

الآثار النفسية لجائحة كورونا كوفيد 19 على المواطن العربي واستجاباته لها : دراسة مسحية مستعرضة في عدة دول عربية

فيصل عبدالفتاح¹، ماهر أبو هلال²، حمزة دودين³، جهاد علاء الدين⁴، منى البجراني⁵، عدنان العتوم⁶

ملخص

لقد أحدث انتشار فيروس كورونا المستجد تأثيرات بالغة الشدة في البشرية، وأحدث اختلالاً في نواحي الحياة، فاجتذبت العواقب النفسية والاجتماعية الاهتمام بعد فرض العزل و"الابتعاد الاجتماعي" على الأفراد الذي شكل تهديداً للصحة النفسية وأدى إلى تغييرات معرفية وسلوكية. وقد أجريت الدراسة الحالية لكشف ما أحدثته الجائحة من تأثيرات لدى الأفراد. وتم جمع الاستجابات إلكترونياً من خلال استبانة تقرير ذاتي في المدة بين 25 أبريل و 17 مايو 2020. ويبلغ عدد المستجيبين 1692 من عدة دول عربية ومقيمين في بعض دول العالم، وشكلت الإناث 63,3%، وتراوحت أعمار 64,8% من المشاركين بين 23 و 50 سنة. وأظهرت النتائج في المجال الانفعالي، أن المشاركين قدروا بشكل مرتفع جداً عمل الطواقم الطبية، والجهود المبذولة من الأجهزة الأمنية. وفي المجال المعرفي، تبين أن 85% منهم كانوا يعرفون أن الأسباب المحتملة التي تزيد فرصة الإصابة بالفيروس تتضمن: عدم المحافظة على التباعد الاجتماعي، ووجود أمراض مزمنة. وفي مجال الممارسات السلوكية، تبين أن الأفراد أصبحوا أكثر وعياً بالممارسات الصحية لا سيما غسل اليدين، واستخدام المعقمات. وأما بالنسبة لمصادر القلق، فقد تصدرها التفكير باحتمال إصابة أحد أفراد الأسرة بالفيروس، تلاه استمرار تأثير الجائحة. وأظهرت الإناث مستويات أعلى من الذكور على جميع مقاييس الدراسة، كما تبين أن العمر الأكبر ارتبط بزيادة في المظاهر الانفعالية والممارسات السلوكية وتدني في مشاعر القلق. وتبين أن الاستجابات السلوكية لدى سكان المدينة تزيد عن سكان القرية بفارق دال إحصائياً، في حين تقاربت الاستجابة النفسية لديهم ضمن المجالات الانفعالية والمعرفية ومشاعر القلق. وقد أبرزت الدراسة أن المستويات العالية من القلق التي يعاني منها الأفراد تعتبر أساساً لفهم القضايا المتعلقة بصحتهم وعافيتهم النفسية والتغيرات اللاحقة في عواطفهم ومعرفتهم وسلوكهم.

الكلمات الدالة: الآثار النفسية والسلوكية، جائحة كورونا (كوفيد 19) استجابة المواطن العربي، دراسة مسحية مستعرضة، الدول العربية.

المقدمة

لقد ظهرت في بدايات العام 2020 أكبر حالة طوارئ صحية عامة منذ اندلاع الحرب العالمية الثانية. فقد تم اكتشاف مرض جديد من سلسلة فيروسات كورونا التاجية سمي لاحقاً بمرض كوفيد-19 (Covid-19) أو مرض فيروس كورونا المستجد في مدينة ووهان، الصين في ديسمبر 2019. وتم الإبلاغ لمنظمة الصحة العالمية (World Health Organization (WHO عن تفشيه في الصين في 31 ديسمبر 2019، وأعلنته منظمة الصحة العالمية في 11 مارس 2020، وبإمارة أكثر من 118000 حالة من مرض الفيروس التاجي في أكثر من 110 دولة ومنطقة حول العالم. وحتى 30 يونيو 2020، كان هناك 10,117,687 حالة إصابة بالفيروس تسببت في 502,278 حالة وفاة في جميع أنحاء العالم (WHO, 2020a) وما زال الرقم في تصاعد.

وقد أثار هذا الوباء، واسع الانتشار، حالة طوارئ صحية ونفسية واجتماعية كبرى وأحدث قلقاً عاماً اجتاحت العالم بأسره. وقد تمثلت خطورته في إمكانية انتقاله من شخص إلى شخص آخر وخصوصاً بالمخالطة القريبة، وكذلك بسرعة انتشاره في جميع أنحاء العالم مقارنة بغيره من الأوبئة والأمراض التي ظهرت في السنوات القليلة الماضية. وقامت منظمة الصحة العالمية بتقييم

1 جامعة الإمام عبدالرحمن بن فيصل؛ 2 جامعة السلطان قابوس؛ 3 جامعة الإمارات العربية المتحدة؛ 4 الجامعة الهاشمية؛ 5 جامعة السلطان قابوس؛ 6 جامعة آل البيت، الأردن.

تاريخ استلام البحث 2020/6/10، وتاريخ قبوله 2020/8/6.

درجة هذا الوباء على مستوى العالم في شهر مارس 2020 واعتبرته جائحة (Pandemic). وحسب التصنيف العالمي للأمراض والأوبئة يعتبر الوباء جائحة إذا كان ينتشر على نطاق شديد واسع، ويتجاوز الحدود الدولية، ويؤثر ويقتل عدداً كبيراً من الأفراد، والأهم في ذلك أن يكون مُعدياً أي يمكن انتقاله من شخص لآخر. ولقد أثرت هذه الجائحة على مناسط الحياة في جميع دول العالم بلا استثناء وشكلت، ولا تزال تشكل، تحدياً كبيراً للمجتمعات والدول والحكومات والأفراد في جميع أنحاء العالم.

وفي الظروف غير الطبيعية الكبرى كما هو الحال في الحروب والزلازل والأعاصير والجوائح والأوبئة والأخطار الطبيعية يعاني الناس من الخوف. الخوف على الحياة (الروح) والصحة وعلى الآخرين من أقارب وأصدقاء وعلى المال والمُلك وكذلك الخوف من المستقبل والمجهول. كما يعاني الناس من ضغوط نفسية نتيجة هذه الظروف غير الطبيعية وما يرافقها من إجراءات تحدث اختلالاً في نمط الحياة المعتاد كفقْدان السكن، والالتزام في أماكن محددة، وعدم الحركة والتنقل، والابتعاد عن الآخرين وتجنب مخالطتهم وفقدان العمل وغيرها. وإن ما حدث في مطلع عام 2020 يقع في هذا التصنيف؛ فقد كان انتشار فيروس كورونا حدثاً عالمياً سبب ولا يزال يسبب أرقاً كبيراً للبشرية جمعاء. ولا شك أن شمول هذه الجائحة لكل دول العالم ولكل البشر، الغني والفقير والصغير والكبير، وفي جميع أصقاع الأرض قد أضاف إلى هذا الحدث المستجد هالة فاقمت من حالة الخوف وربما الرعب التي أصابت الملايين. كما اختلّت في أثناء هذه الجائحة موازين الأمور وكثرت التفسيرات والشائعات والمعلومات، حتى أنها أضافت إلى ارتباك الناس ارتباكاً إضافياً. وقد ساهمت ثورة المعلومات وأنظمة ووسائل التواصل الاجتماعي الافتراضية وتقدم وسائل الاتصال والتكنولوجيا الحديثة في زيادة التواصل بين الناس وتقريب المسافات بينهم رغم أنهم في الحقيقة غير متواصلين. وقد افرز هذا التواصل الهائل بعد ظهور جائحة كورونا كما لا يحصى من المعلومات والأفكار والتفسيرات والنظريات والقصص والتوقعات، وصار يمز على الفرد العادي سبباً من المعلومات في كل لحظة حول هذا الوباء العالمي وتأثيراته وأسبابه وكيفية الحد منه أو التعامل معه، وهو ما سبب ضغطاً نفسياً ومعرفياً هائلاً على الإنسان العادي وأحدث تشويشاً كبيراً خاصة مع تضارب المعلومات واختلافها وحتى تناقضها.

وتشير نتائج الدراسات الأولية (Li et al., 2020; Wang et al., 2020; Xiao et al., 2020a; Xiao et al., 2020b) ، ودراسات مراجعة الأدب النفسي فيما يتعلق بالتأثيرات النفسية الشائعة لوباء كورونا، إلى شيوع أعراض اضطرابات الصحة النفسية حيث تروحت نسبة أعراض القلق والاكتئاب ما بين 16-28%، كما بلغت نسبة الضغوط النفسية 8%، وتبين أن هذه الأعراض قد ترتبط أيضاً باضطرابات النوم (Rajkumar, 2020). وقد تسببت الطبيعة الوبائية للفيروس التاجي في نشر الذعر والخوف لدى الناس في جميع أنحاء العالم يضاف لها المعلومات المربكة حول كوفيد19، ولم تظهر الأدبيات المتاحة إلا من عدد قليل من البلدان المتضررة، وقد لا تعكس تجربة الأشخاص الذين يعيشون في أجزاء أخرى من العالم كالوطن العربي. ولذا كانت هناك حاجة إلى بيانات بحثية لوضع استراتيجيات مناسبة قائمة على الأدلة لحد من الآثار النفسية الضارة للجائحة.

وتتبع القضايا الحرجة المتعلقة بوباء كورونا من العدد الضخم من الأشخاص المصابين، فضلاً عن الإدارة الصعبة لموارد الرعاية الصحية المتاحة وردود الفعل العامة، بحيث يكون السيناريو الحالي هو كارثة، أي أنه حدث موتر حاد يعطل بشكل خطير عمل المجتمعات والأفراد، ويسبب خسائر بشرية ومادية واقتصادية من شأنها أن تتجاوز قدرة المجتمعات على التأقلم باستخدام مواردها الخاصة (Koenig & Schultz, 2016; Usher, Durkin, & Bhullar, 2020).

وللحد من انتشار الجائحة قامت العديد من الدول بتطبيق تدابير سريعة ومتنوعة، وأحد أهم التدابير التي نُفذت وأقواها تأثيراً كان الحد أو التقليل من الاتصال الوثيق أو القريب بين الناس، المعروف بالتباعد الاجتماعي (Social Distancing). وإذ أن العدوى تنتقل من شخص إلى آخر، ومن إنسان مصاب إلى إنسان سليم؛ كان من الضروري، كإجراء وقائي، الحد من هذا التقارب لتقليل فرص الانتشار وللمساعدة على حماية الأفراد، وخاصة أولئك الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس كالأطفال وكبار السن. وللحصول على أعلى درجات التباعد الاجتماعي بين البشر كان لا بد من إلزام الناس البقاء في بيوتهم وحجرهم منزلياً. وهذا ما طبقتة معظم دول العالم بما فيها الدول العربية حيث قامت بإغلاق المدارس والكلليات والمعاهد والجامعات والمؤسسات التعليمية والمدنية، كما قامت بإغلاق مدنها وقرائها وشوارعها ومصانعها وشركاتها ومحلاتها، وأوقفت المواصلات العامة والتنقل والحركة، وأوقفت الأعمال الحكومية والخاصة وجميع مظاهر الحياة العادية، وألزمت الناس بالموث في بيوتهم في حجر منزلي تام ندر حدوثه من قبل. والحقيقة أن الحجر، سواء في المنزل أو في أي مكان آخر، هو بالنسبة للغالبية العظمى من الناس حدث غير مألوف لم يحدث من قبل وربما لن يحدث مرة أخرى، وهو ما جعلهم يفكرون في أنفسهم وفي الآخرين بطريقة مختلفة، ويتأملون في سلوكياتهم وأفكارهم وحتى علاقاتهم مع الآخرين بطريقة مختلفة عن ذي قبل. كما تسبب هذا الوضع المتأزم بإحداث اختلال

في منظومة القيم والأفكار لدى الكثيرين مما أثر على صحتهم العقلية والنفسية. ويمكن أن يؤدي الحجر الصحي إلى "أعراض الإجهاد بعد الصدمة والارتباك والغضب. وشمل الإجهاد البقاء مدة أطول في الحجر الصحي، والمخاوف من الإصابة، والإحباط، والملل، وعدم كفاية الإمدادات، وعدم كفاية المعلومات، والخسارة المالية، والوصم، واقترح بعض الباحثين الذين تم الرجوع لهم تأثيرات طويلة الأمد" (Brooks et al., 2020, p.912).

وفي حين أن هناك العديد من تعريفات "الكارثة"، فإن الأكثر شيوعاً بين معظمها هو التركيز على الدمار الذي تسببه وظهورها المفاجئ (World Health Organization (WHO), 1992). ويعرّف مكفارلين ونوريس (McFarlane & Norris, 2006, p. 4) الكارثة بأنها "حدث مؤلم محتمل يتم تجربته بشكل جماعي وله بداية حادة ومحددة بالوقت". ويشدد آخرون على عواقب هذه الأحداث وقدرة المجتمع المتضرر على التعامل مع العواقب (World Health Organization [WHO], 1992). وعلى سبيل المثال، تُعرّف منظمة الصحة العالمية (1992) الكارثة بأنها "اضطراب شديد، إيكولوجي ونفسي اجتماعي، يتجاوز بشكل كبير قدرة المواجهة لدى المجتمع المتضرر" (World Health Organization (WHO), 1992, p.2). وهذا يعني أن هياكل الدعم المجتمعية المعتادة المتاحة للأسر قد تكون مثقلة ومرتبكة في أعقاب كارثة. ويتضمن أحد الجوانب الرئيسية للاستجابة للكوارث إعادة إنشاء الهياكل الموجودة مسبقاً وإنشاء هياكل جديدة لتلبية احتياجات الأفراد والأسرة والمجتمع (Pfefferbaum, & North, 2008, p. 6).

واستجابة لهذه الأوضاع الطارئة سارع الباحثون عقب تفشي كورونا-19 للإحاطة والاستفادة من الدروس السابقة التي قدمها الأدب النفسي بشأن الأوبئة وعواقبها النفسية والاجتماعية على الأفراد، مع مراعاة خصوصية وباء فيروس كورونا السريع العدوى والقاتل في حال تمكنه من جسم الإنسان، وذلك توطئة لوضع البرامج وخدمات الإرشاد النفسي والأسري الواجب توفيرها مباشرة للمواطنين أسوة بالرعاية الطبية لأهميتها في عمليات المقاومة ورفع مناعة الجسم. ولكن يلاحظ تباطؤ الباحثون العرب عن المشاركة ما جعل الأمر ضرورياً للتعرف على وضع الأفراد في الدول العربية وبالتالي، فقد أجرينا هذه الدراسة لتقييم والتعرف على ما أحدثته جائحة كورونا-19 من تأثيرات في تقديرات الأفراد الانفعالية، والمعرفية الخاصة بهذا الوباء ومدى الاستجابة السلوكية لمتطلبات الوقاية من هذا الوباء على الصعيد الصحي والممارسات اليومية وأيضاً الحالة النفسية بقياس مستويات القلق.

