

# مجموعة الإرشادات الرئيسية بخصوص الصحة النفسية في ظل انتشار مرض كوفيد-19

دليل الصحة النفسية واستراتيجيات  
التعامل مع الوضع لطاقتم الرعاية الطبية  
خلال جائحة كوفيد-19

نحن نهتم  
We Care

مركز جونز هوبكنز  
أرامكو الطبي

Johns Hopkins  
Aramco Healthcare

## إعداد :

د. رأفت سمير مشرقى، زميل الكلية الملكية للأطباء النفسيين،  
استشاري في الطب النفسي  
د. عبد الصمد الجشي، استشاري في الطب النفسي ورئيس  
الطب النفسي

# جدول المحتويات

## مقدمة

### أهمية هذا الدليل الإرشادي

أعراض الصحة النفسية التي يمكن أن يمر بها طاقم الرعاية الطبية خلال الأزمات، مثل انتشار جائحة

القلق على العائلة

القلق حول اضطراب ما بعد الصدمة

انخفاض المزاج وعدم وجود محفزات

أنواع الشعور بالذنب التي يمكن أن تؤثر على أداء طواقم الرعاية الطبية

١. الشعور بالذنب بسبب النجاة

٢. الشعور بالذنب بسبب الحياد

التعب من التعاطف

الصدمة غير المباشرة

القلق حول التمييز بحق العاملين في مجال الرعاية الصحية

حزن الطبيب

المرونة النفسية

الإيثار

دعم النظراء والتدريب والتعليم حول الصحة النفسية

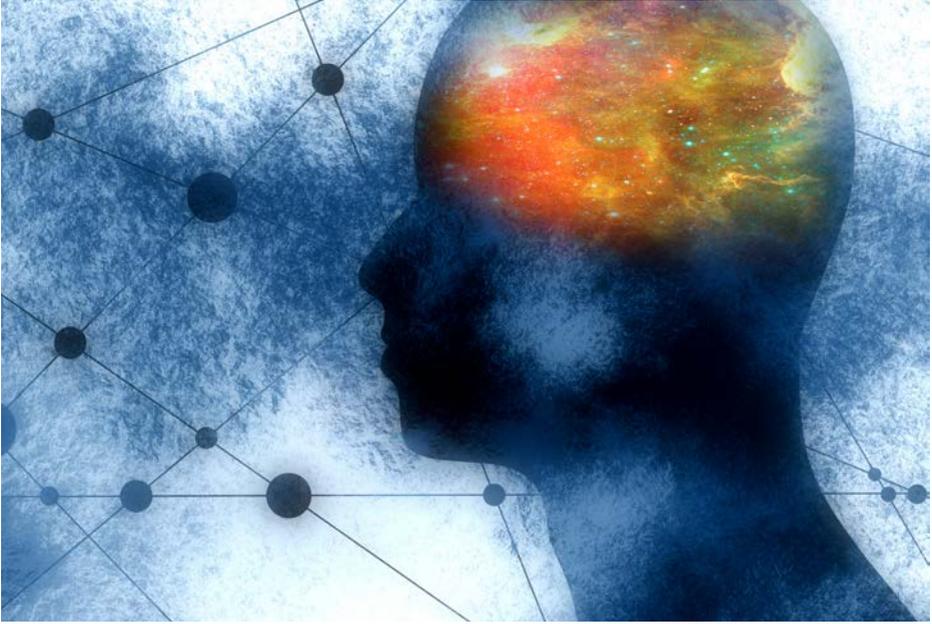
## مقدمة

تم إعداد هذا الدليل الإرشادي أثناء جائحة - SARS-COV-2 المعروفة باسم مرض كوفيد-19، بهدف مساعدة طواقم الرعاية الطبية في التعامل مع مسائل الصحة النفسية التي قد تؤثر عليهم على خلفية تفشي الجائحة. وبالرغم أن هذا الدليل قد تم إعداده بشكل أساسي للطُّبَاءِ والعاملين بقسم التمريض والإسعاف والطوارئ وغيرهم ممن هم على تماس مباشر مع المرضى، قد يجد فيه أيضًا مديرو منشآت الرعاية الصحية وطواقمها الذين هم ليسوا على تماس مباشر مع المرضى بعض المساعدة والفائدة لهم أيضًا. 3، 53

## أهمية هذا الدليل الإرشادي

في ظل هذه الجهود الدؤوبة لمكافحة كوفيد-19، يواجه العاملون في قطاع الرعاية الصحية ضغوطاً هائلة، فهم مسؤولون عن تقديم العناية الطبية للمرضى من جهة، ولديهم في ذات الوقت عائلات يقلقون بشأنها من جهة أخرى. ويمكن لذلك أن يكون مرتبطاً بالحاجات الإدراكية والعاطفية والنفسية الإضافية الملقاة على كاهلهم نتيجة الجائحة، ويضم ذلك التعامل مع الخوف والغضب والإنكار، ومشاكل النوم والاكئاب والقلق، والتوتر الشديد والتالي للصدمة، إلى جانب العوامل المرتبطة بمهنتهم مثل التعامل مع ذاك التمييز للعاملين في مجال الرعاية الصحية، والمرونة النفسية، وأشكال خاصة من مشاعر الذنب، والخلافات على عاتق من تقع المسؤولية، والحزن والإيثار. ويشرح هذا الدليل كل هذه العوامل، ويقدم وسائل أثبتت فعاليتها في معالجتها.

