا البحث تسمح بالتقدم والمعرفة في مجال علم النفس الصحة . وأعلم بأن معلوماتي الشخصية سيتم فيها الاحتفاظ بسرية هويتي، وأتوصل على نسخة من استمارة الموافقة المستنيرة. أشترك بصفة إرادية تطوعية في هذه الدراسة ويمكنني في أي وقت وبدون تقديم مبرر إلغاء موافقتي في المشاركة في هذه الدراسة بدون أن يلحق أي ضرر بي سواء في حياتي الشخصية أو المهنية . وأشهد بأنني وافقت بمحض إرادتي في المشاركة في هذه الدراسة وألني لم أخضع إلى أي إكراه. أوافق على أن أشترك في هذه الدراسة بطوعية وبدون أي نوع من الإكراه أو الضغوط. وأفهم أن بإمكانني التوقف عن المشاركة في أي وقت.	حرر بمستقلم بتاريخ: شهادة التفسي العيادي (الباحث): أتعهد بصفتي الفاحص والباحث الذي يقوم بإنجاز هذه الدراسة وفقاً للأحكام الأخلاقية وذلك بحماية السلامة الجسدية، النفسية والاجتماعية للأشخاص المتطوعين على مدار الدراسة وأشهد بأنني شرحت لهذا الشخص المتطوع طبيعة وأهمية وأهداف هذه الدراسة. إمضاء التفسي العيادي الباحث إمضاء المبحوث (المتطوع)
تسلم نسخة للمشاركة وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث في ملف المشاركة.	