الدراسات السابقة

لقد ظهرت دراسات عديدة في مختلف دول العالم خلال الفترة القصيرة التي لا تزيد على بضعة شهور من بداية العام 2020، عقب تفشي جائحة كورونا، تناولت بالبحث والتحليل الآثار النفسية والاجتماعية لجائحة كورونا نفسها أو الآثار المرتبطة بالإجراءات التي ترتبت عليها. ففي الصين، وبعد أن ظهرت أول حالات الإصابة بالكورونا، أجرى وانغ وآخرون (Wang et al., 2020) مسحاً على 1210 مشارك ومشاركة من 194 مدينة، وأظهرت النتائج أن 53.8% من المستجيبين قيموا الأثر النفسي للجائحة بأنه كان متوسطاً إلى شديد، بينما ظهرت أعراض الاكتئاب بمستويات متوسطة إلى شديدة عند 16.5% من المستجيبين. وأشار 28.8% منهم إلى ظهور أعراض قلق متوسطة إلى شديدة، وأبلغ 8.1% عن مستويات توتر وإجهاد تراوحت بين متوسطة إلى شديدة. وقد أشار معظم المستجيبين (84.7%) إلى أنهم يقضون ما بين 20-24 ساعة يومياً في المنزل، وأشار 75.2% إلى أنهم كانوا يشعرون بالقلق بشأن احتمالية إصابة أفراد أسرهم بالمرض. وكانت العوامل المرتبطة بالمستويات الأعلى من التأثير النفسي والتوتر، والقلق، والاكتئاب، هي كون المستجيب أنثى، والوضع الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، والأعراض الجسدية المعينة، والحالة الصحية السيئة. وبينت النتائج كذلك أن متغيرات مثل مدى توفر معلومات صحية دقيقة، ومدى توفر معلومات دقيقة عن وضع الجائحة على مستوى البلاد، والقيام بتدابير احترازية معينة مثل النظافة الشخصية وارتداء الكمامات، وكل هذه العوامل ساعدت في خفض التأثير النفسي للجائحة وخصوصاً في مستويات الإجهاد والقلق.

وفي الصين أيضاً وتحديداً في مدينة وهان، قام ليو وآخرون (Liu et al., 2020) بدراسة مدى انتشار أعراض الإجهاد اللاحق للصدمة في المناطق الأكثر تضرراً خلال تفشي فيروس كورونا والفروق بين الجنسين في هذه الأعراض وذلك بعد شهر واحد من تفشي المرض. وقد بينت النتائج أن حوالي 7% من المشاركين عانوا من أعراض الإجهاد اللاحق للصدمة، وظهرت هذه الأعراض لدى النساء بمستويات أعلى من الرجال في مجالات استعادة الخبرة، والتغيرات السلبية في الإدراك والمزاج والإثارة المفرطة. وأوصت الدراسة بضرورة توفير خدمات الصحة النفسية المتخصصة الفعالة من أجل مساعدة السكان في المناطق المتضررة.

وفي بريطانيا، وأجرت بروكس وآخرون (Brooks et al., 2020) مراجعة علمية للدراسات التي أجريت حول الآثار النفسية

للحجر الصحي. وأوضحت النتائج أن معظم الدراسات التي تمت مراجعتها اتفقت على وجود آثار نفسية سلبية للحجر الصحي بما في ذلك أعراض الإجهاد بعد الصدمة والتشوش والارتباك والغضب. كما شملت الضغوطات النفسية المؤثرة المخاوف من العدوى والإحباط والملل وعدم كفاية الإمدادات والمعلومات والخسارة المالية. وأوصى الباحثون أنه في الحالات التي يعتبر فيها الحجر الصحي ضرورياً، فإن المسؤولين يجب أن يقوموا بعزل الأفراد لمدة لا تزيد عن الفترة الضرورية لذلك، مع تقديم سبب منطقي واضح، ومعلومات دقيقة حول البروتوكولات المتعلقة بالحجر الصحي، وضمان توفير إمدادات كافية للمواطنين.

وقامت زيجنو وآخرون (Zeppegno et al., 2020) بمراجعة للدراسات العلمية التي أجريت حول تفشي وباء كوفيد-19 وتأثيره في الأفراد والدروس المتعلمة من الصين في استحداث إجراءات داخل إيطاليا. وقد بينت النتائج أن فيروس كورونا يزيد من حدة المشاكل والضغوطات النفسية والعقلية، إضافة إلى أثره في تنامي المشاعر السلبية المرتبطة بعدم القدرة على التنبؤ بالوضع، وعدم اليقين بشأن الخطر، والخوف المفرط، والخوف من الموت، والوحدة، والذنب، والوصمة، والإنكار، والغضب، والإحباط، والملل. كما أن هناك احتمالية لظهور بعض الأعراض بسبب هذا الوباء مثل الأرق، البانتوفوبيا أو رهاب الخوف من كل شيء (على وجه التحديد، رهاب الكورونا) واضطرابات الاكتئاب والقلق، واضطراب ما بعد الصدمة.

وأجرت نسومر-ستريت وآخرون (Nussbaumer-Streit et al., 2020) مراجعة لتسع وعشرين دراسة تتعلق بآثار الحجر الصحي على الأفراد أثناء الإصابة بأوبئة مختلفة. وقد اشتملت المراجعة على عشر دراسات تناولت فيروس كورونا 19، وأربع دراسات ركزت على فيروسات الأنفلونزا وفيروس كورونا المتسبب في متلازمة الشرق الأوسط التنفسية، و15 دراسة على وباء السارس. وقد أكدت هذه الدراسات فوائد إجراءات الحجر الصحي المتبعة في مثل هذه الأوبئة؛ فعلى سبيل المثال، أدى الحجر الصحي للأشخاص المعرضين للتفاعل مع الحالات المؤكدة أو المشتبه بها إلى تجنب حدوث ما نسبته من 44% إلى 81% من حالات الإصابة، ومن 31% إلى 63% من حالات الوفيات. وتشير النتائج إلى أنه كلما تم تنفيذ الحجر الصحي مبكراً، كلما زاد توفير في التكلفة العلاجية والمصروفات. وأظهرت النماذج تأثيراً أكبر للإجراءات الرسمية للوقاية من الوباء وذلك عندما تزامنت إجراءات الحجر الصحي مع تدابير الوقاية والسيطرة الأخرى، بما في ذلك إغلاق المدارس، وقيود السفر، والتباعد الاجتماعي.

وقامت روي وآخرون (Roy et al., 2020) في الهند بإجراء دراسة مسحية من خلال الانترنت اشترك فيها 662 شخصاً بهدف تقييم المعلومات التي يمتلكها الأفراد حول وضع الجائحة ومستويات القلق المرتبطة بها والحاجة المتوقعة للرعاية الصحية العقلية خلالها. وقد أبلغ المشاركون عن مستويات معتدلة من المعرفة حول العدوى بمرض كوفيد-19 وحول سلوكيات الوقاية منها. وأفاد 72% بالحاجة إلى استخدام القفازات والمطهرات. كما أظهر المشاركون رغبتهم في إتباع المبادئ التوجيهية الحكومية بشأن الحجر الصحي والتباعد الاجتماعي. وكانت مستويات القلق لدى المشاركين في الدراسة مرتفعة، إذ أشار أكثر من 80% من المشاركين إلى سيطرة موضوع الوباء على تفكيرهم 12.5%، أن لديهم صعوبات في النوم، و37.8%، يعانون من الخوف المرضي من النقاط العدوى و36.4% من الكرب النفسي بسبب الأخبار التي تناقلتها وسائل التواصل الاجتماعي. وقد أكد أكثر من 80% من المستجيبين على حاجتهم إلى رعاية صحية وعقلية بالإضافة إلى حاجتهم إلى تكثيف الوعي حول المرض.

وفي كينيا، قام إيجونوبي (Egunjobi, 2020) بإجراء دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين اتجاهات الناس حول مرض كوفيد-19 ومشاعر الخوف، حيث تم جمع البيانات من خلال استبانة ذات طابع كمي ونوعي من 96 مشاركاً من 11 بلداً معظمها من شرق إفريقيا. وقد بينت النتائج أن 31.3% من المشاركين ينظرون إلى مرض كوفيد-19 على أنه فيروس لم يسبق له مثيل من قبل؛ كما اعتقد 29.2% من المشاركين بأن هذا الفيروس هو سلاح بيولوجي؛ واعتقد 19.8% بأن الجائحة هي عقاب من الله. وقد شعر 77% من المشاركين بخوف متوسط إلى مرتفع تركز معظمه حول الخوف من حدوث انهيار اقتصادي عالمي، وزيادة معدل البطالة، والفقر، وكذلك الخوف من إمكانية حدوث حروب عالمية.

وأجرت كيو وآخرون (Qiu et al., 2020)، مسحاً وطنياً للاضطرابات النفسية بين الصينيين بعد تفشي وباء كوفيد-19. وتم تصميم استبانة التقرير الذاتي لمسح الكرب والضائقة النفسية حول الصدمة خلال الوباء. وتكونت عينة الدراسة (ن=52730) مشاركاً، كان من بينهم 18599 من الذكور (35.27%) و34131 من الإناث (64.73%). وبينت أهم النتائج أن متوسط الكرب النفسي حول الصدمة لدى العينة كان منخفضاً نسبياً (م=23.65)، وعانى ما يقرب من 35% من المستجيبين من ضائقة نفسية مرتفعة (م=29.29)، وأظهرت نتائج تحليلات الانحدار اللوجستي المتعدد أن درجة الكرب النفسي ارتبطت بمتغيرات النوع الاجتماعي والعمر والمؤهل التعليمي والمهنة ومنطقة السكن. فقد أظهرت الإناث ضائقة نفسية أعلى بدرجة دالة إحصائية من نظرائهن الذكور.

في نفس السياق، لدراسة التأثيرات النفسية لمرض الكورونا في السكان، قامت لاي وآخرون (Li et al., 2020) بتجميع وتحليل منشورات (ن= 17865) مستخدم صيني نشط على شبكة الويب الصينية قبل وبعد إعلان تفشي مرض الكورونا في يناير 2020. وأظهرت النتائج أنه مقارنة بفترة قبل المرض تبين وجود مؤشرات دالة متزايدة على المشاعر السلبية (مثل القلق والاكتئاب والغضب) والحساسية تجاه المخاطر الاجتماعية وانخفاض المشاعر الإيجابية والرضا عن الحياة. كما أصبح اهتمام الأفراد منصباً وأكثر تركيزاً على شؤون الصحة والعائلة، وأقل على قضايا الترفيه والأصدقاء.

وفي دراسة مسحية أجريت في إيطاليا (Briscese, Lacetera, Macis, & Tonin, 2020) على 894 مشارك ومشاركة تبين أن نسبة كبيرة من المشاركين ترى أن الالتزام بتدابير العزل الاجتماعي استجابة لمرض كوفيد19 يقلل من احتمال الإصابة بالفيروس مما يساهم في إبطاء انتشاره. وقد أظهرت النتائج كذلك أن التوقعات بشأن طول مدة تطبيق تدابير العزل الاجتماعي تؤثر في مدى امتثال الناس لهذه التدابير، إذ كلما كانت المدة المتوقعة أقصر كلما زاد الامتثال لها.، وفي المقابل فإن الذين تفاجئوا أن تمديد العزل والإغلاق سيستغرق وقتاً أطول مما يتوقعون هم أقل استعداداً للحفاظ على عزلتهم والامتثال للتعليمات.

ومن الدراسات التي أجريت مؤخراً في الدول العربية وتحديداً في الأردن، دراسة أجراها مساد وآخرون (Massad et al., 2020) على عينة من 5274 شخصاً مثلوا شريحة مجتمعية واسعة ومن جميع الفئات العمرية، وكان غالبيتهم العظمى من الأردنيين. وأظهرت النتائج الأولية للدراسة أن المستجيبين يرون أنهم قد التزموا بالحجر المنزلي بشكل جيد أثناء جائحة كورونا. لكن نسبة كبيرة منهم (75%) بينت أنهم قد شعروا بالقلق وعدم الارتياح بسبب الحجر الصحي. إلا أن الجانب المبشر من النتائج أظهر أن ما نسبته 10% فقط قد شعروا بعدم الارتياح والقلق الشديدين من المستقبل. وقد أشار 50% من المشاركين إلى أنهم أصبحوا أكثر عصبية وتوتراً خلال فترة الحجر. وعند دراسة الفئات الأكثر معاناة من الضغوط النفسية، تبين أن الإناث عموماً كن أكثر عرضة للتوتر والإرهاق خلال فترة الحجر مقارنة بالذكور، وأن أصحاب الدخل الأعلى يعانون من القلق أو التوتر أو الإرهاق بشكل أكبر من ذوي الدخل المنخفض. وقد خلصت الدراسة إلى أن كلاً من العاطلين عن العمل والطلاب وريبات المنازل والمدخنين ومرضى الربو هم أكثر عرضة للقلق ومشاعر الإجهاد وعدم الارتياح بسبب الحجر الصحي. وبينت الدراسة كذلك أن الدعم الاجتماعي من الأشخاص المحيطين كالأصدقاء والأسرة ساعد في التغلب على القلق والتوتر والإجهاد خلال هذه الأزمة.

وفي دراسة عن الأوبئة المماثلة، أجرت النجار وعطار وفرحات والتقي (AlNajjar, Attar, Farahat, & AlThaqafi, 2017)، دراسة للكشف عن محددات الاستجابات النفسية السلوكية لفيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية لدى 358 بالغاً من مدينة جدة في المملكة العربية السعودية، تراوحت أعمارهم بين 18 إلى 72 عاماً. وقد أظهر ما نسبته 57.7% من الأشخاص درجة معتدلة من القلق، وقد ترافقت الزيادة في مشاعر القلق لديهم مع إدراك قابلية التعرض للعدوى وسلوك التجنب الاجتماعي المرتبطة بالسفر والتواجد في الأماكن العامة.

وفي الصين أيضاً، أثناء انتشار وباء السارس قامت مياشي وآخرون (Mihashi et al., 2009)، بدراسة الاضطرابات النفسية لدى عينة تكونت من 300 عاملاً في شركة طباعة كانوا معزولين بصورة جماعية. وأظهرت النتائج وجود اضطرابات نفسية لدى ما نسبته 26.5% من المستجيبين، وتبين أيضاً أن انخفاض الدخل كان العامل الأهم في التنبؤ بالاضطرابات النفسية لديهم.

وفي كندا، وبهدف تحديد الأثار الضارة للحجر الصحي في حالة الأوبئة المرضية، وأجرت هاوريلوك وآخرون (Hawryluck et al., 2004) دراسة حول الأثار النفسية للحجر الصحي أثناء انتشار وباء السارس، وذلك على عينة تكونت من 129 شخصاً استجابوا على استبانة الكترونية من بين أكثر من 15000 شخص خضعوا للحجر الصحي. وقد أشارت النتائج إلى أن الأشخاص الذين تم عزلهم قد سجلوا شيوعاً ومستويات مرتفعة من الضيق النفسي، حيث تبين وجود أعراض ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى 28.9% و 31.2% من المستجيبين على التوالي. كما أدت عوامل طول فترة الحجر والتعرف على شخص مصاب بالسارس أو مخالطته لارتفاع معدلات ظهور اضطراب ما بعد الصدمة ومن ظهور أعراض الاكتئاب.