وتتطلب الأزمات الصحية من هذا النوع من أفراد طواقم الرعاية الطبية أن يتحلوا بالمرونة في أداء مهامهم، حيث قد يجدون أنفسهم مضطرين للعمل ضمن محيط غير مألوف أو اختصاصات سريرية لا تقع ضمن ممارستهم المعتادة. ما قد يتسبب لهم بالتوتر، وخاصة إذا وُكِّلَ إليهم أدوار قيادية. يُنصح بقراءة هذا الدليل، بالإضافة إلى دليل آخر تم إعداده من قبل ذات المؤلفين تحت عنوان: دليل إرشادي للمجتمعات والمرضى في العزل والحجر الصحي ولعائلاتهم وأصدقائهم، إذ ينطبق أيضًا على العاملين في قطاع الرعاية الطبية.



## أعراض الصحة النفسية التي يمكن أن يمر بها طاقم الرعاية الصحية خلال الأزمات، مثل انتشار جائحة

للمهام الإنسانية أثر إيجابي على الحياة، وثمة الكثير من الدلائل التي تشير إلى أن أفراد الطواقم الطبية الذين يستجيبون للأزمات يمرون بتجارب إيجابية على صعيد تطوير الذات وتقدير الحياة والشعور بمتعة الإنجاز.<sup>24</sup>

ولا يؤدي التعرض للصدمة في معظم الحالات إلى عواقب نفسية خطيرة طويلة الأمد، إذ أن معظم العاملين في مجال الرعاية الذين يعانون من التوتر يتعافون بعد انقضاء الأزمة.<sup>3</sup> ولكن هناك أدلة تشير إلى أن العاملين أيضًا في مجال الرعاية الصحية وغيرهم من المستجيبين للأزمات معرضين لخطر الاضطراب العاطفي المباشر وطويل الأمد.<sup>28</sup>

وتتضمن العوامل التي تزيد احتمال تعرض مقدمي الرعاية الصحية لاضطرابات نفسية: وجود تاريخ مرضي نفسي سابق، أو المرور بحوادث تسبب التوتر خلال الحياة قبل الأزمة، أو ارتفاع مستوى التعرض لحالات توتر شديدة خلال الأزمة، أو تأدية مهام أو أدوار صعبة تتجاوز المسؤوليات المعتادة، أو معرفة شخص توفي أو أصيب خلال الأزمة، أو شخص يفتقر إلى الدعم الاجتماعي أو القدرة على التعامل مع الوضع.<sup>3</sup>

## القلق على العائلة

يسجل المتزوجون من العاملين في مجال الرعاية الصحية مستويات خوف أعلى بخصوص تفشي الأمراض أكبر من زملائهم غير المتزوجين أو المطلقين، ويرتبط هذا بشعورهم بالمسؤولية عن عائلاتهم. وقد لوحظ لدى هؤلاء العاملين، ومن بينهم العاملين في قسم التمريض، مشاعر مشتتة بين مخاوفهم العائلية والتزاماتهم المهنية. وتزداد هذه المخاوف حول الصحة الشخصية أو صحة العائلة لدى العاملين الذين يعيشون مع أطفال أو مسنين. ونتيجة لذلك، قد يكون من الضروري توفير الدعم والاستشارة والمساعدة في رعاية الأطفال والمسنين.<sup>54 26 1</sup>

## القلق حول اضطراب ما بعد الصدمة

تتضمن العوامل المهيئة لحالة اضطراب ما بعد الصدمة: وجود صدمة سابقة سواء أكانت شخصية أم مهنية؛ أو وجود خطر ملموس على حياة الشخص خلال الأزمة؛ أو عوامل إدراكية مثل التفكير في الموت أو الفصام أثناء الصدمة؛ ووجود تاريخ مرضي نفسي في العائلة.<sup>3، 4</sup>

يُظهر العاملين في مجال الرعاية الصحية، ممن هم على تماس مباشر مع المرضى المصابين بسبب تفشي الأوبئة الفيروسية، مستويات أعلى من التوتر وتجنب الآخرين، ومستوى أعلى من حالات الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة والإفراط في استهلاك الكحول، مقارنةً بأولئك الذين هم ليسوا على تماس مباشر مع المرضى.<sup>16، 17، 18، 19</sup>

وترتبط حالة الإنكار وتجنب الآخرين بتراجع مستوى الصحة النفسية، خاصة لدى الأطباء وطواقم التمريض، وبتطور اضطراب ما بعد الصدمة لديهم. إلاً أن تطبيق استراتيجيات استباقية وأساليب حل المشكلات وإيجاد أجواء تتسم بالمرح أثبتت فعاليتها في تقليل آثار الصدمة.<sup>7، 8</sup>



## انخفاض المزاج وعدم وجود محفزات

توصلت الدراسات الكمية والنوعية إلى وجود رابط بين انعدام حافز العمل وسط الطواقم الطبية وخوفهم على سلامة أحبائهم، ولا سيما في حالة تحمل مسؤولية رعاية الأطفال أو المسنين.<sup>25، 26</sup> وقد ثبت أن أهم العوامل المؤثرة بالتحفيز على العمل هي إدراك أهمية دور كل فرد من أفراد الطاقم الطبي في الاستجابة للزُمة.<sup>27</sup> ولوحظ أن التحفز للعمل يزداد بعد تلقي التدريب والتعليم.<sup>26</sup>

ويمكن أن يزداد احتمال التوتر لدى أفراد الطاقم الذين يتحملون مسؤوليات ترتبط بالمرضى على نحو مباشر أكثر. على سبيل المثال، يزداد احتمال تسجيل مستويات عالية من التوتر لدى الأطباء وطواقم التمريض أكثر من أي كوادرات تخصصات أخرى في القطاع الصحي. كما أظهر العاملين في قسم التمريض ميلًا أكبر للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة مقارنة ببقية العاملين في المستشفى.<sup>12 13 14 15</sup>

