

اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى أطباء وممرضى قسم الطوارئ

صفاء داود ضبان^{1*}، فريدة بولسان²

¹ جامعة عمان الاهلية، كلية الآداب والعلوم

² جامعة عمان الاهلية، كلية الآداب والعلوم

الملخص

خلفية الدراسة ومشكلتها: يتعامل الأطباء والممرضون مع الحالات الطبية الحرجة والملاحظة المتكررة لحالات الوفاة أثناء عملهم، وقد تُعدّ بعض هذه المواقف أحداثاً صادمة ومرهقة للغاية، مما يعرّض هذه الفئة إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط الحاد.

الأهداف: هدفت الدراسة الحالية التعرف على مستوى اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى عيّنة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ.

الطرق المستخدمة: اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتكوّنت عيّنة الدراسة من (204) أفراد من أطباء وممرضى قسم الطوارئ، تم اختيارها بالطريقة المتيسرة، وقد تم استخدام مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس اضطراب الضغوط الحاد، بعد التأكد من صدقهما وثباتهما.

النتائج: أشارت النتائج إلى أنّ اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ جاءت بالمستوى المتوسط، وأنّ جميع أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة، وأبعاد اضطراب الضغوط الحاد جاءت بالمستوى المتوسط، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد تُعزى لمتغيّر توقيت التعرّض لآخر حالة صادمة لصالح "شهر أو أقل"، ووجود فروق في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد تُعزى لمتغيّر نوع المستشفى لصالح المستشفى الحكومي.

الاستنتاجات (التوصيات والمساهمة): أوصت الدراسة باقتراح فنيّات ليقوم بتطبيقها أطباء وممرضو قسم الطوارئ بعد التعرّض للحالات الصادمة، والبحث في أسباب الضغوط النفسية لديهم في المستشفيات الحكومية.

الكلمات المفتاحية

اضطراب الضغوط الحاد، اضطراب ما بعد الصدمة، أطباء الطوارئ، الأردن، قسم الطوارئ، ممرضو الطوارئ.

Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Among Emergency Units Doctors and Nurses

Safaa Daoud Daban^{*1}, Farida Boulasnan²

¹Al-Ahliyya Amman University, The Faculty of Arts and Science

²Al-Ahliyya Amman University, The Faculty of Arts and Science

Abstract

Background & Statement of the problem: Doctors and nurses in emergency units frequently encounter critical medical cases and are often exposed to repeated instances of patient death. Some of these experiences can be extremely traumatic and stressful, putting healthcare professionals at risk for developing post-traumatic stress disorder (PTSD) or acute stress disorder (ASD).

Objectives: The aim of this study is to assess the prevalence of PTSD and ASD among a sample of doctors and nurses working in emergency units.

Methods: The study employed a descriptive research approach. The sample included 204 doctors and nurses from emergency units, selected through stratified random sampling. Both the PTSD and ASD scales were utilized, with their validity and reliability confirmed prior to application.

Results: The findings revealed that PTSD and ASD levels among the sample were moderate. All dimensions of PTSD and ASD also fell within the average range. Statistically significant differences in PTSD and ASD levels were found based on the timing of exposure to the most recent traumatic event, with those exposed “a month or less” ago showing higher levels. Additionally, significant differences in PTSD and ASD levels were observed based on the type of hospital, with higher levels reported among healthcare professionals in government hospitals.

Conclusions (Recommendations and contributions): The study recommends the development of specific techniques to be used by emergency unit doctors and nurses after exposure to traumatic events. It also suggests further research into the factors contributing to psychological stress among healthcare professionals in government hospitals.

Key words

Acute Stress Disorder, Emergency Units, Emergency Units Doctors, Emergency Units Nurses, Jordan, post-traumatic stress disorder.

المقدمة

تُعدّ ضغوطات العمل أمراً شائعاً يواجهه الكثيرون، حيث تتنوع طبيعة هذه الضغوطات ما بين ضغوطات اجتماعية ومادية وانفعالية، تختلف حدّتها باختلاف الوظيفة وبيئة العمل، ولاسيما أنّ جميع تلك الضغوطات أو بعضها تؤدي إلى الضغط النفسي، والذي بدوره يظهر تأثيره واضحاً على الأفكار والمشاعر والسلوكيات، فماذا لو كانت بيئة العمل تتطلب الانتباه والتركيز الدائم، ويتم التعامل من خلالها مع مواقف مثيرة للانفعالات مثل الخوف والقلق والترقب، أو حتى مشاهدة أحداث صادمة، قد يكون لذلك أثرٌ مضاعفٌ للضغوطات على حالة الأفراد النفسية.

ولعل من تلك الفئات التي قد تتعرض لمثل تلك الضغوطات والأحداث الصادمة، فئة الأطباء والممرضين؛ وذلك لأنّ ساحة العمل لا تخلو من الضغوطات المتعددة، بسبب ساعات العمل الطويلة، وطبيعة ما يتعرّضون له من أنواع الأمراض والمشكلات والحوادث الطارئة، ومشاهد لا تخلو من كتم الأنفاس خاصة عندما يتعلق الأمر بالموت والحياة لأحد المرضى، فضلاً عنّا يتعرضون له من قلق اقتراف أي خطأ، وما سيترتب عليه من نتائج كارثية على حياة المرضى، كل ذلك كفيل بأن يؤثر سلباً على صحتهم النفسية، وقد يكون الطبيب أو الممرض هنا أمام احتمالين، إما أن تسعفه مرونته النفسية للتعايف، وإلا لن يتمكن من تجاوز تلك التجربة أو التأقلم معها، بل سوف يطور اضطراباً يكون سبباً في حدوث عجز وظيفي يؤثر سلباً على مسار حياته، يسمى اضطراب ما بعد الصدمة، أو اضطراب الضغوط الحاد (الغباشي، 2001؛ Friedman, 2015).

يُعدّ اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد رد فعل للتعرض لتجربة مزعجة وصادمة وغير مألوفة، يشهدها الفرد نفسه أو لأحد أفراد عائلته، مثل الكوارث الطبيعية، أو الحوادث الخطيرة، أو الاعتداء مثل التعرض للعنف، أو التحرش، أو التعذيب، ويعتمد تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد على مؤشرين، فعندما تبدأ الأعراض بعد الحدث الصادم، يُعدّ ذلك مؤشراً زمانياً للصدمة، أما ذكريات الحدث والتذكيرات به فهي مؤشر لمحتوى الصدمة، مما يؤدي إلى تغييرات في حياة الفرد الانفعالية على شكل مزاج مكتئب، وتوتر، وتملل، وسرعة الانفعال (جمعة، فتح الله وسعد، 2022؛ أبو عيشة وعبدالله، 2012).