ويمكننا أن نستخلص من مراجعة الدراسات السابقة أن بعض الأشخاص في فترة التعرض للأوبئة وفي مختلف دول العالم يعانون من اضطرابات نفسية تتراوح من متوسطة إلى شديدة، كما يظهرون ردود فعل إدراكية وسلوكية متباينة بتأثير الإجراءات المترتبة من ظهور الوباء، كما أن ارتباط المتغيرات الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية بظهور وباء يهدد الصحة والحياة، أو عدمه، ويبدو أنه يعود بصورة أكيدة لعملية التفاعل ما بين الخصائص الديموغرافية وسمات الشخصية وخبرات الفرد السابقة ما يجعل عملية حصر العوامل عملية محددة وخاصة بكل بيئة وطنية تبعاً لنوعية الإجراءات والخدمات ونوعية السكان ومعدلات تفشي الوباء.

مشكلة الدراسة وأهميتها

في ظل تفشي جائحة فيروس كورونا المستجد؛ تتجه أنظار العالم نحو البحث عن وسائل تساعد في التخفيف من آثار انتشاره، والتقليل من نواتجه على الأفراد والمجتمع عموماً. ويبدل الأطباء والعلماء جهوداً كبيرة في محاولة التوصل إلى لقاح وعلاج دوائي لمرض فيروس كورونا؛ ويسير إلى جانب ذلك اهتمام واسع من الباحثين الاجتماعيين والنفسيين بتوفير وسائل الحماية النفسية لأفراد المجتمع التي تقلل من ظهور المشاعر السلبية المرافقة للجائحة. ونظراً لأن الأشخاص يختلفون في ردود أفعالهم النفسية والسلوكية تجاه المواقف التي يشعرون فيها بالتهديد-كجائحة كورونا؛ فإن الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على الآثار النفسية والسلوكية لجائحة كورونا وتحليلها. إن الآثار التي تتركها الجائحة في المشاعر الانفعالية وظهور بعض الاضطرابات المرتبطة بالنواحي الاجتماعية تتطلب وصف العوامل النفسية والسلوكية وكشف العلاقات بينها مما سيزيد من فهمنا للآثار التي تتركها الجائحة على الأفراد، ويمهّد الطريق لتفسير تباين مشاعرهم ومدى التزامهم بالتوجيهات الوقائية والإرشادات التي تحمي حياتهم وحياة الآخرين. بالإضافة لتكيزنا على القضايا التي ساعدت الأشخاص في التخفيف من المشاعر السلبية أثناء الجائحة.

ونظراً لأن الدراسة الحالية واسعة النطاق واشتملت على عينة كبيرة نسبياً ومن عدة دول عربية؛ فإن هذا يعطي لها قدرة أكبر على فهم تأثير الجائحة وسلوك المواطن العربي واستجابته للجائحة من خلال توفيرها لمعلومات قيّمة وبصورة علمية وبتوقيت مناسب، حيث تم جمع البيانات في أثناء انتشار الجائحة وأثناء تطبيق جميع الدول المشاركة لأشد إجراءات الحجر والإغلاق. كل هذا يساعد بالتأكيد في فهم آثار الجائحة وما أحدثته في المجتمع العربي، وبالتالي توجيه جهود الوقاية والعلاج والتعامل المناسب مع آثارها المختلفة توجيهها الوجهة الصحيحة. وبشكل خاص، تهدف الدراسة الحالية إلى وصف وتحليل وتقييم ما أحدثته جائحة كورونا على الإنسان العربي من آثار نفسية كالقلق والتوتر، وممارسات سلوكية انعكست في مختلف مجالات حياته اليومية، وعلاقة هذه التأثيرات ببعض المتغيرات الديموغرافية. كما تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أهم السلوكيات والممارسات الإيجابية التي قام بها المواطن العربي أثناء هذه الأزمة.

أسئلة الدراسة

تسعى الدراسة إلى الإجابة على الأسئلة البحثية الآتية:

السؤال الأول: ما الآثار الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية (القلق) لجائحة كورونا على المواطن العربي؟

السؤال الثاني: هل تختلف الآثار الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية (القلق) لجائحة كورونا على المواطن العربي باختلاف متغيرات النوع الاجتماعي، والعمر، ومكان السكن؟

السؤال الثالث: ما الممارسات الإيجابية التي ساعدت في تحسين الحالة النفسية أثناء الحجر المنزلي بسبب جائحة كورونا من وجهة نظر المواطن العربي؟

محددات الدراسة

توجد في هذه الدراسة عدة محددات لنتائجها تتعلق بمدى تمثيل العينة لجميع فئات المجتمع في الدول المشاركة، خصوصاً أن طريقة جمع البيانات كانت الكترونية. ولكن الفترة الزمنية التي أتاحت فيها الاستبانة سمحت لعدد كبير من المستجيبين الدخول والمشاركة، ولم يتم تمثيل الأشخاص الذين لا يستخدمون الأجهزة الذكية هنا لصعوبة جمع البيانات بوسائل أخرى خلال فترة إجراء الدراسة بسبب الحجر والإغلاق اللذان كانا مطبقين في جميع الدول العربية وفي معظم دول العالم.

الطريقة والإجراءات

المشاركون في الدراسة

شارك في الدراسة 1692 مستجيباً من مواطني عدة دول عربية ومن المقيمين العرب في بعض دول العالم، وكانت نسبة المستجيبات من الإناث (63.3%) أكثر من المستجيبين الذكور وقد تم جمع استجابات الأفراد على الاستبانة الإلكترونية من خلال رابط تم نشره على مواقع التواصل الاجتماعي (الفيس بوك، ومجموعات الواتساب، والبريد الإلكتروني) بسمى "الآثار النفسية لجائحة كورونا على المواطن العربي واستجاباته لها". وتمت مشاركة الرابط مع جهات التواصل باستخدام أسلوب معاينة "الكرة الثلجية" (Snowball sampling)، للحصول على أكبر عدد من الاستجابات أثناء فترة الجائحة. ويعرض جدول 1 عدد المشاركين حسب الدولة.

جدول 1. عدد المشاركين من الدول العربية أو من العرب المقيمين في دول العالم

م	الدولة	العدد	%	م	الدولة	العدد	%
1	المملكة الأردنية الهاشمية	613	36.2	8	مملكة المغرب	20	1.2
2	الإمارات العربية المتحدة	160	9.5	9	جمهورية مصر العربية	16	0.9
3	المملكة العربية السعودية	294	17.4	10	مملكة البحرين	14	0.8
4	سلطنة عمان	298	17.6	11	دولة قطر	14	0.8
5	فلسطين	121	7.2	12	دول عربية أخرى	32	1.9
6	دولة الكويت	37	2.2	13	عرب من دول أوروبية ومن شمال أمريكا	42	2.5
7	جمهورية العراق	31	1.8		المجموع الكلي	1692	100

وكانت أعلى نسبة مشاركين في الدراسة من الأردن ووصلت تقريباً إلى 36%، تلاها النسبة 17.6% من سلطنة عمان، والنسبة 17.4% من المملكة العربية السعودية، و9.5% من الإمارات العربية المتحدة، وفلسطين 7.2%، وجدول 2 يعرض وصفاً للمتغيرات الديمغرافية للمشاركين بالدراسة.

وحسب الإحصائيات المحدثة في 30 يونيو 2020 فقد بلغت عدد الحالات التي أصيبت في 11 دولة عربية المشار لها في جدول 1 الى 559,511 حالة إصابة إيجابية بفيروس كورونا مما تسبب بوفاة 7,350 حالة جراء الإصابة بالمرض (WHO, 2020a).

جدول 2. الخصائص الديمغرافية للمشاركين بالدراسة

العمر			المؤهل العلمي			طبيعة العمل			الحالة الاجتماعية		
الفئات العمرية	العدد	%	الفئات	العدد	%	الفئات	العدد	%	الفئات	العدد	%
> 18	24	1.4	ابتدائي	10	.6	موظف حكومي	486	28.7	أعزب	581	34.3
22-18	259	15.3	متوسط	26	1.5	موظف قطاع خاص	330	19.5	متزوج	1041	61.5
30-23	340	20.1	ثانوي	153	9.0	عمل حر	101	6.0	مطلق	51	3.0
40-31	379	22.4	دبلوم متوسط	117	6.9	طالب	389	23.0	أرمل	19	1.1
50-41	378	22.3	جامعي	962	56.9	بلا عمل	386	22.8	الكلي	1692	100
60-51	246	14.5	دراسات عليا	424	25.1						
< 60	66	3.9									
الكلي	1692	100	الكلي	1692	100	الكلي	1692	100	الكلي	1692	100

أدوات الدراسة

تم بناء استبانة من نوع التقرير الذاتي تألفت من عدد من العبارات والأسئلة غطت عدة مجالات: (1) البيانات الديموغرافية كمتغيرات النوع الاجتماعي، والعمر، ومستوى التعليم، ومكان السكن، والحالة الاجتماعية والصحية كالاتصال بمصاب بالفيروس والمشاركة في أنشطة مجتمعية تطوعية؛ (2) تقييم فاعلية الإجراءات الحكومية؛ (3) فهم الأسباب المحتملة التي قد تزيد من فرصة الإصابة؛ (4) معلومات الفرد بشأن التفسيرات لحدوث جائحة كورونا؛ (5) الأثر الانفعالي والمعرفي والسلوكي لتقشي الوباء؛ و(6) حالة الصحة النفسية مقاسة بمستوى القلق؛ و(7) الممارسات الإيجابية لتحسين الحالة النفسية. وتم التوصل للعبارة المستخدمة في الاستبانة من خلال مراجعة الدراسات السابقة المتصلة بالمشاعر النفسية والتغيرات السلوكية أثناء الأزمات وبشكل أساسي ما يتصل بمرض فيروس كورونا (Balkhi et al., 2020; Drury et al., 2019; Rubin, Potts, Michie, 2020; Wang et al., 2020; Rus, Sandu, Tesente, 2020; Wang et al., 2020)، بالإضافة إلى خبرات فريق البحث في بناء المقاييس وإعداد الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة. وقد تمت صياغة الفقرات لتعبر عن خبرات الأفراد أثناء جائحة كورونا وقياس مشاعرهم

المتصلة بها باستخدام سلم استجابة خماسي من 1 إلى 5 فئات بما يتناسب مع محتواها، بحيث تعبر الدرجة الدنيا (1) عن عدم الموافقة بشدة أو التكرار المتدني جداً لمحتوى العبارة والدرجة المرتفعة (5) تعبر عن الموافقة بشدة أو التكرار لمرات كثيرة جداً. وتم التحقق من ملائمة العبارات في قياس العوامل المستهدفة من خلال إجراءات تحكيمها ومراجعتها عدة مرات من قبل فريق البحث، ونتائج التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من صدق البناء العاملي للمقاييس الأربعة الآتية:

1. مقياس الانفعال. يتكون من 9 تسع عبارات تقيس الجانب الانفعالي والاتجاهات المتصلة بالتعرض للجائحة، ويطلب من الفرد الاستجابة لها بالموافقة أو عدم الموافقة على سلم ليكرت خماسي يتراوح بين "1: لا أوافق مطلقاً إلى 5: موافق بشدة". ومن الأمثلة على عبارات هذا المقياس: "جعلتني جائحة كورونا أقدر ما أنا فيه من نعم، مثلاً: الصحة والأمان" و"جعلتني جائحة كورونا أشعر بالآخرين ممن عانوا الحصار والخوف". وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي تشبعاً ملائماً لجميع العبارات على عامل الانفعال كما في جدول 3 كمؤشر عن صدق البناء، وبلغ معامل ألفا لكرونباخ 0.87 كمؤشر على ثبات الاتساق الداخلي للمقياس.

2. مقياس المعرفة. المتعلقة بالإصابة بفيروس كورونا. ويتكون من 8 ثنائي عبارات تتعلق بتقييم مدى المعرفة والإلمام ببعض الأسباب المحتملة التي قد تزيد من فرصة الإصابة بفيروس كورونا. ويجاب عنها على سلم ليكرت خماسي يتراوح بين "1: ممكنة بدرجة قليلة جداً" إلى "5: ممكنة بدرجة كبيرة جداً". ومن الأمثلة على عبارات هذا المقياس: "وجود أمراض مزمنة لدى الشخص"، و"عدم المحافظة على مسافة التباعد الاجتماعي". وأظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي تشبعاً ملائماً لجميع العبارات على عامل المعرفة كما في جدول 3 كمؤشر على صدق البناء، وبلغ معامل ألفا لكرونباخ 0.72 كمؤشر على ثبات الاتساق الداخلي للمقياس.

3. مقياس السلوكيات الوقائية. يتكون من 9 تسع عبارات تتعلق بالممارسات السلوكية الصحية التي يقوم بها الشخص يومياً لتقييم مدى التقيد بشروط الوقاية من الإصابة بفيروس كورونا. ويتم الاستجابة إليها على سلم ليكرت خماسي يتراوح من "1: أبداً" إلى "5: مرات كثيرة" لتقييم مستوى تكرار التصرفات الواردة في العبارات يومياً منذ بداية الجائحة. ومن الأمثلة على عبارات هذا المقياس: "أغسل يدي بعد السعال أو العطس أو لمس الأنف"، و"أغسل يدي عند عودتي للمنزل من الخارج". وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي تشبعاً ملائماً لجميع العبارات على عامل السلوكيات الوقائية كما في جدول 3 كمؤشر على صدق البناء، وبلغ معامل ألفا لكرونباخ 0.78 كمؤشر على ثبات الاتساق الداخلي للمقياس.

4. مقياس القلق. يتكون من 10 عبارات تدور حول مشاعر الانزعاج والقلق وعدم الارتياح التي انتابت المواطن العربي أثناء انتشار جائحة كورونا. ويجاب عنها على سلم ليكرت خماسي يتراوح بين "1: مرات قليلة جداً" إلى "5: مرات كثيرة جداً". ومن الأمثلة على هذه العبارات: العبارة "أشعر بالقلق أثناء التفكير بأنني قد أصاب بالفيروس"، والعبارة "تنتابني مشاعر رهبة وخوف من كثرة التفكير بالمرض والموت". وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي تشبعاً ملائماً لجميع العبارات على عامل القلق كما في جدول 3 باعتباره العامل الوحيد المكون للمقياس وهو ما يدل على صدق بناءه، وبلغ معامل ألفا لكرونباخ 0.89 كمؤشر مرتفع على ثبات الاتساق الداخلي للمقياس.