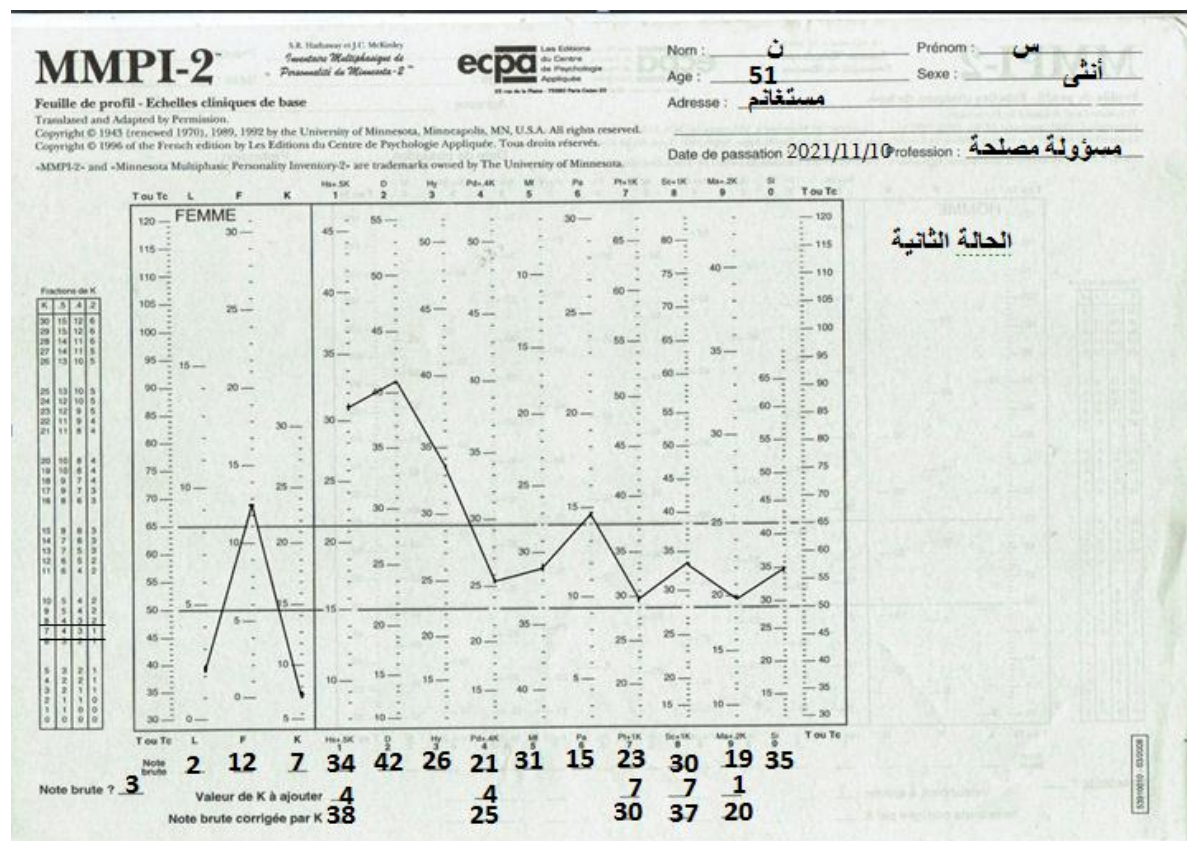
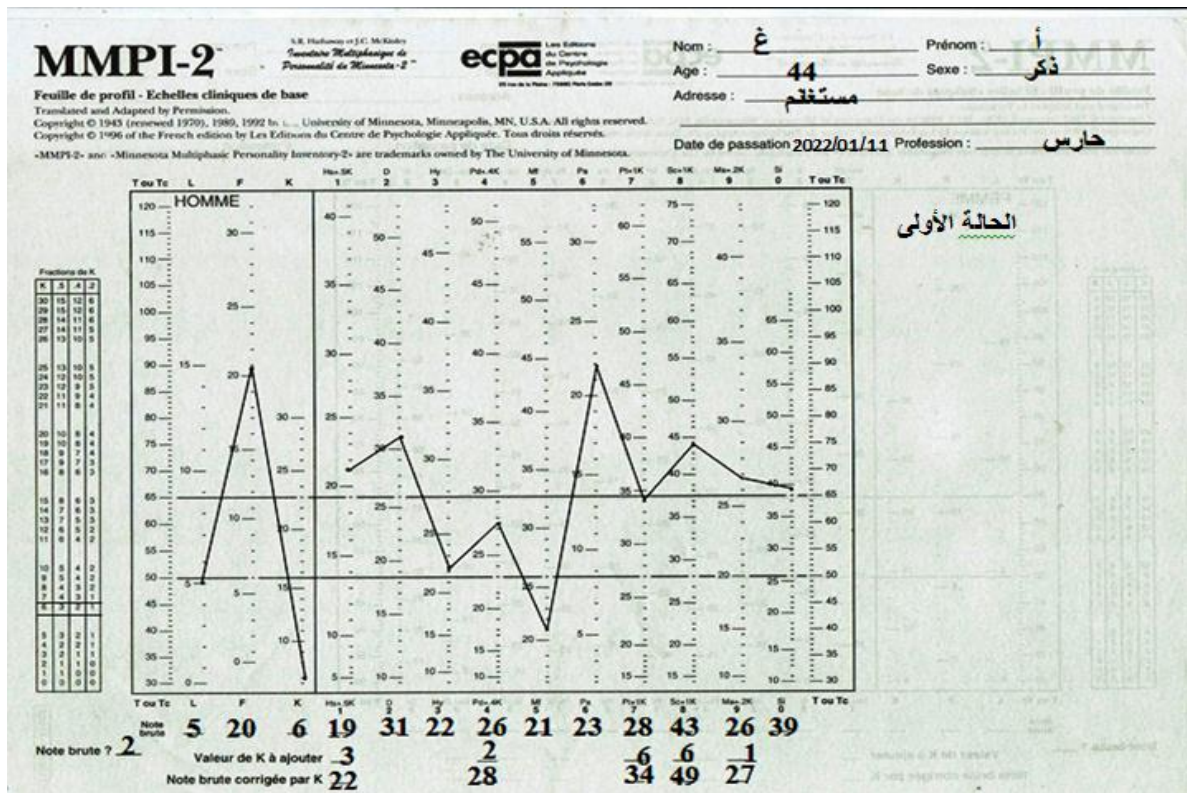
ملحق رقم (15): الموافقة المستنيرة للحالة الرابعة

استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركة في دراسة بحثية	
دكتور السيد (ة) الفاضل (ة) ندعوك للمشاركة معنا في دراسة بحثية في مجال علم النفس الصحة بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة حسنية بن بوعلي الشلف . نرجو منك قراءة هذه الوثيقة بنوعين قبل أن تقرر المشاركة مع عدم التردد في طرح الأسئلة في حالة عدم وضوح بعض الجوانب. <u>عنوان الدراسة:</u> الأنماط السلوكية والمويل المرضية للشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد 19 لدى المتعافين منه الهدف منها: المشاركة في البحث العلمي موضوع الدراسة وإثراءه، من أجل فهم نمط الشخصية الأكثر استعدادا للإصابة بالمضاعفات الصحية جراء الإصابة بفيروس كوفيد-19 مع التعرف على المويل السلوكياتولوجية التي تساهم في تعجيل الاستجابة لهذه المضاعفات نتيجة التجربة الصدمية المعاشة . اسم ولقب التفتسي العادي (الباحث): بوشيكى سميرة البريد الإلكتروني للباحث: bouchikhisamara2017@gmail.com عدد الجلسات: مكان الفحص: مبرية المعلومات: البيانات التي سوف يتم جمعها في هذه الدراسة لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي مع الحفاظ على خصوصية المشاركين في هذه الدراسة حيث سيعطى كل مشارك رمزا حرفياً على أوراق الدراسة .	
اسم ولقب الشخص المتطوع (المبحوث): ب.م.ل. الجنس: 36 العمر: 36 أقر بأنني أخبرت شعوريا بالطريقة الأسهل وباللغة أو اللهجة التي أتحدث فيها الأكثر من طرف التفتسي الباحث المذكور أعلاه عن أهداف أو سير الدراسة التي تخص موضوع: " الأنماط السلوكية ومويل الشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19 " كما أقر بأنني قرأت وفهمت المعلومات الشفوية التي قدمت لي بخصوص هذه الدراسة. وقد تلقيت كل الأجوبة الكافية عن الأسئلة التي طرحتها بخصوص مشاركتي في هذه الدراسة، وقد تم إعلامي بالطابع غير مضر للفحص النفسي المزمع في هذه الدراسة والذي يمكن أن أقبله أو أرفضه بدون أي تأثير على حياتي الشخصية، ومشاركتي في هذا البحث تسمح بالتقدم والمعرفة في مجال علم النفس الصحة . وأعلم بأن معلوماتي الشخصية سيتم فيها الاحتفاظ بسرية هويتي، وأحصل على نسخة من استمارة الموافقة المستنيرة. أشارك بصفة إرادية تطوعية في هذه الدراسة ويمكنني في أي وقت وبدون تقديم مبرر إلغاء موافقتي في المشاركة في هذه الدراسة بدون أن يلحق أي ضرر به سواء في حياتي الشخصية أو المهنية . وأشهد بأنني وافقت بمحض إرادتي في المشاركة في هذه الدراسة وألني لم أخضع إلى أي إكراه. أوافق على أن أشارك في هذه الدراسة بطوعية وبدون أي نوع من الإكراه أو الضغوط. وأعلم أن بإمكانني التوقف عن المشاركة في أي وقت.	حرر بمستغاثم بتاريخ: 2023/11/11 إمضاء المبحوث (المتطوع)
شهادة التفتسي العادي (الباحث): أتعهد بصفتي الفاحص والباحث الذي يقوم بإنجاز هذه الدراسة وحفظها للأغراض الأكاديمية وذلك بحماية السلامة الجسدية، النفسية والاجتماعية للأشخاص المتطوعين على مدار الدراسة وأشهد بأنني شرحت لهذا الشخص المتطوع طبيعة وأهمية وأهداف هذه الدراسة. حرر بمستغاثم بتاريخ: 2023/11/11 إمضاء التفتسي العادي الباحث تسلم نسخة للمشارك وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث في ملف المشارك.	

