

توهم المرض والقلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين

د. أحمد سعد جلال

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين
asaad@uob.edu.bh

د. فايزة أحمد الجنييد

استشارية الغدد الصماء
مستشفى السلمانية الطبي - بمملكة البحرين
fjunaidi@health.gov.bh

د. محمد حسن المطوع

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين
mhjalmutawa@uob.edu.bh

د. شيخة أحمد الجنييد

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين
Saj_129@hotmail.com

توهم المرض والقلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين

د. أحمد سعد جلال

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين

د. فايزة أحمد الجنيد

استشارية الغدد الصماء - مستشفى السلمانية
الطبي - بمملكة البحرين

د. محمد حسن المطوع

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين

د. شيخة أحمد الجنيد

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين القلق والاكتئاب وتوهم المرض لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين، والكشف عن مستويات القلق والاكتئاب وتوهم المرض لديهم. وقد أجريت الدراسة على عينة مسحية بطريقة كرة الثلج من خلال التطبيق الإلكتروني لأدوات الدراسة المتمثلة في مقياس القلق (A) من إعداد غريب عبد الفتاح، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب BDI-II من إعداد آرون بيك، ومقياس توهم المرض المشتق من قائمة كورنيل من إعداد عماد الدين سلطان، وجابر عبد الحميد، وذلك على عينة مسحية تضم ٣٢٢ فرداً (٨١ من الذكور، ٢٤٢ من الإناث)، وقد بلغ متوسط العمر لدى أفراد العينة ٢٤,٦ سنة. وقد تم حصر (٥) من المصابين بفيروس كورونا (كوفيد-19)، و٦ من أصحاب الحجر الصحي، و٣٧ من أصحاب العزل الذاتي المنزلي، و٢٧٥ (من العاديين). وقد بينت النتائج أنه توجد علاقة ارتباطية طردية بين توهم المرض والاكتئاب لدى المصابين بفيروس كورونا، كما توجد علاقة ارتباطية طردية بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى أصحاب العزل الذاتي المنزلي، وتوجد علاقة ارتباطية طردية بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى العينة الكلية، أما بالنسبة لمستويات توهم المرض، والقلق والاكتئاب لدى أفراد العينة، فإنه بالنسبة للمصابين بفيروس كورونا (كوفيد-19)؛ فإنهم يعانون من درجة أعلى من المتوسط في توهم المرض، ودرجة أقل من المتوسط في القلق، ودرجة أقل من المتوسط في الاكتئاب. وبالنسبة إلى أصحاب الحجر الصحي؛ فإنهم يعانون من درجة أعلى من المتوسط في توهم المرض، ودرجة متوسطة في القلق، ودرجة أعلى من المتوسط في الاكتئاب. وخلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات لعل من أهمها ضرورة توفير الدعم النفسي والاجتماعي لمصابي فيروس كورونا وأصحاب كل من الحجر الصحي والعزل المنزلي الذاتي.

الكلمات المفتاحية: توهم المرض، القلق، الاكتئاب، فيروس كورونا (كوفيد 19)، الحجر الصحي، العزل المنزلي الذاتي.

Hypochondriasis, Anxiety and Depression in a sample of People with Coronavirus (Covid-19), Quarantine and home-Isolation in Kingdom of Bahrain

Dr. Mohamed Hasan Al Mutawa

College of Arts
University of Bahrain

Dr. Shaikha Ahmed Al- Jenaid

College of Arts
University of Bahrain

Dr. Ahmed Saad Galal

College of Arts
University of Bahrain

Dr. Fayza Ahmed Al- Jenaid

Consultant Pediatric endocrinologist
Ministry of Health

Abstract

This study examined the relationship between hypochondriasis, anxiety and depression among a sample of people with coronavirus (COVID-19), home-isolation, and quarantine in Kingdom of Bahrain by detecting symptoms and levels of anxiety, depression and hypochondriasis. The study was conducted on a snowball-style survey sample using the digital applications of the Anxiety Scale-A, the Beck-II List of Depression BDI-II and the Cornell-Derived Hypochondriasis. There were (323) people in the sample (81 males, 242 females). The average age was 34.6 years with standard deviation ± 14.1 years. The description of the sample revealed: Five people have been infected with (COVID-19), six quarantines, (37) home self-insulation and (275) normal.

The findings revealed a link between Hypochondriasis and depression in people with (COVID-19).

There was also a significant correlation between significant and both anxiety and depression in home self-isolation. Moreover, there was a significant correlation between Hypochondriasis and both anxiety and depression in the overall sample.

In home self-isolation, there was also a significant correlation between significant and both anxiety and depression. Furthermore, in the overall sample, there was a significant correlation between Hypochondriasis and both anxiety and depression.

Moreover, people with COVID-19 have a higher than average level of Hypochondriasis, a lower-than-average level of anxiety, and a lower-than-average level of depression.

The quarantined people, on the other hand, have a higher than average level of Hypochondria, a moderate level of anxiety, and a higher-than-average level of depression. Besides that, the degree of self-isolation has a lower-than-average level of hypochondriasis, a lower-than-average level of anxiety, and a moderate level of depression. The study came to a conclusion with a set of recommendations, the most important of which is the need to provide psychosocial support to people infected with Corona virus, as well as those subjected to quarantine and self-isolation, in addition to health care.

Keywords: Hypochondriasis, anxiety, depression, coronavirus (COVID 19), quarantine, self-isolation.

توهم المرض والقلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين

د. أحمد سعد جلال

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين

د. فايزة أحمد الجنيد

استشارية الغدد الصماء - مستشفى السلمانية
الطبي - بمملكة البحرين

د. محمد حسن المطوع

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين

د. شيخة أحمد الجنيد

قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة البحرين

المقدمة

الاكتئاب، والخوف (توهم المرض)، والقلق ثالث مرعب قد يُيسرُ في الإصابة بفيروس كورونا أو بأي فيروسات أخرى، لأن تلك الاضطرابات تزيد من إفراز هرمون الأدرينالين، الذي يضعف المناعة ويؤثر عليها بشكل كبير، ويجعل الشخص أكثر عرضة للفيروسات والبائية (إبراهيم، 1998؛ Taylor, 2019). أما السعادة والاتزان النفسي والتناؤل فهي السبل النفسية لتقوية المناعة عند الشخص ومساعدته على مقاومة الأمراض المناعية كفيروس كورونا (كوفيد-19)، عكس الإنسان الذي يشعر باليأس والإحباط فيكون أكثر عرضة للمرض (Warren, Dalton, Turner, Clark, & Toseland, 1984; Ball, 2015). ومن أعراض الاكتئاب غالباً: فقدان الرغبة في ممارسة الفعاليات اليومية الاعتيادية؛ والإحساس بالعصبية والكآبة؛ والإحساس بانعدام الأمل؛ ونوبات من البكاء بدون أي سبب ظاهر؛ واضطرابات في النوم؛ وصعوبات في التركيز؛ وصعوبات في اتخاذ القرارات؛ وزيادة أو نقصان الوزن بدون قصد (International Committee on Taxonomy of Viruses, 2020; Wang, 2020; Bai et al, 2004).

وفيروسات كورونا هي مجموعة من الفيروسات تُسبب أمراضاً للتدييات والطيور. حيث يسبب الفيروس في البشر عدوى في الجهاز التنفسي والتي تتضمن الزكام وعادةً ما تكون طفيفة، ونادراً ما تكون قاتلة مثل المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية. ويُشتق اسم «coronavirus» (عربياً: فيروس كورونا. اختصاراً CoV) من (باللاتينية: corona)، وتعني التاج أو الهالة، حيث يُشير الاسم إلى المظهر المميز لجزيئات

الفيروس، والذي يظهر عبر المجهر الإلكتروني، حيث تمتلك خُملاً من البروزات السطحية، مما يُظهرها على شكل تاج الملك أو الهالة الشمسية. وتتنمي فيروسات كورونا إلى فصيلة الكورونائات المستقيمة ضمن فصيلة الفيروسات التاجية وضمن رتبة الفيروسات العشية (International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV), 2010).

إن فيروس كورونا المرتبط بالمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (SARS-CoV-2) هو فيروس جديد، عُزل لأول مرة من ثلاثة أشخاص مصابين بذات الرئة وقد ارتبط بمجموعة من حالات الأمراض التنفسية الحادة في ووهان Wuhan. هذا الفيروس هو سبب مرض فيروس كورونا ٢٠١٩ (كوفيد-١٩). ويرتبط SARS-CoV-2 ارتباطاً وثيقاً بالنسخة الأصلية من (SARS-CoV). يُعتقد أنه مرض حيواني المنشأ. وقد بينت التحاليل الوراثية تكوين فيروس كورونا مجموعات مع فصيلة كورونا فيروس بيتا، في السلالة (B) لجنس فيروس كورونا المرتبط بالمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة مع سلالتين مشتقتين من الخفاش (ECDC, 2013; WHO, 2020; Wang, 2020; Rothan & Byrarwddy, 2020). وإنه متطابق بنسبة (٩٦٪) على مستوى المجموع الوراثي الكامل مع عينات كورونا فيروس عند الخفافيش (BatCov RaTG13).

وفي فبراير عام ٢٠٢٠، وجد باحثون صينيون اختلافاً في حمض أميني واحد فقط في تسلسل مجموع وراثي معين بين الفيروسات المكتشفة عند آكلي النمل الحرشفي وتلك الموجودة عند المرضى من البشر، ما يعني أنه قد يكون أكل النمل الحرشفي هو المضيف المتوسط (ECDC, 2020).

أما السلسلة الجينومية (Genome Sequences) التي تستعمل بشكل كبير في أدوات البحث العلمي، ولكن حالياً يتم إدخال استعمالها إلى العيادات، في مستقبل الطب الشخصي، فستكون بيانات سلسلة الجينوم الكاملة أداة مهمة لتوجيه التدخل العلاجي، كما تستخدم أداة تسلسل الحمض النووي في مستوى تعدد أشكال النيوكليوتيدات المفردة لتحديد الاختلافات الوظيفية من دراسات الارتباط وتحسين المعرفة المتاحة للباحثين المهتمين بالبيولوجيا التطورية، وبالتالي قد تضع الأساس للتنبؤ بحساسية مرض أو استجابة دواء (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤، 2015: Schulte, 1993; Kilbourne, 1973).

ومن أعراض هذا الفيروس ما يلي: يمكن أن تسبب فيروسات كورونا مجموعة من الأعراض، بما في ذلك الحمى والسعال وضيق التنفس والتهاب الحلق وسيلان الأنف. ومعظم إصابات فيروس كورونا تسبب مجرد نزلات البرد؛ وهناك سلالات أكثر شدة يمكن أن تؤدي إلى التهاب رئوي حاد يتطلب العلاج في المستشفى. ويشير مركز السيطرة على الأمراض إلى

أن أعراض فيروس كورونا الجديد تشمل الحمى والأعراض التي تصيب الجزء الداخلي من مرض الجهاز التنفسي، مثل السعال وصعوبة التنفس (Tang, et al., 2020; ICTV, 2020); منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥، ٢٠٢٠).

وبناء على الأعراض السابقة يجبر المريض لمدة (١٤) يوماً في الحجر الصحي (Quarantine). لكن ما هو العزل والحجر الصحي؟ يُعد العزل (Self-isolation) والحجر الصحي من الاستراتيجيات الشائعة للصحة العامة المستخدمة للمساعدة في منع انتشار الأمراض شديدة العدوى. ويُبقي العزل والحجر الصحي الأشخاص المرضى أو من تعرضوا إلى مرض شديد منعزلين عن الأشخاص غير المصابين (Hawrluck, 2016; Bashfor, 2016); (Tognotti, 2013); (Barkan, 2020); (2004)..