وقد أظهر نموذج البناء العاملي لعبارات المقاييس الأربعة التي تنتمي للعوامل الأربعة مؤشرات مطابقة ملائمة حيث بلغت قيمة مربع كاي للمطابقة = 2507.157، وهي دالة عند مستوى 0,001، ولكن من المعروف أن قيمة مربع كاي تتأثر كثيراً بحجم العينة وتصبح دالة إحصائياً في ظل العينات كبيرة الحجم كما هو في هذه الدراسة. لذلك تم الاعتماد على قيم مؤشرات المطابقة الأخرى للحكم على ملائمة النموذج التي ظهر منها أن النموذج يمتاز بمؤشرات مطابقة مقبولة اعتماداً على القيم الحرجة المرجعية في دراسات التحليل العاملي التوكيدي (Hu & Bentler, 1999) فكانت قيمة الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب (RMSEA) = 0,044، وقيمة مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR) = 0,048 وكليهما أقل من القيمة الحرجة 0,05، وقيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) = 0,910، ومؤشر توكر لويس (TLI) = 0,902 وكليهما أعلى من القيمة الحرجة 0,90. ويعرض جدول 3 تشبعات فقرات كل مقياس على العامل الأول والوحيد المكوّن له، وهذه التشبعات هي معامل الانحدار بين الفقرة في المقياس والعامل المكوّن له.

جدول 3. تشبع الفقرة على العامل الذي تنتمي له حسب نتائج التحليل العاملي التوكيدي

العبارة	التشبع على عامل السلوك	العبارة	التشبع على عامل الانفعال	العبارة	التشبع على عامل القلق	العبارة	التشبع على عامل المعرفة
الفقرة 1	0.67	الفقرة 1	0.70	الفقرة 1	0.74	الفقرة 1	0.51
الفقرة 2	0.70	الفقرة 2	0.70	الفقرة 2	0.64	الفقرة 2	0.42
الفقرة 3	0.61	الفقرة 3	0.65	الفقرة 3	0.45	الفقرة 3	0.55
الفقرة 4	0.69	الفقرة 4	0.67	الفقرة 4	0.59	الفقرة 4	0.36
الفقرة 5	0.71	الفقرة 5	0.68	الفقرة 5	0.63	الفقرة 5	0.53
الفقرة 6	0.52	الفقرة 6	0.73	الفقرة 6	0.79	الفقرة 6	0.45
الفقرة 7	0.44	الفقرة 7	0.61	الفقرة 7	0.72	الفقرة 7	0.55
الفقرة 8	0.36	الفقرة 8	0.61	الفقرة 8	0.78	الفقرة 8	0.40
الفقرة 9	0.21	الفقرة 9	0.59	الفقرة 9	0.67		
					0.56		

ويبدو واضحاً من جدول 3 فإن قيم التشبعات تشير إلى مؤشر صدق مرتفع لل فقرات في قياس العامل الذي تنتمي إليه؛ مما يدعم وجود عامل أساسي في كل مقياس من المقاييس الأربعة المستخدمة في هذه الدراسة.

الإجراءات

لتحقيق أهداف الدراسة تم جمع بيانات الدراسة الحالية من خلال استخدام استبانة إلكترونية أعدت على موقع جوتفورم (<https://eu.jotform.com>)، بحيث أتيح لجميع المشاركين في عدة دول عربية الاستجابة عليها، بعد دعوتهم من خلال الجامعات والكليات والمؤسسات المختلفة في تلك البلدان، واستمرت عملية جمع البيانات لمدة ثلاثة أسابيع خلال الفترة من 25 أبريل/نيسان 2020 إلى 17 مايو/أيار 2020. وقد صممت هذه الاستبانة بطريقة تتيح للمستجيب اختيار قيمة واحدة لكل عبارة من بدائل الاستجابة المتاحة، واستغرقت الإجابة عن جميع العبارات بالمعدل حوالي 13 دقيقة. وتمت الاستفادة من مزايا الموقع الخاص ببناء الاستبانة الإلكترونية والتي وفّرت إمكانية التحقق من اكتمال الإجابات عن جميع الأسئلة والعبارات، وذلك بإظهار الملاحظة "هذه الحقل مطلوب" في حال تخطي الإجابة عن عبارة معينة، وانتهت الاستبانة برسالة شكر موجهة للمستجيب على مشاركته في الدراسة. علماً بأنه قد تم التأكيد على المشاركين على أن مشاركتهم طوعية تماماً وأن من حقهم الانسحاب في أي لحظة. كما تم التأكيد لهم على أن بيانات هذه الدراسة سرية ولن تستخدم إلا لغايات البحث العلمي.

التحليل الإحصائي

نظراً لطبيعة الوصفية للدراسة، فقد تم استخراج الإحصاءات الوصفية على مستوى كل عبارة من عبارات الاستبانة وكذلك على مستوى الدرجة الكلية لكل عامل مستهدف في الدراسة، وتم إجراء تحليل التباين الأحادي والمقارنات المتعددة واختبار "ت" لعينتين مستقلتين للإجابة على سؤال الدراسة الثاني، واختبار مربع كاي χ^2 للإجابة عن سؤال الدراسة الثالث. وكذلك تم استخدام

التحليل العاملي التوكيدي في تقدير صدق بناء المقاييس المستخدمة واستخراج معامل الثبات بالاتساق الداخلي.

النتائج

أولاً: النتائج المترتبة على المتغيرات الديمغرافية

أجريت هذه الدراسة على مواطنين من مختلف الدول العربية، وأظهر جدول 1 وجدول 2 توزيع المشاركين حسب المتغيرات الديمغرافية؛ فقد كان أكثر المستجيبين هم ممن يعيشون في المدينة (79%)، كما أن نسبة المستجيبات من الإناث (63.3%) كانت أكبر من المستجيبين الذكور، وكانت نسبة الحاصلين على مؤهل جامعي (56.9%) أكبر من نسبة الحاصلين على مؤهل أقل من جامعي أو مؤهل دراسات عليا، وكانت غالبية المستجيبين من فئة المتزوجين (61.5%) مقارنة بغير المتزوجين (34.4%)، وتراوحت أعمار أكثر المستجيبين (64.8%) بين 23 و50 سنة. وقد كان 18% من المشاركين يعرفون مصاباً بفيروس كورونا، كما وشارك 11% من الأشخاص في أعمال تطوعية في المجتمع.

وأشارت نتائج الاستطلاع الوصفية أن الإجراءات التي اتبعتها الدول في التعامل مع الجائحة كانت موضع ترحيب حيث اتفق 94.5% من الأفراد على فاعلية العزل الصحي في الحد من انتشار العدوى بإغلاق بعض المناطق التي ظهر فيها الوباء، وقد وافق 81.5% من الأفراد على أن الانتشار الأمني في الطرقات، قد زاد من شعورهم بالأمان أثناء الجائحة، فيما أفاد 85% من الأفراد أن من الأسباب المحتملة التي تزيد فرصة الإصابة بالفيروس تتمثل في "عدم المحافظة على مسافة التباعد الاجتماعي" وفي حال عدم الالتزام بالتعليمات التي تصدرها الجهات الرسمية للوقاية من الانتشار؛ فإن 89.5% من العينة يوافقون على تشديد العقوبات على غير الملتزمين بالتعليمات لأنهم يشكلون مصدر تهديد لمن حولهم. ويرى 95.6% من الأفراد أن المسؤولية مشتركة بين المواطن والجهات الرسمية لمنع نقشي الفيروس، في مقابل 55% من الأفراد فقط يوافقون على أن تتحمل الجهات الرسمية لوحدها كل المسؤولية عن الحالة الصحية للمجتمع. وهذا يشير إلى ارتفاع مستوى وعي المواطن العربي بمسؤوليته المشتركة في مكافحة نقشي انتشار الفيروس.

ثانياً: النتائج المترتبة على أسئلة الدراسة:

نتائج السؤال الأول: للإجابة على سؤال الدراسة الأول الذي ينص "ما الآثار الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية (القلق) لجائحة كورونا على المواطن العربي؟" تم حساب النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على الفقرات الممثلة لمقاييس المجال الانفعالي، والمجال المعرفي، والمجال السلوكي والقلق. وسيتم فيما يأتي في جدول 4 عرض نتائج الدرجات لتقديرات المستجيبين على هذه المقاييس الأربعة.

جدول 4. الإحصاءات الوصفية للاستجابات على عبارات الآثار الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية للجائحة على

المواطن العربي:

م	المجالات/ التدرج الخماسي	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عبارات المجال الانفعالي "فقد جعلتني جائحة كورونا..."								
1	أقدر عمل الطواقم الطبيّة	0.3	0.7	2.5	15.3	81.3	4.77	0.55
2	أقدر ما أنا فيه من نعم، مثلاً: الصحة والأمان	0.1	0.8	2.4	17.6	79.1	4.75	0.55
3	أقدر عمل الأجهزة الأمنيّة	0.6	0.5	3.5	19.3	76.2	4.70	0.62
4	أشعر بالآخرين ممن عانوا من الحصار والخوف	0.5	1.4	4.5	23.5	70.2	4.62	0.68
5	أفكر بتشابه البشر رغم اختلاف بلدانهم ولغاتهم وثقافتهم	0.4	1.1	6.0	27.4	65.1	4.56	0.70
6	أهتم بالدرس الذي يجب أن نتعلمه من هذه الظروف	0.2	0.9	4.7	34.6	59.6	4.53	0.65
7	أقدر عمل لجان الخدمات الاجتماعية التطوعية	0.8	2.0	7.6	30.6	59.2	4.45	0.78
8	أكثر تقرباً إلى الله	1.2	1.8	8.1	30.6	58.4	4.43	0.81
9	أكثر اهتماماً بالناس الآخرين	0.5	2.2	13.5	38.4	45.4	4.26	0.81

م	المجالات/ التدرج الخماسي	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عبارات مجال المعرفة "الأسباب المحتملة لزيادة الإصابة بفيروس كورونا"								
1	عدم المحافظة على مسافة التباعد الاجتماعي	1.8	2.2	10.6	28.5	56.9	4.36	0.89
2	ضعف إجراءات التعقيم	2.4	5.6	19.2	37.8	35.0	3.97	0.99
3	وجود أمراض مزمنة لدى الشخص	4.0	5.9	17.6	35.4	37.1	3.96	1.07
4	نمط الحياة غير الصحي	2.7	8.1	26.3	34.8	28.2	3.78	1.03
5	الضغط النفسي والقلق	8.5	14.1	27.5	29.3	20.7	3.40	1.20
6	تلوث البيئة	10.9	17.3	31.3	25.7	14.8	3.16	1.20
7	التغير في الحالة الجوية وتقلبات المناخ	19.0	24.7	30.3	18.3	7.7	2.71	1.19
8	الصدفة والحظ السيء للشخص	24.6	19.8	27.0	17.6	11.1	2.71	1.31
عبارات المجال السلوكي "مرات التصرف أثناء الجائحة"								
1	أغسل يدي عند عودتي للمنزل من الخارج	0.5	0.8	7.0	29.0	62.7	4.53	0.70
2	أغطي فمي وأنفي أثناء السعال أو العطاس	0.7	1.7	7.6	31.4	58.6	4.46	0.76
3	أستخدم الصابون أو المعقم لغسل يدي عدة مرات	1.2	2.3	16.2	42.0	38.3	4.14	0.85
4	أحرص على تواجدي في غرف جيدة التهوية	2.4	3.3	21.2	41.0	32.2	3.97	0.94
5	أغسل يدي عند ملامسة أشياء اعتيادية "قفل الباب، زر المصعد، سلم الدرج"...	3.3	8.3	19.0	32.3	37.1	3.92	1.09
6	أغسل يدي بعد السعال أو العطاس أو لمس الأنف	6.6	23.5	37.9	28.5	4.46	3.81	1.03
7	أنظف وأقم المنزل أكثر مما اعتدت عليه سابقاً	4.1	7.1	28.7	34.9	25.2	3.70	1.05
8	أرتدي كمامة عند خروجي من المنزل	16.2	9.6	14.7	19.8	39.7	3.57	1.48
9	أحظى بقسط وافي من النوم في أوقات منتظمة	6.9	12.3	33.5	30.9	16.5	3.38	1.11
عبارات مجال القلق								
1	أشعر بالقلق أثناء التفكير بأن أحد أفراد أسرتي قد يصاب بالفيروس	7.0	10.3	19.4	29.6	33.7	3.73	1.23
2	أشعر بقلق متزايد عند سماعي أن جائحة كورونا قد تطول	8.7	10.2	22.3	28.8	30.0	3.61	1.25
3	أشعر بالانزعاج لعدم قدرتي على الاستمرار في العمل أو الدراسة كما اعتدت سابقاً	11.9	10.6	19.9	28.3	29.4	3.53	1.33
4	أشعر بالتوتر عندما يتداول الناس أخباراً متضاربة أو ينشرون الشائعات حول كورونا	12.6	13.4	21.8	26.4	25.8	3.39	1.33
5	ينتابني شعور بالعزلة عن المجتمع لبقائي داخل المنزل وعدم تمكني من الخروج لفترة طويلة	13.2	14.9	24.5	24.6	22.8	3.29	1.32
6	أشعر بالقلق أثناء التفكير بأنني قد أصاب بالفيروس	14.5	18.1	28.8	22.8	15.7	3.07	1.27
7	أصبحت أخاف من أي آلام في الصدر أو ضيق في التنفس أو السعال	22.8	21.9	24.2	18.0	13.1	2.77	1.33
8	أشعر بالقلق بشأن التزامي بالإرشادات العامة لتجنب العدوى	21.7	23.6	28.1	17.8	8.7	2.68	1.24

م	المجالات/ التدرج الخماسي	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
9	أشعر بالقلق من نفاذ الإمدادات الأساسية من الأسواق، مثل: المواد الغذائية أو الصحية	25.1	22.0	26.7	15.1	11.2	2.65	1.30
10	تتناوب مشاعر رهبة وخوف من كثرة التفكير بالمرض والموت	32.9	22.8	22.1	12.2	10.1	2.44	1.33

أولاً: المجال الانفعالي

يلاحظ من جدول 4 الذي يعرض الإحصاءات الوصفية للدرجات على عبارات مقياس المجال الانفعالي، أن المستجيبين أبلغوا عن تقديرات لمؤشرات المجال الانفعالي بمستوى مرتفع ($m = 4.56$ ؛ $ع = 0.68$)، فقد أظهرت الاستجابات أن المواطن العربي يشعر بتقدير مرتفع لعمل الطواقم الطبية، ونعمة الصحة والأمان وعمل الأجهزة الأمنية، ومن جانب آخر أصبحوا يشعرون مع الآخرين المضطهدين في العالم والذين يعانون من الحصار والخوف، وجعلتهم يفكرون بتشابه البشر رغم اختلاف الحدود الجغرافية بينهم.

ثانياً: المجال المعرفي

يلاحظ من جدول 4 الذي يعرض الإحصاءات الوصفية للدرجات على عبارات مقياس المجال المعرفي، أن المستجيبين أبلغوا عن تقديرات لمؤشرات المجال المعرفي بمستوى مرتفع نسبياً ($m = 3.51$ ؛ $ع = 1.11$)، ويلاحظ من جدول 4 أن أكثر سبب محتمل لزيادة فرصة الإصابة بفيروس كورونا كما يراه المواطن العربي تمثل في "عدم الحفاظ على التباعد الاجتماعي"، تلاه ضعف إجراءات التعقيم، ووجود أمراض مزمنة لدى الشخص، ونمط حياته غير الصحي، ومشاعر الضغط النفسي والقلق وتلوث البيئة المحيطة، في حين أن عوامل "التغيرات الجوية والمناخ والصدفة والحظ" لم تحظ بمستويات مرتفعة وتأييد كأسباب محتملة لانتقال العدوى بالمرض.

