الآثار النفسيَّة للحَجْر الصِّحي وعَزْل المرضى أثناء تفشِّي الأمراض الوبائية: مُراجَعة سَرِيعة

عائشة بنت عبد الله الحكمي

قسم علم النفس - كلية الآداب والعلوم الإنسانية

جامعة الملك عبدالعزيز

الآثار النفسيَّة للحَجْر الصّحي وعَزْل المرضى أثناء تفشّي الأمراض الوبائية: مُراجَعة سَرِيعة

عائشة بنت عبد الله الحكمي
قسم علم النفس - كلية الآداب والعلوم الإنسانية
جامعة الملك عبدالعزيز

تاريخ تقديم البحث: ١٢/ ٥/ ١٤٤٢ هـ تاريخ قبول البحث: ٢٥/ ٨/ ١٤٤٢ هـ

ملخص الدراسة:

الهدف: تحديد الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي والعَزْل، والفئات المعرَّضة للتأثُّر، واستكشاف عوامل الخطَر والوقاية التي تؤثر في نتائج الصِّحة النفسيَّة. **المنهجية:** تم إجراء البحث وفقًا لإرشادات المراجَعة السَّرِيعة. **النتائج:** من بين (٥٤٨) ورقة علميَّة تمت مراجعتها استوفت (٢٧) ورقة معايير الاختيار، وقد كشفت النتائج عن عِبْء للاضطرابات النفسيَّة شملت الاكتِئاب والقَلَق، والخَوْف، واضطراب الإجهاد الحادّ، واضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، والأعراض النفس-جسدية، كما أظهرت النتائج أن الممارسين الصحيين، ومُقدِّمي الرعاية، والأشخاص الذين يعانون من إعاقات وظيفيَّة أو أمراض مُزْمِنة أو اضطرابات نفسيَّة معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بهذه الاضطرابات، وقد شملت عوامل الخطر: مُدَّة الحَجْر الصحي، والإجهاد المالي، وعدم كفاية الإمدادات الضرورية وتوقُّف التواصل الاجتماعي، في حين شملت العوامل المحصِّنة: طَمأنة المرضى، وجلسات الاستشارة، وتوفُّر الهواتف المحمولة، والدَّعْم العاطفيّ والاجتماعيّ.

الكلمات المفتاحية: الحَجْر الصحي، العَزْل، الآثار النفسية، المتلازمة التنفُّسية الحادَّة الوخيمة، الإيبولا، إنفلوَنزا الخنازير، مُتلازمة الشرق الأوسط التنفُّسية، كوفيد-١٩.

Psychological effects of Quarantine and Isolation during epidemic disease outbreaks: Rapid review

Aishah Abdullah Al-Hakami
Department of Psychology - Faculty of Arts & Humanities
King Abdulaziz University

Abstract:

Objectives: (١) to explore the psychological impact of quarantine and isolation, (٢) to identify groups most at risk of adverse psychological outcomes, and (٣) to identify risk and protective factors for mental health outcomes during quarantine and isolation. **Method**: The study was performed according to rapid review guidelines. **Results**: Our search identified ٥٤٨ related references; however, only ٢٧ papers met our inclusion criteria. Results revealed negative psychological effects of quarantine and isolation including higher scores for depression, anxiety, fear, Acute Stress Disorder, Post Traumatic Stress Disorder, and psychosomatic symptoms. Evidence shows that health care workers, caregivers, and those who suffer from some form of functional disability, chronic illness and mental illness have a high risk of developing mental disorders. Some researchers have identified risk factors that could lead to adverse mental health outcomes during of quarantine and isolation, such as long period of quarantine, financial loss, and inadequate supplies & social networking activities, while protective factors were associated with reassurances, counseling sessions, using the smartphone, and providing emotional and social support.

key words: Quarantine, Isolation, Mental health, SARS, MERS, Ebola, H١N١, COVID-١٩.

المقدمة:

الفاشيات الوَبَائيَّة Epidemic outbreaks هي أحداث صادِمة مُحتَمَلة قد تؤدي إلى مجموعة واسعة من العواقب الصِّحيَّة النفسيَّة والجسديَّة (Chao, Chen, Liu, Yang, & Hall, ٢٠٢٠)، ونظرًا لمحدودية إمدادات اللَّقاحات والأدوية المضادة للفَيْرُوسات وأجهزة التنفُّس الصِّناعي؛ فقد هَيْمنت التدخُّلات غير الصيدلانيَّة Non-pharmaceutical interventions – وهي الإجراءات التي يمكن للأشخاص والمجتمعات اتخاذها للمُساعَدة في إبطاء انتشار الأمراض مثل جائِحة الإنفِلوَنزا (CDC, ٢٠٢٠) – على استجابة الصِّحة العامَّة لأي جائِحة (Institute of Medicine, ٢٠٠٧)، وتشمل هذه التدخُّلات؛ عَزْل المرضى Isolation، والحَجْر الصحي Quarantine، واقْتِفَاء أثَر المخالِطين Contact tracing، وغسْل اليدين، وارتداء الكمامات في الأماكن العامَّة، وإغلاق المدَارس، وتقييد السَّفَر (Bell et al., ٢٠٠٦). وقد أدَّى تفشِّي فَيْرُوس كورونا المستجد كوفيد-١٩ (COVID-١٩) في الآونة الأخيرة إلى تهديد صحَّة ورَفاهِية الناس النفسيَّة والجسديَّة على مستوى العالم؛ حيث لُوحظتْ زيادة في مُعدَّل انتقال عَدْوَى الفَيْرُوس مع احتمال عدم وجود «حل سحريّ» للقضاء عليه (WHO, ٢٠٢٠)، وبالتالي دفعتْ الجهود المبذولة للحدِّ من انتشار فَيْرُوس كوفيد-١٩ إلى تبنِّي التدخُّلات غير الصيدلانيَّة والتدابير الوقائيَّة التي تهدِف إلى مَنْع انتشار المرَض من شخصٍ لآخر عن طريق "فَصْل الناس" لوقف انتقال العَدْوَى، وكانت من أهم تدابير الصِّحة العامَّة الكِلاسِيكِيَّة في إدارة الجائِحة الحاليَّة على المستوى الفَرْدي: عَزْل

المرضى وحَجْر جميع الأفراد المخالِطين للمُصابين لمدة ١٤ يومًا من الحَجْر الصحي (Wilder-Smith & Freedman, ٢٠٢٠)

ومن الناحية المفاهيميَّة؛ غالبًا ما يتم استخدام مُصطَلَح الحَجْر الصحي Quarantine بالتبادُل مع مُصطَلَح العَزْل Isolation، ومع ذلك، فإن هناك تمييزًا واضحًا بين الْمُصْطَلَحيْن: فالْمُصْطَلَحُ الأول ينطبق على الأفراد الذين لا تظهر عليهم أعراض المرَض أو لم يمرضوا بعد، في حين ينطبق الْمُصْطَلَح الثاني على المرضى الذين يعانون من الأعراض أو المعروف بأنهم مُصابون بمرض مُعدٍ (Barbisch, Koenig & Shih, ٢٠١٥) أي؛ أن الحَجْر الصحي يستهدف فترة الحضانة بينما يستهدف العَزْل الطبي فترة المرض السريري (Schabas, ٢٠٠٧) وعلى الرغم من أن مثل هذه الإجراءات كانت ناجحة في احتواء تفشّي المرض في مناطق مختلفة من العالم، إلا أن مُراجَعة الأدلة العالميَّة لآثار العَزْل والحَجْر الصحي أثناء تفشّي الأمراض المعْدِيَة السابقة مثل المتلازمة التنفُّسية الحادَّة الوخيمة (سارس) (SARS; ٢٠٠٣)، وفَيْرُوس الإيبولا (Ebola; ٢٠٠٤)، وإنفِلوَنزا الخنازير (H١; ٢٠٠٩)، ومُتلازمة الشرق الأوسط التنفُّسية (ميرس) (MERS; ٢٠١٢) قد أفادت بأن هذين الإجراءين قد أفضيَا إلى آثار سَلْبيَّة طويلة الأمد؛ حيث وصفت باربيش وآخرون (Barbisch et al., ٢٠١٥) كيف أدَّى حَبْس الموظفين والمرضى والزُّوّار بشكل مُفاجئ وقسْري في مستشفى الأمل في تايبيه بتايوان لمدة أسبوعين في الحَجْر الصحي بعد اكتشاف تفشّي المتلازمة التنفُّسية الحادَّة الوخيمة (سارس) فيما بينهم إلى حالة من الهِسْتيريا الجماعية، ودفَع آخرين إلى اتخاذ إجراءات يائسة بما في

ذلك اللجوء إلى الانتحار، وفي أَمريكا الوسطى والشَّماليَّة تم الإبلاغ عن مثل هذه الآثار المتوقعة على الصِّحة النفسيَّة على الأشخاص الذين تم عَزْلهم وحَجْرهم خلال جائِحتيْ ميرس وإنفِلوَنزا الخنازير، حيث قيَّمت دراسة سبرانج وسيلمان (Sprang & Silman, ٢٠١٣) تأثير الحَجْر الصحي والعَزْل على الصحة النفسيَّة للآباء الذين تم عَزْلهم أو حَجْرهم مع أطفالهم في كلٍّ من أَمريكا وكندا والْمَكْسِيك، وكشفت النتائج أن (٣٠٪) من الأطفال و(٢٥٪) من الآباء قد استوفوا معايير اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة PTSD، فضلاً عن ذلك تنبأت دراسة صِينيَّة أجراها ليو وآخرون (Liu et al., ٢٠١٢) على طاقم مستشفى تعرضوا لتفشّي جائِحة سارس بالتأثير النفسي لصدمة الحَجْر الصحي على المدى البعيد، وكشفت النتائج عن وجود انتشار لأعراض الاكتِئاب بين العاملين في مجال الرعاية الصِّحيَّة بلغت نسبتها (٨,٨٪) حتى بعد مرور ثلاث سنوات من تفشّي الجائِحة وخروج الموظفين من الحَجْر الصحي، ونظرًا لنُدرة الدِّراسات التجريبيَّة في سياق جائِحة كوفيد-١٩ مع الحاجة إلى اتخاذ التدابير التي تستند إلى أفضل الأدلَّة العلميَّة المتوفرة لمواجهة أزمة الجائِحة الحالية بكفاءة وسرعة فقد أصبحت الحاجة مُلِحَّة لتجميع الدِّراسات حول آثار الحَجْر الصحي والعَزْل الطبي من أجل استخدامها مُستقبلاً كمرجع لصُنع السِّياسات في الأوقات المضطربة، من هنا أوصت مُنظَّمة الصِّحة العالميَّة باستخدام المراجَعات السَّرِيعة Rapid reviews لاستكشاف الأدلة على فاعليَّة العَزْل والحَجْر الصحي (Tricco, Langlois, & Straus, ٢٠١٧)، وفي ضوء هذه التوصية قمنا بإجراء مُراجَعة سَرِيعة

للدراسات المتوفرة التي تناولت التأثير النفسي لكل من العَزْل والحَجْر الصحي أثناء تفشِّي الأمراض الوَبَائيَّة على المصابين والمشتبه بإصابتهم بالعَدْوَى، وتحديد الفئات المعرضة لخطر المعاناة من الآثار النفسيَّة لكلا الإجراءين، واستكشاف عوامل الخطر المنبئة بالتأثير النَّفْسي السَّلْبيّ لكل منهما، وعوامل الوقاية التي تُسْهِم في التَّخفيف من هذه الآثار.

مشكلة الدراسة:

وَصفتْ مُنظَّمة الصِّحة العالميَّة (WHO, ٢٠٢٠) تفشِّي فَيْرُوس كورونا المستجد كوفيد-١٩ بأنه "جائِحة"، وَرَد ذلك في خطاب المدير العام لمنظَّمة الصِّحة العالميَّة بتاريخ ١١ مارس ٢٠٢٠، وقد تم احتواء هذه الجائِحة على الصَّعيد العالمي من خلال وضع تدابير الحَجْر الصحي وعَزْل المرضى إلا أن مثل هذه التدابير قد تزيد من الشُّعور بالوَحْدة والعُزلة الاجتماعيَّة (Hwang, Rabheru, Peisah, Reichman, & Ikeda, ٢٠٢٠)، وهما من عوامل الخطر للعديد من الاضطرابات النفسيَّة مثل الاكتِئاب، وتعاطي المشروبات الكُحوليَّة، وإساءة مُعاملة الأطفال واضطرابات النوم، واضطرابات الشَّخصيَّة، ومرض أَلْزَهَايْمَر (Mushtaq, Shoib, Shah, & Mushtaq, ٢٠١٤) وقد أدت الدُّروس المستفادة من الفاشيات الوَبَائيَّة السَّابقة مثل فَيْرُوس سارس، وفَيْرُوس الإيبولا، وإنفلوَنزا الخنازير، وفَيْرُوس ميرس إلى اعتراف عالمي بأهمية مُعالجة مُشكِلات الصحة النفسيَّة المرتبطة بتفشِّي الأَوْبِئة (Wong, Hung, Alias, & Lee, ٢٠٢٠)، ومن بينها الآثار النفسيَّة المرتبِطة بالحَجْر الصحي والعَزْل الطبي، وفي الآونة الأخيرة، تم جمع بعض الأدلة المستمدَّة من

الدراسات التي أُجْرِيَت في البلدان المتأثرة بتفشِّي فَيْرُوس كوفيد-١٩ مثل الصِّين وكُورِيا الجَنوبِيَّة وبِرِيطَانْيَا والهِنْد والتي تشير إلى الآثار السَّلْبيّة للحَجْر الصحي والعَزْل الطبي؛ ففي الصِّين تم الإبلاغ عن بعض الآثار المتوقَّعة على الصِّحة النفسيَّة في الأوراق البحثيَّة المنشُورة خلال المرحلة الأوليَّة من تفشِّي فَيْرُوس كوفيد-١٩، وقد شملت هذه الآثار: انتشار أعراض القَلَق بنسبة (١٢,٩٪)، والاكتِئاب بنسبة (٢٢,٤٪) (Lei et al., ٢٠٢٠) واضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة بنسبة (٩٦,٢٪) (Bo et al., ٢٠٢٠)، وفي كُورِيا الجَنوبِيَّة والهِنْد كشفت بعض الدراسات عن انتشار التَّفْكِير الانتحاري بين الأفراد الخاضعين للعَزْل أو الحَجْر الصحي بنسبة (١,٩٪، ٤,٢٪) على التَّوالي (Kim et al., ٢٠٢٠; Ritish et al., ٢٠٢٠)، في حين أظهرت نتائج مُراجَعة بِرِيطَانية سريعة للأدبيات المتعلقة بالتأثير النفسي للحَجْر الصحي أثناء تفشِّي الجائِحات الفَيْرُوسية السَّابقة أجرتها بروكس وآخرون (Brooks et al., ٢٠٢٠) أن الانفصال عن الأحبَّاء، وفقدان الحرية، وعدم اليقين بشأن حالة المرض خلال فترة الحَجْر الصحي قد تؤدي إلى انتشار أعراض الإجهاد اللاحق للصَّدْمة والارتباك والغضَب، ولا يقتصر العِبْءُ النفسي على عامة الناس فحسب بل ينطبق أيضًا على الممارسين الصحيين العاملين في وحدات العَزْل والمستشفيات، حيث أظهرت دراسة مقطعية مستعرضة أجراها لاي وآخرون (Lai et al., ٢٠٢٠) على ١٢٥٧ ممارسٍ صحيٍّ أشرفوا على علاج المرضى المصابين بفَيْرُوس كوفيد-١٩ في ٣٤ مستشفى في الصِّين أن معدلات الإجهاد النفسي لديهم كانت مُرتفِعة؛ حيث أفاد ما نسبته (٥٠,٤٪) من أفراد العينة