ويتمثل الفرق بين العزل والحجر الصحي فيما يلي: العزل عبارة عن استراتيجية نلجأ إليها لعزل المصابين بمرض مُعد عن الأشخاص الأصحاء. أما الحجر الصحي فإنه يفيد في عدم انتشار مرض معين، ويمكن رعاية الأشخاص المعزولين في منازلهم، أو المستشفى، أو منشآت الرعاية الصحية المخصصة (ووكر، ٢٠٠٧)؛ (سارتشي، ٢٠٠٩)؛ (السيد، ٢٠١٢)؛ (Rubin & Wessely, 2020); (Bashfor, 2016).

ويتم اللجوء إلى الحجر الصحي لعزل وتقييد الأشخاص الذين يُحتمل تعرضهم لمرض مُعد ولكن لا تظهر عليهم الأعراض لنرى هل أصيبوا بالمرض أم لم يصابوا. وقد يكون هؤلاء الأشخاص معدين وقد لا يكونون كذلك. ومتى نلجأ إلى الحجر الصحي؟ يمكن اللجوء إلى الحجر الصحي عندما: يتعرض شخص أو مجموعة أفراد معروفة إلى مرض شديد الخطورة وشديد العدوى؛ وتتوفر موارد الرعاية للأشخاص المحجور عليهم؛ وتتوفر الموارد لتنفيذ والمحافظة على الحجر الصحي وتلقي الخدمات الضرورية (ووكر، ٢٠٠٧)؛ (عمرو، ٢٠١٤)؛ (Manuell & Cukor, 2011); (William, 2010); (Matovinovic, 1969).

ويتبين في دراسة (Huang & Zhao, 2020) التي هدفت إلى التعرف على اضطراب القلق العام، وأعراض الاكتئاب، وجودة النوم أثناء تفشي وباء فيروس كورونا التاجي COVID-19 في الصين، واستخدم المنهج المسحي بالطريقة المستعرضة عبر الشبكات الإلكترونية (شبكة الإنترنت)، وكان حجم العينة (٧٢٣٦) متطوعاً تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وطبق عليهم مقياس الاضطراب العام (Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) ومقياس الأوبئة للاكتئاب (Epidemiology Scale for Depression (CES-D) ومؤشر بيتسبرغ لجودة النوم (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)). وأشارت النتائج إلى أن الانتشار العام لمرض القلق العام والأعراض الاكتئابية ونوعية النوم (١، ٢٥٪) و(١، ٢٠٪)

و(٢, ١٨٪) على التوالي لدى أفراد العينة. أبلغ الشباب عن انتشار أعراض GAD والاكْتئاب بالمقارنة مع الفئات العمرية الأخرى، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المتغيرات الثلاثة عند مستوى دلالة ($\alpha = 0,01$).

بالإضافة إلى دراسة (Wang, Pau, Wan, Tan, et al., 2020) التي تتفق نتائجها مع دراسة (Huang & Zhao, 2020)، حيث تناولت الآثار النفسية وعلاقتها بالعوامل النفسية في المرحلة الأولية من تفشي فيروس كورونا المستجد.

وهدفت دراسة (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho & ho, 2020) الكشف عن مستويات التأثير النفسي والقلق والاكْتئاب والتوتر خلال المرحلة الأولية من تفشي وباء فيروس كورونا التاجي. وطبق مسح ميداني إلكتروني (٢٠٢٠) في الصين للتعرف على الأعراض العضوية في خلال (١٤) يوماً من حضانة الوباء. واستخدم مقياسين هما: مقياس أثر الحدث النفسي (Impact of Event Scale-Revised (IES-R)، ومقياس الاكْتئاب والقلق والتوتر (Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)). وكان حجم العينة (١٢١٠) فرداً. وأشارت النتائج إلى ثلاثة مستويات من الأثر النفسي؛ وهي: (٨, ٥٣٪) بين شديد ومتوسط، و(٥, ١٦٪) اكْتئاب بين الشديد والمتوسط، وبالنسبة للقلق فبلغت نسبته (٨٥, ٢٨٪) بين المتوسط والشديد، أما التوتر فبلغت نسبته (١, ٨٪) بين المعتدل والشديد. بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية مرتفعة بين كل من مستويات التوتر والقلق والاكْتئاب خلال تفشي الوباء عند مستوى ($\alpha = 0,05$).

كما تتفق دراسة (Smith, Thomas, Sonswell, et al., 2020) مع نتائج دراسة (Wang et al., 2020). حيث أكدت على أهمية العزل الصحي لتخفيف الآثار النفسية للمعزولين.

وهدفت دراسة (Liu, Shao, Zhang, Wei, Li, Wang & Zhou, 2020) إلى التعرف على الدعم الاجتماعي المدرك وتأثيره على الحالة النفسية ونوعية حياة الطاقم الطبي بعد تفشي الالتهاب الرئوي SARS-CoV-2. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المستعرض. كما هدفت إلى مقارنة الحالة النفسية وجودة الحياة والدعم الاجتماعي المدرك في الطاقم الطبي والمواطن العادي في هذه الحالة بالذات. وبلغ حجم العينة (٥٠٦) مشاركا: (٢٥٨) من الكادر الطبي، و(٢٤٨) مشاركا عادي. وطبقت ثلاثة مقياس؛ هي: استبيان النموذج القصير (The Short Form 36 (SF-36)، واستبيان صحة المرضى (Patient Health Questionnaire (PHQ-4)، والمقياس المتعدد للدعم الاجتماعي المدرك (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)). وأشارت النتائج إلى أن الطاقم الطبي قد أظهر

درجات أعلى في الأداء الجسدي ودور الحجم المادي من المواطنين العاديين عند مستوى دلالة ($\alpha = 0,001$). بالإضافة إلى أن الطاقم الطبي حصل على درجات أعلى بكثير في جميع نطاقات الدعم الاجتماعي المدرك؛ مثل: دعم الأسرة، ودعم الأصدقاء أكثر من المشاركين العاديين ($\alpha = 0,001$).

أما دراسة (Brooks, Webster, Weesely and Greenberg, 2020) التي تناولت عددًا من المخاوف الناتجة عن العدوي بفيروس كورونا المستجد أثناء الحجر الصحي لدى أفراد العينة البالغ عددهم (510) فرداً، حيث أبلغ المشاركون عن مخاوفهم بشأن صحتهم، أو مخاوفهم من إصابة الآخرين، وكانوا أكثر عرضة للخوف من إصابة أفراد الأسرة من أولئك غير المعزولين. بالإضافة إلى معاناتهم من أعراض جسدية يحتمل أن تكون مرتبطة بالعدوى ويخشون من أن الأعراض قد تعكس استمرار ارتباط العلاقة ببعض الاضطرابات النفسية المستقبلية. بالإضافة إلى أن وصمة العار Stigmatization من الآخرين كانت موضوعاً رئيسياً لدى المعزولين في الحجر الصحي، وقد تستمر لبعض الوقت بعد الحجر الصحي، حتى بعد احتواء تفشي المرض. وفي مقارنة بين العاملين في الرعاية الصحية (من أطباء وممرضين) الذين تم عزلهم مقابل أولئك الذين لم يتم عزلهم، كان (9) مشاركين في الحجر الصحي أكثر عرضة للإبلاغ عن الوصمة والرفض من الأشخاص في أحيائهم المحلية، مما يشير إلى وجود وصمة عار على وجه التحديد بالأشخاص الذين تم عزلهم.

وهدفت دراسة (Zhu, Sun, Zhang, Wang, Fan, Yang, Li, et al., 2020) إلى الكشف عن مدى انتشار عوامل القلق والاكتئاب والتأثير عليها في الخط الطبي الأول الذي يقاتل ضد COVID-19 في قانسو (Gansu) بالصين. بالإضافة إلى الكشف عن الضغوط الجسدية والنفسية الهائلة على الطاقم الطبي الصيني عند تفشي الفيروس، وأنماط التأقلم مع هذه المشاعر النفسية السلبية لدى أفراد العينة. واستخدم المنهج المسحي المقطعي المستعرض مع حزمة المقاييس: مقياس القلق من التقييم الذاتي (Self-rating Anxiety Scale (SAS))، ومقياس الاكتئاب ذاتي التقييم (Self-rating Depression Scale (SDS Simplified Coping Style Questionnaire))، واستبيان أسلوب التكيف المبسط ((SCSQ))، وشارك في المسح (79) طبيباً و(86) ممرضة، حيث تم الكشف عن العلاقة الارتباطية بين المقاييس الثلاثة. وأشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار أعراض القلق والاكتئاب بين الأطباء كانت 4، 11٪، و6، 45٪ على التوالي. أما نسبة انتشار أعراض القلق والاكتئاب بين الممرضات 9، 27٪، و0، 43٪ على التوالي. كما بينت النتائج بأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب والقلق والجنس (عند مستوى دلالة ($\alpha = 0,001$)).

مشكلة البحث

إن اضطراب توهم المرض هو أحد الاضطرابات النفسية الصعبة التي تصيب بعض الأشخاص بسبب بعض العوامل. واضطراب المرض هو حالة تسبب الشعور بالإصابة بمرض ما، وهو شعور غير صحيح بالطبع لهذا يسمى «اضطراب توهم المرض»، بحيث يشعر الشخص بأنه يعاني من حالة مرضية ودائماً ما يرغب في زيارة الطبيب بل ويشعر بالراحة إذا أخبره الطبيب أنه مصاب، ولا يكون في أحسن أحواله في حال أخبره الطبيب أنه لا يعاني من أي مرض. فالمريض دائماً يبحث في جسده عن بعض علامات المرض أو عن علامات خطيرة تؤكد له أنه مصاب بمرض خطير، ودائماً ما تجده يقلق من أشياء بسيطة جداً قد تظهر على جسده، ناهيك عن أن هذا المريض دائماً ما يبحث عن المعلومات المتعلقة بأشياء يشك بأنه مصاب بها، إما في الإنترنت أو في الكتب الطبية وغيرها.

وبين أكثر الأعراض الظاهرة التي يشعر بها المريض النفسي المصاب بتوهم المرض، شعوره الدائم والمستمر بأنه، لا محالة، يعاني من مرض خطير، وأن أي وباء أو مرض انتشر في المجتمع كيفما كان نوعه، وأن أي تفش لمرض أو وباء، فهو، لا شك، يدخل في خانة المرضى والمصابين. وهي الحالة نفسها بالنسبة إلى تفشي وباء «كورونا»، حيث إن المرضى المصابين بحالة توهم المرض وجدوا أنفسهم يعيشون حالة نفسية جد صعبة وجد مضطربة، لأنهم يشعرون بأنهم مهددون أو مصابون بالفيروس بالرغم من التزامهم الكامل والكلي بإجراءات الحجر الطبي، ليس هذا فحسب، بل تجدهم أكثر الأشخاص عناية بصحتهم ويهتمون بغسل أيديهم والتعقيم الكلي، ويحاولون ما أمكن أن يلتزموا بشروط الحماية، لكنهم مع ذلك يعيشون صراعاً نفسياً، إذ يشعرون بأنهم مصابون وأنهم أصيبوا بالعدوى وبأنهم حاملون للفيروس.

وكثيراً ما تجد هؤلاء يحاولون الانعزال عن الآخرين حتى لا يصابوا بالعدوى. بل أكثر من هذا دائماً ما تجدهم يشعرون بالأعراض نفسها التي تتحدث عنها جميع وسائل الإعلام والأطباء الخاصة بالمرض، يشعرون بها كما لو أنهم كانوا مصابين فعلاً، وذلك راجع بالأساس لكونهم يتوهمون إصابتهم بالمرض.