ثالثاً: المجال السلوكي

يلاحظ من جدول 4 الذي يعرض الإحصاءات الوصفية للدرجات على عبارات مقياس المجال السلوكي، أن البيانات تشير إلى أن المستجيبين أبلغوا عن تقديرات لمؤشرات المجال السلوكي بمستوى مرتفع ($m = 3.94$ ؛ $ع = 1.00$)، ويلاحظ أن عبارتي "أغسل يدي عند عودتي للمنزل من الخارج"، و "أغطي فمي وأنفي أثناء السعال أو العطاس" حصلتا على أعلى التقديرات، في حين حصلت عبارة "أحظى بقسط وافي من النوم في أوقات منتظمة" على أدنى متوسط في الاستجابات نسبياً.

رابعاً: القلق

وتشير بيانات جدول 4 الخاصة بمجال القلق، إلى أن المستجيبين أبلغوا عن تقديرات لمؤشرات مجال القلق بمستوى إجمالي مرتفع نسبياً ($m = 3.12$ ؛ $ع = 0.91$)، ويلاحظ أن عبارات "أشعر بالقلق أثناء التفكير بأن أحد أفراد أسرتي قد يصاب بالفيروس، أشعر بقلق متزايد عند سماعي أن جائحة كورونا قد تطول"، و"عدم المقدرة على الاستمرار في العمل والدراسة كما هو معتاد سابقاً" و"أشعر بالتوتر عندما يتداول الناس أخباراً متضاربة أو ينشرون الشائعات حول كورونا"، حصلت على أعلى التقديرات، في حين حصلت عبارة "تتناوب مشاعر رهبة وخوف من كثرة التفكير بالمرض والموت" على أدنى متوسط في الاستجابات نسبياً. وأظهرت نتائج التحليل أيضاً عند استخراج النسب المئوية على فئات الاستجابة لبعض عبارات عامل القلق أن 38.5% من الأفراد أظهروا انزعاجاً على أنفسهم مرات كثيرة من أنهم قد يصابوا بالفيروس، بينما 28.8% شعروا بالقلق لمرات متوسطة بأنهم قد يصابوا بالفيروس، وتدنّت النسبة إلى 22.6% من الأفراد الذين شعروا بالقلق لمرات قليلة على أنفسهم من الإصابة بالفيروس. وأظهرت نسبة 63.3% انزعاجاً على من حولهم والقلق من انتقال عدوى الفيروس إلى أحد أفراد أسرته، وانخفضت نسبة الأفراد إلى 26.3% من الذين أظهروا مشاعر قلق لمرات كثيرة ارتبطت بنفاذ المصادر الغذائية أو الصحية. ولمزيد من التوضيح؛ تم تقسيم درجة القلق الكلية على أربع فئات، واستخرجت النسبة المئوية لكل فئة منها كما في جدول 5.

جدول 5. التوزيع التكراري لدرجة القلق الكلية حسب فئات الاستجابة

النسبة المئوية	العدد	فئات الدرجة الكلية	
11.3	192	قلق منخفض جداً	من 1 إلى أقل من 2
30.8	522	قلق منخفض	من 2 إلى أقل من 3
37.9	641	قلق مرتفع	من 3 إلى أقل من 4
19.9	337	قلق مرتفع جداً	من 4 إلى 5

ويوضح جدول 5 أن 20% تقريباً من المشاركين في الدراسة أبلغوا عن تقديرات مرتفعة جداً من القلق، وبمتوسط درجات تراوح بين (من 4-5) درجات؛ وأبلغ 38% تقريباً منهم عن تقديرات معتدلة من القلق، وبمتوسط درجات تراوح بين (من 3- أقل من 4) درجات؛ في حين أبلغ (31%؛ 11.3%) تقريباً عن مستويات منخفضة، ومنخفضة جداً على التوالي. وقد أظهرت نتائج التحليلات الإحصائية أيضاً أنه بعد عزل العبارة رقم (5) "ينتابني شعور بالعزلة عن المجتمع لبقائي في المنزل وعدم تمكني من الخروج لمدة طويلة" من قائمة مقياس القلق، وحساب متوسط درجة القلق بدونها؛ فقد سجّلت مستويات الشعور بالعزلة متوسطات متفاوتة من درجة القلق الكلية كما في جدول 6.

جدول 6. الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجة القلق حسب العبارة رقم "5" من مقياس القلق

انحراف معياري	وسط حسابي *	العدد	ينتابني شعور بالعزلة عن المجتمع لبقائي في المنزل وعدم تمكني من الخروج لمدة طويلة
0.78	2.13	223	مرات قليلة جداً
0.77	2.68	252	مرات قليلة
0.71	3.00	415	مرات متوسطة
0.72	3.33	416	مرات كثيرة
0.85	3.78	386	مرات كثيرة جداً

* درجة القلق هي مجموع 9 عبارات من مقياس القلق

ويلاحظ من جدول 6 أن متوسط درجة القلق التي قدر المستجيبون (ن = 386؛ 416) بأنهم شعروا به "مرات كثيرة جداً" ومرات كثيرة" على عبارة " ينتابني شعور بالعزلة عن المجتمع لبقائي في المنزل وعدم تمكني من الخروج لفترة طويلة"، بلغ (م = 3.78، 3.33؛ ع = 0.72، 0.85) على التوالي، وذلك مقابل المستجيبين (ن = 223، 252) الذين شعروا به "مرات قليلة جداً" ومرات قليلة" (م = 2.13، 2.68؛ ع = 0.77، 0.78) على التوالي. ما يعكس أن نسبة عالية من المستجيبين (ن = 802)، أبلغت عن مستويات مرتفعة من القلق بخصوص مضمون هذه العبارة، مقابل (ن = 475) الذين أبلغوا عن مستويات متدنية. نتائج السؤال الثاني. للإجابة على سؤال الدراسة الثاني الذي ينص على "هل تختلف الأثار الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية (القلق) لجائحة كورونا باختلاف متغيرات النوع الاجتماعي، والعمر، ومكان السكن؟" تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات. ونعرض أولاً في جدول 7 النتائج المتعلقة بمتغيري النوع الاجتماعي، ومكان السكن (مدينة أو قرية) لكونهما ثنائياً المستوى.

جدول 7. نتائج اختبار "ت" الأثار النفسية والسلوكية للجائحة باختلاف متغيري النوع الاجتماعي، ومكان السكن

النوع الاجتماعي	إناث (ن = 1071)	ذكور (ن = 621)	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
الانفعالي	4.61 (0.45)	4.48 (0.53)	5.39	0.001
المعرفي	3.55 (0.65)	3.44 (0.63)	2.60	0.009

السلوكي	3.98 (0.61)	3.88 (0.61)	2.95	0.003
القلق	3.16 (0.94)	3.01 (0.87)	3.30	0.001
مكان السكن	مدينة (ن = 1337)	قرية (ن = 355)	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
الانفعالي	4.56 (0.48)	4.56 (0.50)	0.17	0.868
المعرفي	3.51 (0.64)	3.50 (0.67)	0.18	0.859
السلوكي	3.97 (0.60)	3.83 (0.65)	3.80	0.001
القلق	3.10 (0.92)	3.19 (0.89)	1.61-	0.108

ملاحظة: القيم بين الأقواس هي للانحرافات المعيارية

ويلاحظ من البيانات المعروضة في جدول 7 وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين على مقاييس المجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية لصالح الإناث، حيث سجلت الإناث مقارنة بالذكور المشاركين مستويات أعلى على كلٍ من المجال الانفعالي (م = 4.61، ع = 0.45) والمعرفي (م = 3.55، ع = 0.65) والسلوكي (م = 3.98، ع = 0.61)، والنفسي على مقياس القلق (م = 3.16، ع = 0.94).

ويتضح من جدول 7 أيضاً فيما يتعلق بمكان السكن أن مستويات الاستجابة الانفعالية والمعرفية والقلق قد ظهرت متقاربة بين سكان المدينة والقرية، وهذا يشير إلى عمومية التأثير النفسي بينهم في هذه المجالات. أما بالنسبة للاستجابة السلوكية لدى سكان المدينة فقد تبين أنها تزيد (م = 3.97، ع = 0.60) عن مستويات سكان القرية (م = 3.83، ع = 0.65) وبفارق دال إحصائياً حسب ما أظهرته قيمة الإحصائي "ت" (1690) = 3.80، ح > 0.05.

ولفحص الفروق على مقاييس المجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسي (القلق) حسب متغير العمر، حسبت الإحصاءات الوصفية واستخدم أسلوب تحليل التباين الأحادي، ويوضح جدول 8 ذلك.

جدول 8. تحليل التباين الأحادي للفرق بين المجموعات العمرية تبعاً للمجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسي (القلق)

الفئة العمرية / المجال	>22 (ن=283)	23-30 (ن=340)	31-40 (ن=379)	41-50 (ن=378)	<50 (ن=312)	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
الانفعالي	4.42 (0.53)	4.49 (0.50)	4.61 (0.46)	4.63 (0.46)	4.62 (0.45)	12.07	0.001
المعرفي*	3.51 (0.63)	3.46 (0.61)	3.52 (0.67)	3.55 (0.66)	3.48 (0.65)	0.897	0.465
السلوكي	3.97 (0.61)	3.85 (0.63)	3.90 (0.61)	3.99 (0.59)	4.00 (0.62)	3.71	0.005
القلق	3.26 (0.90)	3.22 (0.89)	3.14 (0.92)	3.03 (0.88)	2.94 (0.96)	6.72	0.001

ملاحظة: القيم بين الأقواس هي للانحرافات المعيارية

* استخدم اختبار براون - فورسيث Brown-Forsythe لفحص دلالة الفروق في البعد الانفعالي والمعرفي باختلاف مستوى القلق لأن قيمة ليفين لفحص تجانس التباين دالة إحصائياً.

ويتضح من جدول 8 وجود فروق دالة إحصائياً في متوسط تقديرات المستجيبين على مجالات الانفعال والسلوك والقلق، إذ بلغت قيمة الإحصائي "ف" لمتغير الانفعال (4، 1687) = 3.17، ح > 0.05، وبلغت قيمة "ف" لمتغير السلوك (4، 1687) =

3.71، ح > 0.05. كما بلغت قيمة "ف" لمتغير القلق (1687، 4) = 6.72، ح > 0.05. ولم تظهر فروق جوهرية في المجال المعرفي تعزى للفروق بين الفئات العمرية. ولتحديد مصادر الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين الفئات العمرية تم استخدام اختبار توكي (Tukey Test)، للمقارنات المتعددة كما في جدول 9.

جدول 9. المقارنات المتعددة حسب الفئة العمرية على مجالات الانفعال والسلوك والقلق

الفئة العمرية المجال	مجموعة 1 (أقل من 22 سنة)	مجموعة 2 (30-23)	مجموعة 3 (40-31)	مجموعة 4 (41-50)	مجموعة 5 (أكثر من 50 سنة)
الانفعال					
أقل من 22 سنة		0.07-	* 0.19-	* 0.21-	* 0.20-
23-30 سنة			* 0.12-	* 0.13-	* 0.13-
31-40 سنة				0.01-	0.01-
41-50 سنة					0.01
السلوك					
أقل من 22 سنة		0.12	0.07	0.02-	0.02-
23-30 سنة			0.05-	* 0.14-	* 0.15-
31-40 سنة				0.09-	0.09-
41-50 سنة					0.01-
القلق					
أقل من 22 سنة		0.03	0.12	* 0.23	* 0.32
23-30 سنة			0.08	* 0.19	* 0.28
31-40 سنة				0.12	* 0.20
41-50 سنة					0.08

*. دال إحصائياً عند مستوى 0,05

وتشير نتائج المقارنات البعدية الموضحة في جدول 9 باستخدام اختبار توكي (Tukey Test) إلى وجود فروق دالة إحصائياً في جميع المقارنات الثنائية لمتوسط الاستجابات على مقياس المجال الانفعالي بين الفئات العمرية ما عدا المقارنة بين المجموعة 1 والمجموعة 2، وهذا يعبر عن أن التغير في المشاعر الانفعالية ويظهر جلياً بين المجموعات العمرية المتباعدة لصالح الفئة العمرية الأكبر سناً. كما ظهرت الفروق دالة إحصائياً في التقديرات على مقياس المجال السلوكي، وذلك بين الفئة العمرية (23-30) وكل من فئة العمر أعلى من 50 وفئة العمر (41-50).

وأما بالنسبة لاختلاف الدرجات على مقياس القلق باختلاف الفئة العمرية كما تظهر في جدول 9، يلاحظ أن الفرق أتى لصالح الفئة العمرية (أقل من 22 سنة) والفئة (30-23) مقابل الفئة العمرية الأكبر سناً التي سجلت مستويات أدنى من مشاعر القلق. وبالتحديد فقد كانت الفروق دالة إحصائياً عند المقارنة بين كل من الفئة الأولى والرابعة، والخامسة، وبين كل من الفئة الثانية والرابعة، والخامسة، وأخيراً، الفئة الثالثة والخامسة. ولمزيد من التحليل الإحصائي لأثر القلق على المجالات المستهدفة الثلاثة، تم استخدام مستوى درجات القلق لتقسيم المشاركين إلى (خمس مجموعات) تبعاً لبدائل الإجابات، ومن ثم تمت مقارنة استجابات هذه المجموعات وفقاً للمجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية، وأجري تحليل التباين لفحص الفروق كما في جدول 10.

جدول 10. تحليل التباين الأحادي للفرق في تأثير فئات استجابة القلق وفقاً للمجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية

الدالة الإحصائية	قيمة (ف)	كثيرا جدا (233)	كثيرا (461)	متوسط (525)	قليل (343)	قليل جدا (130)	فئات الاستجابة / المجال
0.001	20.44	4.77 (0.33)	4.62 (0.41)	4.51 (0.50)	4.50 (0.50)	4.36 (0.65)	الانفعالي*
0.001	39.93	3.86 (0.66)	3.65 (0.59)	3.41 (0.58)	3.32 (0.61)	3.22 (0.73)	المعرفي*
0.001	18.10	4.17 (0.61)	4.03 (0.56)	3.88 (0.60)	3.83 (0.64)	3.76 (0.66)	السلوكي

ملاحظة: القيم بين الأقواس هي للانحرافات المعيارية

* استخدم اختبار براون - فورسيث Brown-Forsythe لفحص دلالة الفروق في البعد الانفعالي والمعرفي باختلاف مستوى القلق لأن قيمة ليفين لفحص تجانس التباين دالة إحصائياً

ويشير جدول 10 إلى وجود فروق دالة إحصائية في متوسط الاستجابة على مقياس القلق في جميع المجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية، إذ بلغت قيمة "ف" لمتغير المجال الانفعالي (4، 1687)، $0.05 > ح$ ، و لمتغير المجال المعرفي (4، 1687)، $20.44 = ح$ ، $0.05 > ح$ ، وفي المجال السلوكي بلغت قيمة "ف" (4، 1687)، $39.93 = ح$ ، $0.05 > ح$ ، ولمعرفة مصادر الفروق تلك الفروق ودالاتها الإحصائية؛ استخدم اختبار توكي (Tukey Test)، كما في جدول 11.