خلال الأزمات، قد يشعر العاملون في الرعاية الطبية بتراجع إحساسهم بالثقة داخل المنشأة الطبية، إضافة إلى الشعور بالوحدة وقلة الاحترام وتوتر العلاقات مع الزملاء، والخوف من العدوى بسبب أخطاء صغيرة، وتوتر العلاقات بين المرضى ومقدمي الرعاية.<sup>2</sup>

ولوحظ أن لتأدية المهام التي لا تقع ضمن الواجبات المعتادة خلال الأزمات أثرًا سلبيًا على الصحة النفسية، ولا سيما في حالة تولي مهام قيادية.<sup>3، 5</sup>

ويجب عدم جعل تقديم التقارير التي تركز على التجارب خلال الأزمات جزءًا من الممارسة المهنية الروتينية، إذ وُجد أن لها أثرًا سلبيًا. غير أن المراقبة الفعالة والانتظار المترقب والعلاج الإدراكي السلوكي بعد الصدمة بوقت قصير هي استراتيجيات فعالة، لا سيما في حالة الأعراض البارزة.<sup>9، 10</sup>

وقد ارتبط الخضوع للحجر من قبل مقدمي الرعاية الطبية بأثر سلبي على الصحة النفسية وأعراض توتر حادة والشعور بالتمييز، الأمر الذي يؤدي إلى نفور من العمل وتراجع في الأداء.<sup>20</sup> وقد ظهر أن تأثير الإجراءات الوقائية على القدرة على إنجاز العمل خلال الأزمات هو عامل مستقل يرتبط بالتوتر العاطفي.<sup>21</sup>

## أنواع الشعور بالذنب التي يمكن أن تؤثر على أداء طواقم الرعاية الطبية

### الشعور بالذنب بسبب النجاة

قد يزداد احتمال شعور الأفراد الذين يتحملون مسؤوليات تقديم الرعاية الطبية للآخرين خلال الأزمات بالذنب على مستوى الوعي واللادوعي؛ إذ قد يشعر أفراد الطاقم الطبي بالذنب بسبب نجاتهم من الأزمة أو عدم قدرتهم على إنقاذ أحدهم رغم كل الجهود التي بذلوها. كما قد يشعرون بالذنب إن لم يستطيعوا السيطرة على الأعراض، وقد يترسخ هذا الذنب ليتحول إلى صدمة مركبة قد تؤدي إلى إيذاء النفس أو الأفكار الانتحارية.<sup>40، 44</sup>

ويمكن الشعور بهذا النوع من الذنب دون القيام بشيء خاطئ، وأحيانًا يكون الشعور مستمرًا. وبذلك، فهو مختلف عن بقية أنواع الذنب. ويُعد ذنب النجاة من سمات اضطراب ما بعد الصدمة.<sup>49</sup>

يرتبط ذنب النجاة كذلك بالخزي وتراجع القدرات الإدراكية الناجمة عن عدم الإحساس بمعنى الذات والعالم؛ وبناءً على ذلك، يتطلب ذنب النجاة لدى الطواقم الطبية انتباهًا خاصًا من أجل تحديده. ومن المهم تطوير رؤى وتدخلات تركز على إضفاء معنى على تجربتهم.<sup>45 46 47 48</sup>



## الشعور بالذنب بسبب الحياء

يُعتبر ذنب الحياء أحد أشكال الذنب التي يمكن أن تؤثر على أفراد الطاقم الطبي، ولا سيما خلال الأزمات. ويُعرّف بأنه عدم القدرة على تجاوز آثار المعاناة، ويمكن ربطه بالتفكير في عدم كفاية الجهود المبذولة مهما كانت.<sup>41</sup>

ويمكن للذنب المكبوت جعل التعافي صعبًا. وعادةً ما يكون لمجموعات الترابط الاجتماعي والدعم المهني ودعم النظراء دورًا هامًا في الخروج من حالة الشعور بذنب النجاة، إضافة إلى تطوير الرؤى والشخصية.<sup>43 42 40 35</sup>

وتتضمن العوامل التي من شأنها حماية مختصي الرعاية الطبية من تطور حالة الشعور بالذنب كلاً من الدعم الاجتماعي الجيد ومهارات التكيف الإيجابي مثل التحدث وتمارين التنفس، وتقدير الذات والشعور بالإنجاز مثل مشاعر رد الجميل، وترتبط كل هذه العوامل بزيادة المرونة النفسية لدى الشخص وعدم جلد الذات.<sup>31, 7</sup>

كما تتضمن عوامل الوقاية لدى الناجين من الكوارث والمستجيبين لها إجراءات تأقلم صحية شخصية مثل ممارسة التمارين والتأمل والفصل بين العمل والحياة الشخصية والقدرة على التفاؤل.<sup>34, 33</sup>



## التعب من إظهار التعاطف

يتمثل هذا النوع من التعب في تراجع القدرة على إظهار التعاطف، ويمكن أن يحدث ذلك في الأوضاع التي يضطر فيها العاملين في القطاع الصحي أن يتعاملوا مع عدد كبير من الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة تتطلب من العاملين توفير مستوى عالٍ من التعاطف مع أولئك الأشخاص.<sup>29</sup>