إن توهم المرض مرض نفسي منفصل كلياً عن اضطرابات القلق، ولكن دائماً ما تجد أن الأشخاص المصابين بتوهم المرض أشخاص قلقون للغاية، فمثلاً عند ظهور وباء كورونا، وانتشاره بهذا الشكل الكبير وغير المسبوق في العالم، أصيب الكثير من الأشخاص بالقلق، وهو أمر طبيعي كرد فعل نفسي وكشكل من أشكال الخوف على النفس والغير، ولكن المصابين بتوهم المرض يصابون في العادة بقلق كبير جداً عند انتشار الأوبئة، إن تسيطر عليهم دائماً

فكرة أنهم مصابون بالمرض وكثيراً ما يشعرون بأنهم مرضى، وبالتالي فلا يمكن أبداً التخفيف من حدة الضغط النفسي الذي يشعرون به، حتى وإن تم التأكيد على أنهم لا يحملون الفيروس، لكنهم يشككون دائماً في النتائج والتحاليل. إن هؤلاء الأشخاص المصابين بهذه الحالة المرضية النفسية الصعبة، يشعرون، غالباً، في هذا الوقت من انتشار الوباء، بأنهم ليسوا في حالتهم الطبيعية، وغالباً ما تجد هؤلاء الأشخاص يبحثون عن يؤكد مرضهم، ولا يشعرون أبداً بالراحة عندما يخبرهم الطبيب أنهم غير مرضى، بل يبحثون عن طبيب يؤكد لهم أنهم مصابون بالعدوى <https://www.alakhbar.press.ma.html>.

مما سبق، فإن الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على العلاقة بين القلق والاكتئاب وتوهم المرض لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين، والكشف عن مستويات القلق والاكتئاب وتوهم المرض لديهم. وبالتالي فإن مشكلة البحث تتمثل في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

أسئلة الدراسة

- تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:
- ١- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين؟
 - ٢- ما مستويات القلق والاكتئاب وتوهم المرض لدى مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين؟
 - ٣- هل هناك فروق دالة إحصائياً في مستويات توهم المرض والقلق والاكتئاب تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية)؟

أهداف الدراسة

- تحاول الدراسة تحقيق الأهداف الآتية:
- ١- الكشف عن دلالة العلاقة الارتباطية بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين.
 - ٢- التعرف على مستويات القلق والاكتئاب وتوهم المرض لدى مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين.

٣- التعرف على دلالة الفروق في مستويات توهم المرض والقلق والاكْتئاب تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية).

أهمية الدراسة

يمكن تحديد أهمية البحث فيما يلي:

١- الأهمية النظرية

إن قلة الأبحاث النفسية المتعلقة بالموضوع الحالي على الصعيد المحلي بشكل عام، وعلى فئة العينة بشكل خاص يستدعي القيام بمثل هذه النوعية من الدراسات. كما تتبع أهمية الدراسة الحالية من الأزياد الملحوظ في عدد الاحتياطات التي يجب اتباعها في الفكرة والشكل والمضمون، وما تُحدثه من أثر على سلوك ودوافع أفراد العينة نتيجة العلاقة بين الاكْتئاب والحجر الصحي وأعراض فيروس كورونا (كوفيد-١٩)، بالإضافة إلى ذلك تعتبر هذه الدراسة إضافة للتراث الأدبي النفسي من الناحيتين النظرية والتطبيقية.

٢- الأهمية العملية

يمكن أن تزود الدراسة الحالية واضعي القرارات في مملكة البحرين بما يمكن اتخاذه من قرارات وإجراءات تدعم الوضع النفسي للمصابين بفيروس كورونا أو الأفراد تحت العزل المنزلي أو الحجر الصحي من خلال نشرات توعية أو وسائل الإعلام المختلفة أو وسائل التواصل الاجتماعي؛ وهذا ما يخفف من الأثر النفسي للجائحة والمعلومات المغلوطة بشأنها من قبل الأفراد في المجتمع.

محددات الدراسة

١- المحددات الموضوعية: الكشف عن دلالة العلاقة الارتباطية بين توهم المرض وكل من القلق والاكْتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-١٩)، وأصحاب الحجر الصحي، والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين.

٢- المحددات البشرية: مصابو فيروس كورونا (كوفيد-١٩)، وأصحاب الحجر الصحي، والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين.

٣- المحددات الجغرافية: مملكة البحرين.

مصطلحات الدراسة

١- **الاكتئاب**: هو اضطراب مزاجي يعاني فيه الشخص من الشعور الدائم بالحزن والمشاعر السلبية وفقدان الاهتمام بالأنشطة التي يستمتع بها عادةً. وهناك عددٌ من التعاريف التي تصدرت لبيان مفهوم الاكتئاب Depression، فمثلاً يعرفه بيك Beck (١٩٧٦)، "بأنه استجابة لا تكيفية مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات والإدراكات السلبية للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة". أو أنه "خبرة معرفية وجدانية تظهر في أعراض الحزن، والتشاؤم، وكره الذات ونفدها، والأفكار الانتحارية، والتهيج، والاستثارة، وفقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، والتردد في اتخاذ القرار، وانعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والقابلية للغضب أو الانزعاج، وتغيرات في الشهية للطعام، وصعوبة التركيز، والإرهاق والإجهاد، وفقدان الاهتمام بالجنس" (في: الأنصاري، ٢٠٠٧: ١٩٩-٢٠٠). أما زهران (١٩٩٧) فيرى بأن الاكتئاب هو "حالة من الحزن الشديد والمستمر من الظروف المحزنة والأليمة تعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه". أو "هو حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم فضلاً عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز، وتصاحب هذه الحالة أعراضاً محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية ومنها نقص الاهتمامات، وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقدان الوزن، واضطرابات في النوم والشهية، بالإضافة إلى سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، والميل للانتحار" (في: هندية، ٢٠٠٣: ١١-١٢).

النظريات المنسرة للاكتئاب:

أ- **المنحى الوراثي**: يستند هذا المنحى إلى ما كشفت عنه البحوث من وجود تماثل في شيوع الاكتئاب في أسر دون الأخرى، وقد أثبتت الدراسات الأسرية أنه في حينما يكون أحد الوالدين مصاباً باضطراب المزاج فإن نسبة (٣٠٪) من الأطفال يكونون معرضين لخطر الإصابة به مستقبلاً، ولو كان كلا الأبوين مصاباً فإن النسبة تتراوح بين (٥٠٪ إلى ٧٠٪) (Gottschalk & Domschke, 2017 Córdoba-Palomera, Navarro & Fañanás, 2020; Palma-Gudiel).

ب- **منحى العوامل الكيميائية الحيوية**: اكتسب هذا المنحى أهمية خاصة بعد أن أتضح من خلال سلسلة من الدراسات أن بعض الأعراض الاكتئابية قد ترجع إلى اختلال في توازن الصوديوم، والبيوتاسيوم، حيث اتضح ارتباطها بمشاعر عدم الراحة وسهولة الاستثارة، وأن

هذه العناصر تعود إلى مستوياتها الطبيعية لدى المكتئبين بعد شفائهم من المرض، ووفقاً لتطور هذا الاتجاه تم وضع ما يسمى بالتفسير الأميني للاكتئاب، وهو ما يتعلق بالعناصر الأمينية، وهي عناصر كيميائية يكثر وجودها في الجهاز العصبي الطرقي Limbic system، حيث يؤكد علماء وظائف الأعضاء مسئولية هذه العناصر وعلاقتها بتنظيم الانفعالات، وهي عبارة عن موصلات عصبية Neurotransmitters وظيفتها توصيل الرسالة القادمة، والعائدة من الأعصاب المختلفة. ويشير هذا الاتجاه إلى أن التوازن المزاجي يحتاج إلى توازن هذه العناصر الأمينية، وأن الاكتئاب ينتج عن نقص هذه العناصر، أو تعطل وظيفتها. وهناك ثلاثة أنواع رئيسية من هذه الموصلات العصبية هي: النورينيفرين، والسيروتونين، والدوبامين (Gabbard, 2010)، والخلل في هذه الموصلات العصبية يؤدي إلى الاكتئاب، حيث ترتبط الأمراض الاكتئابية بالقصور النسبي فيها، وزيادتها تؤدي إلى أعراض الهوس (Goddard, 2010). (Ball, Matinez, Robinson, yang & Sekhar, 2010).

ج- منحى التحليل النفسي: تبني فرويد Freud وجهة نظر التحليل النفسي Psychoanalysis التي تشير إلى أن الأمراض النفسية التي يصاب بها الفرد في حياته بمراحلها المختلفة، بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة، وقد ابتكر فرويد مفهوماً فريداً وجديداً (وقت ظهوره) مفسراً به هذه الخبرات والصراعات (Freud, 1917). وهو مفهوم اللاشعور unconscious لكي يبرهن من خلاله على أن الأمراض النفسية التي يعاني منها الفرد في مراحل حياته، ما هي إلا تكرار لاشعوري، رمزي، لكل ما حدث خلال السنوات الست الأولى من العمر، ولذلك فإن تفسيرات المريض لما يعانيه، ما هي إلا جزء صغير من هذه الخبرات، أما غالبية هذه الخبرات فلا زالت مدفونة في اللاشعور، ولذلك فإن هدف العلاج في التحليل النفسي هو كشف الدوافع اللاشعورية (Busch, Rudden & Shapiro, 2016).

د- منحى السلوكي المعرفي: لقد اختلف بيك «Beck» مع وجهة النظر العامة التي وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي، ولم تضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب؛ مثل: الشعور باليأس والشعور بالعجز، وقد أكد بيك Beck أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة والانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيضاً، وبخلاف الإدراكات المعرفية العادية نجد أن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية والمحتوى، وهذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابة العاطفية في الاكتئاب (Beck, 1976; Beck, 2008; Beck & Haigh, 2014). وقد قام بيك Beck باختبار محتوى الفكر ذي الحساسية الشديدة للمكتئبين، وقد اكتشف من خلال ذلك مفاهيم مشوهة وغير حقيقية يعاني منها الفرد المكتئب، وقد ظهر أيضاً من خلال التدايمات الحرة للمرضى (المكتئبين مجموعة من

الخصائص الإدراكية السالبة؛ مثل: احترام الذات المنخفض Low Self Regard، والحرمان Deprivation وفقدان الذات Self-loss، ولوم الذات Self- Blame، والهروب من الواقع بالاستغراق في الخيال، ومطالب الذات Self - Demands، وميول الرغبات الانتحارية Suicidal Wishes، وتكون كل من هذه الإدراكات مشوهة وغير حقيقية لأن المرضى بالاكتئاب يميلون إلى المبالغة في تضخيم أخطائهم والعواقب التي تعترض مسارهم (Davidson, Rieckmann & Lespérance, 2004; Wasmer, 2010; Lakdawalla, Hankin, & Mermelstein, 2007; Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007).

٢- **توهم المرض Hypochondriasis**: هو خوف غير عقلاني في شدته أو ماهيته. يرتبط هذا الخوف بجسم، أو حالة معينة؛ ويؤدي التعرض لمسبب الخوف إلى القلق فوراً. أما توهم المرض فيعني اضطراباً نفسي المنشأ وهو عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، ويلاحظ توهم المرض أيضاً في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الإصابة الجسمية (إبراهيم، ٢٠١٩: ٦٠-٦١).