بأن لديهم أعراض اِكتِئاب، وعانى ما نسبته (٤٤,٦٪) من المشاركين من أعراض القَلَق، بينما عانى ما نسبته (٧١,٥٪) من المشاركين من أعراض نفسيَّة عامة، وقد تم دَعْم هذه النتائج من خلال مُراجَعة منهجيَّة أجراها كابركابا ونجيداي ومورغير ونغ (Čabarkapa, Nadjidai, Murgier, & Ng, ٢٠٢٠) لـ٥٥ دراسة عن التأثير النَّفْسي لتفشّي الأَوْبِئة المعْدِيَة على العاملين في مجال الرِّعاية الصِّحية، وقد أفادت الدِّراسات التي تمَّت مُراجَعتها بأن العاملين في الخطوط الأماميَّة كانوا يُعانون من الاضطرابات المرتبِطة بالإجهاد النَّفْسي الحاد والتي تتراوح ما بين القَلَق والاكتِئاب إلى الخَوْف من الوَصْم والعُزلة، كما وجدت هذه المراجَعة أن عدم التيقُّن Uncertainty أو الخَوْف من الإصابة بالعَدْوَى كانا من أكبر التحديات النفسيَّة التي تعيَّن على الممارسين الصحيين التعامل معها، وعلى هذا الأساس تتمثل مشكلة الدراسة الحاليَّة في رَصْد الآثار النفسية للحَجْر الصحي والعَزْل على الأشخاص المصابين بأحد أمراض الجهاز التنفُّسي الحادَّة أو المشتبه بإصابتهم بها، والفئات المعرَّضة لخطر تطوير الاضطرابات النفسية أثناء فترة الحَجْر الصحي أو العَزْل، وعوامل الخطر المنبئة بالتأثير النفسي السَّلْبيّ، والعوامل الوقائية المحصِّنة التي تُسهِم في التخفيف من هذه الآثار.

أسئلة الدراسة:

يمكن إيجاز التساؤلات التي تسعى الدراسة الحالية للإجابة عنها في النقاط التالية:

١. ما الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي والعَزْل على المصابين والمشتبه بإصابتهم بالعَدْوَى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟

٢. ما الفئات المعرَّضة لخطر المعاناة من الآثار النفسية للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟

٣. ما عوامل الخطر التي تتنبأ بالتأثير النَّفْسي السَّلْبيّ للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟

٤. ما العوامل الوقائيَّة التي تؤثر على نتائج الصِّحة النفسيَّة في أثناء الحَجْر الصحي وعَزْل المرضى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى ما يلي:

١. تحديد الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى المصابين والمشتبَه بإصابتهم بالعَدْوَى المذكُورة في الدِّراسات التي تمَّت مُراجَعتها.

٢. تحديد الفئات المعرَّضة لخطر المعاناة من الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى.

٣. استكشاف عوامل الخطر التي تتنبأ بالتأثير النَّفْسي السَّلْبيّ للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى.

٤. استكشاف عوامل الوقاية التي تؤثر على نتائج الصِّحة النفسيَّة في أثناء الحَجْر الصحي والعَزْل الطبي.

أهمية الدراسة:

تكتسب الدراسة الحاليَّة أهميتها في جانبها النَّظري من خلال تزامُنها مع الوقت الذي يشهد فيه العالم ارتفاعًا في حالات الإصابة بفَيْرُوس كوفيد-١٩، ولكونها المراجَعة العربيَّة الأولى التي تستكشف الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى في أثناء تفشِّي الأمراض الوَبَائيَّة، كما تستمد الدراسة أهميتها من الحاجة الملحَّة لتجميع الدِّراسات حول آثار الحَجْر الصحي والعَزْل الطبي من أجل استخدامها مُستقبَلاً كمرجع لصُنع السِّياسات في الأوقات المضطربة، في حين تتحدد أهمية الدراسة في جانبها التطبيقي في كونها تهدف إلى توجيه أنظار صانعي القرار والمتخصِّصين في الرعاية الصِّحيَّة إلى أهمية استهداف دَعْم الصِّحة النفسيَّة المناسِب لدَعْم الأشخاص الخاضعين للحَجْر الصحي أو العَزْل وللمُمارسين الصِّحيين الذين يعتنون بهذه الفئات.

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية:

- الآثار النفسيَّة للتدخُّلات غير الصيدلانيَّة: الحَجْر الصِّحي، والعَزْل الطبي.
- أمراض الجهاز التنفُّسي الحادَّة: فَيْرُوس (سارس)، وفَيْرُوس الإيبولا، وإنفِلوَنزا الخنازير، وفَيْرُوس (ميرس)، وفَيْرُوس (كوفيد-١٩).

الحدود الزمانية:

اقتصرت الدراسة على تحديد نتائج الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي والعَزْل من الدراسات المنشورة بدءًا من سنة ٢٠٠٣.

منهج الدراسة:

أُجريت هذه المراجَعة السَّرِيعة وفقًا لإرشادات مُخطَّط التدفُّق PRISMA الوارد في الشكل (١)، وقد تم البحث في أربع قواعد بيانات إلكترونية، هي: [PubMed, Google Scholar, PsycINFO, ProQuest] باستخدام المصطَلَحات الرئيسة التالية: كوفيد-١٩ 'COVID-١٩'، فَيْرُوس كورونا 'Coronavirus'، سارس-كوف-٢ 'SARS-CoV٢'، المتلازمة التنفُّسية الحادَّة الوخيمة، سارس 'SARS'، مُتلازمة الشرق الأوسط التنفُّسية، ميرس 'MERS'، الإيبولا 'Ebola'، إنفِلوَنزا الخنازير 'H١'، جائِحة 'Pandemic'، الأمراض المعْدِيَة 'Infectious disease'، التأثير النفسي 'Psychological impact'، الآثار النفسيَّة 'Psychological Effects'، النتائج النفسيَّة 'Psychological outcomes'، الضائقة النفسيَّة 'Psychological distress'،

الصحة النفسيَّة 'Mental health'، التدخُّلات غير الصيدلانيَّة 'Nonpharmaceutical Interventions'، الحَجْر الصحي 'Quarantine'، العَزْل 'Isolation'، كما تمَّت إضافة بعض التقارير الصحفية لمنظَّمة الصِّحة العالميَّة وفقًا للسِّياق.

معايير الأهلية:

معايير الاشتمال:

١. الدراسات المنشُورة باللغتين العربية والإنجليزية.

٢. الدراسات التي تناولت التأثير النَّفْسي للعَزْل والحَجْر الصحي المرتبطيْن بأمراض الجهاز التنفُّسي الحادَّة مثل فَيْرُوس (سارس) أو فَيْرُوس الإيبولا أو إنفِلوَنزا الخنازير أو فَيْرُوس (ميرس) أو فَيْرُوس (كوفيد-١٩).

معايير الاستبعاد:

١. الدراسات التي تضمَّنت نتائج نفسيَّة تتعلَّق بالحَجْر الصِّحي المجتمَعِي Community-wide Quarantine أو الإغلاق Lockdown.

٢. الدراسات التي تضمنت نتائج نفسيَّة تتعلَّق بالعَزْل المرتبط بالأمراض البَكْتِيرِيَّة المسَبِّبة للعَدْوَى.

٣. الدراسات التي تناولت التأثير النَّفْسي لتفشِّي الأَوْبِئة على عُموم السُّكَّان.

٤. الدراسات التي تزيد فيها فترة الحَجْر الصحي عن ٢١ يومًا (أطول فترة حضانة متوقعة للمرض مثل حضانة فَيْرُوس الإيبولا) (مُنظَّمة الصِّحة العالميَّة، ٢٠٢٠أ)

٥. مُراجَعات الدِّراسات، والدِّراسات التي لم تُنشَر بعد (Preprint).

مُصطَلَحات الدراسة:

الحَجْر الصِّحي Quarantine

عرَّفت مراكز السَّيْطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC, ٢٠١٧) مُصطَلَح الحَجْر الصحي بأنه "فَصْل وتقييد حركة الأشخاص الذين تعرَّضوا لمرض مُعدٍ لمعرفة ما إذا كانوا مرضى أم لا"، ويمكن تطبيقه على مستوى الفرد أو الجماعة أو المجتمع، وعادةً ما يتضمن قيودًا على المنزل أو المنشأة المخصَّصة للحَجْر الصحي، كما قد يكون الحَجْر الصحي طَوْعِيًّا أو إلزاميًّا (Cetron & Landwirth, ٢٠٠٥)، ويتم إجراؤه لمدة لا تزيد عن أطول فترة حضَانة للمرَض (Moorthi, Radhika & Muraleedharan, ٢٠٢٠)، وهناك سيناريوهان يمكن تنفيذ الحَجْر الصحي فيهما؛ الأوَّل: سِينارْيُو الوافدين من المناطق التي ينتقل فيها الفَيْرُوس بين أفراد المجتمع؛ والثَّاني: سِينارْيُو مخالطي الحالات المعروفة (مُنظَّمة الصِّحة العالميَّة، ٢٠٢٠ب)

العَزْل Isolation

عرَّفت مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC, ٢٠١٧) مُصطَلَح العَزْل بأنه "الفصْل بين المرضى المصابين بمرض مُعدٍ وبين غير المرضى" ويمكن تطبيقه على مستوى الفرد أو الجماعة أو المجتمع (Cetron & Landwirth, ٢٠٠٥) ولا يُسمح للمرضى طيلة فترة العلاج في أجنحة العَزْل باستقبال الزُّوَّار، وتصبح الهواتف المحمولة هي وسيلتهم الوحيدة للتواصل (Fan et al., ٢٠٢٠).

نتائج الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى في أثناء تفشِّي الأمراض الوَبَائيَّة، والفئات المعرَّضة لخطر المعاناة من هذه الآثار، واستكشاف عوامل الخطر والوقاية التي تؤثر على نتائج الصِّحة النفسيَّة، ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تم استخراج الإحصائيّات الوصفيَّة المتعلقة بمجتمع وبلَد الدراسة، والمقَاييس المستخدَمة، ومُلخَّص النتائج، كما تم تحليل البيانات التي تم جمعها، ويبين الجدول (١) تلك البيانات.

جدول (1): الإحصائيّات الوصفيَّة المتعلقة بمجتمع وبلد الدراسة، والإجراءات والمقَاييس المطبقة، ونتائج الدراسة

الباحث	عينة الدراسة	الدولة المتأثرة	الفاشية/الجائحة	نوع التدخل	أدوات الدراسة	نتائج الدراسة (آثار الصحة النفسية)
Maunder et al., 2003	19 مشاركًا (منهم 11 عاملاً في مجال الرعاية الصحية)	كندا	سارس	العَزْل	المقابلة غير المنظَّمة من قبل أخصائي الصحة النفسية	الخَوْف، المَلَل، والوَحْدة، والأرق، والغضب الوصْم لدى عينة الآسيويين
Bai et al., 2004	338 مشاركًا من موظفي إحدى المستشفيات	تايوان	سارس	الحَجْر الصحي لمدة 9 أيام	مسح الإجهاد النفسي المرتبط بالسارس من تصميم مؤلفي الدراسة تألف من معايير اضطراب الإجهاد الحاد وفقًا لمعايير DSM-IV	5% اضطراب الإجهاد الحاد 20% الوصْم
DiGiovanni et al., 2004	1,509 مشاركًا (195 عاملاً في مجال الرعاية الصحية، 68 من عامة السكان ممن تم حجزهم)	كندا	سارس	كانت مدة الحَجْر الصحي هي الفرق بين فترة حضانة السارس (10 أيام) والوقت الذي انقضى منذ التعرض لمريض مصاب	المقابلات، الاستطلاعات عبر الهاتف، مجموعات التركيز	المَلَل والوَصْم
Fang et al., 2004	286 مشاركًا	الصّين	سارس	العَزْل	استخدام 3 مقاييس فرعية للمقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI) شملت مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب (SDS) للكشف عن الاكتئاب، مقياس التقدير الذاتي للقلَق (SAS) لكشف عن القَلَق، ومقياس اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة (PTSD)	16.4% أعراض الاكتئاب، 10.1% أعراض القَلَق 9.79% اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة في مرحلة التعافي المبكر
Hawryluck et al., 2004	129 مشاركًا	كندا	سارس	متوسط مدة الحَجْر الصحي 10 أيام	مقياس تأثير الحدث المفع (IES-R) للكشف عن اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، مقياس مركز الدراسات الوَبائية للاكتئاب (CES-D) للكشف عن الاكتئاب	28.9% اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة 31.2% أعراض إكتئاب
Robertson et al., 2004	10 عاملين في مجال الرعاية الصحية	كندا	سارس	الحَجْر الصحي لمدة 10 أيام	المقابلة شبة المنظَّمة	الفقد، الواجب، والصراع

شكل (١): مخطط التدفق PRISMA لاختيار الدراسة

جدول (1): الإحصائيّات الوصفيَّة المتعلقة بمجتمع وبلد الدراسة، والإجراءات والمقَاييس المطبقة، ونتائج الدراسة (تابع)