تؤثر مجموعة الأعراض تلك ديناميكياً على الفرد جسدياً ونفسياً، حيث تتأثر ردود أفعاله الفسيولوجية وانفعالاته وتصورات ومعتقداته حول الحدث الصادم، مثل الرعب العاطفي الذي يؤدي إلى إطلاق هرمون الأدرينالين، وأيضاً معتقداته حول الإيمان والإنسان والحياة نفسها، والنظرة إلى العالم والعلاقات الاجتماعية ومفاهيم الذات والهوية الشخصية، وقد تؤثر الصدمة أيضاً على الدافعية ومستوى الوعي (Wilson & Keane, 2004).

النظرية البيولوجية

ركزت الأبحاث على ثلاثة مجالات لدراسة العوامل البيولوجية بدءاً بالدماغ، حيث إنّ الأشخاص المصابين باضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط الحاد لديهم نشاط أعلى في اللوزة التي تستجيب للانفعالات والتهديدات، بينما أظهرت قشرة الفص الجبهي التي تنظم تفاعل اللوزة مع المنبهات، نشاطاً أقل، وأيضاً انكماشاً في الحصين قد يكون سببه كثرة التعرّض للنواقل العصبية، أما في الجانب الجيني، وجدت إحدى الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة أنّه إذا أصيب أحدهما باضطراب ما بعد الصدمة فإنّ احتمالية إصابة الآخر مرتفعة (Nolen-Hoeksema, 2019).

مشكلة الدراسة

يتعرّض أطباء وممرضو قسم الطوارئ، لمواقف ضاغطة وأحداث صادمة بشكل مستمر بسبب طبيعة عملهم، هذه البيئة الضاغطة قد تؤثر على صحتهم النفسية بشكل سلبي، مما قد يؤثر بدوره على جودة الرعاية الصحية التي يقدمونها للمرضى خاصة إذا تطور الأمر للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط الحاد (Smith, 2020).

بالإضافة إلى ذلك، فإنّ أطباء وممرضى قسم الطوارئ غالباً ما يواجهون صعوبة في الوصول إلى الدعم النفسي والعلاج المناسب، بسبب ضغوط العمل والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية، لذلك تُعد دراسة هذه الظاهرة ضرورية لتحديد الاحتياجات النفسية لهذه الفئة المهنية وتقديم توصيات لتطوير بيئة عمل تدعم الصحة النفسية للعاملين في قسم الطوارئ (Brown & Davis, 2021).

ونذكر هنا من الدراسات العربية التي درست الضغوطات النفسية

لدى الممرضات في الأردن دراسة الجبور (2022) Al-Jobour
حيث إنّ مستوى الضغوط النفسية بينهنّ جاء مرتفعاً.

التي تتناول هذه الاضطرابات لدى أطباء وممرضى قسم الطوارئ.

الأهمية التطبيقية: تكمن أهمية الدراسة الحالية بإمكانية توفير نتائج ومعلومات للباحثين والمختصين في علم النفس الإكلينيكي حول مستوى اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى عيّنة الدراسة، كقاعدة مهمة لمزيد من الدراسات والبحوث بتناول متغيرات أخرى قد تلعب دوراً مهماً في الحالة الصحية والنفسية للفئة المستهدفة، أو تناول فئات وعينات أخرى قد تتعرض لأحداث صادمة ولما تتم دراستها بعد، كما أنّها تقدم لمتخذي القرار والمعنيين معلومات حول مستويات اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد، مما يشجع على إعداد استراتيجيات وبرامج علاجية فردية وجماعية لدعم الصحة النفسية ومعالجة الاضطرابات لهذه الفئة.

وهنا تكمن مشكلة الدراسة بمدى تأثر هذه الفئة بالصددمات والضغوطات خلال العمل وفهم العوامل المؤثرة، نظراً لندرة الدراسات العربية والمحلية التي تبحث باضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى أطباء وممرضى قسم الطوارئ. ستقوم هذه الدراسة بتسليط الضوء على تلك الفئة في المجتمع الأردني والتي تعتبر من الخطوط الأمامية في مواجهة أي مكروه قد يصيب صحة المواطن، ولفت الانتباه لما قد تتعرض له هذه الفئة من اضطرابات نفسية، حيث يتم اتخاذ إجراءات مناسبة لمعالجتها أو الوقاية منها.

أسئلة الدراسة

ما مستوى وجود اضطراب ما بعد الصدمة لدى عيّنة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ؟

ما مستوى وجود اضطراب الضغوط الحاد لدى عيّنة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عيّنة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ تُعزى لنوع المستشفى، وتوقيت التعرّض لآخر حالة صادمة؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى عيّنة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ تُعزى لنوع المستشفى، وتوقيت التعرّض لآخر حالة صادمة؟

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية: تكمن أهمية الدراسة الحالية بأهمية الموضوعات التي تتناولها، فاضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد من الموضوعات التي لازالت تحظى بالاهتمام لدى علماء النفس الإكلينيكي والباحثين، حيث إنّ العديد من الدراسات والأبحاث تتناول هذه الاضطرابات نظراً لاستمراريتها وخطورة تطور أعراضها في حالة عدم التدخل العلاجي، بالإضافة إلى إلقاء الضوء على فئة مهمة في المجتمع الأردني، وإنّ تعرّض هذه الفئة لمثل هذه الاضطرابات قد يؤثر على سير وظائفها وأدائها وكفاءتها، وجوانب حياتها الأخرى، كما تكتسب الدراسة الحالية أهميتها لقلة الدراسات العربية والمحلية

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية التعرف إلى مستوى اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى عيّنة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ، وفحص الفروق وفقاً للمتغيرات التصنيفية: نوع المستشفى وتوقيت التعرّض لآخر حالة صادمة، وتهدف الدراسة الحالية أيضاً إلى إثراء المعرفة حول صحة العاملين في مجال الرعاية الصحية ولفت النظر إلى عمل المزيد من الدراسات.