يشير هذا الاضطراب إلى وجود اهتمام مرضي وموّلم حول أمور الصحة والمرض عند الفرد. حيث يشعر مرضى توهم المرض أن صحتهم متدهورة، يشعرون فوق ذلك أنهم على حافة شيء خطير ومأسوي في شكل الأمراض الخطيرة التي ستفتك بهم، وأنهم يعانون من سوء الهضم المزمن ومن التخمة، ومن الصداع، ومن امتلاء البطن بالغازات، ومن الإمساك، ومن الآلام الصدرية، وآلام البطن، ويشعرون بقلق كبير حول دقات قلبهم، وعندما يشند قلقهم يشعرون بخوف من الموت، وعندما يذهب أحدهم إلى الطبيب يؤكد له أن صحته سليمة تماماً (عيسوي، ١٩٩٤). ومن غرائب النفس البشرية، أنه ليس من الضروري أن يطارد الإنسان مرض حقيقي يكمن في بدنه أو عقله، وإنما هناك سلاح مخيف هو (الوهم) الذي يطارد الإنسان ويحاوره ويخادعه، وينتقل من عضو إلى آخر، يتخيل صاحبه أنه قد أصيب بأشد الأمراض خطورة وفتكاً، بينما هو في واقع الحال سليم معافٍ من الناحية الجسمية، وإنما يتشبث به الوهم ويذهب به كل مذهب ويملك عليه حياته ويحيلها إلى جحيم مقيم، لا تجدي معه تأكيدات الأطباء له بأنه سليم معافى. وهنا يصبح الإنسان حرباً على نفسه من الداخل، يشعر بالتهديد وباقتراب شبح الموت من نفسه دون أن يكون هناك أي سبب حقيقي يدعو إلى لقلق على صحته (بني جابر وآخرون، ٢٠٠٢). ومن أعراض هذا المرض شكوى المريض من الصداع، ومن الأرق، أو السهاد أو فقدان النوم، كما يعاني من حالة الثورة والتهيج وعدم الاستقرار، أو عدم الشعور بالارتياح، وبنوع خاص يعاني من الشعور بالتعب والإرهاق والكسل

والتراخي والكلل أو الإعياء والفتور. كما يشكو المريض من حالة خفيفة من عسر الهضم ومن الإمساك تلك التي يعزو إليها المريض شعوره بالتعب (جيمس ويليس وجون ماركس، ١٩٩٩). إن توهم المرض يدخل ضمن مرض آخر أكثر شمولاً منه، وهو الوهن أو الشعور بالضعف Asthenia، ويعني الوهن أو الضعف أو النحول أو الذبول. ويطلق عليها أيضاً اصطلاح آخر هو Neurasthenia النيوراسينيا، وتشير إلى الوهن أو الضعف العصبي أو تعب الأعصاب أو الانهيار العصبي.

٣- **القلق**: يعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب وهو جزء من الحياة البشرية ولازمة من لوازم الوجود البشري، إذ أن القلق بمثابة الحرص على الحياة، وهو رغبة في الحياة، إذ تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شعور غامض بالخطر أو التهديد، لكن زيادة القلق عن الحد الطبيعي يعد أمراً غير طبيعي، ويؤدي إلى شعور الفرد بالعديد من الأعراض الجسمية والنفسية، ومع تزايد هذا الشعور الغامض بالتهديد فإن الفرد يصل إلى حد الاضطراب الذي يحتاج إلى مساعدة خارجية سواء بالعقاقير أو الأساليب العلاجية والإرشادية لتخفيف حدة هذا الاضطراب (إبراهيم وعسكر، ٢٠١٢). ويتم تعريف القلق على أنه «شعور بالقلق أو العصبية أو القلق (unease)، عادة حول حدث وشيك أو شيء ما بنتيجة غير مؤكدة»، ويأتي القلق عندما لا تمتلك قشرة الفص الجبهي لدينا معلومات كافية للتنبؤ بالمستقبل بدقة. نرى هذا الآن مع الفيروس التاجي. وقلق الأمراض هو أحد الاضطرابات النفسية الشائعة، وهو يصنف ضمن اضطرابات القلق التي تتسم بالقلق والخوف. وأهم ما يميز قلق الأمراض هو الخوف والقلق المبالغ فيه من وجود أو الإصابة بالأمراض. وله -بطبيعة الحال- انعكاسات سلبية نفسية وجسمية واجتماعية ووظيفية (إبراهيم، ٢٠١٩: ٥١). كما يعرف مصطلح القلق بأنه شعور شاق صعب التحمل يظهر قبل أو خلال أو بعد الضغوط النفسية أو الجسدية، ويتمثل ظهوره قبل التعرض لهذه الضغوط عن طريق توقع النتيجة. وبالرغم من أن القلق يمكن أن يعبر عن إنذار بخطر يهدد الفرد فيسمح له بالاستعداد للدفاع لكنه يخلق شعوراً مؤلماً بالضيق، كما يؤدي إلى حالة اضطراب مصحوبة بظواهر جسدية مزعجة تؤثر بدورها عليه فتعمل على تضخيمه (Meichenbaum, 1977).

النظريات المفصرة للقلق:

أ- **نظرية التحليل النفسي**: يعد فرويد Freud من الأوائل الذين حللوا القلق، وقد رأى أن في القلق إشارة للأنا لكي تقوم بعمل اللازم ضد ما يهددها، وكثيراً ما يكون المهديد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور، وهنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعد في الدفاع عن نفسها

وإبعاد ما يهددها، وإما أن يتدخل القلق حتى تتع الأنا فريسة المرض النفسي. وقد ذكر فرويد ثلاثة أنواع من القلق هي (في: العناني، ٢٠٠٠):

- القلق الموضوعي (الواقعي): وهو تجربة انفعالية مؤلمة تتجم عن إدراك خطر قائم في العالم الخارجي، وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من خبرات الفرد السابقة، ومثال ذلك قلق البحار الخبير حين ينظر إلى سحابة صغيرة تظهر في الأفق ويقدر استناداً إلى خبرته السابقة، أنها إشارة إنذار بإعصار شديد.
- القلق العصابي: وهو قلق شديد لا تتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من مجهول، والشخص الذي يشعر بهذا القلق يخاف من خياله، يخاف من الهو (الغرائز) الخاص به.
- القلق الأخلاقي: ويكون مصدره الأنا الأعلى، ويبدو في صورة إحساسات بالذنب أو الخجل في الأنا يثيره إدراك خطر آت من الضمير، والقلق الأخلاقي هو قلق - موضوعي كالخوف من عقوبة الوالدين.

ويفسر ألفريد أدلر (Addler, 1966) القلق على أنه وليد التفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع، ويرى أن الإنسان إذا حقق الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه فإن هذا مدعاة لتقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالمحيطين فيه، وبالتالي إمكانية تغلبه على إحساسه بالنقص والعجز والكسل. ويرى سوليفان أن أهم العوامل المسببة للقلق يتمثل في العلاقات بين الأشخاص وهذه العلاقة أساس بناء الشخصية، وأن التوتر والقلق يمكن أن يزيد قلق الانفصال إذا شاب العلاقة بين الطفل وأمه شائبة (في: الشرايف، ٢٠١٣).

ب- النظرية المعرفية: يرى أصحاب النظرية المعرفية أن الأشخاص القلقين يمتلكون محفزات معرفية بشأن تضخيم المثيرات المهددة، الخارجية أو الداخلية، أو بسبب اعتقادهم أن تفسيراتهم لما يحدث في أجسامهم غير واقعية. فزيادة في ضربات القلب تعني عندهم وجود شيء ما في القلب، يزيد من قلقهم، ويضعهم في دائرة مغلقة على النحو الآتي: (تفسير خاطئ لإحساس جسدي (S) قلق (S) يزيد من الحالة (اضطراب دقات القلب مثلاً) (S) يؤدي إلى فكرة كارثية (الموت مثلاً) (S) زيادة في القلق) (صالح، ٢٠٠٧). ويمثل علم النفس المعرفي اتجاهاً قوياً في علم النفس المعاصر؛ حيث أثر في عدد من المنظرين من مدارس مختلفة. ويعتبر جورج كيلي Kelly من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزناً في تفسير الشخصية في حالتها السواء واللاسواء؛ حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات. وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسياً بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، على

اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل (قواجلية، ٢٠١٣).
ويعتبر النموذج المعرفي عند بيك Beck للقلق، من أكثر النماذج المعرفية شهرة لتفسير
القلق؛ إذ يعتبر الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لمرض القلق. وتتألف مظاهر
الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق فيما يلي (بيك، ٢٠٠٠):
أ. أفكار متكررة عن الخطر؛ فمريض القلق يكون دائماً في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور
حول حدوث وقائع مؤذية.

ب. نقص القدرة على «نقض» الأفكار المخيفة؛ قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار،
ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم تكون معطلة، ومهما بلغ هذا الشك،
فعلی الأرجح تظل هذه الأفكار مقيمةً عنده.

ج. تعميم المثير (المنبه)؛ يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق؛ بحيث يمكن لأي صوت أو حركة
أو تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطراً.

أما النموذج المعرفي للقلق عند لازاروس فيميز بين عمليتين أساسيتين ترتبطان بالقلق لدى
الفرد هما:

التقويم الأولي؛ وهو عبارة عن تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف من حيث شدته واقترابه
وضرره، وهذا التقويم يتأثر بعاملين:

شخصية الفرد ومعتقداته.

عوامل لها علاقة بطبيعة الموقف من حيث طبيعة الحدث.

التقويم الثانوي؛ ويقصد به تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتعامل مع الموقف،
ويتأثر هذا التقويم بالقدرات التالية:

- قدرات نفسية: تقديره لذاته والروح المعنوية لديه.

- قدرات جسمية: صحة الفرد وطاقته للعمل.

- قدرات اجتماعية: علاقاته وحجم الدعم والمساندة المقدم له.

النظرية السلوكية؛ قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير
والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، ما دمنا نعتبره خبرة
غير سارة، وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضاً باعتباره
يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف يمدنا
بتصور عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي، ويرى غنيم (في: خالد، ٢٠١٢) أن
العصاب التجريبي حسب النظرية السلوكية يتميز بالصفات التالية:

- إن السلوك العصابي هو نتيجة ضغط وتوتر وصراع، ففي جميع التجارب التي كانت من هذا القبيل، فإنه ليس ثمة شك أن صراعاً ما قد ظهر بوضوح بين نزاعات الفعل المعززة، ونزاعات الفعل غير المعززة.
- إن السلوك العصابي يتميز بالقلق، وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان.
- إن السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

وتنصر النظرية السلوكية القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي؛ وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، حيث يصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف مع أن طبيعته لا تثير هذا الشعور فيشعر الفرد بالخوف المبهم وهو القلق (العطية، ٢٠٠٨). ويرى العالمان السلوكيان بافلوف وواطسون أن القلق يقوم بدور مزدوج، فهو من ناحية يمثل حافظاً، ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز، وذلك عن طريق خفض القلق، وهكذا فإن العقاب يؤدي إلى كف السلوك غير المرغوب فيه، وبالتالي يولد القلق الذي يعتبر صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، ولعل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق استجابة شرطية تحدد مصدر القلق عند الفرد (عثمان، ٢٠٠١).

النظرية الإنسانية: يرى أصحاب هذه النظرية أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يمر به من أحداث تهدد وجود الإنسان، فهو قلق ينشأ من توقعات الإنسان لما قد يحدث، فالمثير الأساسي لقلق الإنسان هو الموت، لذلك فإن القلق ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة أو استجابة يكتسبها الفرد في أثناء عملية التعلم، وإنما هو طبيعة النفس الإنسانية، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يستشعر القلق كخبرة يومية مستمرة تبدأ من بداية حياته ولا تنتهي إلا مع آخر أنفاسه الحية، فمصدر القلق ليس الماضي والحاضر والمستقبل إنما الحياة برمتها (الشناوي، ٢٠٠١). ويضيف كارل روجرز أن القلق لدى الفرد مرتبط بمقدار الاتساق والتناقض بين مفهوم الذات لديه والخبرات التي يمر بها في حياته، علماً أن روجرز أشار إلى أن نشوء القلق لا يشترط الوعي الكامل بالتناقض بين الذات والخبرة. فكلما اتسقت الخبرات مع مفهوم الذات، أدى ذلك إلى التوافق النفسي، في حين أن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرات التي يواجهها الفرد والتي لا تتسق مع مفهومه عن ذاته يدركها الفرد على أنها تمثل تهديداً له، ومن ثم يعمل على تحريفها، أو تجاهلها، ويشعر عندئذ بالقلق والتوتر (في: الشرايف، ٢٠١٣).