الباحث	عينة الدراسة	الدولة المتأثرة	الفاشية/الجائحة	نوع التدخل	أدوات الدراسة	نتائج الدراسة (آثار الصحة النفسية)
Liu et al., 2012	549 مشاركًا	الصّين	سارس	الحَجْر الصحي لمدة 14 يومًا	مقياس مركز الدراسات الوَبائية للاكتِئاب (CES-D) للكشف عن الاكتِئاب، مقياس تأثير الحدث المنقح (IES-R) للكشف عن اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة	14.0% أعراض إكتِئاب معتدلة 8.8% أعراض إكتِئاب شديدة بعد مرور ثلاث سنوات
Sprang & Silman, 2013	398 مشاركًا	أمريكا، كندا، المَكْسيك	إنفلونزا الخنازير، سارس	العَزْل – الحَجْر الصحي (لمدة غير واضحة في الدراسة)	مؤشر تفاعل اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة (PTSD-RI) نسخة الوالدين، قائمة اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة –النسخة المدنية (PCL-C)	30% من الأطفال و25% من الآباء استوفوا معايير اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة
Barbisch et al., 2015	1299 مشاركًا (930 موظفًا، 240 مريضًا، 129 زائرًا)	تايوان	سارس	الحَجْر الصحي لمدة 14 يومًا	لم توضح في الدراسة	الهستيريا الجماعية، الانتحار
Mohammed et al., 2015	117 مشاركًا	نيجيريا	الإيبولا	العَزْل – الحَجْر الصحي لمدة 21 يومًا	استبيان الصحة العامة (GHQ-12) للكشف عن الضائقة النفسية، مقياس أوسلو للدعم الاجتماعي (OSS)	37.6% عدم القدرة على التركيز 33.3% فقدان النوم بسبب القَلَق
Pellecchia et al., 2015	432 مشاركًا (مجموعات التركيز) 30 مشاركًا (المقابلة شبة المنظَّمة)	لِيبِيريا	الإيبولا	الحَجْر الصحي لمدة 21 يومًا	مجموعات التركيز، المقابلة شبة المنظَّمة	انعدام الأمن، عدم الثقة، الخَوْف، الوَصْمَة
Jeong et al., 2016	1656 مشاركًا	كُوريا الجَنوبِيَّة	ميرس	الحَجْر الصحي لمدة أسبوعين	استبيان الأسئلة السبعة حول القَلَق (GAD-7) للكشف عن القَلَق، قائمة حالة–وحة التعبير عن الغضَب (STAXI) للكشف عن الغضَب	16.6% مشاعر غضَب أثناء الحَجْر الصحي 6.4% بعد مرور 4–6 أشهر 7.6% أعراض القَلَق أثناء الحَجْر، 3.0% بعد مرور 4–6 أشهر
Yoon et al., 2016	6231 مشاركًا	كُوريا الجَنوبِيَّة	ميرس	الحَجْر الصحي لمدة أسبوعين	أسئلة رئيسة حول الاكتِئاب عبر الهاتف مثل "خلال الأسبوعين الماضيين أو بعد أن كنت في الحَجْر الصحي، هل تشعر بالاكتِئاب أو اليأس؟ هل تشعر بفقدان الاهتمام بأي جزء من حياتك؟"	19.3% أعراض الاكتِئاب

جدول (1): الإحصائيّات الوصفيَّة المتعلقة بمجتمع وبلد الدراسة، والإجراءات والمقَاييس المطبقة، ونتائج الدراسة (تابع)

الباحث	عينة الدراسة	الدولة المتأثرة	الفاشية/الجائحة	نوع التدخل	أدوات الدراسة	نتائج الدراسة (آثار الصحة النفسية)
Adler et al., 2018	501 مشاركًا	غرب إفريقيا	الإيبولا	الحَجْر الصحي لمدة 21 يومًا	لم يتم توضيحها في الدراسة	29.8% مشكلات في النوم
Bo et al., 2020	370 مشاركًا	الصِّين	كوفيد-19	العَزْل	قائمة اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة -النسخة المدنية (PCL-C)	96.2% اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة
Guo et al., 2020	206 مشاركًا (103 مجموعة تجريبية، 103 مجموعة ضابطة)	الصِّين	كوفيد-19	العَزْل	استبيان صحة المريض (PHQ-9) للكشف المبكر عن الاكتئاب، استبيان الأسئلة السبعة حول القَلَق (GAD-7) للكشف عن القَلَق، مقياس الإجهاد النفسي المدرك (PSS-10)، قائمة اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (PCL-5)	اكتئاب، قَلَق، اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة
Fu & Zhang, 2020	شخص مصاب بالاكتئاب	الصِّين	كوفيد-19	الحَجْر الصحي لمدة أسبوعين	المقابلة، مقياس هاملتون للكشف عن الاكتئاب، مقياس الاكتئاب، القَلَق والإجهاد النفسي (DASS)	الأرق، القَلَق، الاكتئاب
James et al., 2020	358 مشاركًا	سيراليون	الإيبولا	العَزْل	أداة قياس الوَصْمة المرتبطة بملازمة نقص المناعة المكتسبة/إيدز (HASI-P) لقياس الوَصْمة	الوَصْم
Kim et al., 2020	72 مشاركًا	كُوريا الجَنوبيَّة	كوفيد-19	الحَجْر الصحي لمدة غير موضحة في الدراسة	تم تصنيف الاستجابات النفسية والسلوكية وضغوطات مقدمي الرعاية وفقًا لمراجعة (Brooks et al., 2020)	94.4% قَلَق، 90.3 عصبية، 31.9% الغضَب، 30.6% اضطرابات النوم، 4.2٪ التفكير الانتحاري، 1.4% التفكير في القتل
Lei et al., 2020	1593 مشاركًا	الصِّين	كوفيد-19	الحَجْر الصحي لمدة غير موضحة في الدراسة	مقياس التقدير الذاتي للقَلَق (SAS) للكشف عن القَلَق، مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب (SDS) للكشف عن الاكتئاب	12.9% أعراض القَلَق، 22.4% أعراض اكتئاب

جدول (1): الإحصائيّات الوصفيَّة المتعلقة بمجتمع وبلد الدراسة، والإجراءات والمقَّاييس المطبقة، ونتائج الدراسة (تابع)

الباحث	عينة الدراسة	الدولة المتأثرة	الفاشية/الجائحة	نوع التدخل	أدوات الدراسة	نتائج الدراسة (آثار الصحة النفسية)
Paz et al., 2020	759 مشاركًا (306 حالات مؤَّكَدَة، 453 حالات مشتبه بإصابتها)	الإكوادور	كوفيد-19	العَزْل – الحَجْر الصحي لمدة غير موضحة في الدراسة	استبيان صحة المريض (PHQ-9) للفحص المبكر عن الاكتئاب، استبيان الأسئلة السبعة حول القَلَق (GAD-7) للكشف عن القَلَق	22.9% انتشار الاكتئاب لدى الحالات المؤَّكَدة، 18.5% انتشار الاكتئاب لدى الحالات المشتبه بإصابتها، 24.2% انتشار القَلَق لدى الحالات المؤَّكَدة، 21.4% انتشار القَلَق لدى الحالات المشتبه بإصابتها، 10.1% أعراض اكتئاب شديدة لدى الحالات المؤَّكَدة، 6.6% أعراض اكتئاب شديدة لدى الحالات المشتبه بإصابتها، 9.5% أعراض قلق شديدة لدى الحالات المؤَّكَدة، 6.9% أعراض قلق شديدة لدى الحالات المشتبه بإصابتها
Rashid et al., 2020	301 مشاركًا	الهِنْد	كوفيد-19	العَزْل – الحَجْر الصحي لمدة غير موضحة في الدراسة	مقياس التقدير الذاتي للقَلَق (SAS) للكشف عن القَلَق	73% أعراض القلق
Ritish et al., 2020	1602 مشاركًا	الهِنْد	كوفيد-19	الحَجْر الصحي لمدة 14 يومًا	استبانة شبه مُنظَّمة تشتمل على أسئلة عن أعراض القَلَق والاكتئاب والأفكار الانتحارية، واضطرابات النوم، ومستويات التوتر	13.5% أعراض القَلَق، 4% أعراض الاكتئاب، 1.9% أفكار انتحارية، 4.4% اضطرابات النوم

الإجابة عن أسئلة الدراسة من خلال نتائجها:

١. النتائج المتعلقة بالسُّؤال الأوَّل:

ينص السُّؤال الأوَّل على ما يلي: "**ما الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي والعَزْل على المصابين والمشتبه بإصابتهم بالعَدْوَى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟**" وللإجابة عن هذا السُّؤال تم جمع البيانات المتعلقة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها، وتبين أن هناك بعض المعلومات حول كيفية ظهور المشكلات النفسيَّة عند عَزْل الفرد في المستشفى أو في أثناء حَجْره في العيادة أو المنزل، وفيما يلي ملخص لأهم هذه الآثار:

الاكتِئاب والقَلَق Depression and Anxiety:

يُعد كلًّا من العَزْل والحَجْر الصحي وسيلة حَتميّة لمنع انتشار العَدْوَى في أثناء تفشّي الأمراض الوَبَائية، ومع ذلك قد يعجّل كلا الإجراءين من إمكانية تعرُّض الأشخاص للإصابة بالاكتِئاب والقَلَق؛ ففي مُراجَعة منهجية لست عشرة ورقة علميَّة تتعلَّق بتأثير العَزْل على الصِّحة النفسيَّة للمرضى أجراها آباد، وفيرداي، وسافدار (Abad, Fearday, & Safdar, ٢٠١٠) أظهرت تأثيرًا سَلْبيًا على نفسيَّة المرضى الذين تم وضعهم في العزْل وسُلوكيّاتهم؛ يتمثل ذلك في حصولهم على درجات أعلى من غيرهم في مقاييس الاكتِئاب والقلَق والغضَب، وتتماشى هذه النتائج مع مُراجَعة منهجية حديثة لست وعشرين ورقة منشورة عن آثار العزْل أجراها بورسل، وجولد وتشودلي (Purssell, & Gould & Chudleigh, ٢٠٢٠) أظهرت أن هناك اتجاهًا واضحًا للمرضى

الذين يتم وضعهم في العَزْل لأن يحققوا مستويات أعلى من غيرهم في مقاييس الاكتِئاب والقلَق، وبالمثل أظهرت دراسة أجراها جيونج وآخرون (Jeong et al., ٢٠١٦) شملت ١٦٥٦ مشاركًا تم حَجْرهم لمدة أسبوعين خلال تفشّي جائِحة ميرس في مقاطعات كُورِيا الجَنوبِيَّة أن ما نسبته (١٦,٦%) من أفراد العينة لديهم مشاعر غضَب قوية، و(٧,٦٪) لديهم أعراض القَلَق، كما كشفت الدراسة أن إجراءات الحَجْر الصحي يمكن أن تؤدي إلى آثار سَلْبية وخيمة على الصِّحة النفسيَّة حتى بعد مرور عدة أشهر من تاريخ الخروج من الحَجْر الصحي؛ حيث استمرت مشاعر الغضَب وأعراض القَلَق لدى المشاركين لمدة أربعة إلى ستة أشهر ثم تحسَّنت إلى ما نسبته (٦,٤٪) و(٣,٠٪) على التَّوالي، كما وجدت دراسة أخرى أجراها يون، وكيم، وكو، ولي (Yoon, Kim, Ko, & Lee, ٢٠١٦) على ٦٢٣١ مُواطِنٍ كُورِيّ جَنوبِيّ خضعوا للحَجْر الصحي لمدة أسبوعين خلال جائِحة ميرس أن ما نسبته (١٩,٣٪) من أفراد العينة قد عانوا من الاكتِئاب، في حين كشفت نتائج دراسة هِنْدية أجراها راشد، وسينغ، ومسعود، وخان (Rashid, Singh, Masood, & Khan, ٢٠٢٠) على عينة بلغت ٣٠١ نزيلاً في منشأة صِحيَّة تم تخصيصها لتطبيق إجراءات العَزْل والحَجْر الصحي للمصابين والمشتبه بإصابتهم بفَيْرُوس كوفيد-١٩ أن حوالي (٧٣٪) من أفراد العينة كانوا قَلِقين بشأن صِحَّتهم وصِحَّة أحبَّائهم، وقد ارتبطت أفكار القَلَق والتوتُّر لدى النُّزلاء بمدة انتشار الفَيْرُوس ومسَاره، وفي دراسة هِنْدية أخرى أجراها ريتيش وآخرون (Ritish et al., ٢٠٢٠) على عينة من المسافرين بلغت ١٦٠٢ مسافرٍ تم إخضاعهم

للحَجْر الصحي، وتم الاتصال بهم عبر الهاتف خلال الأسبوع الأول من الحَجْر الصحي، أبلغ ما نسبته (١٣,٥%) من أفراد العينة عن وجود أعراض قَلَق، في حين أبلغ (٤٪) من المشاركين عن وجود أعراض اِكتِئاب.

وبمقارنة انتشار أعراض الاكتِئاب والقَلَق بين الحالات المؤَكَّدَة إصابتهم بعَدْوَى فَيْرُوس كوفيد-١٩ (الخاضعين للعَزْل) والحالات المشتبه في إصابتهم بالعدوى (الخاضعين للحَجْر الصحي) لم تجد دراسة إكوادورية أجرتها كلارا باز وآخرون (Paz et al., ٢٠٢٠) فروقًا ذات دلالة إحصائيَّة فيما يتعلق بانتشار الاكتِئاب والقَلَق عند مقارنة الحالات المؤَكَّدَة والمشتبَه بإصابتها إلا أن توزيع المرضى حسب شِدَّة أعراض الاكتِئاب كان مُختلِفًا لدى المجموعتين؛ حيث أظهر المرضى المؤَكَّدَة إصابتهم بالعَدْوَى أعراضًا أعلى مقارنة بالأفراد المشتبَه بإصابتهم بالعَدْوَى.

أما بمقارنة انتشار أعراض الاكتِئاب والقَلَق بين الأشخاص الذين أثبتت النتائج إصابتهم بالفَيْرُوس بغيرهم ممن أثبتت النتائج خلوهم من الفَيْرُوس؛ فقد وجدت دراسة مزجية Mixed-method study أجرتها قوه وآخرون (Guo et al., ٢٠٢٠) على ١٠٣ مريض صينيّ تأكدت إصابتهم بفَيْرُوس كوفيد-١٩ ومن خلال مقارنة حالتهم النفسيَّة وعلامات الالتهاب لديهم بـ١٠٣ مشارك جاءت نتيجة فحصهم سَلْبية، وجدت الدراسة أن المرضى المصابين بفَيْرُوس كوفيد-١٩ كانت لديهم مستويات عالية من الاكتِئاب ($p < ٠,٠٠١$) والقَلَق ($p < ٠,٠٠١$) وأعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة ($p < ٠,٠٠١$) مقارنةً بغير المصابين، وعلاوة على ذلك ارتبط مستوى البروتين المتفاعل-C – وهو

مؤشر لاستجابة الجسم للتعرّض للإصابة أو العَدْوَى – لدى المرضى المصابين بفَيْرُوس كوفيد-١٩ ممن ظهرت عليهم أعراض الاكتِئاب إيجابِيًّا بالدرجة الكُلِّية لاستبيان صِحَّة المريض (PHQ-٩) المستخدَم للكشف المبكِّر عن الاكتِئاب (R = .٣٧, p = ٠,٠٠٣, Spearman's correlation)

أما بمقارنة انتشار أعراض الاكتِئاب والقَلَق بين الأشخاص الذين تم حَجْرهم مع الأشخاص الذين لم يتم حَجْرهم بنفس المنطقة فقد وجدت دراسة صِينية أجرتها لي وآخرون (Lei et al., ٢٠٢٠) اسْتُخِدم فيها مقياس التقدير الذاتي للقلَق (SAS)، ومقياس التَّقْدير الذَّاتي للاكتِئاب (SDS) للكشف عن حالة الصحَّة النفسيَّة لـ ١٥٩٣ مشاركٍ من البالغين من عمر ١٨ سنة فأكثر أن انتشار أعراض القَلَق والاكتِئاب في المجموعة الخاضعة للحَجْر الصحي بَلَغ ما يقرب من (١٢,٩٪ ، ٢٢,٤٪) على التَّوالي، وهي نسبة أعلى بكثير من انتشار الأعراض بين المجموعة التي لم تخضع لإجراء الحَجْر الصحي حيث بلغت نسبة انتشار أعراض القَلَق والاكتِئاب ما يقرب من (٦,٧٪، ١١,٩%) على التَّوالي.