حدود الدراسة ومحدداتها

تقتصر إمكانية تعميم هذه الدراسة بمحدداتها الآتية:
الحدود الموضوعية: اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى أطباء وممرضى قسم الطوارئ.
الحدود البشرية: أطباء وممرضو قسم الطوارئ في عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة.

الحدود المكانية: محافظتا عمّان والكرّك في المملكة الأردنية الهاشمية.
الحدود الزمانية: خلال الفترة الزمنية (26 تشرين الثاني 2022) حتى (6 آب 2023).

الأدب النظري

من الشائع الشعور بدرجة من الضيق النفسي بعد التعرّض لصدمة، ويمكن اعتباره جزءاً من الاستجابة الطبيعية، فقد تظهر على معظم الأشخاص أعراض معينة في الأيام والأسابيع اللاحقة للصدمة، مثل

في الاستثارة تشمل مظهرين أو أكثر من: سلوك سريع الانفعال ونوبات غضب، السلوك الطائش أو المدمر، فرط اليقظة، جفل مبالغ فيه، صعوبة في التركيز، اضطرابات في النوم، هذه الأعراض تستمر أكثر من شهر واحد، حيث يسبب ضائقة في حياة الفرد أو ضعفاً اجتماعياً أو مهنياً أو غيرها من مجالات الحياة المهمة، ولا يُعزى الاضطراب إلى التغيرات الفسيولوجية بسبب مادة أو حالة طبية أخرى، وقد يصاحب تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة أعراض انفصالية تتمثل في أي من:

تبدد الشخصية: الشعور المستمر بالانفصال عن العمليات الإدراكية أو الجسد، كما لو أنّ الفرد يراقب نفسه من الخارج.

الغربة عن الواقع: الشعور بأنّ العالم المحيط بالفرد غير واقعي أو يشبه الحلم (American Psychiatric Association [APA], 2022)

اضطراب الضغوط الحاد

يُعرّف اضطراب الضغوط الحاد مفاهيمياً: بأنّه حالة تتميز بثلاثة أعراض فصامية أو أكثر، وإعادة الخبرة الصادمة، وتجنبها، حيث تستمر الأعراض من ثلاثة أيام إلى أربعة أسابيع بعد التعرّض للحدث الصادم (Cardeña & Carlson, 2011).

ويُعرّف إجرائياً: بأنّه الدرجة التي يحصل عليها الطبيب أو الممرض على فقرات مقياس اضطراب الضغوط الحاد المعتمد في الدراسة الحالية.

تشخيص اضطراب الضغوط الحاد

يتطلب تشخيص اضطراب الضغوط الحاد بحسب الـ (DSM-5-TR) معايير مشابهة تماماً لمعايير اضطراب ما بعد الصدمة من حيث التعرض للحدث الصادم، مع وجود تسع أو أكثر من فئات الأعراض الاقتحامية، وأعراض المزاج السلبي، والأعراض التجنبية، بالإضافة إلى الأعراض الانفصالية التي تتمثل بتغيّر إحساس الفرد بمحيطة أو بنفسه، وعدم المقدرة على تذكّر جانب مهم من الحدث الصادم.

تستمر الأعراض لمدة ثلاثة أيام حتى شهر واحد بعد التعرّض للصدمة، ويتسبب الاضطراب بضائقة سريرية أو عجز في مجالات

القلق واضطرابات النوم والشهية، وقد تظهر ردود أفعال أخرى مثل الخوف والحزن والشعور بالذنب والغضب، إنّ هذه الأعراض تستقر في أغلب الحالات في غضون أيام أو أسابيع قليلة، حيث يستخدم الأشخاص استراتيجيات التكيف المعتادة. ومع ذلك، فإنّ أقلية من الناس تستمر معهم الأعراض وتتطور إلى اضطراب الضغوط الحاد أو اضطراب ما بعد الصدمة (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013).

اضطراب ما بعد الصدمة

يعرف مفاهيمياً بأنه مجموعة الأعراض التي تعقب التعرّض لحدث مؤلم يكون من الصعب مواجهته من خلال الأساليب المعتادة لدى الفرد خاصة مع غياب الدعم الاجتماعي، فتتشكل الأعراض بصورة استعادة لخبرة الحدث المؤلم وتجنبه أيضاً (عادل، 2000).

ويعرف إجرائياً: بأنّه الدرجة التي يحصل عليها الطبيب أو الممرض على فقرات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المعتمد في الدراسة الحالية.

تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة

بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس المعدل (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision) (DSM-5-TR)) هنالك معايير تشخيصية لتشخيص الفرد باضطراب ما بعد الصدمة، تتمثل بالتعرّض لحدث تضمن الموت أو الشوك على حدوثه أو إصابة بالغة الخطورة إما بمشاهدتها شخصياً تحدث مع الآخرين، أو التعرّض المتكرر لتفاصيلها، ووجود واحد أو أكثر من الأعراض الاقتحامية مثل الذكريات أو الأحلام المزعجة المتكررة، أو ردود فعل انفصالية يشعر بها الفرد بغياب شعوره عن محيطه، أو ضائقة نفسية شديدة، أو ردود فعل فسيولوجية عند التعرّض لأي تذكير بالحدث الصادم. وأيضاً أعراض تجنبية، كبذل الجهد لتجنب الذكريات، أو المذكرات التي قد ترتبط بمحتوى الصدمة، وأعراض المزاج السلبي التي تتمثل بعدم القدرة على تذكر جانب مهم من الأحداث، أو وجود معتقدات وتوقعات سلبية ومبالغ فيها عن الذات أو الآخرين أو سبب تلك الأحداث، مع سلبية الحالة الانفعالية المستمرة مع تناقص الاهتمام أو المشاركة بالأنشطة الهامة، أو عدم المقدرة على تجربة مشاعر إيجابية، أو الشعور بالانفصال عن الآخرين، وتتضمن الأعراض أيضاً تغيرات

الحياة المهمة، ولا يُعزى إلى تأثير مادة أو حالة طبية أخرى، ولا يتم تفسيره بشكل أفضل كاضطراب ذهاني آخر (APA, 2022).

اضطراب الضغوط الحاد

يُعرّف اضطراب الضغوط الحاد مفاهيمياً: بأنه حالة تتميز بثلاثة أعراض فصامية أو أكثر، وإعادة الخبرة الصادمة، وتجنبها، حيث تستمر الأعراض من ثلاثة أيام إلى أربعة أسابيع بعد التعرض للحدث الصادم (Cardeña & Carlson, 2011).