٤- **الحجر الصحي الحجر والعزل الصحي (سلوك المرض والمريض)**: هو مكان يُعزل فيه أشخاص، أو أماكن، أو حيوانات، قد تحمل خطر العدوى. وتتوقف مدة الحجر الصحي على الوقت الضروري لتوفير الحماية، في مواجهة خطر انتشار أمراض بعينها (Bashfor, 2016; Rubin & Wessely, 2020). ونظراً لتعدد المداخل النظرية وتنوعها، فإنه لا يمكن الاعتماد على نموذج واحد فقط في تفسير سلوك المرض، ولذا سوف نعرض ثلاثة نماذج في تفسير الظاهرة، تمثل أبرز النماذج المتعلقة بسلوك المرض، نظراً لتعاطيها مع معظم المتغيرات المرتبطة بظاهرة سلوك المرض، واهتمامها بالأبعاد المنهجية المتعلقة بالتعامل مع الظاهرة (Barkan, 2020)، وهذه النماذج هي: نموذج كل من (Mechanic, 1978). و(Suchman, 1965)، و(Biddle et al., 2007).

أولاً: نموذج (Mechanic, 1978): ينطلق من قضية أساسية؛ وهي أن دراسة سلوك المرض لا تتضمن فقط أولئك الأفراد الذين يبحثون عن الرعاية الصحية، وإنما تتضمن بالإضافة إلى ذلك أولئك الذين لا يبحثون عنها، حيث يؤثر سلوك المرض في مدى الاستفادة من الرعاية الصحية، واختيار مسارات العلاج الممكنة، والاستجابة للمرض بوجه عام. ويرصد «ميكانيك» Mechanic خمسة متغيرات تؤثر في عملية سلوك المرض، وهي:

١- **ظهور الأعراض Salience of symptoms**: يعتمد إدراك الفرد للأعراض المرضية على مدى ظهورها ووضوحها، فبعض الأعراض تظهر بصورة عنيفة مثل: المغص الحاد، والصداع الشديد، والحمى القوية، وبعض الأعراض الأخرى التي لا تتم ملاحظتها مثل: المراحل المبكرة من السرطان، ومرض الدرن، وارتفاع ضغط الدم، وتستلزم فحوصاً خاصة للكشف عنها؛ ولذا فإن إدراك الأعراض والاستجابة لها تختلف لدى الأفراد الذين يدركونها بصورة مباشرة عن الأفراد الذين يحتاجون لأدلة قاطعة على وجودها. وقد أكدت معظم الدراسات أن ثمة ارتباطاً بين ظهور الأعراض ووضوحها، وسرعة الاستجابة لها. ويعتمد تدخل المحيطين بالمرضى كالأُسرة والأصدقاء وبعض الأفراد الآخرين في المجتمع المحلي في حث المريض على طلب الرعاية - خاصة في بعض الأمراض الموصومة Stigmatized - على تفسيرهم للأعراض وإدراكهم لانحراف المريض عن التوقعات الاجتماعية.

٢- **إدراك خطورة الأعراض Perceived seriousness**: يلعب متغير إدراك خطورة الأعراض دوراً مهماً في سلوك المرض، سواءً من وجهة نظر الآخرين (other-defined)، أو من وجهة نظر المريض ذاته (self-defined)، ويقصد ميكانيك Mechanic بإدراك خطورة الأعراض تقدير مدى الخطر الناجم عن المرض في الوقت الراهن وفي المستقبل. ويرى «ميكانيك»

Mechanic أن تقدير خطورة الأعراض يعتمد على رؤية الآخرين وتقديرهم لدرجة الخطر ورد فعلهم تجاهه.

٣- **مدى تعطيل المرض للأنشطة الاجتماعية Extent of disruption of activities:** ثمة ارتباط وثيق بين إدراك خطورة المرض ومدى تعطيل المرض للأنشطة الاجتماعية. ويمثل المرض تعطيلاً لعمل المريض وكافة أنشطته الاجتماعية، ولذلك فهناك علاقة واضحة بين تأثير المرض على الأنشطة الاجتماعية وسرعة الاستجابة للمرض، سواء من جانب المريض أو من جانب الآخرين.

٤- **درجة التساهل تجاه الأعراض Tolerance threshold:** تتباين درجة تساهل (أو تجاهل) الفرد والآخرين نحو الأعراض المرضية تبايناً واضحاً، فالحقيقة أن بعض الأسر عندما تلاحظ أية مؤشرات خفيفة على المرض تسارع في البحث عن العلاج، في حين لا تتجه بعض الأسر الأخرى إلى البحث عن العلاج إلا عندما تظهر أعراض صارخة blatant تؤكد وجود المرض، والأمر كذلك بالنسبة إلى الأفراد، حيث يختلفون فيما بينهم من حيث قدرتهم على الصبر على الألم stoicism.

٥- **أسباب الإنكار Needs for denial:** ثمة نوعية من الأمراض تدفع أفراد الأسرة إلى إنكارها أو إخفاؤها عن الآخرين، من هذه الأمراض الاضطرابات النفسية، فالزوجة تخفي حالة الاضطراب النفسي أو العصبي أو العقلي لزوجها، وتحاول أن تظهر للآخرين أنه في حالة جيدة، بسبب نظرة المجتمع للمرض العقلي باعتباره وصمة stigma، ولذلك فإن ميكانيكيات الإنكار قد يساعد في بعض الأحيان على الاحتفاظ المؤقت بالتوازن، ولكنه في أحيان كثيرة قد يتسبب في تعقيد الحالة، وتأخير فرص الشفاء نتيجة للتأخر في العلاج.

ثانياً؛ نموذج (Suchman, 1965): ويقوم هذا النموذج على أساس تحديد مجموعة من المراحل التي يمر بها الشخص أثناء مرضه، حيث يحدد مراحل تفاعل المريض مع المرض ومع الطبيب المعالج وتطورها عبر الزمن. وي طرح شومان Suchman بعض المفاهيم المهمة في تحليل المرض والمؤثرة في سياق سلوك المرض، وهي: مفاهيم التسوق Shopping؛ ويقصد به قدرة المريض على الاستفادة من المصادر المتنوعة للرعاية الطبية، وتجزئة الرعاية Fragmentation of care، ويعني تنوع الممارسين الطبيين في المركز الطبي الواحد، والمماطلة Procrastination، وهي تأخر المريض في طلب الرعاية الطبية بعد إدراكه لأعراض المرض، والتطبيب الذاتي Self-medication، ويعني محاولات المريض المتكررة للعلاج الذاتي في المنزل، وأخيراً مفهوم الانقطاع Discontinuity، وهو توقف العلاج والامتناع عن مواصلة تلقي الرعاية الطبية. ويقسم شومان Suchman مراحل الاستجابة للمرض إلى أربع

مراحل كالتالي:

١- **مرحلة إدراك الأعراض:** حيث يلاحظ المريض في هذه المرحلة أن هناك ضرراً ما قد لحق به، وثمة جوانب ثلاثة تؤثر في إدراك المريض لحقيقة مرضه: الجانب العضوي physical، وهو الإحساس بالألم وعدم الراحة، وحدوث تغير في بعض المظاهر الجسدية كالإحساس بالضعف، والجانب المعرفي Cognitive، ويقصد به فهم الأعراض الموجودة وتفسيرها، والجانب الوجداني Emotional، ويقصد به الخوف أو القلق المرتبط بالتغير العضوي والتفسير المعرفي.

٢- **بدء الدخول في دور المريض:** في تلك المرحلة يبدأ المريض في البحث عن وسيلة لتخفيف المرض من خلال الرعاية الذاتية أولاً، حيث يبدأ في تعاطي بعض المسكنات أو الأدوية، ويلجأ إلى شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به كأفراد أسرته وأصدقائه لتلقي نصائحهم، ويسعى للحصول على موافقتهم لممارسة دور المريض بصورة مؤقتة.

٣- **مرحلة طلب الرعاية الطبية:** يقرر المريض في هذه المرحلة البحث بجدية عن الرعاية الطبية، إنه القرار بالبحث عن الرعاية الطبية (العلمية) وليست الرعاية الطبية العادية (Lay Care) فيعرض نفسه على الطبيب الذي يشخص حالته ويقرر العلاج اللازم، ويكتسب الشخص في هذه المرحلة شرعية دور المريض والبحث بعناية عن علاج مرضه، ومن جهة أخرى قد يرى الطبيب في هذه المرحلة أن حالة المريض لا تتطلب علاجاً يوجب عليه قيامه بدور المريض، فيقرر أنه قادر على ممارسة مهامه المعتادة، وبالتالي لا يكمل باقي مراحل الاستجابة للمرض.

٤- **مرحلة دور المريض الفعلي:** ينقل المريض في هذه المرحلة مسؤولية العلاج كلية إلى الطبيب، حيث يقوم الطبيب بكافة جوانب الرعاية الطبية، واتخاذ كافة القرارات المتعلقة بالعلاج كنوعية الطعام الذي يجب أن يتناوله، والأمور التي عليه أن يتجنبها.

ثالثاً: نموذج (Biddle et, al., 2007): يهدف هذا النموذج إلى تقديم إطار تفسيري لعملية سلوك المرض المتعلق بالاضطرابات النفسية، فالاضطرابات النفسية تعد أمراً شائعاً بين البالغين، وترتبط تلك الاضطرابات بالعديد من صور القصور، خاصة فيما يتعلق بالعمل والتعليم والتفاعل الاجتماعي، وفي ذات الوقت كشفت البحوث الوبائية Epidemiological Researches عن انخفاض معدلات الباحثين عن المساعدة الطبية بين الشباب المصابين باضطرابات نفسية، حيث أتضح أن أقل من (١٧٪) منهم يبحثون عن الرعاية الطبية. وكشفت الدراسات أن ثمة ارتباطاً بين متغير السن والبحث عن المساعدة الطبية لدى المصابين بهذه الاضطرابات، حيث اتضح أن الأفراد في الفئة العمرية من (١٦-٢٤) عاماً هم الأقل بحثاً

عن تلك الرعاية، ويحاول النموذج طرح إطار تفسيري ديناميكي لعملية سلوك المرض، وذلك من خلال دراسة ميدانية عميقة، وكشفت النتائج عن أن ثمة نموذجاً تصورياً يرتبط بسلوك المرض، ويفسر عدم طلب الرعاية الصحية لدى المبحوثين، حيث تتقضي فترات طويلة دون البحث عن المساعدة الطبية، وقد أطلق الباحثون على هذا النموذج مصطلح دائرة التحاشي (Cycle Of Avoidance: COA, 983).

5- العزل الذاتي المنزلي؛ العزل الذاتي هو فصل المصاب أو الشخص المشتبه في إصابته عن غيره من الأصحاء خلال فترة العدوى في أماكن وظروف صحية ملائمة، للحيلولة دون انتقال العدوى منه إلى غيره (Rubin & Wessely, 2020; Bashfor, 2016).

6- الوباء؛ هو انتشار مفاجئ وسريع لمرض في رقعة جغرافية ما فوق معدلاته المعتادة في المنطقة (ساراتشي، ٢٠٠٩)؛ (عمرو، ٢٠١٤)؛ (ووكر، ٢٠٠٧).

7- أعراض فيروس كورونا Coronavirus: تمثل أبرز أعراض الإصابة بالمرض في التهابات الجهاز التنفسي الحادة مع الحمى وضيق التنفس والسعال (ICTV, 2020).