## الصدمة غير المباشرة

يمكن للصدمة غير المباشرة أن تحدث عند العمل مع أفراد تعرضوا للصدمة. وهي تؤثر على الحالة الإدراكية للعاملين في مجال الرعاية الصحية وقد تغير إمكانات الشخص على الإدراك ومعالجة المعلومات.<sup>30</sup>



## القلق حول التمييز بحق العاملين في مجال الرعاية الصحية

عند تفشي السارس والحجر الصحي الذي تلاه، عانى نحو 20% من طواقم الرعاية الطبية مشاعر سلبية نتيجة التمييز بحقهم من قبل مجتمعاتهم. وسجل نحو 9% منهم نفورًا من العمل وفكروا بالاستقالة خلال فترة الحجر.<sup>51</sup>

وعلاوة على ذلك، ثمة احتمال لانخفاض الروح المعنوية والنفور من زملاء المهنة والقيام بالمهام الإدارية، لا سيما حين تتطلب إجراءات مكافحة العدوى ارتداء كمامة وتجنب الاحتكاك غير الضروري مع الآخرين.

وتشير الأدلة على انتشار التمييز الذي ينتج عنه قلق وقلّة ثقة لدى العاملين في القطاع الصحي بين مختلف الأشخاص الذين يعملون في المنشأة، من الطاقم السريري وغير السريري، بل يؤثر حتى على المراسلين العاملين في المنشآت الطبية.<sup>2</sup>

ويظهر أن التمييز بحق العاملين في مجال الرعاية الصحية يرتبط بالأفراد الذين كانوا قريبين جدًا في السابق، مثل الأصدقاء والأقارب والزملاء. وبناءً على ذلك، ثمة ضرورة كبيرة لنشر الوعي والدعم والرعاية الخاصة خلال الأزمات وطوال الأشهر التي تليها. وقد يتضمن هذا تكليف مختص صحة نفسية أو تقديم خدمات من هذا النوع لمساعدة العاملين على التعافي.

## حزن الطبيب

يشير هذا المصطلح إلى ما يعانيه الطبيب من حزن ناجم عن فقدان، بما في ذلك فقدان حياة أحد المرضى أو الصحة أو الحرية أو العلاقات أو العمل. والحزن هو ردة فعل طبيعية على أي نوع من فقدان. وقد تتضمن مراحل الحزن الطبيعية لدى الأفراد الإنكار والغضب والاكئاب والتقبل. غير أن حالة حزن الطبيب تكون أكثر تعقيداً واختلافاً. إذ تُعتبر وفاة أحد المرضى، على سبيل المثال، حدثاً بارزاً يرتبط بزيادة التوتر لدى الأطباء. وهذه تجربة خاضها جميع الأطباء تقريباً.<sup>55، 60</sup>

عادة ما يختبر الأطباء الحزن حين يواجهون وفاة أحد المرضى الذين تحت رعايتهم. ويسجل نحو 30% من الأطباء شعوراً شخصياً بالفقدان بعد وفاة المريض. ويسجل الأطباء قيد التدريب حاجة أكبر إلى الدعم العاطفي. ولكن المثير للاهتمام هو أن أقل من نسبة الربع وجدوا عوناً في تجاوز حزنهم بعد مناقشة وفاة المريض مع طبيب أكثر خبرة.<sup>57</sup>

ويمكن أن يرتبط حزن الطبيب بالفقدان والتشكيك بالنفس والشعور بالأسى والعجز. كما يعبر أحياناً الأطباء وطواقم التمريض عن حزنهم بالبكاء؛ إذ يؤكد أن 76% من الممرضين و57% من الأطباء أن السبب الرئيسي للبكاء أثناء العمل هو عند شعورهم بمعاناة المرضى المحتضرين وعائلاتهم.<sup>58، 61</sup>

ومن التدخلات ذات الأثر الإيجابي على حالة حزن الطبيب: الاعتراف بمشاعر الفقدان، والاستعداد التعليمي، واتباع استراتيجيات صحية للتعامل مع الوضع، والراحة، والاسترخاء، والتغذية الجيدة، والشعور بالأمان، والثقة، والتفأول بالمستقبل، وقضاء بعض الوقت مع الذات والآخرين، والحصول على الدعم المناسب.<sup>56، 59</sup>

ولكن من غير الطبيعي كبح حزن الطبيب، حيث تؤدي بعض الوفيات بين المرضى إلى ردود فعل عاطفية بارزة يمكن أن تظل مكبوتة لعقود من الزمن إلى أن تظهر فجأة عند إثارة ذكرى ما متعلقة بتلك الوفيات. ويمكن معالجة حزن الطبيب عبر تذكيره بمسؤولياته المهنية، وبالتالي قد يتم السيطرة على الجوانب العاطفية لدى الطبيب وتوجيه تفكيره نحو التركيز أكثر على إنجاز مهامه. وهذا لن يتم دون وجود تعليم مناسب لذلك، إذ يحتمل انتشار ثقافة مضادة للعواطف في الدوائر الطبية. ويمكن أن يتقلب حزن الطبيب بين التعبير عن العواطف وبين كبحها. وهذا يُعرف بحرمان المعالجة المزدوجة.<sup>62</sup>

## المرونة النفسية

تُعرف المرونة في الفيزياء بأنها قدرة المادة على استعادة شكلها الأصلي بعد تعرضها للالتواء أو الضغط. وفي الطب النفسي، المرونة النفسية هي قدرة المرء على التعافي واستعادة التوازن بعد المرور بظروف صادمة، مثل الأزمات والتهديدات الخطرة.<sup>32</sup> فالمرونة النفسية مهمة لجميع شرائح المجتمع خلال الأزمات، وخاصة لدى الطواقم الطبية.