جدول 11. المقارنات المتعددة حسب فئة استجابة القلق على المجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية

فئة استجابة القلق	قليلاً جداً	قليلاً	متوسط	كثيراً	كثيراً جداً
الانفعال					
قليلاً جداً		* 0.15-	* 0.15-	* 0.26-	* 0.42-
قليلاً			0.01-	* 0.12-	* 0.27-
متوسط				* 0.11-	* 0.26-
كثيراً					* 0.15-
المعرفة					
قليلاً جداً		0.10-	* 0.19-	* 0.43-	* 0.64-
قليلاً			0.09-	* 0.33-	* 0.54-
متوسط				* 0.24-	* 0.45-
كثيراً					* 0.21-
السلوك					
قليلاً جداً		0.07-	0.12-	* 0.27-	* 0.41-
قليلاً			0.04-	* 0.19-	* 0.34-
متوسط				* 0.15-	* 0.29-
كثيراً					* 0.14-

*. دال إحصائياً عند مستوى 0.05

وتشير نتائج المقارنات البعدية في جدول 11، باستخدام اختبار توكي (Tukey Test)، إلى وجود فروق دالة إحصائية في المجال الانفعالي في جميع المقارنات الثنائية بين فئات القلق ما عدا بين الذين شعروا بالقلق لمرات (قليلة ومتوسطة). وهذا النمط

قد انطبق أيضاً على عبارات المجال المعرفي والتي ظهرت الفروق فيه دالة إحصائياً لجميع المقارنات الزوجية ما عدا فئتي قليل ومتوسط. كما ظهرت الفروق دالة إحصائياً في متوسط عبارات المجال السلوكي لجميع المقارنات الثنائية بين فئات القلق التي شعرت به كثيراً التي شعرت به كثيراً جداً، وكذلك بين هاتين المجموعتين كل على حدا مع فئات القلق الثلاث المتوسطة والقليلة والقليلة جداً، وهذا يشير إلى أن ارتفاع معدل تكرار ممارسة السلوكيات الوقائية في هذه الفترة الحرجة كان مرتبطاً بارتفاع مستويات القلق بدرجة دالة إحصائياً لدى أفراد الدراسة.

نتائج السؤال الثالث: للإجابة على السؤال الثالث الذي ينص على "ما الممارسات الإيجابية التي ساعدت في تحسين الحالة النفسية أثناء الحجر المنزلي بسبب جائحة كورونا من وجهة نظر المواطن العربي؟" فقد تم استخراج الإحصاءات الوصفية على مقياس الممارسات الإيجابية، وتم ترتيبها من الأعلى إلى الأسفل، كما في جدول 12 بهدف إبراز أهم الممارسات الإيجابية التي ساعدت المواطن العربي في تحسين حالته النفسية وتعزيز صحته النفسية أثناء مروره بخبرات الحجر المنزلي.

جدول 12. الوسط الحسابي والانحراف المعياري للممارسات الإيجابية أثناء الجائحة

م	العبرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة	3.90	0.95
2	استخدام وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، واتس آب...)	3.88	0.95
3	العبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية...)	3.86	0.96
4	المساعدة في الأعمال البيتية والترتيب وإصلاح الأعطال	3.82	1.04
5	تصفح الإنترنت وخصوصاً مشاهدة مقاطع اليوتيوب	3.34	1.05
6	الاستغراق في النوم لساعات أطول	3.01	1.04
7	متابعة البرامج التلفزيونية	2.75	1.17
8	ممارسة هواياتي (كالقراءة، والرسم، والموسيقى، والكتابة، والشعر...)	2.72	1.18
9	ممارسة التدريبات والتمارين الرياضية	2.61	1.12
10	لعب الورق أو الألعاب الإلكترونية	2.16	1.27
	الدرجة الكلية	3.20	1.07

وتشير بيانات جدول 12 إلى أن المستجيبين أبلغوا عن تقديرات إجمالية على مقياس الممارسات الإيجابية كانت بمستوى مرتفع نسبياً (م = 3.20؛ ع = 1.07)، ويلاحظ من جدول 12 أن الممارسات الإيجابية الأعلى تقديراً وتراوحمت متوسطات الدرجات عليها ما بين (م = 3.90-3.82) قد تمثلت في كل من "قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة (م = 3.90، ع = 0.95)، واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، واتس آب...) (م = 3.88، ع = 0.95)، والعبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية...) (م = 3.86، ع = 0.96)، و"المساعدة في الأعمال البيتية والترتيب وإصلاح الأعطال" (م = 3.82، ع = 1.04).

ولمزيد من التعرف على العلاقة بين الممارسات الإيجابية أثناء الجائحة وكل من متغيرات النوع الاجتماعي والعمر والمستوى التعليمي ومكان السكن، تم استخراج قيمة اختبار مربع كاي χ^2 لفحص دلالة العلاقة إحصائياً كما في جدول 13.

جدول 13. علاقة متغيرات النوع الاجتماعي والعمر والمستوى التعليمي ومكان السكن والأعداد على فقرات مقياس الممارسات الإيجابية أثناء الجائحة

الدلالة الإحصائية	مربع كاي	الممارسة الإيجابية
		النوع الاجتماعي: ذكور، إناث
0.001	18.81	قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة
0.673	2.34	استخدام وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، واتس آب)

الدالة الإحصائية	مربع كاي	الممارسة الإيجابية
0.001	33.25	العبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية...)
0.001	121.11	المساعدة في الأعمال البيتية والترتيب وإصلاح الأعطال
الفئات العمرية (أقل من 22 سنة، 23-30، 31-40، 41-50، أعلى من 50 سنة)		
0.001	39.96	قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة
0.001	80.21	استخدام وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، واتس آب)
0.006	33.80	العبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية...)
0.043	26.85	المساعدة في الأعمال البيتية والترتيب وإصلاح الأعطال
المستوى التعليمي (ثانوية فأقل، كلية/ جامعي، دراسات عليا)		
0.128	12.55	قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة
0.017	18.65	استخدام وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، واتس آب)
0.228	10.55	العبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية...)
0.001	31.06	المساعدة في الأعمال البيتية والترتيب وإصلاح الأعطال
مكان السكن: مدينة، قرية		
0.348	4.45	قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة
0.778	1.77	استخدام وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، واتس آب)
0.001	17.93	العبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية...)
0.093	7.95	المساعدة في الأعمال البيتية والترتيب وإصلاح الأعطال

وتشير النتائج في جدول 13 إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين في الممارسات الإيجابية أثناء الجائحة، فقد كانت أعداد الإناث مقارنة بالذكور أكثر واللواتي أبلغن أنهن التزمّن بالقيام بالممارسات الإيجابية أثناء الحجر الصحي، كقضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة أو العبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية...)، والمساعدة في الأعمال البيتية والترتيب، في حين لم تظهر علاقة دالة إحصائية بين الجنسين واستخدامهما لوسائل التواصل الاجتماعي؛ ما يعني أن استخدام أشكال التواصل الإلكتروني قد ساعد كليهما في تحسين حالته النفسية.

وتبين وجود فروق دالة إحصائية بين الفئات العمرية في الممارسات الإيجابية أثناء الجائحة، على جميع الفقرات لصالح فئات العمر الأكبر سناً. وحسب المستوى التعليمي، تبين وجود فروق دالة إحصائية فقط في توظيف وسائل التواصل الاجتماعي والمساعدة في الأعمال البيتية لصالح فئة الجامعي وكليات المجتمع، مقابل المستويات التعليمية الأخرى. ولم تظهر فروق دالة إحصائية في بقية الممارسات الإيجابية أثناء فترة الحجر الصحي تبعاً للمستوى التعليمي خصوصاً عند قضاء وقت أطول مع الأسرة أو ممارسة أشكال متنوعة من العبادات. بالإضافة لذلك لم تظهر فروق دالة إحصائية في الممارسات الإيجابية أثناء فترة الحجر الصحي تبعاً لمكان السكن: مدينة، قرية عند قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة وفي استخدام وسائل التواصل الاجتماعي، أو المساعدة في الأعمال البيتية، وظهر فرق في ممارسة العبادة لصالح سكان القرية، واعتبروها من العوامل التي ساعدتهم أكثر في تحسين حالتهم النفسية.

المناقشة

سعت الدراسة الحالية إلى التعرف على تصورات وإدراكات الفرد العربي واستجابته لظرف استثنائي تمثل في انتشار جائحة عالمية طالت كل نواحي حياة البشر. وعمدت الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة الاستجابة لظروف الجائحة من الناحية النفسية/الانفعالية والمعرفية والسلوكية من خلال طرح ثلاثة أسئلة بحثية.

وقد أظهرت نتائج السؤال الأول الخاص بفحص الآثار الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية (القلق) لجائحة كورونا، أن المواطنين العرب من أفراد الدراسة استجابوا في المجال الانفعالي، بمستويات مرتفعة وذلك فيما يتعلق بزيادة مشاعرهم الإيجابية ووعيهم بأهمية عمل الفرق الطبية، ونعمة الصحة والأمان وعمل الأجهزة الأمنية، ومن جانب آخر كيف جعلتهم جائحة كورونا،

يزدادون تعاطفاً ويشعرون مع الآخرين المضطهدين في العالم والذين يعانون من الحصار والخوف، وأيضاً سجلوا في المجال المعرفي والمعلوماتي الخاص بالأسباب المحتملة للعدوى بالمرض، مستويات مرتفعة تمثلت في الوعي بضرورة الحفاظ على التباعد الاجتماعي، ومراعاة إجراءات التعقيم، ووجود أمراض مزمنة لدى الشخص، وإتباع نمط الحياة الصحي، والدور الذي تسهم به مشاعر الضغط النفسي والقلق وتلوث البيئة المحيطة في الإصابة بالمرض. بالإضافة لذلك، وعلى صعيد المجال السلوكي في إتباع الإجراءات الوقائية تبين أن المواطن العربي تميز وبمستويات مرتفعة أيضاً من ممارسة الالتزام بالإجراءات الوقائية الحامية له ولأفراد أسرته والمجتمع من العدوى بالمرض، كغسيل اليدين، واستخدام المعقمات، وتغطية الفم والأنف عن السعال أو العطس، وغيرها من السلوكيات الصحية.

وتتسجم هذه النتائج بوجه عام مع نتائج بعض الدراسات (Briscese et al., 2020; Nussbaumer-Streit et al., 2020; Roy et al., 2020)، التي أجمع المشاركون فيها على أهمية اتخاذ تدابير وقائية من الجهات الرسمية وأهمية إتباع التعليمات الحكومية بشأن الحجر الصحي والتباعد الاجتماعي، وكيف أن الالتزام بتدابير العزل الاجتماعي استجابة لمرض كوفيد-19 يقلل من احتمال الإصابة بالفيروس. كما ميّز الأدب النفسي دوافع مختلفة لامتثال للمعايير، بما في ذلك الرغبة في التعلم من الآخرين والحصول على الانتماء أو القبول الاجتماعي (Bavel et al., 2020). ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء زمن العولمة الحالي وشيوع المعلومات عبر وسائل الاتصال الهائلة السرعة في تطورها.

وانعكس المستوى المرتفع من التجاوب والوعي والتغييرات الانفعالية والمعرفية والسلوكية الهائلة لدى المستجيبين في هذه الدراسة على تقديراتهم أيضاً لشعورهم بالقلق خلال الجائحة فيما يتعلق بنواحي عديدة، فقد أبلغوا أيضاً، عن مستويات قلق مرتفعة نسبياً بشأن إصابة أحد أفراد الأسرة بالفيروس، والقلق من استمرار جائحة كورونا لمدة أطول، والخوف من عدم القدرة على الاستمرار في العمل والدراسة كما هو معتاد قبل ظهور الوباء، والتوتر بسبب الأخبار المتضاربة أو الشائعات حول كورونا. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن نسبة وصلت تقريباً لنصف المستجيبين (ن = 802، 47.39%)، شعروا بالقلق بدرجات متكررة ومتكررة جداً فيما يتعلق "بالشعور بالعزلة عن المجتمع بسبب الحجر في المنزل لمدة طويلة"، وذلك مقابل نسب أقل من المستجيبين (ن = 475؛ 28.01%)، الذين شعروا بالقلق بشأن ذلك وبدرجات قليلة وقليلة جداً.

وتأتي هذه النتيجة المتعلقة بارتفاع مستويات القلق متسقة بوجه عام مع نتائج بعض الدراسات العربية كدراسة مسّاد وآخرون (Massad et al., 2020) التي أجريت في الأردن، وتوصلت إلى أن 75% من عينة الدراسة (ن = 5274) يشعرون حالياً بعدم الارتياح أو القلق بسبب الحجر الصحي. كما تتفق أيضاً مع نتائج بعض الدراسات (Briscese et al., 2020; Brooks et al., 2020; Egunjobi, 2020; Li et al., 2020; Liu et al., 2020; Qiu et al., 2020; Roy et al., 2020; Wang et al., 2020)، وتحديداً مع هذه الدراسات (Li et al., 2020; Roy et al., 2020; Wang et al., 2020)، التي أجريت في الهند والصين، وسجل المشاركون فيها مستويات مرتفعة من القلق والاضطراب النفسي، وقد يعزى ذلك لتشابه وقت إجراء الدراسات نسبياً مع الدراسة الحالية، وتأثيرات الثقافات الشرقية التي تبدو أيضاً متقاربة. كما يمكن أن تعزى الاختلافات للأدوات والمنهجية المتبعة عبر الدراسات.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نظرية التوتر والمواجهة وتقييم التهديد المرتبط بالحدث الموتر، فقد فسرت استجابة البشر للأوضاع المماثلة من التهديد والخوف التي تتضمن وصف التوتر النفسي كنتائج لعلاقة بين الشخص والبيئة التي تقدّر من قبل الشخص بأنها تستهلك أو تفوق وتتجاوز مصادره وموارده وتعرض العافية النفسية للخطر (Lazarus, 1984, p.128). لذا، فليس الحدث المرهق الذي يُسبب التوتر والقلق لدى الفرد لكن بالأحرى تقييم كمية التهديد، والأذى، أو التحدي الذي يُشكّله بالنسبة للفرد وتقييمه لموارد المواجهة (Coping) لديه. إن تقييم التهديد دون الاعتقاد بأن استجابات المواجهة الفعالة متاحة يتم اختباره على أنه ضغط، مما يولد استجابات عاطفية مزعجة بما في ذلك القلق والخوف (Lazarus & Folkman, 1984).