التعريفات الإجرائية

يرى فريق البحث أن توهم المرض والقلق والاكتئاب تتمثل في الدرجات الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة من أدوات الدراسة المتمثلة في كل من: مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory-II، ومقياس القلق، ومقياس توهم المرض.

العلاقة بين متغيرات الدراسة

يقول خبراء الصحة النفسية إنه مع طول مدة بقاء الأشخاص في منازلهم، تزداد مخاطر تعرضهم لنوبات اكتئاب وهلع وحتى الأفكار الانتحارية، كما أشارت دراسة (Asmundson and Taylor, 2020). أما خطر "الأزمات" الذي يمكن للأفراد من خلاله التواصل مع مستشارين نفسيين، تتعلق بالقلق والاكتئاب (Barken, 2020). كما يشارك العديد من أفراد عينة الدراسات السابقة قصصهم الشخصية عن نوبات الهلع التي تتابعهم بسبب الوباء (السيد، ٢٠١٢؛ Ho, 2019)، وحين يبقى الأشخاص في العزلة بدلاً من الخروج مع الأصدقاء، أو الترفيه عن النفس في حانة أو مطعم، يتوافر المناخ الملائم للأفكار السلبية وتتفاقم الحالة إذا كانوا يعانون من الاكتئاب والقلق (Rubin & Wessely, 2020; Tracy et al., 2009; wang et al., 2020).

منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي المسحي بشقيه (الارتباطي - المقارن)، الذي يهتم بتحليل البيانات التي تم التوصل إليها من عينة الدراسة ومعالجتها في ضوء الأساليب الإحصائية المختلفة، للتعرف على دلالة العلاقة الارتباطية بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-19) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين، كذلك التعرف على دلالة الفروق في مستويات توهم المرض، والقلق، والاكتئاب تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية).

عينة الدراسة

أجريت الدراسة على عينة مسحية بطريقة كرة الثلج من خلال التطبيق الإلكتروني لأدوات الدراسة، وذلك على عينة مسحية تضم ٣٢٢ فرداً (٨١ من الذكور، ٢٤٢ من الإناث)، ومن مستويات تعليمية ومهنية مختلفة، وقد بلغ متوسط العمر لدى أفراد العينة ٦,٦ سنة بانحراف معياري قدره 1 ± 14 سنة. ومن خلال تحليل العينة المسحية تم حصر (٥ من المصابين بفيروس الكورونا (كوفيد-19)، و٦ من أصحاب الحجر الصحي، و٣٧ من أصحاب العزل الذاتي المنزلي، و٢٧٥ من العاديين).

أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

١- مقياس القلق (A) من إعداد غريب عبد الفتاح:

أعد المقياس في صورته الأصلية كل من: Costello & Comrey عام ١٩٦٧، وقتنه على البيئة العربية غريب عبد الفتاح عام ١٩٨٧، ليقاس القدرات التالية: القابلية للاستثارة، العصبية، التوتر، زيادة الحساسية، كما يقاس استعداد الفرد لأن يعاني من حالة القلق الوجداني. كما يميز بين القلق والاكتئاب، حيث ترتبط درجاته مع الاكتئاب، ويتكون المقياس من ٩ بنود الإجابة عليها متدرجة من ١-٩ ماعدا البند رقم ٢ تكون الإجابة عليه بالعكس من ٩-١.

صدق المقياس: تم حساب الارتباط الداخلي بين فقرات المقياس البالغ عددها (٩) بنود مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (١)
الارتباط الداخلي بين فقرات المقياس ودرجتها الكلية

الفقرة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية
١	**٠,٦٨
٢	**٠,٧١
٣	**٠,٤٥
٤	**٠,٦٩
٥	**٠,٦٧
٦	**٠,٤٤
٧	**٠,٧٤
٨	**٠,٧١
٩	**٠,٦٩

** دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين فقرات المقياس ودرجتها الكلية كانت دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ حيث تراوحت بين ٠,٤٥ إلى ٠,٧٤، مما يدل على صدق المقياس.

ثبات المقياس: تم حساب معامل ألفا لكرونباخ لحساب الاتساق الداخلي للمقياس، حيث بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ ٠,٨٢، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، كما تم حساب التجزئة النصفية لفقرات المقياس، وبلغت قيمة معامل التجزئة النصفية ٠,٨٣، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، مما يدل على ثبات المقياس.

قائمة بيك الثانية للاكتئاب BDI-II من إعداد آرون بيك:

تعد قائمة بيك الثانية BDI-II لقياس الاكتئاب، أحدث صورة مطورة لمقياس بيك للاكتئاب، وتتكون من (٢٠) بنداً لقياس شدة الاكتئاب ابتداءً من عمر ١٦ سنة، وتتميز هذه القائمة بأن بنائها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM-IV) للاضطرابات العقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ (معمرية، ٢٠١٠). وتتضمن قائمة بيك الثانية للاكتئاب B.D.I-II الأعراض الاكتئابية التالية: الحزن، التشاؤم، الفشل السابق، فقدان الاستمتاع، مشاعر الإثم، مشاعر العقاب، عدم حب الذات، نقد الذات، الأفكار الانتحارية، البكاء، التهيج والاستثارة، فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي، التردد في اتخاذ القرارات، انعدام القيمة، فقدان الطاقة، تغيرات في نمط النوم، القابلية للغضب أو الانزعاج، تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز، والإرهاق أو الإجهاد (غريب، ٢٠٠٠: ٥٩٩).

صدق المقياس في البيئة المحلية: تم حساب الارتباط بين أبعاد الاختبار العشرين ودرجته الكلية، وهو ما يفيد صدق الاختبار، إذ أن الارتباطات الداخلية يمكن استخدامها كدلالة على صدق البناء. وارتباط أبعاد الاختبار بالدرجة الكلية من المؤشرات القوية للصدق، وهو ما يسمى بصدق البناء Construct Validity، وقد حسبت معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد الاختبار ودرجته الكلية، والجدول (٢) يوضح ذلك:

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين أبعاد الاختبار والدرجة الكلية

الارتباط مع الدرجة الكلية	البعد
**٠,٦٧	١- الحزن
**٠,٦١	٢- التشاؤم
**٠,٦٢	٣- الفشل السابق
**٠,٦٧	٤- فقدان الاستمتاع بالحياة
**٠,٥٢	٥- مشاعر الإنثم (تأنيب الضمير)
**٠,٥٤	٦- الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى
**٠,٥٦	٧- عدم حب الذات
**٠,٤٤	٨- نقد الذات ولومها
**٠,٤٣	٩- الأفكار أو الرغبات الانتحارية
**٠,٥٢	١٠- البكاء
**٠,٥٢	١١- الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)
**٠,٦٦	١٢- فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي
**٠,٦٩	١٣- التردد في اتخاذ القرارات
**٠,٦٨	١٤- انعدام القيمة
**٠,٦٥	١٥- فقدان الطاقة على العمل
**٠,٥٤	١٦- تغيرات في نظام النوم
**٠,٥٧	١٧- القابلية للغضب أو الانزعاج
**٠,٤٧	١٨- تغيرات في الشهية
**٠,٦٤	١٩- صعوبة التركيز
**٠,٧٠	٢٠- الإرهاق أو الإجهاد

**دالة عند ٠,٠١

اتضح من الجدول (٢) أن جميع معاملات الارتباط المستخرجة بين أبعاد الاختبار ودرجته الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١، وهو ما يؤكد صدق الاختبار. ثبات المقياس: تم حساب معامل ألفا لكرونباخ لحساب الاتساق الداخلي للمقياس، حيث بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ ٠,٨٩، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، كما تم حساب التجزئة

النصفية لأبعاد المقياس، وبلغت قيمة معامل التجزئة النصفية ٠,٨٤، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، مما يدل على ثبات المقياس.

مقياس توهم المرض المشتق من قائمة كورنيل من إعداد عماد الدين سلطان، وجابر عبد الحميد:

أعد النسخة العربية لهذا المقياس كل من عماد الدين سلطان، وجابر عبد الحميد جابر، ولقد وضع المقياس كأداة تجمع فقرات تتناول بيانات سيكوسوماتية وعصبية وطبية ونفسية يمكن استخدامها في التفسير الإكلينيكي، وتحديد موضع الفرد على مقياس يبين درجات الاضطراب العصابي والسيكوسوماتي. ويقاس هذا المقياس عشرة من اضطرابات الشخصية على النحو الآتي: الخوف وعدم الكفاءة، الاكتئاب، العصبية والقلق، الأعراض العصبية في الأجهزة الدورية، استجابة الفزع والجفول، الأعراض السيكوسوماتية، توهم المرض، أعراض المعدة والأمعاء، الحساسية والارتياح، والسيكوباتية. وقد تم الاقتصار على المقياس الفرعي الذي يقاس توهم المرض، والذي يتكون من سبع فقرات تتطلب الإجابة عليها بنعم أو لا. صدق المقياس في البيئة المحلية: تم حساب الارتباط بين فقرات الاختبار السبع ودرجته الكلية، وهو ما يفيد في صدق الاختبار، وقد حسبت معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات الاختبار ودرجته الكلية، والجدول (٣) يوضح ذلك:

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين فقرات الاختبار والدرجة الكلية

الفقرات	الارتباط مع الدرجة الكلية
١.	**٠,٦٠
٢.	**٠,٥٩
٣.	**٠,٦٩
٤.	**٠,٧٤
٥.	**٠,٦٠
٦.	**٠,٤٢
٧.	**٠,٤٨

** دالة عند ٠,٠١

أوضح من الجدول (٣) أن جميع معاملات الارتباط المستخرجة بين فقرات الاختبار ودرجته الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١، وهو ما يؤكد صدق الاختبار.

ثبات المقياس: تم حساب معامل ألفا لكرونباخ لحساب الاتساق الداخلي للمقياس، حيث

بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ ٠,٦٨، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، كما تم حساب التجزئة النصفية لفقرات المقياس، وبلغت قيمة معامل التجزئة النصفية ٠,٥٧، وهي قيمة مقبولة إحصائياً، مما يدل على ثبات المقياس.

رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS (Version 26.0)، تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لهذه الدراسة، حيث تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب، كما تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود المقاييس الثلاثة، كما تم استخدام اختبار (ت) t ، واختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للتعرف على دلالة الفروق في مستويات توهم المرض والقلق والاكتئاب تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية).

نتائج الدراسة

أولاً: عرض نتائج السؤال الأول:

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول: «هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من مصابي فيروس كورونا (كوفيد-١٩) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين؟»، تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل من توهم المرض والقلق والاكتئاب، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٤)

معاملات ارتباط بيرسون بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب

العينة	ن	معامل ارتباط بيرسون بين توهم المرض والقلق	معامل ارتباط بيرسون بين توهم المرض والاكتئاب
مصابو فيروس كورونا (كوفيد-١٩)	٥	٠,٣٢	*٠,٩٣
أصحاب الحجر الصحي	٦	٠,١٢	-٠,١١
أصحاب العزل الذاتي المنزلي	٢٧	**٠,٥٣	**٠,٤٩
العينة الكلية	٣٢٣	**٠,٤٣	**٠,٥٦

* دال عند ٠,٠٥

** دال عند ٠,٠١

اتضح من الجدول (٤) ما يلي:

توجد علاقة ارتباطية طردية (دالة عند ٠,٠٥) بين توهم المرض والاكتئاب لدى المصابين بفيروس كورونا، بمعنى أنه كلما زادت لديهم درجة توهم المرض زادت لديهم درجة الاكتئاب.

توجد علاقة ارتباطية طردية (دالة عند ٠,٠١) بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى أصحاب العزل الذاتي المنزلي، بمعنى أنه كلما زادت لديهم درجة توهم المرض زادت لديهم درجتي القلق والاكتئاب.