وعادةً ما تُستخدم مصطلحات المرونة النفسية والمناعة النفسية والصحة النفسية للتعبير عن المعنى نفسه.<sup>36</sup> وتكون المرونة النفسية لدى الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية أقل، إلا أنه يمكن معالجتها مع التدخل المناسب.<sup>38</sup>

والمرونة النفسية هي عملية ديناميكية ومستمرة تشجع سلوكيات التأقلم الإيجابية وترتبط مع الصحة النفسية بشكل وثيق. وهي جزء أساسي من عناصر التعافي النفسي الاجتماعي. ولا تنحصر المرونة النفسية في مقاومة الحوادث الصادمة وحسب، بل هي القدرة على النمو والتطور في الظروف الصعبة. وتتعلق العناصر المطلوبة لبناء مرونة نفسية قوية بفهم أثر الصدمة والمساعدة في السيطرة على العواطف وتحقيق السلام الداخلي للذات.<sup>37</sup>

ولوحظ أن الدعم الاجتماعي خلال الأزمات وبعدها قادر على تحسين المرونة النفسية. إذ يرتبط غياب الدعم الاجتماعي بارتفاع احتمال حدوث المشاكل الصحية النفسية، بما فيها القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة.<sup>3، 6</sup>

وترتبط ثقافة العمل السلبية وقلّة الدعم من المشرفين بأعراض نفسية بين أفراد الطواقم الطبية الذين استجابوا لأزمة تفشي المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة.<sup>6</sup> غير أن العوامل الوقائية تبدو أكثر أهمية من عوامل الخطورة في ما يتعلق بالمرونة النفسية، وهي تتضمن بوجود هدف لدى الشخص والحصول على الدعم من قبل العائلة والأصدقاء، ولا سيما إذا كان ذلك قائماً على اهتمامات ثقافية أو دينية مشتركة. كما أن العلاقات الاجتماعية الواسعة مهمة لأفراد الطاقم الطبي، وهي مرتبطة بالمرونة الفردية والمجتمعية.<sup>39</sup>

## الإيثار

قد يساعد الإيثار في حماية الطاقم الطبي من تراجع الصحة النفسية. إذ تشير الدراسات إلى أن الإيثار يشكل عاملاً مخففاً لتطور اضطراب ما بعد الصدمة.<sup>1</sup>

ومادام الإيثار غير مبالغ فيه ولم يتجاوز حد كونه سلوك مساعد ولطيف تجاه الآخرين، فقد تبين أنه مرتبط بالسلامة الجسدية والنفسية والأخلاقية، إضافة إلى ارتباطه بطول العمر.<sup>50</sup>

وتقترح الأدلة المستقاة من تفشيات وبائية سابقة أن التعرض للتفشي في العمل أو الخضوع للحجر أو وفاة أحد الأصدقاء أو

الأقارب أو مرضه بسبب الأوبئة هي أمور تساهم في إصابة أفراد الطواقم الطبية باضطراب ما بعد الصدمة. غير أن الإيثار قد يساعد في حماية الطاقم الطبي من الآثار السلبية على الصحة النفسية. إذ تظهر الدراسات أن الإيثار يشكل عاملاً مخففاً لتطور اضطراب ما بعد الصدمة. كما تبين أن هناك علاقة عكسية بين الإيثار وحصول اضطراب ما بعد الصدمة.<sup>1</sup>

## دعم النظراء والتدريب والتعليم حول الصحة النفسية

ثمة أدلة على نجاعة التدخلات المتمثلة بدعم النظراء والمصممة لتطوير دعم نفسي ضمن الفرق الطبية، في تطوير قدرة أفراد الطاقم الطبي على دعم زملائهم وتقليل الشعور بالتمييز الذي يؤثر على الصحة النفسية.<sup>11</sup> ولوحظ أن التدريب والجاهزية يشكلان عوامل وقاية للصحة النفسية وهما يرتبطان بزيادة الثقة ورفع الروح الإيجابية ضمن الطاقم المعرض لحالات الصدمة.<sup>22,23</sup>

ويرتبط التدريب والتعليم المستمرين لأفراد الطاقم الطبي في المجالين السريري وغير السريري حول الصحة النفسية بزيادة تفهم وإدراك مشاكل الصحة النفسية. وقد ارتبطت استراتيجيات التعامل الإيجابي مع الوضع بتحسن المرونة والإيثار وتقليل الشعور بالتمييز، كما أنها تستطيع التأثير

في العوامل المسببة لتطور المرض النفسي. وأظهرت برامج تدريب الصحة النفسية أنها تقلل من الأمراض المتعلقة بالعمل والتغيب عن العمل. ويُنصح بتعليم مديري الرعاية الصحية وقادتها وتدريبهم حول الصحة النفسية.<sup>3</sup>

وبما أن لطواقم العمل الطبي أثرًا إيجابيًا على الحياة، فهم يمرون أيضًا بتجارب إيجابية مثل التطور الذاتي وتقدير الحياة والشعور بالإنجاز. غير أن هناك أدلة تشير إلى زيادة احتمال ظهور أعراض نفسية لدى أفراد الطواقم الطبية خلال الأزمات، مثل الجائحة الحالية. وتتضمن هذه الأعراض عدة أشكال من القلق، وأشكال خاصة من الشعور بالذنب، وعدم وجود لديهم حافز، وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والشعور بالتمييز وغيرها. ولكن هناك أيضًا العديد من الاستراتيجيات والأساليب التدخلية للتعامل مع الوضع، بما فيها الدعم الاجتماعي والدعم المهني ودعم النظراء، والعلاج السلوكي الإدراكي، والدعم العملي، والاستشارة، وتشجيع الإيثار لحدود معينة، وتعزيز المرونة النفسية، والتدريب والتعليم المستمران حول الصحة النفسية لأفراد الطاقم في المجالين السريري وغير السريري.