ملحق رقم (16): الموافقة المستنيرة للحالة الخامسة

استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركة في دراسة بحثية	
دعوة السيد (ة) الفاضل (ة) ندعوك للمشاركة معنا في دراسة بحثية في مجال علم النفس الصحة بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة حسبية بن بوعلي الشلف . نرجو منك قراءة هذه الوثيقة بشئ من قبل أن تقرر المشاركة مع عدم التردد في طرح الأسئلة في حالة عدم وضوح بعض الجوانب. عنوان الدراسة: " الأنماط السلوكية والمويل المرضية للشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد 19 لدى المتعافين منه" الهدف منها: المشاركة في البحث العلمي موضوع الدراسة والراءء، من أجل فهم نمط الشخصية الأكثر استعدادا للإصابة بالمضاعفات الصحية جراء الإصابة بفيروس كوفيد-19 مع التعرف على الميول السلوكية والتولوجية التي تساهم في تعجيل الاستجابة لهذه المضاعفات نتيجة التجربة الصدمية المعاشة . اسم ولقب النفساني العيادي (الباحث): بوشيكى سميرة البريد الإلكتروني للباحث: bouchikhisamara2017@gmail.com عدد الجلسات: مكان الفحص: ومدة الجلسة: سرية المعلومات : البيانات التي سوف يتم جمعها في هذه الدراسة لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي مع الحفاظ على خصوصية المشاركين في هذه الدراسة حيث سيعطى كل مشارك رمزا حقيقيا على ورقة الدراسة .	
اسم ولقب الشخص المتطوع (المبحوث): ص.ر. الجنس: الجنس: أقر بأنني أخبرت شفويا بالطريقة الأسهل وباللهجة أو اللهجة التي أتحدث فيها الأكثر من طرف النفساني الباحث المذكور أعلاه عن أهداف أو سير الدراسة التي تخص موضوع: " الأنماط السلوكية وميول الشخصية وعلاقتها بالصدمة النفسية ومضاعفات كوفيد-19 " كما أقر بأنني قرأت وفهمت المعلومة الشفوية التي قدمت لي بخصوص هذه الدراسة. وقد تلتقت كل الأجوبة الكافية عن الأسئلة التي طرحتها بخصوص مشاركتي في هذه الدراسة، وقد تم إعلامي بالطابع غير مضر للفحص النفسي المبرمج في هذه الدراسة والذي يمكن أن أقبله أو أرفضه بدون أي تأثير على حياتي الشخصية، ومشاركتي في هذا البحث تسمح بالتقدم والمعرفة في مجال علم النفس الصحة . وأعلم بأن معلوماتي الشخصية سيتم فيها الاحتفاظ بسرية هويتي، وأنحصل على نسخة من استمارة الموافقة المستنيرة. أشارك بصفة إرادية تطوعية في هذه الدراسة ويمكنني في أي وقت وبدون تقديم مبرر إلغاء موافقتي في المشاركة في هذه الدراسة بدون أن يلحق أي ضرر بي سواء في حياتي الشخصية أو المهنية . وأشهد بأنني وافقت بمحض إرادتي في المشاركة في هذه الدراسة وأتني لم أخضع إلى أي إكراه. أوافق على أن أشارك في هذه الدراسة بطوعية وبدون أي نوع من الإكراه أو الضغوط. وأفهم أن بإمكانني التوقف عن المشاركة في أي وقت.	حرر بمستقلم بتاريخ: 17/01/2022 إمضاء النفساني العيادي (الباحث): إمضاء المتطوع (المبحوث): شهادة النفساني العيادي (الباحث): أتعهد بصفتي الفاحص والباحث الذي يقوم بإنجاز هذه الدراسة وفقا للأحكام الأخلاقية وذلك بحماية السلامة الجسدية، النفسية والاجتماعية للأشخاص المتطوعين على مدار الدراسة وأشهد بأنني شرحت لهذا الشخص المتطوع طبيعة وأهمية وأهداف هذه الدراسة. حرر بمستقلم بتاريخ: 22/01/2022 تسلم نسخة للمشاركة وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث في ملف المشاركة.

ملحق رقم (18): الصفحات النفسية لحالات الدراسة



MMPI-2 S.R. Hathorn et J.C. McKinley *Traduction Multilingue de l'Inventaire de la Personnalité de Minnesota - 2* **ecpa** Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée 25 rue de la Paix - 75001 Paris Cedex 01

Feuille de profil - Echelles cliniques de base
Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1945 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
-MMPI-2- and -Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : م Prénom : ج
Age : 56 Sexe : ذكر
Adresse : مستغانم
Date de passation : 2021/11/24 Profession : عون إداري

الحالة الثالثة

Fracture de K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6	4	2
29	15	12	6	4	2
28	14	11	6	4	2
27	14	11	5	4	2
26	13	10	5	4	2
25	13	10	5	4	2
24	12	9	5	4	2
23	12	9	4	4	2
22	11	9	4	4	2
21	11	8	4	4	2
20	10	8	4	4	2
19	10	8	4	4	2
18	9	7	4	4	2
17	9	7	3	4	2
16	8	6	3	4	2
15	8	6	3	3	2
14	7	5	3	3	2
13	7	5	3	3	2
12	6	5	3	3	2
11	6	4	3	3	2
10	5	4	3	3	2
9	5	4	3	2	2
8	4	3	2	2	1
7	4	3	2	2	1
6	3	2	2	1	1
5	3	2	1	1	0
4	2	2	1	1	0
3	2	1	1	0	0
2	1	1	0	0	0
1	0	0	0	0	0