وتقود هذه النتيجة الحاجة إلى مزيد من البحث لفحص أسباب تباين الأشخاص في استجاباتهم النفسية وشعورهم بالقلق، خاصة أن النتائج أظهرت وجود أشخاصاً كانوا إما أكثر قلقاً أو أقل قلقاً، بالرغم من كون الظرف الموتر واحد. ويبدو أن الاستجابة العاطفية لموقف محفوف بالمخاطر كوباء كورونا يمكن أن تؤثر على التفكير في مرحلتين: أولاً، يقود الانتباه لجودة المشاعر (على سبيل المثال، الإيجابية مقابل السلبية) وثانياً إلى تركيز الأشخاص على المعلومات المتطابقة (على سبيل المثال، المعلومات السلبية عند الشعور بالسلبية). ومن ثم يتم استخدام هذه المعلومات، بدلاً من الشعور نفسه، لتوجيه الحكم في المرحلة الثانية. على سبيل المثال، مع زيادة المشاعر السلبية المرتبطة بالوباء، قد يعتمد الناس على المعلومات السلبية حول كوفيد-19 أكثر من

المعلومات الأخرى لاتخاذ القرارات. وفي حالة ردود الفعل العاطفية الحادة، قد يتجاهل الأشخاص أيضاً المعلومات الرقمية المهمة مثل الاحتمالات ونطاق المشكلة. ويجذب التأطير السلبي الانتباه، خاصة للأشخاص الأقل مهارة في الرياضيات. وعادة ما تقدم وسائل الإعلام تقارير عن كوفيد-19 بشكل سلبي - على سبيل المثال، من خلال الإبلاغ عن عدد الأشخاص المصابين والذين يموتون - على عكس أولئك الذين يتعافون أو يعانون من أعراض خفيفة فقط. وقد يؤدي ذلك إلى زيادة المشاعر السلبية وتجعل الناس ينزعون لإهمال الأخطار من ناحية أنفسهم أو الآخرين. وهناك حاجة إلى البحث لتحديد ما إذا كان الإطار الأكثر إيجابية للمرض يمكن أن يخفف الجمهور ويخفف من المشاعر السلبية مع زيادة الالتزام بسلوكيات الصحة العامة (Bavel et al., 2020, p. 461).

وأظهرت نتائج السؤال الثاني للدراسة والخاص بفحص تأثير المتغيرات الديموغرافية (النوع الاجتماعي، العمر، ومكان السكن) في تباين الاستجابات في المجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية (القلق) المتصلة بجائحة كورونا، وأن الإناث مقارنة بالذكور سجلن مستويات أعلى وبدرجة دالة إحصائية على مقاييس المجالات الأربعة. وفيما يتعلق بمكان السكن، تبين أن سكان المدن تفوقوا على سكان القرى فقط على مقياس المجال السلوكي، فيما يتعلق بالالتزام بالممارسات الصحية الوقائية أثناء الجائحة، في حين لم توجد فروق دالة تبعاً لمكان السكن في المجالات الانفعالية والمعرفية والقلق التي ظهرت متقاربة بين سكان المدينة والقرية، وهذا يشير إلى عمومية التأثير لمرض الكورونا في هذه المجالات عليهم. وحسب متغير العمر، تبين وجود فروق دالة بين الفئات العمرية على مقياس المجالين الانفعالي والسلوكي لصالح الفئة العمرية الأكبر سناً (أكثر من 50 سنة)، ولم تظهر فروق دالة في المجال المعرفي تعزى لمتغير العمر، كما تبين أن الفئات الأصغر سناً (أقل من 22 سنة) والفئة (23-30 سنة) سجلت أعلى المستويات من القلق مقابل الفئة العمرية الأكبر سناً التي سجلت مستويات أدنى من مشاعر القلق. وتتسجم هذه النتائج بمجملها وبوجه عام مع نتائج بعض الدراسات (Liu et al., 2020; Mihashi et al., 2009; Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020)، والتي أظهرت نتائج بعضها أن درجة الكرب النفسي ارتبطت بمتغيرات النوع الاجتماعي والعمر ومنطقة السكن، أو بواحد من هذه المتغيرات.

ويمكن تفسير أن الفئات الأصغر سناً سجلت أعلى المستويات من القلق بأنها قد تعزى كما أظهرت الدراسات لكون الشباب والمراهقين يلجأون في أغلب الأحيان لاستخدام إستراتيجيات أقل فاعلية مثل الأمنيات، الإبعاد/ الإنكار، لوم الذات، وأنهم غالباً ما يستعملون أكثر من إستراتيجية واحدة للرد على الضغوط والتوترات (Donaldson et al., 2000 p. 351). ويكون الشكل الأكثر شيوعاً من تعاملهم هو تقادي مصدر التوتر، وذلك من خلال عدة أشكال ويتضمن ذلك الإنكار (يُزعمون أن الإجهاد غير موجود)، النكوص (فعل أصغر من عُمرهم) والانسحاب (يُزيلون أنفسهم عقلياً أو جسدياً عن الإجهاد). وتتناقض هذه الاستراتيجيات مع وجهة نظر برينر (Brenner, 1984)، بأن الاعتراف بوجود التوتر والإجهاد النفسي وقبوله يكون عادة الطريقة الأكثر فاعلية لمواجهة في المدى البعيد.

وقد أشارت العديد من الدراسات (Cartwright-Hatton, Tschernitz, & Gomersall, 2005; Davis & Boster, 1992; Dobson, & Dozois, 2010)، إلى أهمية تدخلات العلاج المعرفي السلوكي في معالجة القلق والتوتر كمسألة خطيرة وحاسمة لتطوير المزيد من الاضطرابات النفسية، ولتأثيرها في شخصية الفرد وتفاعله مع الآخرين. واستخدمت أساليب كثيرة لخفض مستوى التوتر مثل أسلوب الدراما النفسية، والتمارين الرياضية والتدريب على الاسترخاء، والتخيل الانفعالي، وإعادة البناء المعرفي.

وأظهرت نتائج المزيد من التحليل الإحصائي لفحص أثر الشعور بالقلق على استجابات المشاركين في المجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية الثلاثة، وجود فروق دالة إحصائية في متوسط الاستجابة على مقياس القلق في المجالات الثلاثة. حيث تبين وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين المستويات المرتفعة من الاستجابات في المجالات الانفعالية والمعرفية والسلوكية وارتفاع مستويات القلق المبلغ عنه من المستجيبين. واتفقت هذه النتيجة من ارتباط المستويات المعرفية بارتفاع معدلات القلق مع نتائج دراسة النجار (AlNajjar et al., 2017) التي أجريت في السعودية حيث ارتبطت المستويات المرتفعة من مشاعر القلق مع زيادة المعرفة بالأوضاع المؤدية إلى التعرض للعدوى وضرورة التقيد بالابتعاد الاجتماعي المرتبطة بالسفر والتواجد في الأماكن العامة. وتتسجم أيضاً مع دراسة ميهاشي وآخرون (Mihashi et al., 2009) والتي برهنت على أن المستويات الأعلى من الاضطرابات النفسية في وقت الأوبئة، ترتبط بمعرفة إجراءات قيود الخروج، وتطهير الملابس، ومكافحة العدوى. لكن اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة وانج وآخرون (Wang et al., 2020)، التي أظهرت أن المستويات المنخفضة من التأثيرات النفسية

والشعور بالقلق ارتبطت إيجابياً بتوفير المعلومات الصحية (على سبيل المثال: العلاج وحالة نقشي المرض المحلية) والتدابير الاحترازية (مثل نظافة اليدين وارتداء كمامات).

وقد اقترح هولمز وراهي (Holmes and Rahe, 1967) أنه كلما زاد التغيير المتأصل في التكيف مع الحدث الحياتي، زاد الضغط المرتبط بهذا الحدث. ويبدو أنه في غياب العلاج للمرض، فإن الابتعاد الاجتماعي سيبقى على الدوام أحد أهم الاستراتيجيات لإبطاء نقشي الوباء. ومع ذلك، فإن الابتعاد يتصادم مع الغريزة الإنسانية العميقة للتواصل مع الآخرين (Baumeister, & Leary, 1995). ويساعد التواصل الاجتماعي الأشخاص على تنظيم العواطف والتعامل مع التوتر والبقاء صامدين في الأوقات الصعبة. على النقيض من ذلك، تؤدي الوحدة والعزلة الاجتماعية إلى تقاوم عبء الإجهاد وغالباً ما ينتج عنها آثار ضارة في الصحة العقلية والقلبية الوعائية وجهاز المناعة. ويكون كبار السن، الذين هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالأعراض الشديدة من COVID-19، أيضاً أكثر عرضة للعزل الاجتماعي ما يهدد بتفاقم مشاعر الوحدة ويمكن أن يؤدي إلى عواقب صحية سلبية طويلة المدى.

وقد حدد العلماء الاستراتيجيات التي يمكن أن تخفف من هذه النتائج. أولاً، من الناحية النفسية، يتم تفسير الوحدة على أنها الحالة الذاتية التي لا يتمتع فيها المرء بالتواصل الاجتماعي الكافي، في حين أن العزلة هي نقص موضوعي للتفاعلات الاجتماعية (Cacioppo & Patrick, 2009). وهذا يعني أن المرء يمكن أن يكون منعزلاً ولكن ليس وحيداً، أو يشعر بالوحدة وهو في حشد من الناس. وبالتالي، فإن مصطلح "الابتعاد الاجتماعي" قد يعني أن المرء يحتاج إلى قطع التفاعلات المهمة. وقد يكون المصطلح البديل المفيد هو "الإبعاد الجسدي"، للمساعدة في تسليط الضوء على حقيقة أن الاتصال الاجتماعي ممكن حتى عندما يكون الناس منفصلين جسدياً (Bavel et al., 2020).

وأخيراً أظهرت نتائج السؤال الثالث المتعلق بالكشف عن الممارسات الإيجابية التي ساعدت في تحسين الحالة النفسية أثناء الحجر المنزلي بسبب جائحة كورونا من وجهة نظر المواطن العربي، أن أهم الممارسات الإيجابية الأعلى تقديراً والتي تراوحت متوسطات الدرجات عليها ما بين (م = 3.82-3.90) تمثلت في كل من قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة، واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، تويتر، واتس أب،)، والعبادة (كالصلاة، والدعاء، وقراءة القرآن، وقراءة الكتب الدينية)، و"المساعدة في الأعمال البيتية والترتيب وإصلاح الأعطال". وتتسم هذه النتائج بمجملها وبوجه عام مع نتائج بعض الدراسات (Li, et al., 2020; Qiu, et al., 2020; Roy et al., 2020; Wang et al., 2020)، والتي أظهرت نتائج بعضها أن درجة اهتمام الناس خلال وباء كورونا، أصبح أكثر تركيزاً على الصحة والعائلة، وأقل تركيزاً على الترفيه والأصدقاء.

ولا يخفى أن التأثيرات الاجتماعية والنفسية للوباء تمتد أيضاً إلى داخل البيوت (أنظر عبارة قضاء وقت أطول مع أفراد الأسرة) التي سجلت أعلى المستويات لدى المشاركين، وبالرغم من ذلك يجب التحذير من عواقب التقارب الوثيق لمدة طويلة في مكان واحد، كما هو الأمر في حالة الحجر حيث يجد العديد من الناس أنفسهم في حالة تقارب مفاجئ مع أسرهم المباشرة. ويصبح الأشخاص المعرضون للحجر الصحي أو للعزل الذاتي معرضون لخطر الارتباك والغضب، كما أن النزعات العاطفية يمكن أن تتفجر عندما يتحملها العديد من أفراد الأسرة في وقت واحد لأسابيع أو أشهر متتالية، ما يؤدي لزيادة مستويات القلق أيضاً لدى أفراد الأسرة (Bavel et al., 2020).

وأظهرت التحليلات الإحصائية لنتائج هذا السؤال أن الإناث، مقارنة بالذكور، كن أكثر ميلاً للإبلاغ عن التزامهن بالممارسات الإيجابية أثناء الحجر الصحي. كما تبين أن فئات العمر الأكبر سناً كانوا أكثر قياماً بالممارسات الإيجابية أثناء الجائحة، وأن المستجيبين من الجامعيين وخريجي كليات المجتمع، مقارنة بالفئات التعليمية الأخرى، كانوا أكثر ميلاً لتوظيف واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي والمساعدة في الأعمال البيتية. بالإضافة لذلك لم تظهر فروق دالة إحصائية في الممارسات الإيجابية أثناء فترة الحجر الصحي تبعاً لمكان السكن: مدينة، قرية.

وفي تفسير من منظور معرفي للفروق بين شعور الأفراد بالقلق والتوتر النفسي، تشير نظرية العزو السببي (Causal Attribution)، إلى أن الإنسان إما أن يعزو ما يحدث معه لعوامل داخلية أو خارجية، ويؤثر اتجاه العزو في تفكير الإنسان واتجاهاته وشعوره بالضغط والتوتر وبالتالي سلوكه على ضوء ذلك (Heider, 2015). فقد يخطئ الإنسان في عزوه للأسباب، فيعزو الأحداث لعوامل ثانوية أو عوامل ليست ذات علاقة، ولهذا يصبح الهدف الرئيسي في إرشاد المسترشدين الذين يعانون من التوتر النفسي، فهم الأسباب التي يعزو المسترشد إليها ما يحدث معه، وتصحيح الأخطاء والتسببات عن طريق تعليم الشخص أن يعزو سلوكه لذاته، لا لعوامل خارجية لا يستطيع التحكم بها، فذلك يشكل حجر الأساس في الضبط الذاتي والتنظيم العاطفي.

الاستنتاجات والتوصيات

لقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأحداث الحياتية المهددة للمجموعات كالإصابة بوباء فيروس كورونا-19 المُعدي والمُमित، تخلف وراءها آثاراً انفعالية وإدراكية وسلوكية ونفسية على الأشخاص بصورة متباينة نسبياً، وذلك تبعاً لخصائصهم الشخصية والاجتماعية ومنها النوع الاجتماعي والعمر والمستوى التعليمي ومكان السكن، وأن التغييرات الانفعالية والإدراكية والسلوكية تعمل متأثرة بالاستجابات النفسية لهذا الحدث الموتير كاستجابة القلق التي تم قياسها في هذا المسح أيضاً. ومع ذلك، فإن مقدار الاستفادة من نتائج هذه الدراسة وتفسيراتها يتحدد بطريقة جمع البيانات إلكترونياً من المستجيبين، وبالفترة الزمنية التي اقتربت من شهر ونصف من إعلان الجائحة رسمياً وبداية إجراءات العزل والحجر الصحي وطبيعة الإجراءات الرسمية المتبعة في كل بلد، وحجم الإصابات والوفيات. ولا يخفى إن الاستجابة الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية للأفراد قد تختلف بحسب طول تأثرهم بالتدابير الرسمية للجائحة والإعلانات وترويج الشائعات المصاحبة لها. وهذا ما يمكن أن توصي به الدراسة بحيث يتم أخذ عامل الوقت كمتغير مهم في تتبع التغيير في الاستجابة النفسية من بداية الأزمة وخلال فترة التأثير بإجراءاتها الصحية، وبعد الإعلان عن انتهائها ورجوع الحياة إلى طبيعتها المعتادة.