## المراجع

1. بينغ وو وآخرون، الأثر النفسي لوباء السارس على عملي المستشفيات في الصين: التعرض وإدراك الخطورة وتقبل الخطورة بدافع غيري، الصحيفة الكندية للطب النفسي، مايو 2009: 54 (5): 302-311.
2. شانون أ. ماكماهون وآخرون، عاملو الرعاية الطبية على الخطوط الأولى: بحث نوعي حول الأثر الاجتماعي والعاطفي لتقديم الخدمات الصحية خلال انتشار وباء إيبولا في سيراليون، صحيفة السياسة والتخطيط الصحي، 2016، 31، 1232-1239.
3. سامانثا ك. بروكس وآخرون، اضطراب ما بعد الصدمة ضمن المهن المتعلقة بمواجهة الكوارث: نظرة عامة على الأدب الطبي واقتراحات لتدبير اضطراب ما بعد الصدمة في أماكن العمل، الصحيفة الطبية البريطانية، 2018، 1-10.
4. أوزر إي جاي وبيست إس آر وآخرون، العوامل المنذرة باضطراب ما بعد الصدمة وأعراضه لدى البالغين: تحليل شمولي، صحيفة علم النفس 2003: 129:52-73.
5. بيرنينغر إيه وويبر إم بي، وآخرون، اتجاهات ارتفاع مخاطر اضطراب ما بعد الصدمة لدى رجال الإطفاء الذين تعرضوا لكارثة مركز التجارة العالمي: 2001-2005. تقارير الصحة العامة، 2010: 125:56-66.
6. تام سي دبليو وبانغ إي بي وآخرون، المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) في هونغ كونغ عام 2003: التوتر والتأثير النفسي بين عمال الرعاية الطبية على الخطوط الأولى. مجلة الطب النفسي: 2004; 1197-34:34.
7. بروكس إس كي ودون آر وسيج سي إيه أم وآخرون، عوامل الخطورة والمرونة المؤثرة بالسلامة النفسية لدى الأفراد العاملين في مناصب إغاثة إنسانية بعد الكوارث. صحيفة الصحة النفسية 2015; 24-413:385.
8. سيم كي وتشونغ بي إن وتشان واي إتش وآخرون، المرضيات النفسية
9. والتالية للصدمة المرتبطة بالمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة وإجراءات التأقلم لدى الطواقم الطبية ضمن منطقة طبية رئيسية في سنغافورة. نشرة الطب النفسي السيريري 2004; 65:1120.
9. توجيهات المعهد الوطني للصحة وتنفوق الرعاية: اضطراب ما بعد الصدمة 2018.
10. بينيديك دي وفولرتون سي وأورسانو آر جيه. المستجيبون الأوائل، والعواقب النفسية للكوارث الطبيعية وبشرية الصنع لدى عمال الصحة العامة والسلامة العامة. المراجعة السنوية للصحة العامة، 2007; 28:55-68.
11. وايبرو دي وآخرون، تعزيز السلامة التنظيمية: مراجعة شاملة لإدارة مخاطر الصدمة. مجلة الطب المهني، 2015: 63: 55-549.
12. موندر آر جي ولانسي دبليو جاي وآخرون، العوامل المرتبطة بالآثار النفسية للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة على طاقم التمريض وبقية عمال المستشفى في تورنتو. مجلة الطب النفسي الجسدي، 2004; 938:66-942.
13. تام سي دبليو وبانغ إي بي وللام إل سي وآخرون، المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) في هونغ كونغ عام 2003: التوتر والتأثير النفسي بين عمال الرعاية الطبية على الجبهة. مجلة الطب النفسي، 2004; 1197-1204:34.
14. بيكل إل إيه وكرايتون إي جاي وتريسي سي إس وآخرون، الآثار النفسية للسارس على طاقم المستشفى: دراسة على منشأة رعاية ثالثة كبيرة. مجلة الجمعية الطبية الكندية، 2004; 793-798:170.
15. وونغ تي دبليو وياو جاي كي وتشان سي إل وآخرون، الأثر النفسي للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة على عمال الرعاية الطبية في الأقسام الإسعافية وطريقة تعاملهم مع الوضع. المجلة الأوروبية للطب الإسعافي، 2005; 12:13-18.