ويُعرف إجرائياً: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطبيب أو الممرض على فقرات مقياس اضطراب الضغوط الحاد المعتمد في الدراسة الحالية.

تشخيص اضطراب الضغوط الحاد

يتطلب تشخيص اضطراب الضغوط الحاد بحسب الـ (DSM-5) (TR) معايير مشابهة تماماً لمعايير اضطراب ما بعد الصدمة من حيث التعرض للحدث الصادم، مع وجود تسع أو أكثر من فئات الأعراض الاقتحامية، وأعراض المزاج السلبي، والأعراض التجنبية، بالإضافة إلى الأعراض الانفصالية التي تتمثل بتغير إحساس الفرد بمحيطه أو بنفسه، وعدم المقدرة على تذكر جانب مهم من الحدث الصادم.

تستمر الأعراض لمدة ثلاثة أيام حتى شهر واحد بعد التعرض للصدمة، ويتسبب الاضطراب بضائقة سريرية أو عجز في مجالات الحياة المهمة، ولا يُعزى إلى تأثير مادة أو حالة طبية أخرى، ولا يتم تفسيره بشكل أفضل كاضطراب ذهاني آخر (APA, 2022).

العلاجات المقترحة لاضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد

قد يلجأ مصابو هذه الاضطرابات إلى العلاج الدوائي بهدف التخفيف من الأعراض الاقتحامية والتجنبية والاستثارة، باستخدام مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية، ويتم أيضاً استخدام عقاقير القلق والمهدئات مثل البنزوديازيبين (benzodiazepines) فتخفف من نوبات الهلع وفرط التيقظ والقلق، وقد يكون هنالك ضرورة لمضادات الذهان لعلاج بعض الأعراض أحياناً (Fernandez et al., 2006).

أما بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي، والذي يتسم بالعلاقة التعاونية

بين العميل والمعالج، فيتم اكتساب العميل مهارات تساعد على تحسين مزاجه من خلال تعديل طريقة تفكيره اتجاه المواقف، بالإضافة إلى القيام بواجبات منزلية، مثل تدوين الأفكار والمشاعر، أو القيام بنشاطات محببة للنفس (Cully & Teten, 2008).

وهناك علاجات أخرى مثل العلاج بالفن التعبيري، والذي يُعدّ مناسباً للمرضى الذين يصعب عليهم التعبير بشكل صريح ومباشر عن تجربتهم الصادمة، وتشمل العلاجات بالفن التعبيري العلاج بالفنون البصرية، والعلاج بالحركة والرقص، والعلاج بالموسيقى، والعلاج بفنون اللغة، والدراما، واللعب بالرمل (جمعة، فتح الله وسعد، 2022).

كما أنّ هنالك طرق مختلفة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد، ويظل اختيار الطريقة المناسبة محدداً بمقدار تأثر المصاب بالصدمة، ومدى شدة الأعراض، ومدى تقبله وتفاعله الشخصي مع العلاج، كل ذلك يتحدد بناءً على تقييم الاختصاصي والطبيب النفسي.

ومن الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة: أجرت آن (An et al., 2021) دراسة لحالة الصحة العقلية لموظفي الرعاية الطبية في أقسام الطوارئ وغيرها من الأقسام خلال فترة جائحة كورونا في الصين، تكونت عيّنة الدراسة من (162) من الطاقم الطبي في قسم الطوارئ، و(163) من الطواقم الطبية في أقسام أخرى، حيث تم استخدام مقياس ديفيدسون لاضطراب ما بعد الصدمة، أظهرت النتائج أنّ معدل اضطراب ما بعد الصدمة لدى الطاقم الطبي في قسم الطوارئ بلغ (9.9%) بينما بلغ (11.7%) في الطواقم الطبية الأخرى، حيث فسرت النتائج أنّ التعرض المتكرر للأحداث الصادمة قد تزيد من مستوى مرونة الأفراد.

أما دراسة باهدرلي و ساغالتيشي (Bahadirli & Sagaltici, 2021) فهدفت التعرف إلى مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى العاملين في الرعاية الصحية في أقسام الطوارئ أثناء جائحة كورونا، حيث تكونت العيّنة من (783) مشاركاً، منهم (406) طبيباً و(377) ممرضة بالمستشفيات الحكومية والجامعية التابعة لوزارة الصحة في إسطنبول، أظهرت النتائج أنّ معدل اضطراب ما بعد الصدمة الإجمالي للعيّنة بلغ (19.2%)، حيث بلغ لدى الأطباء (22.9%) ولدى الممرضات (15.1%) وارتبطت شدة الأعراض إيجاباً مع ساعات

العمل الطويلة، والخبرة المنخفضة، والدخل المنخفض والإصابة بمرض مزمن، وأيضا للإناث أكثر مقارنة بالذكور.

أما دراسة جرين (Greene et al., 2021) فهدفت التنبؤ بمعدلات اضطراب ما بعد الصدمة والاكنتاب لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية في قسم الطوارئ في المملكة المتحدة خلال جائحة كورونا، استجاب (1194) مشاركاً لاستبانة تقييم اضطراب ما بعد الصدمة، أشارت النتائج إلى معدل انتشار بلغ (22%) لاضطراب ما بعد الصدمة، وارتبط ارتفاع دخل الأسرة بانخفاض الاضطراب.

وهدف دراسة تشو (Zhou et al., 2021) للتحقيق في أثر الدعم التنظيمي وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى العاملين في الرعاية الصحية في أقسام الطوارئ في ووهان أثناء جائحة كورونا في دراسة طويلة تألفت من مرحلتين من الاستطلاع، حيث تألفت العينة من (107) مشاركين، وأشارت النتائج إلى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بمعدل (9.3%) و(4.7%) وبفروق في شدة الأعراض لصالح الأطباء مقارنة بالتمريض.

ودراسة باسي (Bassi et al., 2021) التي هدفت إيجاد العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والصحة العقلية الإيجابية بين العاملين في المجال الصحي أثناء جائحة كورونا في لومباردي، تكوّنت العينة من (653) مشاركاً، أشارت النتائج أنّ ما معدله (39.8%) من العينة تلقت تشخيصاً مؤقتاً لاضطراب ما بعد الصدمة، مع وجود فروقات تُعزى للجنس لصالح الإناث، وللذين لا يتمتعون بصحة نفسية إيجابية مقابل من يتمتعون بها، وللعاملين في قسم الطوارئ مقابل الذين يعملون بالأقسام الأخرى، ولم تظهر فروقات تُعزى لسنوات الخبرة.