توجد علاقة ارتباطية طردية (دالة عند ٠,٠١) بين توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب لدى العينة الكلية، بمعنى أنه كلما زادت لديهم درجة توهم المرض زادت لديهم درجتا القلق والاكتئاب.

ثانياً؛ عرض نتائج السؤال الثاني؛

للإجابة عن سؤال الدراسة الثاني: «ما مستويات القلق والاكتئاب وتوهم المرض لدى مصابي فيروس كورونا (كوفيد-١٩) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي بمملكة البحرين؟» تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من درجات أفراد العينة على مقاييس توهم المرض والقلق والاكتئاب، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٥)

درجات أفراد العينة على مقاييس توهم المرض وكل من القلق والاكتئاب

العينة	ن	المتوسطات والانحرافات المعيارية	درجة توهم المرض		درجة القلق		درجة الاكتئاب						
			الدرجة المحكية*	درجة أفراد العينة	الدرجة المحكية**	درجة أفراد العينة	الدرجة المحكية***	درجة أفراد العينة					
مصاير فيروس كورونا	٥	م	٢,٨٠٠	١,٦٤٣	٣٩,٢٠	٩,٠٢٨	١٠,٤٠	٧,٧٩٧					
									ع	٢,٣٣٣	٢,٤٢٢	٣٧,٦٢	٧,٤٠٢
ع	٢,٢٤٣	١٢,٤٣	٧,٦٣٢	١٢,٦٢									
					م	٢,٤٢٢	١١,٦٦	١٢,٤٣	٧,٦٣٢				
ع	١,٧٨٥	١١,٦٦	١٢,٤٣	٧,٦٣٢									
					م	١,٧٨٥	١١,٦٦	١٢,٤٣	٧,٦٣٢				
ع	١,٧٨٥	١١,٦٦	١٢,٤٣	٧,٦٣٢									

* حسب الدرجة المحكية لقياس توهم المرض على عينات بحرينية في دراسة سابقة قام بها أحمد سعد جلال على البيئة البحرينية.

** حسب الدرجة المحكية لقياس القلق على عينات إماراتية في دراسة سابقة قام بها غريب عبد الفتاح على البيئة الإماراتية.

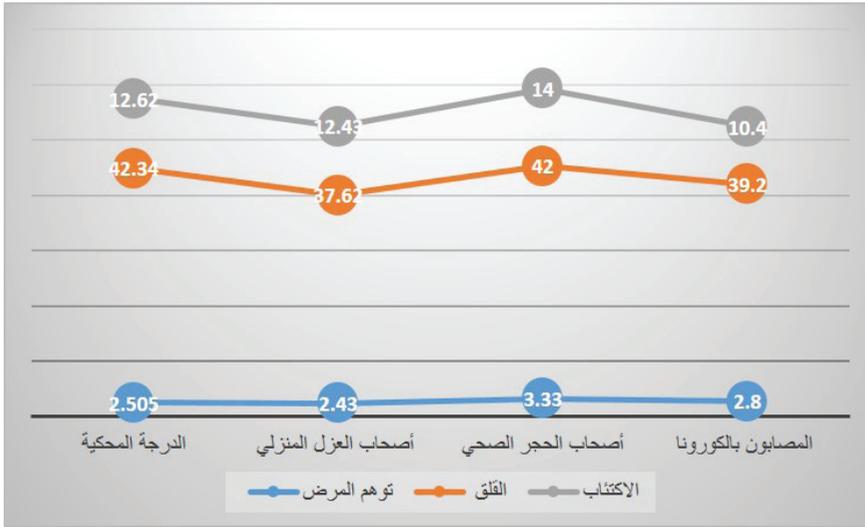
*** حسب الدرجة المحكية لقياس الاكتئاب على عينات بحرينية في دراسة سابقة قام بها أحمد سعد جلال على البيئة البحرينية.

اتضح من الجدول (٥) ما يلي:

بالنسبة إلى المصابين بفيروس كورونا (كوفيد-١٩)؛ فإنهم يعانون من درجة أعلى من المتوسط في توهم المرض، ودرجة أقل من المتوسط في كل من القلق والاكتئاب.

بالنسبة إلى أصحاب الحجر الصحي؛ فإنهم يعانون من درجة أعلى من المتوسط في توهم المرض، ودرجة متوسطة في القلق، ودرجة أعلى من المتوسط في الاكتئاب. بالنسبة إلى أصحاب العزل المنزلي الذاتي؛ فإنهم يعانون من درجة أقل من المتوسط في توهم المرض، ودرجة أقل من المتوسط في القلق، ودرجة متوسطة في الاكتئاب.

والشكل الآتي يوضح ذلك:



شكل (١)

مستويات القلق والاكتئاب وتوهم المرض لدى مصابي فيروس كورونا (كوفيد-١٩) وأصحاب الحجر الصحي والعزل الذاتي المنزلي

ثالثاً: عرض نتائج السؤال الثالث:

للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث: «هل هناك فروق دالة إحصائية في مستويات توهم المرض والقلق والاكتئاب تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية)؟»، تم استخدام اختبار (ت) t . test، واختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للتعرف على دلالة الفروق في مستويات توهم المرض والقلق والاكتئاب تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية)؟، والجدول التالية توضح ذلك:

المقارنة بين الجنسين:

جدول (٦)

نتائج اختبارات لدلالة الفروق بين الجنسين في مقاييس توهم المرض والقلق والاكتئاب

المقياس	الذكور		الإناث		قيمة ×ت	دلالة ت
	م	ع	م	ع		
توهم المرض	١,٤٣	١,٧٠٢	١,٦٢	١,٦٣٨	-٠,٨٦٤	٠,٣٨٨ غير دالة
القلق	٣٥,٠٢	٨,٦١٦	٣٩,٠٩	٩,٥٦٥	-٣,٣٩٦	٠,٠٠١ دالة عند ٠,٠٠١
الاكتئاب	٩,٥٩	٨,١٥٧	١٠,٧٥	٨,٨٤٤	-١,٠٤١	٠,٢٩٩ غير دالة

يتضح من الجدول (٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مقياس القلق في اتجاه الإناث، أي أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور، بينما لم تتضح دلالة الفروق بين الجنسين في توهم المرض والاكتئاب.

المقارنة حسب الحالة الاجتماعية:

جدول (٧)

نتائج تحليل التباين الأحادي للتعرف على دلالة الفروق في مقاييس توهم المرض والقلق والاكتئاب حسب الحالة الاجتماعية

المقياس	المتوسطات والانحرافات المعيارية	أعزب (١٣١ ن)	متزوج (١٧٩ ن)	مطلق (٨ ن)	أرمل (٥ ن)	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
توهم المرض	م	١,٧٨	١,٤٢	١,٢٥	١,٦٠	١٠,٧٣٦	٣,٥٧٩	١,٣١١	٠,٢٧١
	ع	١,٧٤	١,٦٠	١,٥٨	٠,٥٤				
القلق	م	٣٨,٧٠	٣٧,٢٨	٤٠,٧٥	٤٥,٦٠	٥٠٣,٦٥٨	١٦٧,٨٨٦	١,٨٨٠	٠,١٢٣
	ع	٨,٧٩	٩,٧٤	٩,٠٣	١٥,٤٥				
الاكتئاب	م	١٢,٥٦	٨,٨٧	١١,٠٠	١١,٤٠	١٠٣٨,٨٢	٣٤٦,٢٧٤	٤,٧٥٨	٠,٠٠٣**
	ع	٨,٥١	٨,٥٩	٧,٥٤	٧,٩٧				

**دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول (٧) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في مقياسي توهم المرض والقلق، بينما وجدت فروق دالة عند مستوى ٠,٠١ في مقياس الاكتئاب. وبحساب اختبار شيفيه لعقد المقارنات الثنائية بين أزواج المتوسطات، اتضح وجود فروق دالة عند ٠,٠٥ بين الحالة الاجتماعية (الأعزب) و(المتزوج)، في اتجاه الأعزب، أي أن غير المتزوجين أكثر اكتئاباً من المتزوجين.

مناقشة النتائج

اتضح من نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة ارتباطية طردية (دالة عند ٠,٠٥) بين توهّم المرض والاكْتئاب لدى المصابين بفيروس كورونا، بمعنى أنه كلما زادت لديهم درجة توهّم المرض زادت لديهم درجة الاكْتئاب بشكل مضاعف. كما تبين وجود علاقة ارتباطية طردية (دالة عند ٠,٠١) بين توهّم المرض وكل من القلق والاكْتئاب لدى أصحاب العزل الذاتي المنزلي، بمعنى أنه كلما زادت لديهم درجة توهّم المرض زادت لديهم درجة القلق والاكْتئاب. وهو ما أيدته دراسة (Huang & Zhao, 2020) والتي أشارت نتائجها إلى انتشار القلق والأعراض الاكتئابية لدى المصابين بفيروس كورونا (كوفيد ١٩). كذلك دراسة (Wang, Pau, Wan, Tan, et al., 2020)، والتي أظهرت نتائجها أن المصابين بفيروس كورونا يعانون من آثار نفسية في المرحلة الأولية من تفشي فيروس كورونا المستجد. كذلك دراسة (Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho & ho, 2020) والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية مرتفعة بين كل من مستويات التوتر والقلق والاكْتئاب خلال تفشي الوباء.

كذلك وجدت علاقة ارتباطية طردية (دالة عند ٠,٠١) بين توهّم المرض وكل من القلق والاكْتئاب لدى العينة الكلية، بمعنى أنه كلما زادت لديهم درجة توهّم المرض زادت لديهم درجة القلق والاكْتئاب.

أما بالنسبة لمستويات توهّم والقلق والاكْتئاب فتبين أن بالنسبة المصابين بفيروس الكورونا (كوفيد-١٩)؛ يعانون بدرجة أعلى من المتوسط في توهّم المرض، ودرجة أقل من المتوسط في كل من القلق والاكْتئاب.

وبالنسبة إلى أصحاب الحجر الصحي؛ فإنهم يعانون بدرجة أعلى من المتوسط في توهّم المرض، ودرجة متوسطة في القلق، ودرجة أعلى من المتوسط في الاكْتئاب. كما أكدت نتائج دراسة (Brooks, Webster, Weesely and Greenberg, 2020) أن أصحاب الحجر الصحي بسبب فيروس كورونا لديهم مخاوف بشأن صحتهم، أو مخاوف من إصابة الآخرين، وكانوا أكثر عرضة للخوف من إصابة أفراد الأسرة من أولئك غير المعزولين. بالإضافة إلى معاناتهم من أعراض جسدية يحتمل أن تكون مرتبطة بالعدوى ويخشون من أن الأعراض قد تعكس استمرار ارتباط العلاقة ببعض الاضطرابات النفسية المستقبلية. بالإضافة إلى أن وصمة العار Stigmatization من الآخرين كانت موضوعاً رئيسياً لدى المعزولين في الحجر الصحي.

أما بالنسبة إلى أصحاب العزل المنزلي الذاتي؛ فإنهم يعانون بدرجة أقل من المتوسط في توهم المرض، ودرجة أقل من المتوسط في القلق، ودرجة متوسطة في الاكتئاب. وهو ما أكدته دراسة (Smith, Thomas, Sonswell, et, al., 2020) التي أكدت على أهمية العزل الصحي لتخفيف الآثار النفسية للمعزولين.

كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مقياس القلق في اتجاه الإناث، أي أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور، وهو ما أيده دراسة كل من إبراهيم والنعمي وسالم (٢٠١٢) والتي توصلت إلى أن الإناث كان لديهن اضطرابات قلق حاد جداً، وأغلبية الإناث كان لديهن كآبة شديدة.