وفيما يتعلق بالعواقب طويلة المدى للاضطرابات النفسيَّة المرتبطة بالحَجْر الصحي والعَزْل فقد وجدت دراسة صِينيَّة أجرتها ليو وآخرون (Liu et al., ٢٠١٢) على طاقم مُستشفى تعرَّضُوا لتفشّي جائِحة سارس أن هناك تنبؤًا بمستويات عاليَة من الاكتِئاب لدى (٨,٨٪) من أفراد العينة حتى بعد مُرور ثلاث سنوات من تفشّي المرض وخروج المشاركين في الدراسة من الحَجْر الصحي.

وعن أسباب القَلَق والاكتِئاب المرتبطين بالعَزْل والحَجْر الصحي في أثناء تفشّي الأمراض المعْدِيَة فقد ذكرت دراسة سنغافوريَّة تناولت القَلَق المرتبط بجائِحة كوفيد-١٩ أجرتها فان وآخرون (Fan et al., ٢٠٢٠) أن قلق الأشخاص الذين تم وضعهم في الحَجْر الصحي كان نتيجة لحالة عدم التيقُّن حيث حرص المشاركون على معرفة نتائج اختبارات المسحة الأنفيَّة والأحداث المحتملة التي ستتبع ما إذا تم تشخيص إصابتهم بكوفيد-١٩، أما بالنسبة لأولئك الذين تم التخطيط لحَجْر أنفُسِهم لمدة ١٤ يومًا فقد كانوا قَلِقين بشأن ترتيبات معيشتهم في الحَجْر الصحي، وكيف سيعزلون أنفسهم عن أُسَرِهم من أجل الحفاظ على عائلاتهم آمنة، وما التغييرات التي يجب إجراؤها قبل عودتهم إلى الوطن، كما تم طرْح المخاوف الماليَّة من بين أسباب القَلَق؛ نظرًا لأن تفشّي الفَيْرُوس كان مُفاجئًا وغير مسبوق، ولم يكن من الواضح في وقت مبكر من تفشّي المرض ما إذا كانت خُطط التأمين الصِّحي ستغطي تكاليف علاجهم أم لا؟ وما مدى توفر المدخرات لديهم من أجل دفع فواتير علاجهم؟ فضلاً عن عدم تأكد مُدة إقامتهم في الحَجْر الصحي، وبالمثل أعرب عدد من المرضى الذين تم وضعهم في العَزْل ممن تمت مقابلتهم في دراسة سون، ومادیجان وجونز وسلاته (Soon, Madigan, Jones, & Salata, ٢٠١٣) عن مخاوفهم الماليَّة؛ حيث زادت مدة إقامتهم الطويلة في المستشفى وفقدان دَخْلهم من أعراض القَلَق الذي كان يمرون به بالفعل، كما وجدت دراسة لي وآخرون (Lei et al., ٢٠٢٠) أن المستوى المرتفع للقَلَق لدى المشاركين قد ارتبط بانخفاض متوسط دخل الأسرة، وأن الحَجْر الصحي كان

يعني أنهم غير قادرين على التعامل مع المشكلات الماليَّة من خلال العودة إلى العمل أو التقدم بطلب للحصول على قَرْض، فضلاً عن عدم تمكنهم من تقدير المدة التي قد يستمر فيها هذا التأثير.

أما فيما يتعلق بقَلَق العاملين في مجال الرعاية الصحيَّة فقد كانوا قلقين بشأن النقص في عدد الموظفين بسبب خضوعهم للحَجْر الصحي، وشعورهم بإرهاق العمل النَّاجِم عن إصابة زُملائهم في العمل، بالإضافة إلى كل ذلك قد يكون القَلَق والاكتِئاب نتيجة لإزالة الأشياء المألوفة والخروج عن الروتين (Madeo, ٢٠٠٣)، كما أن الحالات المصابة الجديدة التي تم إدخالها إلى العَزْل (أي في غضون ٢٤ ساعة) قد يكونون أكثر قلقًا من الحالات الذين تم عزلها لفترة طويلة جدًا؛ بسبب عدم إمكانية وصولهم إلى المعلومات في أول الأمر عند محاولتهم لفهم ما يجري لهم والتعامل معه، ثم قد يشعرون لاحقًا بأعراض الاكتِئاب، كما أنهم قد يكونون قَلِقين بشأن إصابتهم بعَدْوَى الفَيْرُوس الذي جعلهم في حاجة إلى دخول المستشفى أكثر من تجربة العَزْل نفسها، في حين قد يكون المرضى الذين تم عزلهم لفترة طويلة قد تكيفوا مع تجربة العَزْل، وأصبح لديهم الوقت الكافي للحصول على المعلومات التي يحتاجون إليها لفهم ما يجري مما قد يخفف من استجابتهم لمواقف الضغط النفسي (Soon et al., ٢٠١٣)

انعدام الأمن والخوف Insecurity and Fear:

بسبب الطبيعة المتطوِّرة وحالات عدم التيقُّن التي تُميِّز الأمراض المعْدِيَة الناشئة فمن الممكن أن ترتبط بالشُّعور بالخَوْف (Person et al., ٢٠٠٤)؛ حيث قد تواجه الحالات المؤَكَّدَة والمشتبَه بإصابتها بالفَيْرُوس مشاعر الخَوْف من العواقب الشديدة للمرض (Xiang et al., ٢٠٢٠)، ففي مُراجَعة أجرتها بروكس وآخرون (Brooks et al., ٢٠٢٠) وجدت أن المشاركين في ثماني دراسات قد أعربوا عن مخاوفهم بشأن سلامتهم أو إصابة الآخرين، وبالمثل وجدت دراسة كورية جَنوبِيَّة أجرتها كيم وآخرون (Kim et al., ٢٠٢٠) أن مقدمي رعاية الأطفال الخاضعين للحَجْر الصحي في إحدى مستشفيات الأطفال قد زادت لديهم المخاوف من تَلْويث أحد أفراد أُسَرهم بسبب عدم وجود مبادئ توجيهيَّة واضحة حول كيفية تقليل العَدْوَى في المنزل وأثناء الحَجْر الصحي، فضلاً عن عدم تيقُّنهم بفاعلية وسائل السَّيْطرة على المخاطِر (Robertson, Hershenfield, Grace, & Stewart, ٢٠٠٤)، كما قد يكون الخَوْف خلال الحَجْر الصحي والعَزْل بسبب عدم المعرفة الكافية بإجراءات الحَجْر الصحي كونها التجرِبة الأولى لمعظم الأشخاص الذين تمَّ وَضْعهم في الحَجْر الصحي كما ذكرت دراسة تشين وآخرين (Chen et al., ٢٠٢٠)، وبالمثل وجدت دراسة لِيَبْرِيّة أجرتها بيليكيا، وكريستاني، وديكرو، وبيرغ والكردي (Pellecchia, Crestani, Decroo, Bergh & AlKourdi, ٢٠١٥) أن تجربة الحَجْر الصحي نفسها قد زادت من مستوى انعدام الأمن والخَوْف لدى المشاركين مما ساهم في تشكيل تصوراتهم عن الفَيْرُوس؛ حيث وصف

المشاركون تفشِّي فَيْرُوس الإيبولا: بأنه استغلال للروابط الاجتماعيَّة، وخلَق بينهم شعورًا بعدم الثِّقة؛ كونه أعاد إِحْياء ذاكرة الحرب الأهليَّة اللِيَبْرِيَّة التي اتِّسمتْ بمُنَاخ من انعدام الأمن والشَّك تجاه الجيران والمعارف والأجانب، والنظر إلى الجميع – باستثناء أُسَرهم – على أنهم أعداء محتملون.

اضطراب الإجهاد الحاد ASD:

استطلعت دراسة أجرتها باي وآخرون (Bai et al., ٢٠٠٤) ردود فعل الإجهاد النَّفْسي المرتبطة بفَيْرُوس سارس لدى العاملين في مجال الرعاية الصِّحية ممن تم حَجْرهم لمدة تسعة أيام بمستشفى بشرق تايوان نتيجة لاشتباه تواصلهم مع مرضى تم توكيد إصابتهم بالعَدْوى، ووجدت الدراسة أن (٥٪) من المشاركين قد استوفوا معايير اضطراب الإجهاد الحاد الذي يتسم بظهور قَلَق شديد في غضون شهر واحد بعد التعرُّض لحدث مُؤلم كالكوارث والحوادث.

اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة PTSD:

أشارت بعض الدراسات إلى أن الأشخاص الذين ثبتت إصابتهم بأحد الأَوْبِئة المعْدِيَة أو تم الاشتباه بإصابتهم بالفَيْرُوس قد عانوا من أعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة؛ ففي دراسة أجرتها هوريلوك وآخرون (Hawryluck et al., ٢٠٠٤) على ١٢٩ كنديّ خضعوا للحَجْر الصحي خلال تفشّي جائِحة سارس، كشفت النتائج أن ما نسبته (٢٨,٩٪) من أفراد العينة عانوا من اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، وأن خطورة الإصابة بالاضطراب تزيد مع تمديد فترة الحَجْر الصحي، حيث وجدت الدراسة زيادة ملحوظة في أعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة لدى الأشخاص الذين خضعوا للحَجْر الصحي لمدة تزيد عن ١٠ أيام متصلة مقارنة بمن تم حَجْرهم لمدة تقل عن هذه المدة، وبالمثل كشفت دراسة سبرانج وسيلمان (Sprang & Silman, ٢٠١٣) عن ارتباط الحَجْر الصِّحي والعَزْل باضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، وفي هذه الدراسة تم تقييم الحالة النفسية لـ ٣٩٨ من الأطفال وآبائهم ممن عانوا من تفشّي إنفِلوَنزا الخنازير في أمريكا الوسطى والشَّماليَّة، وكشفت النتائج أن (٣٠٪) من الأطفال الذين تم عَزْلهم أو حَجْرهم و(٢٥٪) من الآباء الذين تم عَزْلهم أو حَجْرهم قد استوفوا معايير اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، أما دراسة رينولدز وآخرون (Reynolds et al., ٢٠٠٨) وهي دراسة أتراب Cohort study فقد قيَّمت الأثر النَّفْسي لتفشّي جائِحة سارس عام ٢٠٠٣ في كندا لدى ١٠٥٧ بالغٍ باستخدام مقياس تأثير الأحداث (IES)، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود عِبْء كبير لأعراض اضطراب كَرْب ما بعد

الصَّدْمة بين مُقدِّمي الرِّعاية الصحيَّة، في حين أشارت دراسات أخرى إلى أن الأشخاص الذين ثبتتْ إصابتهم بأحد الأَوْبِئة المعْدِيَة قد عانوا من أعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة بعد خروجهم من المستشفى، وخلال فترة التَّعافي المبكِّرة، وحتى بعد مُرور عدة أشهر أو سنوات من خروجهم من العَزْل أو الحَجْر الصحي؛ ففي دراسة صِينيَّة أجراها بو وآخرون (Bo et al., ٢٠٢٠) على ٣٧٠ مريضٍ بعد خروجهم من العَزْل نتيجة إصابتهم بفَيْرُوس كوفيد-١٩ واستقرار حالتهم وشفائهم سريريًا، قُدِّر انتشار أعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة بين المشاركين بنسبة (٩٦,٢٪)، وعزا الباحثون ارتفاع معدل الأعراض جزئيًّا إلى العَزْل الطبي في المستشفيات والذي استمرَّ لأسابيع من مَنْع التواصل مع العائلة والأصدقاء، في حين قُدِّر انتشار اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة في دراسة فانغ وزيه وشوران (Fang, Zhe, & Shuran, ٢٠٠٤) ما نسبته (٩,٧٩٪) من مجموع الناجين من فَيْرُوس سارس البالغ عددهم (٢٨٦) مريض وذلك في مرحلة التَّعافي المبكر، وفي دراسة جماعية بأثر رجعي أجراها ماك وآخرون (Mak et al., ٢٠١٠) على (٩٠) ناجيًا من فَيْرُوس سارس ممن عُولجوا في مُستشفى يونايتد كريستيان بهونغ كونغ بعد مرور ٣٠ شهرًا من تفشِّي الجائِحة، كان ما مجموعه (٤٧,٨٪) من المشاركين مصابين باضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، بينما استمر (٢٥,٥٪) من أفراد العينة في تلبية مَحَكّات تشخيص اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، وحدَّد جميع المشاركين تفشِّي جائِحة سارس باعتبارها صَدْمة المؤشر The index trauma (أي أسوأ حادثة)، وبالمثل أفادت دراسة مسحيَّة أجراها وو وآخرون (Wu et al.,

٢٠٠٩) بحثت في الآثار النفسيَّة للتعرُّض لفَيْرُوس سارس في إطار زمني مدته ثلاث سنوات بعد تفشِّي المرض على (٥٤٩) موظفٍ في مجال الرعاية الصحية تم حجرهم في إحدى مستشفيات الصِّين أن ما يقرب من (١٠٪) من الموظفين قد عانوا من مستويات عالية من أعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة حتى بعد مرور ثلاث سنوات من خروجهم من الحَجْر الصحي.

وعن أسباب الإصابة باضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة المرتبط بالعَزْل أو الحَجْر الصحي أظهرت دراسة أجرتها هوريلوك وآخرون (Hawryluck et al., ٢٠٠٤) أن الأشخاص الذين تم وضعهم في العَزْل أو الحَجْر الصحي كانوا ينظرون إلى الحَجْر الصحي أو العَزْل على أنه صَدْمة شخصيَّة مما تسبَّب في إصابتهم باضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة.