16. تشين سي إس ووو إتش واي  
ويانغ بي سي وآخرون، التوتر النفسي لدى  
طاقم التمريض الذي عمل في تايوان  
أثناء تفشي السارس. مجلة خدمات الطب  
النفسي، 2005؛ 79-76:56.
17. وو بي وفانغ واي وغوان زد  
وآخرون، الأثر النفسي لوباء السارس على  
موظفي المشافي في الصين: التعرض  
وإدراك الخطر وتقبله بدافع الإيثار. المجلة  
الكندية للطب النفسي 2009؛ 54:302-311.
18. وو بي وليو إكس وفانغ واي  
وآخرون، أعراض الإفراط في استهلاك  
الكحول وإدمانه بين موظفي المشافي الذين  
تعرضوا لتفشي وباء السارس. الكحول،  
2008؛ 706:43-712.
19. ماكالونان جي إم ولي إيه إم  
وآخرون، الأثر النفسي الفوري والمستدام  
لتفشي مرض معد جديد على عمال الرعاية  
الطبية. المجلة الكندية للطب النفسي  
2007؛ 247-241:52.
20. باي واي ولين سي سي ولين سي  
واي وآخرون، دراسة على ردود الفعل التوتيرية  
بين عمال الرعاية الطبية الذين ساهموا في  
مكافحة تفشي السارس. مجلة خدمات الطب  
النفسي، 2004؛ 1057-1055:55.
21. نيكل إل إيه وكرايتون إي جيه  
وآخرون، الآثار النفسية للسارس على طاقم  
المستشفى: دراسة على منشأة رعاية ثالثة  
كبيرة. مجلة الجمعية الطبية الكندية، 2004؛  
798-793:170.
22. بروكس إس كي ودون آر وأملوت  
آر وآخرون، العوامل الاجتماعية والمهنية  
المرتبطة بالتوتر النفسي والاضطراب بين  
المستجيبين للكوارث: مراجعة نظامية. مجلة  
بي إم سي للطب النفسي، 2016؛ 4:18.
23. إيلو إيه ويونغ ويون خيرى إم  
وآخرون، التدريب على المرونة لعمال  
المشافي استعدادًا لجائحة إنفلونزا. صحيفة  
خبراء التعليم الصحي المستمر 2011؛  
20-15:31.
24. روبين جي جاي وهاربر إس  
وويليامز بي دي وآخرون، كيفية دعم الطواقم  
المبعوثة في أعمال إنسانية إلى ما وراء  
البحار: تحليل نوعي لآراء المستجيبين حول  
تفشي إيبولا في غرب إفريقيا 2014/2015.  
المجلة الأوروبية لدراسات الصدمات  
النفسية. 2016؛ 10:7.
25. سميث إي، جاهزية عمال رعاية  
طب الطوارئ للعمل خلال الطوارئ والكوارث  
الكبرى. المجلة الأسترالية لتدبير الطوارئ.  
2007؛ 22:21-24.
26. قريشي كي وجيرشون آر وشيرمان  
إم وآخرون، قدرة عمال الرعاية الصحية  
وجاهزيتهم على الالتحاق بالواجب خلال  
الكوارث. مجلة الصحة الحضرية، 2005؛  
388-378:82.
27. باليسر آر وعمر إس وبارنيت دي  
وآخرون، مفاهيم عمال الصحة العامة  
المحليين تجاه الاستجابة إلى جوائح  
الإنفلونزا. مجلة بي إم سي للصحة العامة،  
2006؛ 8-1:6.
28. بينيديك ودي إم وفولرتون وسي  
وآخرون، المستجيبون الآوائل: العواقب  
النفسية للكوارث الطبيعية وبشرية الصنع  
لدى عمال الصحة العامة والسلامة العامة.\*  
المراجعة السنوية للصحة العامة، 2007، 28،  
55-68.
29. آدامز وآر إي وبوسكارينو وجاي  
إيه وفيغلي وسي آر، وهن التعاطف والتوتر  
النفسي بين العمال الاجتماعيين: دراسة  
مصادقة. المجلة الأمريكية للطب النفسي  
التقويمي، 2006، 176(1)، 103-108.
30. هرنانديز - ولف وبى وكيليان كي  
وآخرون، المرونة غير المباشرة والصدمة غير  
المباشرة والتوعية بالإنصاف في الأعمال  
الصادمة. مجلة علم النفس الإنساني،  
2015، 55(2)، 153-172.
31. تشانغ كي وتورمينا وآر جاي،  
الصدمة الثانوية المخفضة بين أعضاء  
فرق إنقاذ الهزات الأرضية الصينية: اختبار  
للعلاقات المتبادلة ومؤشرات الحياة. مجلة  
ال فقدان والصدمة، 2011، 16(6)، 542-562.
32. ماستن وإيه إس وأوبرافوديتش  
وجاي، التهيؤ للكوارث والتعافي منها: دروس