وأخيراً دراسة كارماسي (Carmassi et al., 2022) التي هدفت معرفة التفاعل بين اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكنتاب والقلق لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية في أقسام الطوارئ أثناء جائحة كورونا، حيث تألفت العينة من (514) عاملاً في ثلاث مناطق في إيطاليا، أشارت النتائج إلى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى العينة بنسبة (23.5%) مؤثراً بذلك على الأداء الوظيفي بشكل سلبي بنسبة (22.8%) من العينة.

أما الدراسات التي تناولت اضطراب الضغوط الحاد: دراسة فوليرتون (Fullerton et al., 2004) التي هدفت دراسة اضطراب الضغوط الحاد واضطراب ما بعد الصدمة لدى عمال الكوارث والإنقاذ، تكوّنت العينة من (207) ممن عايشوا صدمة أحداث تقجيرات أثناء عملهم، و(421) ممن لم يتعرضوا لها، أشارت النتائج أنّ الكوادر التي عايشت الصدمة لديهم مستويات أعلى لاضطراب الضغوط الحاد واضطراب ما بعد الصدمة، وأنّ ما نسبته (40.5%) من عمال الكوارث لديهم اضطراب الضغوط الحاد.

أما دراسة لو (Liu et al., 2021) كشفت عن عوامل اضطراب الضغوط الحاد لدى ممرضين أقسام الطوارئ في ووهان أثناء جائحة كورونا، حيث تكوّنت العينة من (298) مشاركاً، أكملوا استبانة ستانفورد لاضطراب الضغوط الحاد، أظهرت النتائج أنّ (13.8%) من المشاركين لديهم اضطراب الضغوط الحاد، وأنّ للدعم الاجتماعي وأساليب التأقلم الفعالة دوراً في الحماية من اضطراب الضغوط الحاد.

وهدف دراسة وانج (Wang et al., 2021) إلى الكشف عن اضطراب الضغوط الحاد بين العاملين في المجال الصحي في أقسام الطوارئ أثناء جائحة كورونا في ووهان، حيث تكوّنت العينة من (332) عاملاً، أجابوا على استبانة لأعراض اضطراب الضغوط الحاد، أظهرت النتائج معدل انتشار لاضطراب الضغوط الحاد في عينة الدراسة يبلغ (38.3%).

وأيضاً دراسة تشابا كولوفن (Chapa-Koloffon et al., 2021) هدفت فحص مستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية أثناء جائحة كورونا في مستشفى الأطفال في المكسيك، حيث تكوّنت العينة من (206) مشاركاً من أطباء وممرضين قسم الطوارئ، أشارت النتائج إلى ظهور تسعة أعراض على الأقل من اضطراب الضغوط الحاد لدى (88.8%) من عينة الدراسة.

بينما هدفت دراسة جي (Ji et al., 2022) الكشف عن علاقة القيادة الذاتية مع الاستجابة للتوتر الحاد واضطراب الضغوط الحاد لدى الأطباء الصينيين أثناء جائحة كورونا، حيث تألفت العينة من (627) مشاركاً، أشارت النتائج إلى معدل انتشار لاضطراب الضغوط الحاد بلغ (23%) حيث كان الأطباء المتزوجون أكثر عرضة للاضطراب، وكان الأطباء العاملون في قسم الطوارئ معرضين للاضطراب بمقدار

(25) مرة أعلى من الأطباء في باقي الأقسام.

عينة الدراسة

تم اختيار العينة بالطريقة المتيسرة، وتكوّنت من (204) أفراد من أطباء وممرضى أقسام الطوارئ في مدينتي عمان والكرك، في مستشفى الأمير حمزة، ومستشفى البشير، ومستشفى ابن الهيثم، ومستشفى الأردن، ومستشفى الكرك الحكومي، ومستشفى الإيطالي، ومستشفى السلام، وبيّن الجدول (1) توزيع أفراد العينة تبعاً لمتغيرات الدراسة.

جدول (1): توزيع أفراد العينة تبعاً لمتغيرات الدراسة

المتغير	العدد	النسبة المئوية
نوع المستشفى		
حكومي	154	75.5
خاص	50	24.5
توقيت التعرّض لآخر		
شهر أو أقل	108	52.9
أكثر من شهر	96	47.1
حالة صادمة		

أدوات الدراسة

مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

تم اعتماد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الذي قام بتطويره سالم والشرعة (2014)، حيث استند للمعايير التشخيصية حسب (-DSM 5) والأدب النظري المرتبط بمقاييس اضطراب ما بعد الصدمة مثل اختبار هارفارد لاضطراب ما بعد الصدمة، وأشار مطوّر المقياس إلى صدق المحتوى، وإضافة بعض الفقرات وتعديلها لتناسب ما وُضعت لأجله، كما أشار لمعاملات الاتساق الداخلي للفقرات وصلاحياتها، وقام بحساب معامل ثبات الإعادة للمقياس حيث بلغ معامل الارتباط (0.95)، وتكوّن المقياس بصورته النهائية من (22) فقرة.

وتوزعت فيه الفقرات إلى أربعة أبعاد:

بُعد الأعراض الاقتحامية، الفقرات (1 - 15 - 10 - 5 - 19).

بُعد الأعراض التجنبية، الفقرات (13 - 7 - 22 - 18 - 2).

بُعد أعراض المزاج السلبي، الفقرات (17 - 6 - 11 - 3 - 20 -

8 - 14).

بُعد أعراض الاستثارة، الفقرات (4 - 9 - 12 - 16 - 21).

تم التعرف على الخصائص السيكمترية للمقياس، بحساب معاملات الصدق والثبات للمقياس بعد أن تم تطبيقه على عينة استطلاعية تكوّنت من (33) مستجيباً، كان منهم (18) ممرضة، و(15) طبيباً، تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة من ثلاثة مستشفيات؛ بهدف التحقق من

وأخيراً دراسة كوفمان وروزمارين (Kaufman & Rosmarin, 2024) التي هدفت دراسة عامل الروحانية للمستجيبين الأوائل للكوارث، والذين يعانون من اضطراب الضغوط الحاد واضطراب ما بعد الصدمة، تكوّنت العينة من (12) مصاباً من مصابي اضطراب الضغوط الحاد واضطراب ما بعد الصدمة ممن عملوا كرجال إطفاء، وتم التعرف على السمات التي قد يكون لها دور في سرعة التعافي، فأشارت النتائج إلى أنّ رجال الإطفاء ورجال الشرطة والإسعاف معرضون لخطر الاضطراب النفسي الناتج عن الصدمات النفسية، وأنّ القيم الروحانية والدينية تلعب دوراً مهماً في التعامل مع الضغوط.