Note brute ? 1
Valeur de K à ajouter 5
Note brute corrigée par K 17

8 20 10 12 26 24 25 22 18 28 32 27 37
4 29 10 10 2
38 42 39

MMPI-2 S.R. Hathorn et J.C. McKinley *Traduction Multilingue de l'Inventaire de la Personnalité de Minnesota - 2* **ecpa** Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée 25 rue de la Paix - 75001 Paris Cedex 01

Feuille de profil - Echelles cliniques de base
Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1945 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
-MMPI-2- and -Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : ب Prénom : س
Age : 36 Sexe : أنثى
Adresse : مستغانم
Date de passation : 2021/12/29 Profession : إطار إداري

الحالة الرابعة

Fracture de K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6	4	2
29	15	12	6	4	2
28	14	11	6	4	2
27	14	11	5	4	2
26	13	10	5	4	2
25	13	10	5	4	2
24	12	9	5	4	2
23	12	9	4	4	2
22	11	9	4	4	2
21	11	8	4	4	2
20	10	8	4	4	2
19	10	8	4	4	2
18	9	7	4	4	2
17	9	7	3	4	2
16	8	6	3	4	2
15	8	6	3	3	2
14	7	5	3	3	2
13	7	5	3	3	2
12	6	5	3	3	2
11	6	4	3	3	2
10	5	4	3	3	2
9	5	4	3	2	2
8	4	3	2	2	1
7	4	3	2	2	1
6	3	2	2	1	1
5	3	2	1	1	0
4	2	2	1	1	0
3	2	1	1	0	0
2	1	1	0	0	0
1	0	0	0	0	0

Note brute ? 0
Valeur de K à ajouter 8
Note brute corrigée par K 23

7 9 15 15 29 26 20 31 21 21 21 20 34
6 26 15 15 3
36 36 23

MMPI-2
S.B. Hathaway et J.C. McKinley
Inventaire Multidimensionnel de
Personnalité de Minnesota - 2 -
ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée
15 rue de la Harpe - 75006 Paris Cedex 06

Nom : ص Prénom : ر
Age : 29 Sexe : ذكر
Adresse : مستغانم
Date de passation : 2022/02/09 Profession : بدون عمل

Feuille de profil - Echelles cliniques de base
Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
-MMPI-2- and -Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- are trademarks owned by The University of Minnesota.

HOMME

Fracture de K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	5
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	9	5
23	12	9	5
22	11	8	4
21	11	8	4
20	10	7	4
19	10	7	4
18	9	6	3
17	9	6	3
16	8	5	3
15	8	5	3
14	7	4	3
13	7	4	3
12	6	3	2
11	6	3	2
10	5	2	1
9	5	2	1
8	4	1	1
7	4	1	1
6	3	1	1
5	3	1	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	1
1	1	1	1
0	0	0	0

Note brute ? 1
Valeur de K à ajouter 10
Note brute corrigée par K 30

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 16 19 20 31 28 14 19 18 4 1 14 27

10 8 19 19 4

30 22 23 20 18

الحالة الخامسة

MMPI-2
S.B. Hathaway et J.C. McKinley
Inventaire Multidimensionnel de
Personnalité de Minnesota - 2 -
ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée
15 rue de la Harpe - 75006 Paris Cedex 06

Nom : ح Prénom : ش
Age : 33 Sexe : أنثى
Adresse : مستغانم
Date de passation : 2021/12/28 Profession : قطاع خاص

Feuille de profil - Echelles cliniques de base
Translated and Adapted by Permission.
Copyright © 1943 (revised 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.
-MMPI-2- and -Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- are trademarks owned by The University of Minnesota.

FEMME

Fracture de K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	5
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	9	5
23	12	9	5
22	11	8	4
21	11	8	4
20	10	7	4
19	10	7	4
18	9	6	3
17	9	6	3
16	8	5	3
15	8	5	3
14	7	4	3
13	7	4	3
12	6	3	2
11	6	3	2
10	5	2	1
9	5	2	1
8	4	1	1
7	4	1	1
6	3	1	1
5	3	1	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	1
1	1	1	1
0	0	0	0

Note brute ? 2
Valeur de K à ajouter 8
Note brute corrigée par K 27

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 9 16 19 34 21 31 15 22 22

8 6 12 12 3

27 27 34 34 18

الحالة السادسة