الأعراض النفس–جسدية Psychosomatic symptoms:

الغضَب، التَّهيُّج، والإحْبَاط Anger, Irritability and Frustration

كان الغضَب وانخفاض المزاج موضوعًا متكررًا في الأدبيات فيما يتعلق بالأعراض النفس–جسدية المرتبطة بالحَجْر الصحي والعَزْل؛ ففي دراسة أجراها لي، وتشان، وتشاو، وكووك، وكلاينمان (Lee, Chan, Chau, Kwok, & , Kleinman, ٢٠٠٥) أفاد ما نسبته (٨٧,٤٪) من المشاركين عن معاناتهم من ضغوط نفسيَّة وجسديَّة بعد تفشِّي جائِحة سارس في هونغ كونغ، كما عانى ما نسبته (٧٣,١٪) من أفراد العينة من حالات انخفاض المزاج، بينما عانى ما نسبته (٥٦,٧٪) من أفراد العينة من التَّهيُّج، وقد عزا المشاركون هذه الأعراض إلى عَدْوى المرض، وطريقة انتقاله الغامضة، والشُّعور بالوَصْم، والحَجْر الصحي الصارم، في حين كشفت نتائج دراسة أجراها جيونج وآخرون (Jeong et al., ٢٠١٦) أن ما نسبته (١٦,٦٪) من المشاركين قد أفادوا عن شعورهم بالغضَب في أثناء العَزْل مع انخفاض في نسبة انتشار الغضَب بعد مرور أربعة إلى ستة أشهر من خروجهم من العَزْل قُدِّرت بنسبة (٦,٤٪)، وقد كان عدم كفاية الإمدادات الضرورية (كالطعام، والملابس، والإقامة)، وأنشطة التواصُل الاجتماعي (عدم استخدام البريد الإلكتروني أو الرسائل النصيَّة، وعدم استخدام الإنترنت) من أسباب الغضَب بين المشاركين في هذه الدراسة، كما كشفت دراسة أجراها روبرتسون وآخرون (Robertson et al., ٢٠٠٤) عن مُعاناة العاملين في مجال الرعاية الصحية في تورنتو بكندا ممن تم

حجرهم لمدة ١٠ أيام في منازلهم أن الحَجْر الصحي قد أثار لديهم الشُّعور بالغضَب والأذى.

أما عن أسباب الإِحْبَاط المرتبط بالحَجْر الصحي والعَزْل فقد ذكرت دراسة عن الإِحْبَاط المرتبط بجائِحة كوفيد-١٩ أجرتها فان وآخرون (Fan et al., ٢٠٢٠) بأن معظم المرضى الذين تم وضعهم في العَزْل أو الحَجْر الصحي كانوا مستقلين في المجتمع قبل إصابتهم أو الاشتباه بإصابتهم بالمرض، وبمجرد عَزْلهم لم يتمكنوا من ممارسة رويتنهم المعتاد مما تسبب في إحباطهم، فعلى سبيل المثال لم يكونوا قادرين على تناول وجبة خفيفة أو مشروب معين متى ما اشتهوا ذلك، أو لم يكونوا قادرين على الحصول على بعض الأدوات التي كان يسهُل الوصول إليها وهم في منازلهم (مثل نوع معين من أدوات التجميل).

الأرق Insomnia

يمكن أن تؤدي التغييرات في الروتين، وعدم التيقُّن، والضَّغْط النفسي، والعُزلة الاجتماعية، والمخاوف بشأن الوضع والصِّحة فضلاً عن انخفاض التعرُّض للضَّوء إلى تدهور جودة النوم (Altena et al., ٢٠٢٠) والأرق (Fu & Zhang, ٢٠٢٠) ،ففي دراسة أجراها أدلر، وكيم، وتوماس، وسيبوس (Adler, Kim, Thomas, & Sipos, ٢٠١٨) على عينة من أعضاء الجيش الأمريكي العائدين من غرب إفريقيا في أثناء تفشّي مرض فَيْرُوس الإيبولا والذين تم إدخالهم في الحَجْر الصحي لمدة ٢١ يومًا أبلغ ما نسبته (٢٩,٨٪) من المشاركين عن وجود مشكلات في النوم، وبالمثل استخدمت دراسة مقطعية

نيجيرية أجراها مُحمَّد وآخرون (Mohammed et al., ٢٠١٥) استبيانًا للصِّحة العامة بهدف الكشف عن الضائقة النفسيَّة بين الناجين من فَيْرُوس الإيبولا ومخالطيهم، وقد لاحظ الباحثون أن عدم القدرة على التركيز (٣٧,٦٪) وفقدان النوم بسبب القَلَق (٣٣,٣٪) كانا أكثر الضغوط النفسية شيوعًا بين الناجين المشاركين في الدراسة، كما كان الأرَق شائعًا بين المرضى المصابين بفَيْرُوس سارس نتيجة العلاج بالكورتيكوستيرويدات والقَلَق والانزعاج الجسدي وإجراءات المستشفى في الدراسة التي أجراها ماوندر وآخرون (Maunder et al., ٢٠٠٣)، وكذلك الحال لدى المشاركين في دراسة لي وآخرين (Lee et al., ٢٠٠٥).

الاعتماد على المشروبات الكُحوليَّة Alcohol dependence :

يبدو أن تجربة الحَجْر الصحي مرتبطة أيضًا بالآثار السَّلْبيّة طويلة المدى فيما يتعلق بالاعتماد على المشروبات الكُحوليَّة، ففي دراسة مسحيَّة أجراها وو وآخرون (Wu et al., ٢٠٠٩) على ٥٤٩ موظفٍ تم اختيارهم عشوائيًّا في مستشفى في بكين تم تحليل الأثر النفسي بعد مُضِيّ ثلاث سنوات من تفشّي جائِحة سارس في الصّين، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود أعراض لتعاطي المشروبات الكُحوليَّة والاعتماد عليها بهدف التكيُّف مع الضغوط خلال الجائِحة ارتبطت إيجابيًّا بالحَجْر الصحي أو العمل في أماكن عالية الخطورة مثل الأجنحة المخصَّصة لعلاج المرضى الذين يعانون من أمراض الجهاز التنفُّسي الحادَّة.

الوَصْم وفقدان إخفاء الهوية Stigmatization and Loss of Anonymity:

تُعرّف الوَصْمَة الاجتماعيَّة في سياق الصِّحة بأنها "الارتباط السَّلْبيّ بين شخص أو مجموعة من الأشخاص ممن يتشاركون في خصائص مُعيَّنة ومرض مُعيَّن، وفي حالة تفشّي المرض قد يعني هذا أن الأشخاص قد يتم تصنيفهم ووضعهم في قوالب نمطيَّة، والتَّمْييز ضدهم، وعلاجهم بشكل مُنفصِل، و/أو فقدان مكانتهم بسبب ارتباطهم المتصوَّر بالمرض" (IFRC, UNICEF, & WHO, ٢٠٢٠) وقد كانت الوَصْمَة الاجتماعية موضوعًا متكررًا في الأدبيات التي تناولت الضائقة النفسيَّة المرتبطة بالعَزْل والحَجْر الصحي في الفاشيات السَّابقة؛ حيث وجدت دراسة عن الوَصْم المرتبط بفَيْرُوس سارس أجراها لي وآخرون (Lee et al., ٢٠٠٥) على مجموعة من سكان هونغ كونغ أن الوَصْم قد اتخذ أشكالًا مختلفة من النبذ والإهانة والتَّهْميش والرَّفْض في مجالات العمل والعلاقات الشَّخصيَّة والخدمات والتعليم، في حين حققت دراسة تايوانيَّة أجرتها باي وآخرون (Bai et al., ٢٠٠٤) في ردود فعل الإجهاد بين الموظفين الذين تم وضعهم في الحَجْر الصحي في أثناء تفشّي جائِحة سارس أن ما نسبته (٢٠٪) من الموظفين قد شعروا بالوَصْم والرَّفْض في منطقتهم بسبب عملهم في المستشفى، وأفاد ما نسبته (٩٪) منهم بالتردُّد في العمل أو النظر في الاستقالة، وبالمثل وجدت دراسة جيمس، ووارِدل، وستيل، وآدامز (James, Wardle, Steel, & Adams, ٢٠٢٠) أن الوَصْمَة منتشرة بين الناجين من فَيْرُوس الإيبولا في سِيراليُون منذ خروجهم من مركز علاج الإيبولا وعودتهم إلى مجتمعاتهم، كما وجدت دراسة هوريلوك وآخرون (Hawryluck et al.,

٢٠٠٤) أن ما نسبته (٢٩٪) من المستجيبين قد شعروا بأن الآخرين قد تجنبوهم بعد أن كانوا في الحَجْر الصحي، وبالمثل ذكرت دراسة ديجيوفاني، وكونلي، وتشيو، وزابورسكي (DiGiovanni, Conley, Chiu, & Zaborski, ٢٠٠٤) أن المشاركين الكنديين عانوا من جذبهم للاهتمام غير المرغوب فيه، والسُّخْرِية، والتجنُّب، وعدم دعوتهم للمناسبات الاجتماعية مثل حفلات أعياد ميلاد الأطفال ولمّ شمل الأسرة، كما كان أطفالهم غير مُرحَّب بهم في بعض مراكز الرعاية النهارية حتى بعد انقضاء مدة الحَجْر الصحي، ونتيجة لذلك أصبحوا مترددين في إخبار الآخرين بأنهم كانوا خاضعين للحَجْر الصحي.

من الممكن أيضًا أن يتعرض الأفراد الذين تم علاجهم في المستشفيات في ظروف عَزْل طبية للوَصْم من قبل أسرهم؛ حيث قد تميل العائلات إلى إخفاء حالة الشَّخص الذي تم شفاؤه خجَلاً من الكشف عن وجود أي شخص مُصاب لديها (Tecirli, Ucuz, & Özel, ٢٠٢٠)، فضلاً عن ذلك قد يعاني الأفراد الناجون من الفَيْرُوس من خسارة قدرتهم على إخفاء هوياتهم Anonymity عن الآخرين كما بينت ذلك دراسة تانسي وآخرون (Tansey et al., ٢٠٠٧).

المَلل والإحساس بالعُزلة Boredom and Sense of Isolation:

في دراسة أجرتها هوريلوك وآخرون (Hawryluck et al., ٢٠٠٤) للكشف عن الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي على الأشخاص في تورنتو بكندا وصف جميع المستجيبين شُعورهم داخل الحَجْر الصحي بالإحساس بالعُزلة، حيث تم تحديد مَنْع التواصل الإنساني – وخاصة الافتقار إلى اللمْس والاتصال الجسدي مع أفراد الأسرة – بأنه أمر صعب للغاية، كما عزَّز الحَبْس داخل المنزل أو قضاء الوقت بأكمله ما بين ضغوط العمل وأعباء المنزل، وعدم القدرة على رؤية الأصدقاء، وعدم القُدرة على التسوُّق لشراء الحاجات الضرورية والأساسية لضمان مَعيشتهم، وعدم القدرة على شراء موازين الحرارة والأدوية الموصوفة طبيًّا من شُعورهم بالاحتجاز بمعزَل عن العالم الخارجي.

ولم تسبِّب تدابير الوقاية من العَدْوَى الشعور بالانزعاج الجسدي من الاضطرار إلى ارتداء الكمامة فحسب بل ساهمت أيضًا بشكل كبير في شعورهم بالعُزلة، وقد اشتكى المرضى المصابون بفَيْرُوس سارس ممن يعانون من أعراض خفيفة في مستشفى جبل سيناء بتورنتو الكندية في الدراسة التي أجراها ماوندر وآخرون (Maunder et al., ٢٠٠٣) من أن قضاء عدة ساعات بمفردهم بين الاتصالات القصيرة مع الموظفين، والاتصالات الخارجية المتاحة عبر الهاتف أو عن طريق البريد الإلكتروني قد جعلهم يعانون من المَلَل والوَحْدة، كما وجدت دراسة ديجيوفاني وآخرون (DiGiovanni et al., ٢٠٠٤) أن المَلَل كان أكبر مُثبِّط انفعالي للامتثال للحَجْر الصحي.

الميول الانتحارية Suicidal tendencies:

الأفكار الانتحارية والسُّلوك الانتحاري بين الأفراد الخاضعين للعَزْل أو الحَجْر الصحي مصدر قَلَق آخر للصِّحة النفسيَّة؛ حيث أظهرت دراسة باربيش وآخرون (Barbisch et al., ٢٠١٥) كيف يمكن أن يؤدي الحَبْس في منطقة صغيرة لفترة طويلة في الحَجْر الصحي والخَوْف من الموت أو إصابة الأحباء إلى اللجوء إلى طُرق وحِيَل يائسة بما في ذلك الانتحار؛ ففي اليوم الثالث من الحَجْر شنق رجلٌ مصاب بالاكتِئاب نفسه كان قد اشتبه بإصابته بمرض سارس، وفي اليوم التالي تم إحباط محاولة انتحار أخرى، وفي دراسة أخرى أجرتها كيم وآخرون (Kim et al., ٢٠٢٠) أظهرت ثلاثة من مقدمي رعاية الأطفال الخاضعين للحَجْر الصحي في إحدى مستشفيات الأطفال أفكارًا انتحارية بمعدل (٤,٢٪)، وفي دراسة هِنْدية أجراها ريتيش وآخرون (Ritish et al., ٢٠٢٠) أبلغ حوالي (٢٪) من المشاركين –هم عينة من المسافرين الخاضعين للحَجْر الصحي– عن أفكار انتحارية أو رغبات في الموت، وقد أظهر تحليل للعوامل السببية لحالات الانتحار في الهِنْد أجرته دسوزا، وكوادروس، وحيدر أبادوالا، ومأمون (Dsouza, Quadros, Hyderabadwala, & Mamun, ٢٠٢٠) أسبابًا مختلفة للانتحار في أثناء تفشِّي جائِحة كوفيد–١٩ وكان الخَوْف أو توقُّع الإصابة بالعَدْوَى أبرز أسباب الانتحار المرتبط بفَيْرُوس كوفيد–١٩.

٢. النتائج المتعلقة بالسُّؤال الثاني:

ينص السُّؤال الثاني على ما يلي: "**ما الفئات المعرضة لخطر المعاناة من الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟**" وللإجابة عن هذا السُّؤال تم جمع البيانات المتعلقة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها، وقد أظهرت البيانات الواردة من الأدلة العالميَّة وجود فئات أكثر عرضة لخطر المعاناة من الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي والعَزْل من غيرها وعلى رأسهم الممارسون الصِّحيُّون (العاملون في مجال الرعاية الصحية) مثلما ذكرت عدة دراسات مثل (Madeo, ٢٠٠٣; Maunder et al., ٢٠٠٣; Bai et al., ٢٠٠٤; DiGiovanni et al., ٢٠٠٤; Robertson et al., ٢٠٠٤; Wu et al., ٢٠٠٩)، وفي حين أكدت دراسة أجراها ماوندر وآخرون (Maunder et al., ٢٠٠٣) أن مقدمي الرعاية (الآباء والأمهات) المصابين أو المشتبَه بإصابتهم بالعَدْوَى هم أكثر الفئات عرضةً لخطر المعاناة من الآثار النفسيَّة في أثناء فترة الحَجْر الصحي نتيجة القَلَق على رعاية الأطفال، نجد أن الإناث والمرضى المصابين بأمراض مزمنة، أو إعاقات وظيفية، أو اضطرابات نفسيَّة مسبقة هم أكثر الفئات عرضة لخطر المعاناة من الآثار النفسيَّة للعَزْل كما أشارت دراسة ماك وآخرين (Mak et al., ٢٠١٠).