ما يميز هذه الدراسة عن مثيلاتها:

تتناول هذه الدراسة اضطراب الضغوط الحاد بالإضافة إلى اضطراب ما بعد الصدمة، وذلك ما تميّزت به نظراً لاقتران أغلب الدراسات السابقة على اضطراب ما بعد الصدمة دون تناول اضطراب الضغوط الحاد.

تتناول هذه الدراسة اضطراب الضغوط الحاد، والذي لم تتناوله إلا دراسات قليلة لدى عينة الدراسة.

تُعَدّ هذه الدراسة جديدة نسبة إلى ندرة الدراسات العربية والمحلية التي تتناول هذه الفئة بحسب ما تم الوصول إليه من أبحاث ودراسات، حيث لم يتم الوصول لأي دراسة عربية تستهدف دراسة هذه المتغيرات على عينة الدراسة الحالية.

تتناول هذه الدراسة متغيرات لم تنطرق إليها أغلب الدراسات السابقة.

منهجية البحث وإجراءات الدراسة

اتّبعَت الدراسة الحالية المنهج الوصفي؛ لمناسبته لأهداف الدراسة وموضوعها، حيث جمع المعلومات باستخدام الاستبانة، ومن ثم تحليل البيانات باستخدام برنامج المعالجة الإحصائية للعلوم الإنسانية (SPSS).

جدول (3): قيم معاملات ارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة فيما بينها، وارتباطها مع الدرجة الكلية

الدرجة الكلية	أعراض الاستثارة	المزاج السلبي	الأعراض التجنبية	الأعراض الاقتحامية
1				الأعراض الاقتحامية
			1	الأعراض التجنبية
		1	**0.842	المزاج السلبي
	1	**0.864	**0.740	أعراض الاستثارة
1	**0.931	**0.955	**0.906	الدرجة الكلية
** مستوى الدلالة (0.01)				

تم التحقق من ثبات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة من خلال حساب معامل ألفا كرومباخ، حيث بلغ معامل الثبات للمقياس ككل (0.961) وهو معامل ثبات مرتفع يدل على أن المقياس يتمتع بثبات عالٍ.

تصحيح المقياس

القيمة الوزنية لفقرات المقياس تبعاً لتدريج ليكرت الخماسي: دائماً وتأخذ قيمة (4) وغالباً (3) وأحياناً (2) ونادراً (1) وإطلاقاً (0)، أما شدة أعراض الاضطراب على المقياس تصنف إلى:

(0 - 1.33) أعراض بسيطة.

(1.34 - 2.67) أعراض متوسطة.

(2.68 - 4) أعراض شديدة.

مقياس اضطراب الضغوط الحاد

تم تطوير مقياس اضطراب الضغوط الحاد بعد الرجوع إلى الأدب النظري والدراسات السابقة مثل دراسة (Cardena et al., 2000)، وأيضاً بالرجوع إلى دراسة (Bryant et al., 2000) التي طوّرت مقياساً ذاتياً لاضطراب الضغوط الحاد، كما أكدت دراسات أخرى مثل دراسة (Helfricht et al., 2009) على صلاحية هذا المقياس حيث يمكن استخدامه لتقييم اضطراب الضغوط الحاد لدى البالغين المصابين بصدمات نفسية.

ومن ثم الرجوع إلى معايير (DSM5-TR) لاضطراب الضغوط الحاد، ليتكوّن المقياس بصورته الأولية من (19) فقرة، توزعت على خمسة أبعاد هي: بُعد الأعراض الاقتحامية، وبُعد أعراض المزاج

الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

تم اختبار صدق الاتساق الداخلي، وحساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضّح في الجدول (2)، وقد بينت النتائج أن هذه المعاملات جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند (0.01) وذلك يبيّن أن الفقرات صادقة، وتصلح لقياس ما وضعت لأجله.

جدول (2): معامل ارتباط درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

الرقم	الفقرة	معامل الارتباط
1	تكرار الذكريات والأفكار المزجة المتعلقة بالحدث الصادم	**0.868
2	أتجنب الأماكن المرتبطة بالحدث الصادم	**0.707
3	ليس لدي القدرة في التعبير عن انفعالاتي ومشاعري	**0.840
4	أواجه مشكلات في النوم والاستمرار فيه	**0.777
5	الشعور بزيادة دقات القلب والصعوبة في التنفس عند تذكر الحدث الصادم	**0.776
6	أشعر بعدم الثقة بالآخرين	**0.819
7	أتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث الصادم	**0.862
8	أواجه صعوبة في تأدية الأعمال والأنشطة اليومية	**0.719
9	أعاني من تقلب المزاج وسرعة الهيجان	**0.764
10	الشعور وكأن الحادثة تتكرر مرة أخرى	**0.844
11	أشعر بعدم الأهمية وقلة القيمة	**0.719
12	أعاني من سرعة الجفان وردود فعل قوية	**0.684
13	أتجنب الذكريات المؤلمة المرتبطة بالحدث الصادم	**0.768
14	أشعر بالملل وعدم الارتياح في التعامل مع الآخرين	**0.865
15	تكرار الأحلام والكوابيس المزجة المتعلقة بالحدث الصادم	**0.684
16	ليس لدي القدرة على تذكر أجزاء من الحدث الصادم	**0.738
17	أعاني من عدم القدرة على تذكر أجزاء من الحدث الصادم	**0.707
18	أتجنب الأشخاص المرتبطين بالحدث الصادم	**0.748
19	أشعر بالضيق والتوتر عند تذكر الحدث الصادم	**0.699
20	أشعر بالانفصال والانزعاج عن الآخرين	**0.649
21	عند تذكر الحدث الصادم تتولد لدي أفكار انتحارية	**0.493
22	أتجنب السلوكات والأفعال المرتبطة بالحدث الصادم	**0.652
** مستوى الدلالة (0.01)		

ويشير الجدول (3) إلى معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة فيما بينها، وارتباطها مع الدرجة الكلية، حيث إنّ جميع قيم المعاملات دالة عند (0.01) مما يشير إلى صدق أبعاد المقياس وصلاحيتها لقياس ما وضعت لأجله.