إن وقت الوباء الحالي هو وقت الاختبار بالنسبة لنا. هذا هو الوقت الذي يجب التعامل فيه مع مخاوف الصحة الجسدية والنفسية. فقضاء فترة طويلة من البقاء داخل المنازل أثناء الإغلاق لها آثارها على الازدهار النفسي للبشر، خاصة أن هناك تأكيد لوجود تأثيرات طويلة الأمد لانتشار الأوبئة في العافية والصحة النفسية (Brooks et al., 2020) على كافة الأشخاص في العالم. ما يثير الحاجة لإجراء مزيد من الدراسات المقارنة التي تكشف عن الفروق بين استجابات الأشخاص في المراحل الأولية للوباء والوسطي والأخيرة، ما يأتي منسجماً مع نظريات الأزمة والصدمة (Caplan, 1964; Greenstone & Leviton, 2002).

كما أن هناك حاجة ملحة وأكيدة لتطوير مقاييس بمعايير وطنية موثوقة خاصة بتأثيرات الأزمات كمقياس تأثير الحدث (Wang et al., 2020)، ومقياس الكرب النفسي بعد جائحة كورونا (Qiu et al., 2020)، لتشجيع الباحثين على فحص ورصد المؤشرات المبكرة للاضطرابات النفسية، وتزويد المختصين والمرشدين النفسيين بالبيانات الموجهة لإعداد برامج إرشاد نفسي تتناسب مع تلك الاحتياجات. ووضع نماذج لتقييم الأزمات والتدخل ما يسهل التخطيط للمعالجة القصيرة الفعالة في العيادات الخارجية للمرضى النفسيين، أو مراكز الصحة النفسية المجتمعية، أو مراكز الإرشاد النفسي والأسري، أو في مواقف التدخل في الأزمات.

ويمكن تقديم خدمات العلاج أو الإرشاد النفسي القائم على النموذج السلوكي المعرفي، حيث يفسر هذا النموذج ردود الأفعال الانفعالية والسلوكية للفرد تجاه حدث ما بأنها تتأثر كثيراً بالمعرفة الذاتية، أي طريقة نظرتة وتفسيره للحدث. وبالتالي تتطور المشكلات والصعوبات النفسية من قلق واكتئاب عندما تكون هذه الأفكار والاعتقادات والافتراضات ذات طبيعة سلبية أو خاطئة. ويعدّ العلاج السلوكي المعرفي Cognitive behavioral therapy مناسباً لمساعدة الناس على استعادة شعورهم بالسيطرة على حياتهم، والشعور بالتحسن من خلال مساعدتهم في التعرف على طرق التفكير الخاطئة وتحديد الأخطاء المعرفية في التفكير، وإعادة هيكلتها. وربما يكون هذا النوع من العلاج مناسباً للأشخاص الذين يعانون من أعراض نفسية وأولئك الذين لديهم قلق، ويمكن أن يقدم العلاج للأفراد عند اكتشاف إصابتهم بالوباء، أو أولئك الذين تأثروا بشكل غير مباشر من القيود المفروضة مثل التباعد الجسدي أو الاجتماعي. ويعتمد الإرشاد التعليمي النفسي على منهج شمولي يركز على تعزيز الصحة والتعاون والتأقلم والتمكين، ويستخدم لتعزيز الالتزام بالعلاج، والحد من وصمة العار والمخاوف المتعلقة بالجائحة، ويتضمن على تفاصيل عن طبيعة الجائحة ومخاطرها ونتائجها المحتملة. وبالنظر إلى التدابير الوقائية والتقييدية التي وضعتها السلطات في بلدان مختلفة، يمكن تقديم خدمات الإرشاد النفسي بشكل آمن عبر الإنترنت والاتصالات الهاتفية (Halder, 2020; Xiang, 2020).

ويمكن تعزيز وسائل الاتصال والمساعدة النفسية من خلال برامج العلاج النفسي المختصر على الإنترنت واستخدام تطبيقات الزووم والتيمز (ZOOM & TEAMS) للاجتماعات العائلية؛ فالنقاشات عبر الإنترنت يمكن أن تعزز الإحساس بالاتصال الاجتماعي، فتلقّي الدعم وتقديمه من خلال الإنترنت يمكنه أن يعزز العافية النفسية، كما تبدو التقنيات الغنية بالمعلومات والثائية والمتزامنة مؤقتاً أكثر ملاءمة لتوليد التعاطف والاتصال (Waytz & Gray, 2018). وبالتالي يجب إيلاء اهتمام خاص لمساعدة الأشخاص الذين هم أقل دراية بهذه التقنيات لتعلم كيفية الاستفادة من الاتصالات الرقمية.

ولقد أتت الدراسة الحالية لتمثل مصدراً هاماً للمهتمين والباحثين في تداعيات جائحة كورونا، وتقدم بعض النصائح والإرشادات

استناداً لنتائجها. وتوصلت الدراسة بشكل عام إلى أن زيادة مستويات القلق التي يشعر بها الأفراد خلال الجائحة سواء كان قلقاً على النفس أو قلقاً على الآخرين يرتبط باستجابات انفعالية ومعرفية وسلوكية متباينة، وهذا ما يدعو المختصون للبحث عن الطرق التي تقلل من ظهور مستويات القلق المرتفعة، والمحافظة على درجة متوسطة منه مما يقلل نواتج القلق المرتفعة على مشاعر الضغط أو الإحباط التي قد يمر بها الأفراد أثناء مرورهم بأزمة مشابهة لهذه الجائحة.

وفي مواجهة جائحة عالمية، فإن تجنب الضغط تماماً ليس خياراً متاحاً. لحسن الحظ، تشير السنوات العشر الماضية من البحث في التعامل والإجهاد والتوتر إلى أن نوع الضغط أو مقداره ليس هو الذي يحدد تأثيره. بدلاً من ذلك، يمكن للعقول الذهنية وتقييمات الموقف حول الإجهاد أن تغير تأثيرها. على سبيل المثال، وجدت بعض الأبحاث أن هذه العقلية يمكن أن تزيد من إمكانية "النمو المرتبط بالتوتر"، وهي ظاهرة تؤدي فيها التجارب المجهدة إلى زيادة المرونة الفسيولوجية، وتساعد في إعادة تنظيم أولوياتنا ويمكن أن تساعد في إقامة علاقات أعمق وتقدير أكبر لـ الحياة (Bavel et al., 2020). وهناك حاجة إلى إجراء عاجل للتخفيف من الآثار المدمرة المحتملة لـ COVID-19، وهو إجراء يمكن دعمه من قبل العلوم النفسية السلوكية والاجتماعية. ومع ذلك، فإن العديد من الآثار المبينة هنا قد تكون ذات صلة بالأوبئة المستقبلية وأزمات الصحة العامة. وقد أعلن تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية أن الاتصالات الصحية يُنظر لها بأنها ذات صلة تقريباً بكل جانب من جوانب الصحة والعافية النفسية، بما في ذلك الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة ونوعية الحياة (Rimal & Lapinski, 2009). ومع استمرار تحذيرات منظمة الصحة العالمية من انتشار فيروس كورونا في بعض الدول بصورة واسعة، والتخوف من إمكانية عودة تأثيره في الدول التي تعافت منه تقريباً، فإن النظر يتجه إلى بذل المزيد من الجهود الصحية لمنع انتشاره وتطوير اللقاحات ضده إلى جانب ذلك زيادة الاهتمام بتدخلات الإرشاد النفسي والأسري المبكرة على الإنترنت (WHO, 2020b) وبث التوجيهات بممارسة السلوك الملائم الذي يقود إلى الشعور بالاطمئنان والراحة ويجنب الأشخاص مشاعر القلق والضغط والتوتر التي تصاحب موجات العزل الصحي والحجر المستقبلية. وهذا يقود إلى مسؤولية الجهات المعنية لاتخاذ التدابير اللازمة للتخفيف من الأثر الناجم عن استمرار تأثير فيروس كورونا على أفراد المجتمع، والحرص على إجراء المزيد من الدراسة على نطاق أوسع لتقييم التأثيرات الانفعالية والمعرفية والسلوكية والنفسية للجائحة.

المصادر والمراجع

References

- AlNajjar, N., Attar, L., Farahat, F., & AlThaqafi, A. (2017). Psychobehavioural responses to the 2014 Middle East respiratory syndrome-novel corona virus (MERS CoV) among adults in two shopping malls in Jeddah, western Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22(11), 817–823. <https://doi.org/10.26719/2016.22.11.817>
- Balkhi, F., Nasir, A., Zehra, A., & Riaz, R. (2020). Psychological and Behavioral Response to the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *Cureus*, 12(5), article: e7923. DOI 10.7759/cureus.7923
- Baumeister, R., & Leary, M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Bavel, J., Baicker, K., Boggio, P. et al. (2020). Using social and behavioral science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behavior*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Brenner, S., & Bentall, R. (1984). The teacher stress process: a cross cultural analysis. *Journal of Occupational Behavior*, 5, 183–196. <https://doi.org/10.1002/job.4030050303>
- Briscese, G., Lacetera, N., Macis, M., & Tonin, M. (2020). Compliance with covid-19 social-distancing measures in Italy: The role of expectations and duration. *National Bureau of Economic Research*, 1-29.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920.
- Cacioppo, J., & Patrick, W. (2009). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York, NY: Norton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive

- distortion?. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 131-141. doi:10.1016/j.brat.2003.12.003
- Davis, D., & Boster, L. (1992). Cognitive-behavioral-expressive interventions with aggressive and resistant youths. *Child Welfare*, 71(6), 557-573.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2010). **Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies**. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (p. 3-38). Guilford Press.
- Donaldson, D., Prinsyein, M., Danovsky, M., & Spirito, A. (2000). Patterns of children's coping with life stress: implications for clinicians. *Am. J. Orthopsychiatry*, 70(3), 351-359. doi:10.1037/h0087689
- Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin-Guven, S., & Amlôt, R. (2019). Facilitating Collective Psychosocial Resilience in the Public in Emergencies: Twelve Recommendations Based on the Social Identity Approach. *Front Public Health*, 7, 141. doi:10.3389/fpubh.2019.00141
- Egunjobi, J. (2020). The Perception of Covid-19 as a fear factor in the preparation for the Pandemic Aftermath. In ResearchGate. DOI: 10.13140/RG.2.2.14933.17125
- Greenstone, J., & Leviton, S. (2002). *Elements of crisis intervention: Crises and how to respond to them* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Halder, S. (2020). COVID-19: Psychological impact and psychotherapeutic intervention. *EC Psychology and Psychiatry*, 9, 32-35.
- Heider, F. (2015). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Koenig, K., & Schultz, C. (2016). *Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices*. New York: Cambridge University Press.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032-2040. doi:10.3390/ijerph17062032.
- 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, 112921.
- Lazarus, R. (1984). On the Primacy of Cognition. *American Psychologist*, 39 (2), 124-129.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Massad, I., Al-Taher, R., Abufaraj, M., et al. (2020, under publication). Social support and its effect in reducing feelings of anxiety, stress, and uneasiness of the quarantine due to Coronavirus (COVID-19).
- McFarlane, A., & Norris, F. (2006). Definitions and Concepts in Disaster Research. In F. H. Norris, S. Galea, M. J. Friedman, & P. J. Watson (Eds.), *Methods for disaster mental health research* (p. 3-19). The Guilford Press.
- Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., & Ishitake, T. (2009). Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health psychology*, 28(1), 91-100. DOI: 10.1037/a0013674
- Nussbaumer-Streit B, Mayr, V., Dobrescu, A., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., Agner, G., Siebert, U., Christof, C., Zachariah, C., & Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), Article. No.: CD013574. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574>
- Pfattheicher, S., Nockur, L., Böhm, R., Sassenrath, C., & Petersen, M. B. (2020). The emotional path to action: Empathy

- promotes physical distancing during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729; Doi:10.3390/ijerph17051729
- 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. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. Doi:10.1136/gpsych-2020-10021
- Rajkumar, R. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52:102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rimal, R., & Lapinski, M. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87 (4), 247-247.
- Roberts, A. (2002). Assessment, crisis intervention and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(1), 1–21.
- Roberts, A. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In A. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed., pp. 3–34). New York, NY: Oxford University Press.
- Roberts, S., & Ottens, A. (2015). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339.
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102083. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102083
- Rubin, G., Potts, H., & Michie, S. (2010). The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technol. Assess.*, 14 (34), 183-266. doi:10.3310/hta14340-03
- Rus, M., Sandu, M., & Tanase, t. (2020). Covid-19 crisis in Romania - between perception and attitude. *Technium Social Sciences Journal*, 6 (1), 69-87.
- Usher, K., Durkin, J., & Bhullar, N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *Int J Ment Health Nurs*. 29 (3), 315-318. <https://doi:10.1111/inm.12726>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Waytz, A., & Gray, K. (2018). Does online technology make us more or less sociable? A preliminary review and call for research. *Perspectives on Psychological Science*, 13(4), 473-491.
- World Health Organization. (2020a). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. retrieved from: <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization. (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- 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
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020a). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-1–e923549-8. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020b). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated

for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Med. Sci. Monit.*, 26, e923921. <https://doi.org/10.12659/MSM.923921>

Zeppugno, P., Gramaglia, C., Guerriero, C., Madeddu, F., & Calati, R. (2020, May 17). Psychological/psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak: lessons learnt from China and call for timely crisis interventions in Italy. *PsyArXiv Preprints* on: <https://doi.org/10.31234/osf.io/z26yk>

The psychological effects of the Corona pandemic (Covid-19) on the Arab citizen and his responses to it: A cross-sectional study in several Arab countries

Faisal Abdelfattah¹, Maher Abu-Hilal², Hamzeh Dodeen³, Jehad Alaedein⁴, Muna Al Bahrani⁵, Adnan Atoum⁶

ABSTRACT

The Covid-19 outbreak has had severe effects on the humanity and has disrupted aspects of life. Hence, the psycho-social consequences attracted attention after imposing isolation and "social distancing". The current study was conducted to reveal the effects of this pandemic on individuals. Responses were collected electronically through a self-report questionnaire during April 25 to May 17, 2020. Respondents were 1692 citizens from several Arab countries and Arab residents abroad females formed 63.3% and ages ranged between 23 and 50 years at 64.8% of the participants. Results in emotional domain showed, the participants valued the work of medical staff and the efforts made by security services. In cognitive domain, 85% of respondents knew that the possible causes of Coronavirus included: lack of social distancing and chronic diseases. In the domain of behavioral practices, individuals became more aware of hygienic practices, especially hand washing and using sterilizers. People become anxious fearing the possibility that a family member may get infected. Followed by the fear that the pandemic may continue. Females showed higher levels than males on all measures, and older age was associated with an increase in emotional manifestations, behavioral practices, and low feelings of anxiety. Residents of city exceed significantly those living in village only in the behavioral domain, while their response converged in emotions, knowledge, and anxiety. This study has highlighted that the high level of anxiety may be the basis for understanding the issues related to their health, well-being, and the subsequent changes in emotions, knowledge, and behavior.

Keywords: Psychological and Behavioral Effects; Corona Pandemic (Covid-19); The Response of the Arab Citizen; Cross-Sectional Study; Arab Countries.

1. Imam Abdulrahman Bin Faisal University 2.Sultan Qaboos University 3.United Arab Emirates University 4.The Hashemite University 5.Sultan Qaboos University 6.Al al Bayt University.

Received on 10/6/2020 and Accepted for Publication on 6/8/2020.