٣. النتائج المتعلقة بالسُّؤال الثالث:

ينص السُّؤال الثالث على ما يلي: "**ماعوامل الخطر التي تتنبأ بالتأثير النَّفْسي السَّلْبيّ للحَجْر الصحي وعَزْل المرضى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟**" وللإجابة عن هذا السُّؤال تم جمع البيانات المتعلقة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها وتبين أن مُدَّة الحَجْر الصحي متغير مهم عند تقييم تأثير تفشِّي الأَوْبِئة المعْدِيَة على الصِّحة النفسيَّة؛ حيث تظهر الدراسات أنه كلما طال الوقت الذي يقْضِيه الفرد في الحَجْر الصحي ازداد ارتباطه بتدهْور صحته النفسيَّة، ففي الأَوْبِئة السابقة ارتبطت فترة البقاء في الحَجْر الصحي لمدة تزيد عن عشرة أيام بمجموعة واسعة من الاضطرابات النفسيَّة، فعلى سبيل المثال وجدت دراسة أجرتها هوريلوك وآخرون (Hawryluck et al., ٢٠٠٤) انتشارًا لاضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة بنسبة (٢٨,٩٪) والاكتِئاب بنسبة (٣١,٢%) بين المشاركين الذين تم حجرهم لأكثر من ١٠ أيام مقارنة بأولئك الذين كانوا في الحَجْر الصحي لمدة تقل عن عشرة أيام، في حين استوفى (١٧) عاملاً من بين (٣٣٨) عامل في مجال الرعاية الصحية في مستشفى شرق تايوان ممن تم حَجْرهم لمدة تسعة أيام نتيجة لاشتباه تواصلهم مع مرضى تم توكيد إصابتهم بفَيْرُوس سارس معايير اضطراب الإجهاد الحاد (Bai et al., ٢٠٠٤)، بالإضافة إلى الشعور بالغضَب والأذى كما بينت دراسة روبرتسون وآخرين (Robertson et al., ٢٠٠٤)

بالإضافة إلى طول مدة الحَجْر الصحي كانت التَّعديلات المتكرِّرة لإجراءات مُكافحة العَدْوَى عامل خطر في مُعاناة العاملين في مجال الرعاية الصحيَّة وزيادة شعورهم بالأرَق والإرهاق وعدم التيقُّن كما بينت دراسة باي وآخرين (Bai et al., ٢٠٠٤) فضلاً عن ذلك، شكّل الإجهاد المالي الناجم عن انخفاض الدَّخْل بعد التَّعافي من المرض عامل خطر على تطوُّر الاضطرابات النفسيَّة لدى الأفراد الخاضعين للعَزْل والحَجْر الصِّحي، كما ذكرت دراسة مهاشي وآخرين (Mihashi et al., ٢٠٠٩) بالإضافة إلى عوامل أخرى شملت الجنس، والقُيود الغذائيَّة، وقُيود الخروج، وتعقيم الملابس، ومُكافَحة العَدْوَى، وبالمثل حدَّدت دراسة جيونج وآخرين (Jeong et al. ٢٠١٦) الخسارة الماليَّة كعامل خطر للتعرُّض لأعراض القَلَق والغضَب في أثناء العَزْل وبعد الخروج منه بالإضافة إلى عدة عوامل شملت عدم كفاية الإمدادات الضروريَّة (كالطعام، والملابس، والإقامة)، وأنشطة التواصُل الاجتماعيّ (عدم استخدام البريد الإلكتروني أو الرسائل النصيَّة، وعدم استخدام الإنترنت)، والمرضى الذين لديهم تاريخ مع الاضطرابات النفسيَّة، وبالمثل توصلت مُراجَعة آباد وآخرين (Abad et al., ٢٠١٠) ودراسة فو وتشانغ (Fu & Zhang, ٢٠٢٠) إلى ارتباط تاريخ المرض النَّفْسي بارتفاع درجات القَلَق لدى الأشخاص الخاضعين للحَجْر الصحي.

وقد كانت من أهم عوامل الخطر المرتبطة بتطوُّر أعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة المرتبط بالحَجْر الصحي والعَزْل الصعوبة المتصوَّرة للامتثال لمتطلبات الحَجْر الصحي، وكون الفرد الخاضِع للحَجْر الصحي أو العَزْل هو

أحد العاملين في منشآت ومؤسَّسات الرعاية الصحيَّة كما ذكرت دراسة رينولدز وآخرين (Reynolds et al., ٢٠٠٨)، في حين حددت دراسة ماك وآخرين (Mak et al., ٢٠١٠) الإصابة بمرض طبي مُزْمن، ووجود ألم كبير، وإعاقة وظيفيَّة، والجنس الأنثوي كمؤشرات قوية لأعراض اضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، وقد وجدت دراسة سون وآخرين (Soon et al., ٢٠١٣) أن الإجهاد النَّفْسي المدرَك Perceived Stress – والذي عُرِّف في الدراسة: بأنه قياس ما إذا كان المرضى في العَزْل قد أدركوا أن تجربة الاتِّصال المنعزل بما تنطوي عليه من ضرَر أو خسارة أو تهديد أو تحدٍّ هي حدث ضاغط نفسيًّا – كان عاملاً مُنبئًا بالقَلَق في أثناء العَزْل، كما وجدت الدراسة نفسها أن عدم كفاية الدعم الاجتماعي المدرَك Perceived Social Support للأهل والأصدقاء وغيرهم من الأشخاص المهمين في حياة المرضى كان عاملاً مُنبئًا بتطور أعراض الاكتِئاب في أثناء تجربة العَزْل، في حين أفادت دراسة قوه وآخرين (Guo et al., ٢٠٢٠) أن الوَصْمَة وعدم التيقُّن بشأن عواقب العَدْوَى هما السَّببان الرئيسان للمشاعر والأفكار السَّلْبيّة بين المرضى المصابين بفَيْرُوس كوفيد–١٩.

٤. النتائج المتعلقة بالسُّؤال الرابع:

ينص السُّؤال الرابع على ما يلي: "**ما العوامل الوقائية التي تؤثر في نتائج الصِّحة النفسيَّة في أثناء الحَجْر الصحي وعَزْل المرضى المذكورة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها؟**" وللإجابة عن هذا السُّؤال تم جمع البيانات المتعلقة في الدراسات التي تمَّت مُراجَعتها، وتبين أن هناك عدة عوامل وقائية تُسهِم في التخفيف من الآثار النفسيَّة للعَزْل والحَجْر الصحي منها: طَمْأنة المرضى، وجلسات الاستشارة، والتسهيلات المقدَّمة في مراكز الحَجْر الصحي أو العَزْل والتي كان لها تأثير معتدل في التعافي السريع، كما عمل توفير شاحن للجوال، وإحضار الطعام المطبوخ من المنزل مرة واحدة في الأسبوع كمُعزِّز للتواصل الاجتماعي وبالتالي ساهم في تقليل الملَل وتحْسِين التواصل (Rashid et al., ٢٠٢٠) في حين أفاد بعض المرضى الناجين من فَيْرُوس سارس في الدراسة التي أجراها تانسي وآخرون (Tansey et al., ٢٠٠٧) أن العاملين في مجال الرعاية الصحية كانوا يقضون الوقت معهم في الوقت المناسب، ويمنحونهم الدعم العاطفي في أثناء فترة العَزْل مما ساعدهم على التخفيف من حدة مشاعر الخَوْف والقَلَق والعُزلة، علاوة على ذلك أظهرت دراسة جان وآخرين (Gan et al., ٢٠٢٠) أن الدعم الحكومي المقدَّم من الحكومة الصِّينية باعتباره شكلاً فريدًا من أشكال الدعم الاجتماعي لمن يخضعون للحَجْر الصحي قد لعب دورًا مهمًا في حماية الأشخاص الذين تم وضعهم في الحَجْر الصحي من الشعور بالقَلَق، وقد أوعزت دراسة ريتيش وآخرين (Ritish et

al., ٢٠٢٠) أعراض الاكتِئاب المنخفضة لدى العينة إلى حقيقة أن معظم المشاركين كانوا من الشباب، ويعملون من المنزل مقابل أجْر مما ساهم في التقليل من احتمالية شعورهم بالملَل وربما كان ذلك سببًا داعمًا لرفاهيتهم النفسيَّة، أما بالنسبة للكبار والأفراد غير المتعلمين، فقد شددت دراسة تشين وآخرين (Chen et al., ٢٠٢٠) على أهمية الهاتف المحمول لهذه الفئات كونه الوسيلة الوحيدة التي تمكنهم من التواصل مع عائلاتهم ومع الآخرين.

مناقشة النتائج:

على عَكْس الكوارث الطبيعيَّة التي يتَّحد فيها أفراد المجتمع جسديًّا واجتماعيًّا من أجل هدف مُشترَك لمساعدة الآخرين، تفرض أزمة الأَوْبِئة المعْدِيَة إجراءات "الفَصْل" كضرورة حَتميّة للبقاء على قَيْد الحياة (Polizzi, Lynn, & Perry, ٢٠٢٠)، حيث يُعد الحَجْر الصحي والعَزْل الطبي من أهم التدخلات غير الصيدلانيَّة التي يتم تنفيذها في أثناء تفشِّي الأَوْبِئة والتي تتضمن فَصْلًا جسديًّا وحَبْسًا للأفراد بهدف منع انتقال المرض وحماية الصِّحة العامَّة (Koenig, ٢٠١٦)، وقد ساعدت هذه الإجراءات إلى حدٍّ ما في السيطرة على تفشِّي العَدْوَى ولكنها خلَقتْ في الوقت نفسه تَجرِبة غير مألوفة وغير سارة للأفراد الخاضعين لمثل هذه الإجراءات (Li et al., ٢٠٢٠)؛ كونها تَجرِبة محفوفة بالمخاطر من وجهة نظر نفسيَّة بسبب ظهور بعض المشاعر المؤلمة مثل عدم التيقُّن والخَوْف واليأس، كما أنها تتضمن ضرورة الانفصال عن الأصدقاء والعائلة، والابتعاد عن الروتين اليومي المعتاد حيث يُحظَر على الشخص الذي تم وضعه في الحَجْر الصحي أو العَزْل ممارسة العديد من الأنشطة المعتادة، والذهاب إلى بعض الأماكن كما هو الحال في الإصلاحيات وغيرها من سياقات السِّجْن (Usher, Bhullar, & Jackson, ٢٠٢٠) وعلى هذا النحو، قد تؤدي مثل هذه التدابير الوقائيَّة إلى تفاقم التبعات النفسيَّة السَّلْبيَّة وزيادة حِدّة المشاعر السَّلْبيّة وانخفاض المشاعر الإيجابِيّة بين الأفراد الخاضعين لمثل هذه الإجراءات (Li et al., ٢٠٢٠)، وقد وصفت الدراسات التي تمَّت مُراجعتها في الدراسة الحالية بعض هذه التبعات النفسيَّة السَّلْبيَّة من أبرزها الشُّعور بالخَوْف

والاكتِئاب والقَلَق، واضطراب الإجهاد الحاد، واضطراب كَرْب ما بعد الصَّدْمة، والغضَب والإِحْبَاط، والوَصْم وفقدان إخفاء الهوية، والمَلَل والعُزلة، وانخفاض جودة النوم، والانتحار، كما أظهرت الدراسات التي تمَّت مُراجعتها أن تدابير الحَجْر الصحي والعَزْل الطبي يمكن أن تؤدي إلى آثار ضارة على الصحة النفسيَّة حتى بعد مُرور ستة أشهر إلى ثلاث سنوات من الخروج من العَزْل أو الحَجْر الصحي (Wu et al., ٢٠٠٩; Liu et al., ٢٠١٢; Jeong et al. ٢٠١٦)، وقد تمت ملاحظة هذه التأثيرات على المرضى، ومُقدِّمي الرعاية الصحية، والعاملين في مجال الرعاية الصحية مما يشير إلى وجود بعض الديناميكيات النفسيَّة والاجتماعيَّة المعقدَّة التي يمكن أن تحدث بين أصحاب المصلحة الرئيسيين في عملية الحَجْر الصحي أو العَزْل ممن يحتمل أن يتأثروا ويعانوا من نتائج سَلْبية على صحتهم النفسية (Hossain, Sultana & Purohit, ٢٠٢٠)، الجدير بالذكر أنه على الرغم من وجود مثل هذه المشكلات والاضطرابات النفسيَّة الشائعة بين المرضى والممارسين الصِّحيين فإن معظم المهنيين الصحيين العاملين في وحدات العَزْل والمستشفيات لا يتلقون أي تدريب على تقديم الرعاية الصحية النفسيَّة للتعامل مع هذا النوع من الأزمات (Lima et al., ٢٠٢٠)

تأتي هذه البيانات من دراسات أُجرِيَت في مجموعة متنوعة من البلدان؛ شملت دولاً في قارة آسِيا (كُورِيا الجَنوبِيَّة، الصِّين، تايوان، هونغ كونغ، بَنْغلَادِيش، سنغافورة)، وأَمْريكا الشَّماليَّة والوسطى والجَنوبِيَّة (كندا، أَمريكا، الْمَكْسِيك، الإكوادور)، وإِفريقيا (سِيراليُون، نيجيريا، لِيَبْرِيَا) وأنواع مختلفة من

المرافق والمنشآت الصحية؛ وقد استخدمت معظم هذه الدراسات مقاييس مختلفة للكشف عن الحالة المزاجية للمرضى وسُلوكياتهم مما يجعل من الصعب المقارنة بين نتائجها، بالإضافة إلى ذلك كان هناك تباين شديد في توقيت تقييم المشاركين في أثناء وبعد انقضاء مُدة العَزْل أو الحَجْر الصحي مما قد ينجم عنه تأثير متباين في النتائج.