- من أبحاث حول المرونة في تطور الإنسان. مجلة البيئة والمجتمع، 2008، 13(1).
33. كوهين كي وكولينز بي، أثر الأعمال الصادمة على عمالها: تحليل حول الصدمة غير المباشرة ونمو ما بعد الصدمة غير المباشر. الصدمة النفسية: النظرية والأبحاث والممارسة والسياسة، 2013، 5(6)، 570.
34. هاريسون آر إل وويستود إم جاي، منع الصدمة غير المباشرة للمعالجين النفسيين: تحديد ممارسات وقائية. العلاج النفسي: النظرية والأبحاث والممارسة والتدريب، 2009، 46(2)، 203.
35. ديلونغيس إيه وهولتسمان إس، التعامل مع الوضع في سياقه: دور التوتير والدعم الاجتماعي والشخصية في التعامل مع الوضع. مجلة الشخصية، 2005، 73(6)، 1633-1656.
36. دافيدوف دي إم وستيورات آر وآخرون، المرونة والصحة النفسية. مراجعة علم النفس السريري، 2010، 479:30-95.
37. تروفينو جاي سي، المرونة: مقارنة للمفهوم. مجلة سيكويتر سالد النفسية، 2010، 51-145:3.
38. كونور كي إم وديفيدسون جاي آر، تطوير مقياس جديد للمرونة: مقياس كونور-ديفيدسون للمرونة. مجلة الاكتئاب والقلق، 2003، 82-76:18.
39. بوكسترا إي وروس إتش وكينغ سي وبيكر بي وآخرون، وماكلاندن كي وآخرون، مكونات مفاهيم المرونة في مجتمع أسترالي نائي. المجلة الأمريكية لعلم النفس المجتمعي 2010، 91-975:38.
40. شيرالدي جي آر، مصادر اضطراب ما بعد الصدمة، 2000. لويل هاوس، لوس انجلوس، الولايات المتحدة الأمريكية.
41. دانييلي واي، مشاركة المعالج النفسي في مؤامرة الصمت على الهولوكوست. مجلة التحليل النفسي، 1984، 42-23:1.
42. ألكسندر دي إيه، متلازمات اضطرابات ما بعد الصدمة في كارثة منصة نطف بايبر ألفا 1993، 470-461 P، نيويورك: بلينوم بريس، الولايات المتحدة الأمريكية.
43. ليفتون آر جيه، من هيروشيما إلى الأطباء النازيين: تطور المقاربات النفسية التشكيلية إلى فهم متلازمات ما بعد الصدمة ص 23-11، 1993، نيو يورك: بلينوم بريس، الولايات المتحدة الأمريكية.
44. شفارتس إي دي وكوفالسكي جيه إم، مميزات الشخصية وأعراض توتر بعد الصدم عقب حادثة إطلاق نار في مدرسة. مجلة الأمراض العصبية والنفسية، 180 (11)، 737-735، 1992.
45. كرير جاي إم وهولاند جاي إم ونيمير آر إيه، الاستيعاب والحزن وتجربة الفقد العنيف: نحو نموذج وسطي. دراسات الوفيات، 2006، 30: 428-403.
46. دافيس سي جي ونولين هيوكسيما إس ولارسون جاي، استيعاب الفقد والاستفادة من التجارب: تفسيران لمعنى واحد. مجلة الشخصية وعلم النفس الاجتماعي، 1998، 75: 574-561.
47. جانوف بولمان آر، العوالم المغرورة والتوتر الناجم عن أحداث صادمة: تطبيق بناء المخطط. المجلة الإدراكية الاجتماعية، 1998، 7: 136-113.
48. جانوف بولمان آر، تحطم الغرور: نحو علم نفس صدمة جديد، مجلة الأمراض العصبية والنفسية، 1993، 181: 209-208.
49. بيتانيا واي وموري إتش وبراون دي، حياة لا تعاش: تحليل نوعي لتجربة ذنب النجاة، مجلة اضطراب التوتير وعلاجه، 2018، 7:1.
50. شفارتس سي ومايزنهيلدر جاي بي وآخرون: السلوكيات الغيرية الاجتماعية وارتباطها بصحة نفسية أفضل. الطب النفسي الجسدي 2003، 65، 778-785.
51. دراسة على ردود الفعل التوتيرية بين عمال الرعاية الطبية الذين ساهموا في مكافحة تفشي السارس. مجلة الطب النفسي 2004، 55(9): 1055-57.
52. موندر آر هانتر جاي وفنسنر إل وآخرون، الأثر النفسي والمهني الفوري لتفشي سارس داخل مستشفى تعليمية في 2003 مجلة كندا الطبية المدير المساعد

- 2003 (10): 51-1245-  
 53. ديفيد إم بينيديك وكارول فولرتون  
 وروبرت جاي أورسانو، المستجيبون الأوائل:  
 العواقب النفسية للكوارث الطبيعية وبشرية  
 الصنع لدى عمال الصحة العامة والسلامة  
 العامة\*. 68 55-  
 54. إيرنشتاين بي بي وهانيسيس إف  
 وزولتسبرغر بي، جائحة الإنفلونزا والواجب  
 المهني: العائلة أم المريض أولاً؟ دراسة  
 على موظفي مستشفى، مجلة بي إم سي  
 للصحة العامة، 2006,6,311  
 55. كريستين إيه وبروس إم إيه،  
 آلية الحزن بالنسبة إلى المريض والعائلة  
 والطبيب، مجلة الرابطة الأمريكية، سبتمبر  
 2002، 3: 9 102 1  
 56. ميتكالف سي دبليو وفيليب آر،  
 التخفف: مهارات النجاة لدى الأشخاص  
 المائلين تحت الضغط، كامبريدج، ماس:  
 بيرسيوس بوكس: 1992  
 57. راندي إيه وسانسون ولوري إيه  
 سانسون، حزن الطبيب لدى وفاة المريض،  
 التواصل بينهما، إبداعات علم الأعصاب  
 السريري، 2012، 9 (4) 22-16  
 58. فاغنر آر إي وهكسل إم وآخرون،  
 البكاء في المستشفيات: دراسة على الأطباء  
 والممرضين وطلاب الطب وتجاربهم  
 ومواقفهم. المجلة الطبية الأسترالية 1997;  
 166:13-16  
 59. ماير دي إي وباك إيه إل وموريسون  
 آر إس، الحياة الداخلية للأطباء والعناية بذوي  
 الأمراض الخطيرة 2001; 3014-3007:286  
 60. كفيل جاي وبيبرغ إل وغروف جاي  
 واي وآخرون، العوامل المرتبطة بمواقف  
 المقيمين تجاه المرضى المحتضرين. مجلة  
 طب العائلة: 1999; 6-31:691-31.  
 61. باباداتو دي، نموذج مقترح لعملية  
 الحزن لدى خبراء الصحة، أوميغا 2000;  
 59:41-77.  
 62. شتروبيي إم وشوت إتش، نموذج  
 المعالجة الثنائية للتعامل مع فقدان:  
 النظرية المنطقية والوصف. دراسات  
 الوفيات، 1999; 197:23-224.