جدول (4): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الضغوط الحاد

الرقم	الفقرة	معامل الارتباط
1	تواردت إلى ذهني ذكريات عن الحالات التي تراجع قسم الطوارئ	**0.572
2	حاولت تجاهل مشاعر الضيق والحزن اتجاه حالات قسم الطوارئ	**0.536
3	راودني الشعور باليأس اتجاه مخططاتي في الحياة	**0.806
4	واجهت صعوبة في البدء بالنوم أو الاستمرار فيه	**0.723
5	واجهت صعوبة في التركيز	**0.772
6	لم أتمكن من تذكر جوانب مهمة عن الحالات الصعبة في قسم الطوارئ	**0.743
7	شعرت بأن الأشياء من حولي غير واقعية أو تشبه الحلم	**0.795
8	تجنب الحديث عن حالات قسم الطوارئ	*0.444
9	من الصعب علي رؤية الجانب المشرق من أحداث الحياة	**0.853
10	لم يكن لدي الإحساس المعتاد بمن أنا	**0.823
11	شعرت بالقلق الدائم	**0.769
12	عندما يتم تذكيري بحالات قسم الطوارئ، أشعر بالضيق الشديد	**0.604
13	راودتني كوابيس عن حالات قسم الطوارئ	**0.797
14	لدي نية الانتقال من قسم الطوارئ لقسم آخر	**0.680
15	لقد شعرت كما لو أن حالات قسم الطوارئ تحدث مرة أخرى	**0.794
16	حاولت تجنب التفكير بحالات قسم الطوارئ	**0.724
17	شعرت بأنني أكثر يقظة وانتباهاً للخطر حتى لو كان بسيطاً	**0.495
18	شعرت بالغربة والانفصال عن الآخرين	**0.838
19	شعرت بأنني بعيد عن مشاعري	**0.836
20	أصبح تفكيري سلبياً اتجاه أمور متعددة في الحياة	**0.763
21	شعرت بالعصبية	**0.728
		** مستوى الدلالة (0.01)
		* مستوى الدلالة (0.05)

تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد لمقياس اضطراب الضغوط الحاد فيما بينها، وارتباطها مع الدرجة الكلية، كما يوضح الجدول (5)، وبينت النتائج أن جميع قيم المعاملات دالة عند (0.01) وذلك يشير إلى أن أبعاد المقياس صادقة، وتصلح لقياس ما وضعت لأجله.

السلبى، وبُعد الأعراض الانفصالية، وبُعد الأعراض التجنبية، وبُعد أعراض الاستثارة، كما تم اعتماد تدريج ليكرت الخماسي.

الخصائص السيكومترية للمقياس

تم التأكد من صدق المقياس الظاهري بعرض المقياس على (11) محكماً من أعضاء هيئة التدريس المختصين في علم النفس الإكلينيكي والمختصين في الإرشاد النفسي، كما هو مبين في الملحق (1)، لإبداء رأيهم في مدى مناسبة الفقرات لما وضعت لقياسه، ومدى انتمائها للبعد الذي تعبّر عنه، ودرجة وضوحها، ولاقتراح أي تعديلات لأسئلة الاستبانة وفقرات المقياس. وتم اعتماد معيار (80 %) من إجماع المحكمين على اعتماد الفقرة، بالإضافة إلى أخذ ملاحظاتهم حول المقياس، وتمت إضافة فقرتين لبُعد أعراض المزاج السلبى وهما "راودني الشعور باليأس اتجاه مخططاتي في الحياة" و "من الصعب علي رؤية الجانب المشرق من أحداث الحياة"، وتعديل بعض الفقرات، ليصبح المقياس مكوناً من (21) فقرة بصورته النهائية كما هو موضح بالملحق (2)، ومكوّنًا من خمسة أبعاد:

بُعد الأعراض الاقتحامية، الفقرات (1 - 13 - 15 - 12).

بُعد الأعراض التجنبية، الفقرات (16 - 2 - 8 - 14).

بُعد أعراض المزاج السلبى، الفقرات (20 - 9 - 3).

بُعد أعراض الاستثارة، الفقرات (4 - 21 - 17 - 5 - 11).

بُعد الأعراض الانفصالية، الفقرات (18 - 19 - 7 - 10 - 6).

صدق الاتساق الداخلي

تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول (4)، وقد بينت النتائج أن هذه المعاملات جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند (0.01) وذلك يبين أن الفقرات صادقة وتصلح لقياس ما وضعت لأجله، ما عدا الفقرة (8) كانت دالة عند (0.05) ويشير ذلك إلى الحاجة لتعديل بسيط على الفقرة، بحيث تصبح: تجنب الحديث مع الزملاء عن تفاصيل حالات قسم الطوارئ.

جدول (5): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الأبعاد لمقياس اضطراب الضغوط الحاد فيما بينها

الأعراض الاقتحامية	الأعراض التجنيبية	المزاج السليبي	أعراض الاستثارة	الأعراض الانفصالية	الدرجة الكلية
الأعراض الاقتحامية	1				
الأعراض التجنيبية	**0.522	1			
المزاج السليبي	**0.737	**0.529	1		
أعراض الاستثارة	**0.656	**0.675	**0.701	1	
الأعراض الانفصالية	**0.681	**0.552	**0.874	**0.629	1
الدرجة الكلية	**0.850	**0.769	**0.897	**0.882	**0.897
** مستوى الدلالة (0.01)					

ثانياً: ثبات مقياس اضطراب الضغوط الحاد
تم التحقق من ثبات مقياس اضطراب الضغوط الحاد من خلال حساب معامل ألفا كرومباخ، حيث بلغ معامل الثبات للمقياس ككل (0.953) وهو معامل ثبات مرتفع يدل على أنّ المقياس يتمتع بثبات عالٍ.

تصحيح المقياس
القيمة الوزنية لفقرات المقياس تبعاً لتدرج ليكرت الخماسي: دائماً وتأخذ قيمة (5) وغالباً (4) وأحياناً (3) ونادراً (2) واطلاقاً (1)، أما شدة أعراض الاضطراب على المقياس تصنف إلى:
(1 - 2.33) أعراض بسيطة
(2.34 - 3.66) أعراض متوسطة
(3.67 - 4.99) أعراض شديدة

عرض النتائج
النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: "ما مستوى وجود اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ؟"

وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ، كما هي موضحة بالجدول (6).