بينما لم تتضح دلالة الفروق بين الجنسين في توهم المرض والاكتئاب. واتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لتغير الحالة الاجتماعية في مقياسي توهم المرض والقلق، بينما وُجدت فروق دالة عند مستوى ٠,٠١ في مقياس الاكتئاب. وبحساب اختبار شيفيه لعقد المقارنات الثنائية بين أزواج المتوسطات، اتضح وجود فروق دالة عند ٠,٠٥ بين الحالة الاجتماعية الأعزب والمتزوج، في اتجاه الأعزب، أي أن غير المتزوجين أكثر اكتئاباً من المتزوجين.

التوصيات

- ١- خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات لعل من أهمها ما يلي:
- ١- ضرورة توفير الدعم النفسي والاجتماعي لمصابي فيروس الكورونا وأصحاب كل من الحجر الصحي والعزل المنزلي الذاتي، جنباً إلى جنب مع الرعاية الصحية.
- ٢- تزويد مراكز الحجر الصحي باختصاصيين نفسيين واجتماعيين لتقديم هذا الدعم المنشود.
- ٣- على وسائل الإعلام بأنواعها المختلفة العمل على رفع الروح المعنوية للمصابين بفيروس كورونا وكذلك أصحاب الحجر الصحي والعزل المنزلي، من خلال نشر أعداد المتعافين من الفيروس بشكل دوري.

قائمة المراجع:

- إبراهيم، رضوان، والنعمي، زياد، وسالم، إيمان (٢٠١٣). كرب ما بعد الصدمة لدى المرضى المصابين باحتشاء العضلة القلبية في مدينة الموصل. مجلة الكوفة لعلوم التمريض. ٣(١)، ١٤٢-١٤٨. منظمة الصحة العالمية. (٢٠١٤). شيوع حالات الصداع. استرجع من: <http://www.who.int/features/qa/25/ar>
- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة. ٢٣٩. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والعلوم.
- إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبد الله (٢٠١٢). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبد الله (٢٠١٩). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- الأنصاري، بدر محمد (٢٠٠٧). الفروق في الاكتئاب بين طلاب وطالبات الجامعة - دراسة مقارنة في عشرين بلد إسلامي، مجلد دراسات عربية في علم النفس. ٦. (١)، القاهرة.
- بني جابر، جودت وعبد العزيز، سعيد والمعايطة، عبد العزيز (٢٠٠٢). المدخل إلى علم النفس. الأردن: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع والدار العلمية الدولية.
- بيك، أرون (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات المعرفية. ترجمة: عادل مصطفى، بيروت: دار النهضة العربية.
- خالد، شاكور (٢٠١٢). القلق أثناء المنافسة لدى لاعبي الكرة الطائرة: دراسة ميدانية لفريق اتحاد بسكرة وفريق سراب بسكرة للكرة الطائرة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- ساراتشي، رودولفو (٢٠٠٩). علم الأوبئة. ترجمة: مكتبة نور. بيروت: مكتبة نور.
- السيد، سعيد (٢٠١٢). استراتيجيات إدارة الأزمات والكوارث. القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع.
- الشرافي، ماهر موسى مصطفى (٢٠١٣). الإجهاد النفسي وعلاقته بكل من قلق المستقبل ومستوى الطموح لدى العاملين في الأنفاق. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الشناوي، محمد محروس (٢٠٠١). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر.
- صالح، قاسم حسين (٢٠٠٧). الرهاب: الخوف المرضي. مجلة الحوار المتمدن. (١٩٥٦).
- العطية، أسماء (٢٠٠٨). اضطرابات القلق لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- عمرو، أحمد (٢٠١٤). علم الأوبئة. القدس: جامعة القدس المفتوحة.

العناني، حنان عبد الحميد (٢٠٠٠). الصحة النفسية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

عيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٤). الأعصاب النفسية والذهانات العقلية. ط١. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

غريب، غريب عبد الفتاح (٢٠٠٠-ب). مقياس الاكتئاب (د-٢): التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

قواجلية، آية (٢٠١٣). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة محمد خيضر، الجزائر، بسكرة.

معمرية، بشير (٢٠١٠). تقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية (٢٥-٢٦). ٩٢-١٠٥. مستخرج من: arabpsynet.com/archives/.../eJ25-26BachirMaamria.pd

منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٥). اللوائح الصحية الدولية. جنيف: منظمة الصحة العالمية. منظمة الصحة العالمية (٢٠١٤). الوقاية من العدوى بالأمراض التنفسية الحادة التي قد تسبب أوبئة أو جوائح ومكافحتها في مرافق الرعاية الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٥). خري حالات العدوى البشرية بفيروس كورونا المسبب لتلازمة الشرق الأوسط. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠). طرق انتقال الفيروس المسبب لمرض كوفيد-١٩: الآثار المترتبة على التوصيات بشأن التدابير الاحتياطية للوقاية من العدوى ومكافحتها: تقرير موجز، جنيف: منظمة الصحة العالمية.

هندية، محمد سعيد سلامة (٢٠٠٣). مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي- سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.

ووكر، ريتشارد (٢٠٠٧). الأوبئة والطاعون. ترجمة: دار ابن العماد للترجمة، بيروت: الدار العربية للعلوم.

ويليس، جيمس وماركس، جون (١٩٩٩). الطب النفسي المبسط. ترجمة طارق بن علي الحبيب، السعودية: جامعة الملك سعود للنشر العلمي والمطابع.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and 2019-COVID outbreak. *Journal of Anxiety Disorder*, 70, 102196.

- Ball, D. (2015). Metabolic and endocrine response to exercise: Sympathoadrenal integration with skeletal muscle. *Journal of Endocrinology* , 224(2), R79-R95.
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9, 547-553
- Barkan, S. J. (2020). *Health, illness, and society: An introduction to medical sociology*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield.
- Bashfor, A. (2016). *Quarantine: Local and global histories*. London: Palygrave.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969–977.
- Beck, A. T., Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24.
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of health and Illness*, 29(7), 983-1002.
- Bornand, D., Toovey, S., Jick, S. S., & Meier, C. R. (2016). The risk of new onset depression in association with influenza: A population-based observational study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 53, 131-137.
- Brooks, S. Webster, R., Weesely, S., & Greenberg, W. (2020). Psychological Impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395 (10227), 912-920.
- Busch, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic treatment of depression*. 2nd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Quarantine and isolation*. Washington DC: CDCP.
- Coughlin, S. S. (2012). Anxiety and depression: Linkages with viral diseases. *Journal of Public Health Review*, 34(7), 24-31.
- Davidson, K. W., Rieckmann, N., & Lespérance, F. (2004). Psychological theories of depression: Potential application for the prevention of acute coronary syndrome recurrence. *Psychosomatic Medicine*, 66 (2), 165-173.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2(SARS-CoV-2): Increased transmission beyond China-fourth update. ECDC (Risk Assessment): Stockholm.

- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard edition*, 14(19), 17.
- Gabbard G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Goddard, A. W., Ball, S. G., Martinez, J., Robinson, M. J., Yang, C. R. Russell, J. M., & Shekhar. S. (2010). Current perspectives of the roles of the central norepinephrine system in anxiety and depression. *Journal of Depression and Anxiety*, 27(4), 339-350.
- Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues and Clinical Neuroscience*, 19 (2), 159–68.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S. Galea, S. & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine. *Emergency Infectious Diseases*, 10, 1206–1212.
- Ho, C.S.H. (2019). Relationship of anxiety and depression with respiratory symptoms: Comparison between depressed and non-depressed smokers in Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 163-172.
- International Committee on Taxonomy of Viruses. (2009). ICTV Master Species List 2009 – v10. Baltimore, ILL: ICTV Press.
- International Committee on Taxonomy of Viruses. (2020). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: Classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5, 536–544.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 1–24.
- Lee, S., Chan, L. Y., Chau, A. M., Kwok, K. P., Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Garden. *Social Science and Medicine*, 61, 2038-2046.
- Liu, X, Shao, L., Zhang, R., Wei, Y., Li, J., Wang, C., & Zhou, F., et al. (2020). Perceived social support and Its impact on psychological status and quality of life of medical staffs after outbreak of SARS-CoV-2 Pneumonia: A cross-sectional study. *Lancet*, 395, 590–594.
- Mahase, E. (2020). China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. *BMJ: Clinical Research in Education*, 368, 408.
- Manuell, M. E., & Cukor, J. (2011). Mother Nature versus human nature: Public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters*, 35, 417-442.

- Matovinovic, J. (1969). A short history of quarantine (Victor C. Vaughan). *University of Michigan: Medical Center Journal*, 35, 224–228.
- Mechanic, D. (1978). *Medical sociology*. New York: Free Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive. Behavior modification an integrative approach*, New –York, Plenum-Press.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the world health surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Palma-Gudiel, H., Córdova-Palomera, A., Navarro, V., & Fañanás, L. (2020). Twin study designs as a tool to identify new candidate genes for depression: A systematic review of DNA methylation studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 112, 345-352.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. & Xu, y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *BMJ: General Psychiatry*, 33(2),
- Rothan, H. A., & Byrarwddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 1-4.
- Rubin, G.J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ: Clinical Research in Education*, 368, 313.
- Schulte, P. A. (1993). *Molecular epidemiology: Principle and practice*. New York: Academic Press.
- Smith, A. C., Thomas, E., Sonswell. C., Hadon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26, 676–682.
- Suchman, E. (1965b) Social patterns of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6, 2–16.
- Helen Haydon1Helen HaydonTang, F., Liang, J., Zhou, M., & Zhang, H., Wang, Y., (2020). COVID-19 epidemic: How is the depression of people staying in Wuhan and people leaving Wuhan? A cross-sectional study. *JAMA: A Cross-Sectional Research*, 318(5), 537-549.
- Taylor, S. (2019). *Psychology of pandemics*. New Castle: Cambridge Scholars Publishing.

- Tessler, R., & Mechanic, D. (1978). *Psychological Distress and Perceived Health Status Journal of Health and Social Behavior*, 19(3), 254-262.
- Tognotti, E. (2013). Lessons from the history of quarantine: *From plague to influenza An Emerging Infectious Diseases*, 19(2), 254-259.
- Wang, C. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*, 395, 470–473.
- Wang, C., Pau, R., wan, X., Tan, W., Xu, L., Ho, S. C., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729-1736.
- Warren, J. B., Dalton, N. Turner, C., Clark, T. J., & Toseland, P. A. (1984). Adrenaline secretion during exercise. *Clinical Science*, 66(1), 87–90.
- Wasmer, L. (2010). *Encyclopedia of depression*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO.
- Williams G. (2010). *Angel of death: The story of smallpox*. New York: Polgra McMillan.
- World Health Organization (2013). *Clinical management of severe acute respiratory infections when novel coronavirus is suspected*. Geneva: WHO.
- Young, J. T. (2004). Illness behavior: a selective review and synthesis, *Sociology of health and Illness*, 26(4), 431-442.
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Cai, Z.... Et al., & Zhang, B. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staffs involved with the 2019 Novel Coronavirus Disease outbreak. *Lancet*, 395, 590–594.
- Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B... et al., Li, Y. (2020). Prevalence and influencing factors of anxiety and depression symptoms in the first-line medical staff fighting against the COVID-19 in Gansu. *Psychiatrics Investigation*, 17(2), 181–185.

الشبكات الإلكترونية:

<https://www.alakhbar.press.ma.html>.

<http://emergency.cdc.gov/preparedness/quarantine/>

<https://journalistsresource.org/studies/society/public-health/mental-health-outbreaks-coronavirus/>.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-009-9223-3>.

<https://www.healthline.com/health-news/how-deadly-is-the-coronavirus-compared-to-past-outbreaks>.

<https://www.psychiatrictimes.com/coronavirus/spanish-flu-pandemic-and-mental-health-historical-perspective>.

<https://www.verywellmind.com/managing-coronavirus-anxiety-4798909>.