كما حددت الدراسة الحالية الفئات الأكثر عرضة لخطر المعاناة من الآثار النفسيَّة للحَجْر الصحي والعَزْل؛ وتشمل هذه الفئات: الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالعَدْوَى مثل العاملين في مجال الرعاية الصحية، ومُقدِّمي الرعاية (الآباء والأمهات) غير القادرين على توفير الرعاية الكافية لأطفالهم بسبب الإصابة بالعَدْوَى أو الاشتباه بإصابتهم بالعَدْوَى، والإناث، والأشخاص الذين يعانون من أمراض طبية مُزْمِنة أو إعاقات وظيفيَّة أو اضطرابات نفسيَّة مُسبَقة، ومن هم في وضع اقتصادي مُتدنٍ أو عانوا من خسارة مالية خلال فترة الحَجْر الصحي أو العَزْل، وتشير هذه البيانات إلى الحاجة إلى إيلاء اهتمام خاص لهذه الفئات في أثناء وبعد وقوع الجائِحة، وتتماشى هذه النتائج مع مُراجَعة منهجية حديثة نُشِرت في مجلة علم الأَوْبِئة والصِّحَّة أجراها حسين وآخرون (Hossain et al., ٢٠٢٠)

تشير الدلائل المستمدَّة من الجائِحة الحالية وتفشِّي الأمراض المعْدِيَة السابقة إلى أن هناك عدة أسباب وراء التأثير السَّلْبيّ لتجربة الحَجْر الصحي والعَزْل الطبي على الصحة النفسيَّة؛ من ذلك أن الأفراد الخاضعين للحَجْر الصحي أو العَزْل قد يواجهون بعض الصُّعوبات في الحصول على الإمدادات

الضرورية كالطعام والملابس، وقد تتم مقاطعة أنشطة تواصلهم الاجتماعي مثل عدم قدرتهم على استخدام البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية، والإنترنت (Jeong et al. ٢٠١٦) مما قد يؤدي إلى إثارة مشاعر الغضَب والإِحْبَاط لدى الأفراد الخاضعين للحَجْر الصحي أو العَزْل (Pandya & Sareddy, ٢٠٢٠)، ومن المحتمل أيضًا أن يكون السبب وراء الآثار النفسيَّة السَّلْبيّة للعَزْل مرتبطًا بالغُمُوض وعدم التيقُّن (Abad et al., ٢٠١٠) بشأن معرفة نتائج اختبارات المسحة الأنفيَّة أو الأحداث المحتملَة التي ستتبع الإصابة بالعَدْوَى والوَصْمَة وفقدان السيطرة Loss of control الفعَّالة على المخاطر (Gammon., Hunt., & Musselwhite ٢٠١٩)، فضلاً عن المخاوف الماليَّة نتيجة طول فترة الإقامة في المستشفى، وانخفاض الدَّخْل بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل القيود الغذائية، وقيود الخروج، وتعقيم الملابس، ومُكافَحة العَدْوَى (Mihashi et al., ٢٠٠٩)، وقد أشارت الأبحاث أيضًا إلى أن تحديد شدة الاضطرابات النفسيَّة يعود إلى بعض عوامل الإجهاد المقترحة مثل مُدَّة إجراءات الحَجْر الصحي (Hawryluck et al., ٢٠٠٤; Reynolds et al., ٢٠٠٨) حيث يبدو أن فترة الحَجْر الصحي الطويلة قد تزيد من مخاطر النتائج النفسيَّة السَّلْبيّة للحَجْر الصحي (Brooks et al., ٢٠٢٠) ومع ذلك، فقد أوضح مؤلفون آخرون أن دراسات الحَجْر الصحي والعَزْل في الفاشيات السابقة غير قابلة للمُقارنة مع الحَجْر الصحي والعَزْل في الجائِحة الحالية، إذ إن الخضوع للحَجْر الصحي في الوقت الحالي مع إمكانية الوصول إلى الوسائل الرقمية للحفاظ على التواصل والعمل والتعليم هو أمر غير مسبوق (Altena et al., ٢٠٢٠) فعلى سبيل المثال،

قد يكون الأفراد أكثر تسامحًا مع الحَجْر الصحي أو العَزْل في أثناء تفشِّي جائِحة كوفيد-١٩ مقارنةً بتفشِّي جائِحة سارس؛ لأن التطور السريع للإنترنت والاتصال عبر الإنترنت قد سهّل الاتصالات الاجتماعية، وقدَّم أيضًا أشكالًا جديدة من الترفيه خلال الوباء الحالي (Lu, Nie & Qian, ٢٠٢٠) وبالتالي ساهم في التخفيف من العواقب السَّلْبيّة للعَزْل والحَجْر الصحي، ولذلك هناك حاجة قوية لإجراء دراسات حول الوضع الحالي لتحديد مدى تأثير فَيْرُوس كوفيد-١٩ وفهم المحددات لتنفيذ التدخلات المناسبة (Gualano, Moro, Voglino, Bert & Siliquini, ٢٠٢٠) إذ من الأهمية بمكان التفكير فيما وراء الجائِحة الجارية، والعمل ليس من أجل التغلب على التحدي الحالي ولكن أيضًا من أجل تطوير المعرفة والإجراءات اللازمة التي ستمكن من اتخاذ إجراءات في الوقت المناسب ضد الأَوْبِئة مُستقبَلاً (Denadai & Lo, ٢٠٢٠).

أما فيما يتعلق بالعوامل التي ساهمت في الحد من التأثير النفسي للحَجْر الصحي أو العَزْل فقد أشارت الدراسات التي تمت مراجعتها إلى أهمية طَمأنة الأطباء للمرضى، وجلسات الاستشارة، والتسهيلات المقدَّمة في وحدات العَزْل في التعافي السريع، وأن العمل من المنزل في أثناء الحَجْر الصحي، ووجود الهواتف المحمولة للتواصل مع العائلة والأصدقاء، وقضاء العاملين في مجال الرعاية الصحية بعض الوقت مع المرضى الذين تم وضعهم في العَزْل ودعمهم عاطفيًّا، بالإضافة إلى الدعم الحكومي كشكل فريد من أشكال الدعم الاجتماعي قد لعب دورًا مهمًّا في حماية الأشخاص الذين تم وضعهم في الحَجْر الصحي أو العَزْل من التعرض للتبعات النفسية السَّلْبيّة.

الآثار المترتبة على مُراجَعة الأدبيات:

تشير الآثار المترتبة على مُراجَعة الأدبيات إلى أهمية أن يكون الممارسون الصحيون مثل الأطباء والممرضات وأخصائيي مُكافَحة العَدْوَى على دراية تامة بالتأثيرات النفسيَّة لتجربة المرضى للعَزْل داخل المستشفى، والتدريب للتعامل مع مثل هذه الأزمات؛ إذ بموجب إجراءات العَدْوَى الصارم لا يُنصح الأفراد غير الأساسيين مثل الأطباء النَّفْسيين والأخصائيين النَّفْسيين والأخصائيين الاجتماعيِّين من دخول أجنحة العَزْل ولذلك يصبح العاملون في مجال الرعاية الصحية في الخطوط الأمامية هم العاملون الرئيسيون الذين يقدمون التدخُّلات النفسيَّة للمرضى في المستشفيات (Duan & Zhu, ٢٠٢٠) وبالتالي ينبغي تَهيئة الممارسين الصِّحيين للتعامل مع مثل هذه الأزمات البيولوجيَّة من خلال التدريب على الرعاية الصِّحية النفسيَّة كأن يكون ذلك جزءًا من برامج التعليم المستمر لمكافَحة العَدْوَى (Soon et al., ٢٠١٣)، وفي الوقت نفسه يجب على الأطباء النَّفْسيين والأخصائيين النَّفْسيين تحسين التدابير الوقائية للمرضى المصابين بالاضطرابات النفسيَّة قبل وبعد تفشِّي الفاشيات الوَبَائية وغيرها من الأحداث الصَّدمية الكبرى، يشمل ذلك المتابعة الهاتفيَّة، وتحسين خدمات الإرشاد النَّفْسي، والتعديل الاستباقي لجرعات الأدوية إذا لزم الأمر (Fu & Zhang, ٢٠٢٠) ومن أجل تقليل الآثار السَّلْبيّة للحَجْر الصحي والعَزْل الطبي، يحتاج صانعو القرار والمتخصصون في الرعاية الصحية إلى الالتزام بمدة الحَجْر الصحي الموصى بها لحضانة الوباء وعدم تمديدها تحت أي ذَريعة، والتأكد من تزويد الأفراد الخاضعين للعَزْل أو الحَجْر

الصحي بأشكال مختلفة من الدَّعم النَّفْسي والاجتماعي والاقتصادي عند تنفيذ التدخلات غير الصيدلانيَّة أو أي شكل من أشكال القيود، والتأكد من أن لديهم إمدادات كافية لتلبية احتياجاتهم الأساسيَّة، وعدم مُقاطَعة أنشطة تواصلهم الاجتماعي من خلال توفير الوصول إلى الإنترنت والهواتف الذكية، وتشجيع الأفراد الخاضعين للحَجْر على الحفاظ على نمط حياة نشِط داخل المنزل، في مقابل تشجيع المرضى في وحدات العَزْل على تطوير استراتيجياتهم الخاصة للتكيُّف مع الضغوط النفسيَّة المرتبطة بالعَدْوَى، بالإضافة إلى تعزيز الصحة النفسيَّة للمُمارسين الصحيين خلال الأوقات المضطربة.

الاستنتاج:

جمعت هذه المراجَعة السَّرِيعة الأدلة والبحوث المتعلقة بنتائج الصحة النفسيَّة لكلٍّ من الحَجْر الصحي والعَزْل باعتبارهما من أهم التدخلات غير الصيدلانيَّة المستخدَمة للمساعدة في منع انتشار الأمراض شديدة العَدْوَى مثل فَيْرُوسات الجهاز التنفُّسي المستجدة بما فيها فَيْرُوس كوفيد-١٩، وتشير الأدلة الحاليَّة إلى وجود عِبْء ثقيل للاضطرابات النفسيَّة بين المرضى المصابين ومقدمي الرعاية والعاملين في مجال الرعاية الصحيَّة، ولذلك ينبغي التعرُّف على هذه الآثار النفسية، وتحديد عوامل الخطر للتعرض للاضطرابات النفسيَّة في أثناء الحَجْر الصحي والعَزْل، والعوامل الوقائيَّة المحصنة التي تؤثر في نتائج الصحة النفسيَّة لتعزيز خدمات الصحة النفسيَّة التي تعمل على تقوية الصلابة النفسيَّة في مواجهة الضغوط النفسيَّة المرتبِطة بالأمراض المعْدِيَة لدى الأشخاص الخاضعين للحَجْر الصحي أو العَزْل الطبي وتسريع تعافيهم من العَدْوَى، وبناء قُدرات الكادر الصِّحي في مجال مُكافَحة العَدْوَى على تحديد وإحالة الأشخاص المشتبه بحاجتهم إلى الرعاية النفسيَّة المتخصِّصة، وتنفيذ التدخُّلات غير الصيدلانيَّة التي تأخذ بعين الاعتبار اهتمامات الأفراد واحتياجاتهم الأساسية من أجل ضَمان سلامتهم النفسيَّة.

المراجع العربية

١. مُنظَّمة الصِّحة العالميَّة. (١٠ شباط/فبراير، ٢٠٢٠أ). مرض فَيْرُوس الإيبولا. استرجعت في تاريخ ٤ سبتمبر، ٢٠٢٠ من https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease

٢. مُنظَّمة الصِّحة العالميَّة. (١٩ آب/أغسطس، ٢٠٢٠ب). الاعتبارات المتعلقة بالحجر الصحي لمخالطي حالات كوفيد-١٩. استرجعت في تاريخ ١٤ سبتمبر، ٢٠٢٠ من https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/١٠٦٦٥/٣٣٣٩٠١/WHO-٢٠١٩-nCoV-IHR_Quarantine-٢٠٢٠,٣-ara.pdf

References

٣. Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (٢٠١٠). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. The Journal of hospital infection, ٧٦(٢), ٩٧-١٠٢.

٤. Adler, A., Kim, P., Thomas, S., & Sipos, M. (٢٠١٨). Quarantine and the U.S. military response to the Ebola crisis: soldier health and attitudes. Public Health,١٥٥, ٩٥-٩٨.

٥. Altena, E., Baglioni, C., Espie, C., Ellis, J., Gavriloff, D., Holzinger, B., Schlarb, A., Frase, L., Jernelöv, S., Riemann, D. (٢٠٢٠). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-١٩ outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. Journal of Sleep Research, ٢٩(٤), e١٣٠٥٢.

٦. Bai, Y., Lin, C., Lin, C., Chen, J., Chue, C., & Chou, P. (٢٠٠٤). Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved with the SARS Outbreak. Psychiatric Services, ٥٥(٩),١٠٥٥-٧.

٧. Barbisch, D., Koenig, K., Shih, F. (٢٠١٥). Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, ١(٥),١-٧.

٨. Bell, D., Nicoll, A., Fukuda, K., Horby, P., Monto, A., & Arbor, A. (٢٠٠٦). Nonpharmaceutical Interventions for Pandemic Influenza, National and Community Measures. Emerging infectious diseases, ١٢(١), ٨٨-٩٤.

٩. Bo, H., Li, W., Yuan Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. (٢٠٢٠). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-١٩ in China. Psychol Med, ٢٧;١-٢.

١٠. Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. (٢٠٢٠). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet Psychiatry, ٧(٣), ٢٢٨-٢٢٩.

١١. Čabarkapa, S., Nadjidai, SE., Murgier, J., & Ng, CH. (٢٠٢٠). The psychological impact of COVID-١٩ and other viral epidemics on frontline

healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. Brain Behavior & Immunity - Health, ٨, ١٠٠١٤٤.
١٢. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (٢٠١٧, Sep ٢٩). Quarantine and isolation. Retrieved from https://www.cdc.gov/quarantine/index.html (accessed Jul ١٩, ٢٠٢٠).
١٣. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (٢٠٢٠, April ٢٧). Nonpharmaceutical Interventions (NPIs). Retrieved from https://www.cdc.gov/nonpharmaceutical-interventions/index.html (accessed Sep ٢٩, ٢٠٢٠).
١٤. Cetron, M., & Landwirth, J. (٢٠٠٥). Public health and ethical considerations in planning for quarantine. The Yale journal of biology and medicine, ٧٨(٥), ٣٢٩-٣٤.
١٥. Chao, M., Chen, X., Liu, T., Yang, H., & Hall, B. (٢٠٢٠). Psychological distress and state boredom during the COVID-١٩ outbreak in China: the role of meaning in life and media use. European Journal of Psychotraumatology,١١(١),١٧٦٩٣٧٩.
١٦. Chen, D., Song, F., Tang, L., Zhang, H., Shao, J., Qiu, R., Wang, X., & Yea, Z. (٢٠٢٠). Quarantine experience of close contacts of COVID-١٩ patients in China: A qualitative descriptive study. General Hospital Psychiatry, ٦٦, ٨١-٨٨.
١٧. Denadai, R., & Lo, L. (٢٠٢٠). Craniofacial Surgeons in Different Settings Facing the COVID-١٩ Pandemic. Journal of Craniofacial Surgery, (٦).
١٨. DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (٢٠٠٤). Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto During the ٢٠٠٣ SARS Outbreak. Biosecur Bioterror, ٢(٤), ٢٦٥-٧٢.
١٩. Dsouza, D., Quadros, S., Hyderabadwala, Z., & Mamun, M. (٢٠٢٠). Aggregated COVID-١٩ suicide incidences in India: Fear of COVID-١٩ infection is the prominent causative factor. Psychiatry Research, ٢٩٠, e١١٣١٤٥.
٢٠. Duan, L., & Zhu, G. (٢٠٢٠). Psychological interventions for people affected by the COVID-١٩ epidemic. The Lancet Psychiatry, ٧, ٣٠٠–٣٠٢.
٢١. Fan, P., Aloweni, F., Lim, S., Ang, S., Perera, K., Quek, A., Quek, H., & Ayre, T. (٢٠٢٠). Needs and concerns of patients in isolation care units - learnings from COVID-١٩: A reflection. World J Clin Cases, ٨(١٠), ١٧٦٣–١٧٦٦.
٢٢. Fang, Y., Zhe, D., & Shuran, L. (٢٠٠٤). Survey on Mental Status of Subjects Recovered from SARS. Chinese Mental Health Journal, ١٨(١٠), ٦٧٥–٦٧٧.
٢٣. Fu, R., & Zhang, Y. (٢٠٢٠). Case report of a patient with suspected COVID-١٩ with depression and fever in an epidemic stress environment. General Psychiatry, ٣٣(٣), e١٠٠٢١٨.
٢٤. Gammon, J., Hunt, J., & Musselwhite, C. (٢٠١٩). The stigmatisation of source isolation: a literature review. Journal of Research in Nursing, ٢٤(٨).
٢٥. Gan, Y., Ma, J., Wu, J., Chen, Y., Zhu, H., & Hall, B. (٢٠٢٠). Immediate and Delayed Psychological Effects of Province-wide Lockdown and Personal

Quarantine during the COVID-١٩ Outbreak in China. Psychological Medicine.
٢٦. Gualano, M., Moro, G., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (٢٠٢٠). Effects of Covid-١٩ Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. Int. J. Environ. Res. Public Health, ١٧, ٤٧٧٩.
٢٧. Guo, Q., Zheng, Y., Shi, J., Wang, J., Li, G., Li, G., Fromson, J., Xu, Y., Liu, X., Xu, H., Zhang, T., Lu, Y., Chen, X., Hu, H., Tang, S., Zhou, H., Wang, X., Chen, H., Wang, Z., Yang, Z. (٢٠٢٠). Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID ١٩ and its association with peripheral inflammation: A mixed-method study. Brain, Behavior, and Immunity, ٨٨, ١٧-٢٧.
٢٨. Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (٢٠٠٤). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. Emerg Infect Dis, ١٠(٧), ١٢٠٦–١٢١٢.
٢٩. Hossain, M., Sultana, A., & Purohit, N. (٢٠٢٠). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. Epidemiology and Health, ٤٢, e٢٠٢٠٠٣٨.
٣٠. Hwang, T., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (٢٠٢٠). Loneliness and social isolation during the COVID-١٩ pandemic. International Psychogeriatrics, ٣٢(١٠),١-١٥.
٣١. IFRC, UNICEF, & WHO. (٢٠٢٠, February ٢٤). A guide to preventing and addressing social stigma. Retrieved from https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-١٩ (accessed Sep ٢٧, ٢٠٢٠).
٣٢. Institute of Medicine. (٢٠٠٧). Ethical and Legal Considerations in Mitigating Pandemic Disease: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.
٣٣. James, P., Wardle, J., Steel, A., & Adams, J. (٢٠٢٠). An assessment of Ebola-related stigma and its association with informal healthcare utilisation among Ebola survivors in Sierra Leone: A cross-sectional study. BMC Public Health, ٢٠,١٨٢.
٣٤. Jeong, H., Yim, H., Song, Y., Ki, M., Min, J., Cho, J., Chae, J. (٢٠١٦). Mental health status of the quarantined people due to Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Epidemiology and Health, ٣٨, e٢٠١٦٠٤٨.
٣٥. Kim, H., Park, K., Shin, Y., Lee, J., Chung, S., Lee, T., Kim, M., Jung, J., Lee, J., Yum, M., Lee, B., Koh, K., Ko, T., Lim, E., Lee, J., Lee, J., Choi, J., Han, H., Shin, W., Lee, N., Kim, S., & Kim, H. (٢٠٢٠). Psychological Impact of Quarantine on Caregivers at a Children's Hospital for Contact with Case of COVID-١٩. J Korean Med Sci, ٣٥(٢٨), e٢٥٥.
٣٦. Koenig, K. (٢٠١٦). Quarantine for Zika Virus? Where is the Science?. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, ١(٥),١-٣.
٣٧. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., et al. (٢٠٢٠). Factors Associated with Mental Health Outcomes

Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease ٢٠١٩. JAMA Network Open, ٣(٣), e٢٠٣٩٧٦.
٣٨. Lee, S., Chan, L., Chau, A., Kwok, A., & Kleinman, A. (٢٠٠٥). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. Social Science & Medicine, ٦١, ٢٠٣٨–٢٠٤٦.
٣٩. Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (٢٠٢٠). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-١٩ Epidemic in Southwestern China. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, ٢٦, e٩٢٤٦٠٩-١–e٩٢٤٦٠٩-١٢.
٤٠. Li, W., Yang, Y., Liu, Z., Zhao, Y., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. (٢٠٢٠). Progression of Mental Health Services during the COVID-١٩ Outbreak in China. International journal of biological sciences, ١٦(١٠), ١٧٣٢-١٧٣٨.
٤١. Lima, C., Carvalho, P., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J., Souza, R., Silva, C., Neto, M. (٢٠٢٠). The emotional impact of Coronavirus ٢٠١٩-nCoV (new Coronavirus disease). Psychiatry Research, ٢٨٧, ١١٢٩١٥.
٤٢. Liu, Z., Kakade, M., Fuller, C., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (٢٠١٢). Depression after Exposure to Stressful Events: Lessons Learned from the SARS Epidemic. Compr Psychiatry, ٥٣(١), ١٥–٢٣.
٤٣. Lu, H., Nie, P., & Qian, L. (٢٠٢٠). Do Quarantine Experiences and Attitudes Towards COVID-١٩ Affect the Distribution of Mental Health in China? A Quantile Regression Analysis. Applied Research in Quality of Life.
٤٤. Madeo, M. (٢٠٠٣). The psychological impact of isolation. Nurs Times, ٩٩(٧), ٥٤-٥.
٤٥. Mak, I., Chu, C., Pan, P., Yiu, M., Ho, S., & Chan, V. (٢٠١٠). Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. Gen Hosp Psychiatry, ٣٢(٦), ٥٩٠-٨.
٤٦. Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (٢٠٠٣). The Immediate Psychological and Occupational Impact of the ٢٠٠٣ SARS Outbreak in a Teaching Hospital. Canadian Medical Association Journal, ١٦٨(١٠), ١٢٤٥–١٢٥١.
٤٧. Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., & Ishitake, T. (٢٠٠٩). Predictive Factors of Psychological Disorder Development During Recovery Following SARS Outbreak. Health Psychology, ٢٨(١), ٩١-١٠٠.
٤٨. Mohammed, A., Sheikh, T., Gidado, S., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., Ohuabunwo, C., Waziri, N., Shuaib, F., Adeyemi, J., Uzoma, O., Ahmed, A., Doherty, F., Nyanti, S., Nzuki, C., Nasidi, A., Oyemakinde, A., Oguntimehin, O., Abdus-salam, I., & Obiako, R. (٢٠١٥). An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola

virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study – ٢٠١٤. BMC Public Health,١٥, ٨٢٤.
٤٩. Moorthi, S., Radhika, P., & Muraleedharan, KC. (٢٠٢٠). Official Publication of Central Council for Research in Homoeopathy COVID-١٩ Special COVID-١٩ Special. World Journal of Pharmaceutical Research, ٦(١), ١٣٩-١٤٣.
٥٠. Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (٢٠١٤). Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. Journal of Clinical and Diagnostic Research, ٨(٩), WE٠١-٤.
٥١. Pandya, H., & Sareddy, P. (٢٠٢٠). "Quarantine": An Unparalleled and Pragmatic Weapon in the Prevention of Infectious Diseases. Journal of Integrated Health Science, ٨(١), ٢٩.
٥٢. Paz, C., Mascialino, G., Adana-Díaz, L., Rodríguez-Lorenzana, A., Simbaña-Rivera, K., Gómez- Barreno, L., Troya, M., Paez, M., Cardenas, J., Gerstner, R., & Ortiz-Prado, E. (٢٠٢٠). Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID-١٩ in Ecuador. Psychiatry and Clinical Neurosciences.
٥٣. Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., AlKourdi, Y. (٢٠١٥). Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia. PLoS ONE, ١٠(١٢), e٠١٤٣٠٣٦.
٥٤. Person, B., Sy, F., Holton, K., Govert, B., Liang, A., Garza, B., Gould, D., Hickson, M., McDonald, M., Meijer, C., Smith, J., Veto, L., Williams, W., & Zauderer, L. (٢٠٠٤). Fear and Stigma: The Epidemic within the SARS Outbreak. Emerging infectious diseases, ١٠(٢), ٣٥٨-٦٣.
٥٥. Polizzi, C., Lynn, S.J., Perry, A. (٢٠٢٠). Stress and Coping in the Time of COVID-١٩: Pathways to Resilience and Recovery. Clinical Neuropsychiatry, ١٧(٢), ٥٩-٦٢.
٥٦. Purssell, E., Gould, D., & Chudleigh, J. (٢٠٢٠). Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: Systematic review with meta-analysis. BMJ Open, ١٠(٢), e٠٣٠٣٧١.
٥٧. Rashid, S., Singh, C., Masood, S., & Khan, W. (٢٠٢٠). Immediate psychological impacts on the inmates of a quarantine-isolation facility in North Kashmir: a pilot study. International Journal of Research in Medical Sciences, ٨(٩), ١-٧.
٥٨. Reynolds, DL., Garay, JR., Deamond, SL., Moran, MK., Gold, W., & Styra, R. (٢٠٠٨). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. Epidemiol. Infect, ١٣٦(٧), ٩٩٧–١٠٠٧.
٥٩. Ritish, D., Dinakaran, D., Chander, R., Murugesan, M., Ibrahim, F., Parthasarathy, R., Pandey, P., Sharma, M., Pandian, D., Manjunatha, N., Reddi, S., Moirangthem, S., Kumar, C., Suresh, B., & Gangadhar, B. (٢٠٢٠). Mental health concerns in quarantined international air passengers during COVID-١٩ pandemic – An experiential account. Asian Journal of Psychiatry, ٥٣,١٠٢٣٦٤.

٦٠. Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S., & Stewart, D. (٢٠٠٤). The Psychosocial Effects of Being Quarantined Following Exposure to SARS: A Qualitative Study of Toronto Health Care Workers. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, ٤٩(٦), ٤٠٣-٧.
٦١. Schabas, R. (٢٠٠٧). Is the Quarantine Act relevant?. Canadian Medical Association Journal, ١٧٦(١٣),١٨٤٠-٢.
٦٢. Soon, M., Madigan, E., Jones, K., & Salata, R. (٢٠١٣). An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore. American journal of infection control, ٤١(١٠), e١١١-٣.
٦٣. Sprang, G., & Silman, M. (٢٠٠٤). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, ٧(١), ١٠٥-١٠.
٦٤. Tansey, C., Louie, M., Loeb, M., Gold, W., Muller, M., Jager, J., Cameron, J., Tomlinson, G., Mazzulli, T., Walmsley, S., Rachlis, A., Mederski, B., Silverman, M., Shainhouse, Z., Ephtimios, I., Avendano, M., Downey, J., Styra, R., Yamamura, D., Gerson, M., Stanbrook, M., Marras, T., Phillips, E., Zamel, N., Richardson, S., Slutsky, A., Herridge, M. (٢٠٠٧). One-Year Outcomes and Health Care Utilization in Survivors of Severe Acute Respiratory Syndrome. Arch Intern Med, ١٦٧(١٢),١٣١٢-٢٠.
٦٥. Tecirli, N., Ucuz, G., & Özel, F. (٢٠٢٠). Isolation, Quarantine, Social Distancing and Mental Health. The Bulletin of Legal Medicine, ٢٥(-Sp), ٣٢-٣٨.
٦٦. Tricco, AC., Langlois, EV., & Straus, SE. (٢٠١٧). Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA ٣,٠ IGO. Retrieved from https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/.
٦٧. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., Jackson, D. (٢٠٢٠). Family violence and COVID-١٩: Increased vulnerability and reduced options for support. International Journal of Mental Health Nursing, ٢٩(٤), ٥٤٩–٥٥٢.
٦٨. World Health Organization (WHO). (٢٠٢٠, August ٣). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-١٩ - ٣ August ٢٠٢٠. Retrieved from https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-١٩---٣-august-٢٠٢٠ (accessed Aug ٢٠, ٢٠٢٠).
٦٩. World Health Organization (WHO). (٢٠٢٠, March ١١). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-١٩ - ١١ March ٢٠٢٠. Retrieved from https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-١٩---١١-march-٢٠٢٠. (accessed Sep ٢٠, ٢٠٢٠).
٧٠. Wilder-Smith, A., & Freedman, DO. (٢٠٢٠). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (٢٠١٩-nCoV) outbreak. Journal of Travel Medicine, ٢٧(٢), ١- ٤.

٧١. Wong, L., Hung, C., Alias, H., & Lee, T. (٢٠٢٠). Anxiety symptoms and preventive measures during the COVID-١٩ outbreak in Taiwan. BMC Psychiatry, ٢٠(١), ١-٩.
٧٢. Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, Z., Fuller, C., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. (٢٠٠٩). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. Can J Psychiatry, ٥٤(٥), ٣٠٢–٣١١.
٧٣. Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. (٢٠٢٠). Timely mental health care for the ٢٠١٩ novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet Psychiatry, ٧(٣), ٢٢٨-٢٢٩.
٧٤. Yoon, M., Kim, S., Ko, H., & Lee, M. (٢٠١٦). System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with post-traumatic emotional distress by MERS: A case report of community-based proactive intervention in South Korea. International Journal of Mental Health Systems, ١٠(١), ٥١.

***

AlmrAjς Alçrbyħ

١ .mńĎm̋ħ AlSĦħ AlçAlmyħ. (١٠ ŝbAT/fbrAyr٢٠٢٠ ،Â). mrD fẏṙẃs AlĂybwlA. Astrjçt fy tAryx ٤ sbtmbr ٢٠٢٠ ،mn https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease
٢ .mńĎm̋ħ AlSĦħ AlçAlmyħ. (١٩ Āb/ÂγsTs٢٠٢٠ ،b). AlAçtbArAt Almtçlqħ bAlHjr AlSHy lmxAlTy HAlAt kwfyd-١٩. Astrjçt fy tAryx ١٤ sbtmbr ٢٠٢٠ ،mn https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/١٠٦٦٥/٣٣٣٩٠١/WHO-٢٠١٩-nCoV-IHR_Quarantine-٢٠٢٠,٣-ara.pdf

***