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ

الرقم	البعد	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
2	الأعراض التجنيبية	1	1.54	1.043	متوسط
3	المزاج السليبي	2	1.49	0.949	متوسط
4	أعراض الاستثارة	3	1.48	0.919	متوسط
1	الأعراض الاقتحامية	4	1.47	1.021	متوسط
	اضطراب ما بعد الصدمة		1.49	0.892	متوسط

يتضح من الجدول (6) أنّ مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة متوسط، حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.49) وأيضاً جميع الأبعاد لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة كانت بالدرجة المتوسطة لشدة الأعراض.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: "ما مستوى وجود اضطراب الضغوط الحاد لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ؟"

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ، التي يوضحها الجدول (7).

جدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ

الرقم	البعد	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
5	أعراض الاستثارة	1	3.24	0.932	متوسط
4	الأعراض التجنيبية	2	2.98	0.877	متوسط
1	الأعراض الاقتحامية	3	2.84	0.918	متوسط
2	المزاج السليبي	4	2.71	1.113	متوسط
3	الأعراض الانفصالية	5	2.64	0.973	متوسط
			2.87	0.804	متوسط

يتضح من الجدول (7) أنّ المتوسط الحسابي لاضطراب الضغوط الحاد لدى عينة الدراسة بلغ (2.87) وهذا يشير إلى درجة متوسطة من شدة الأعراض، وأيضاً جميع الأبعاد لمقياس اضطراب الضغوط الحاد كانت بالدرجة المتوسطة لشدة الأعراض.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ تعزى لنوع المستشفى، و توقيت التعرض لآخر حالة صادمة؟"

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها، كما يوضحها الجدول (8).

جدول (4): معاملات الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الضغوط الحاد

نوع المستشفى	توقيت التعرض لآخر حالة صادمة	اضطراب ما بعد الصدمة		الأعراض الاقتحامية		الأعراض التجنبية		المزاج السلبي		أعراض الاستثارة	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
حكومي	شهر أو أقل	1.7247	0.91956	1.7194	1.04795	1.6556	1.03582	1.7460	0.98106	1.7694	0.90735
	أكثر من شهر	1.3409	0.83818	1.2938	0.99265	1.4094	0.94713	1.3638	0.88060	1.2875	0.85589
	الكلية	1.5441	0.89980	1.5191	1.04062	1.5397	0.99906	1.5662	0.95118	1.5426	0.91276
	شهر أو أقل	1.4773	1.00735	1.4692	1.11131	1.5538	1.19774	1.4560	1.00855	1.4385	1.05984
خاص	أكثر من شهر	0.9705	0.70453	0.8400	0.75839	1.0000	0.91075	1.0429	0.84592	0.9700	0.72045
	الكلية	1.2569	0.91534	1.1957	1.01411	1.3130	1.10647	1.2764	0.95400	1.2348	0.94780
	شهر أو أقل	1.6591	0.94481	1.6531	1.06512	1.6286	1.07569	1.6691	0.99157	1.6816	0.95587
	أكثر من شهر	1.2527	0.81980	1.1857	0.95780	1.3119	0.94950	1.2874	0.87825	1.2119	0.83268
الكلية	الكلية	1.4715	0.90986	1.4374	1.04079	1.4824	1.02888	1.4929	0.95761	1.4648	0.92884

جدول (9): اختبار تحليل التباين الثنائي المتعدد للفروق في المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية ودرجات الأبعاد لمستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها

مصدر التباين	الأبعاد	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
نوع المستشفى	الأعراض الاقتحامية	4.201	1	4.201	4.113	0.044
	الأعراض التجنبية	2.214	1	2.214	2.138	0.145
	المزاج السلبي	3.164	1	3.164	3.605	0.059
	أعراض الاستثارة	3.565	1	3.565	4.451	0.036
	الدرجة الكلية	3.237	1	3.237	4.141	0.043
توقيت التعرض لآخر حالة صادمة	الأعراض الاقتحامية	9.433	1	9.433	9.233	0.003
	الأعراض التجنبية	5.425	1	5.425	5.239	0.023
	المزاج السلبي	5.362	1	5.362	6.110	0.014
	أعراض الاستثارة	7.656	1	7.656	9.561	0.002
	الدرجة الكلية	6.724	1	6.724	8.604	0.004

يلاحظ من نتائج الجدول (8) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية لأبعاد اضطراب ما بعد الصدمة والدرجات الكلية تُعزى لمتغير نوع المستشفى، وتوقيت التعرض لآخر حالة صادمة، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، تم استخدام اختبار تحليل التباين الثنائي المتعدد كما يتضح في الجدول (9).

بالنظر إلى جدول (9) يتضح مايلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، نظراً لقيمة ف (4.141) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) تُعزى للمستشفى الحكومي حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.5441).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة حيث بلغت قيمة ف (8.604) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6591).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأعراض الإقترامية لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، حيث قيمة ف (4.113) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ولصالح المستشفى الحكومي حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.5191).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأعراض الإقترامية تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة حيث بلغت قيمة ف (9.233) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6531).

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأعراض التجنبية لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، نظراً لقيمة ف ذات الدلالة الإحصائية الأعلى من (0.05).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأعراض التجنبية تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة حيث بلغت قيمة ف (5.239) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6286).

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المزاج السلبي لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير طبيعة نوع المستشفى، نظراً لقيمة ف ذات الدلالة الإحصائية الأعلى من (0.05).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المزاج السلبي تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة حيث بلغت قيمة ف (6.110) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6691).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد أعراض الاستثارة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، حيث بلغت قيمة ف (4.451) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05). لصالح المستشفى الحكومي حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.5426).

ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في بعد أعراض الاستثارة تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة، حيث بلغت قيمة ف (9.561) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) صادمة لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6816).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأعراض الإقترامية تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة حيث بلغت قيمة ف (9.233) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6531).

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأعراض التجنبية لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، نظراً لقيمة ف ذات الدلالة الإحصائية الأعلى من (0.05).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الأعراض التجنبية تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة حيث بلغت قيمة ف (5.239) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6286).

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المزاج السلبي لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير طبيعة نوع المستشفى، نظراً لقيمة ف ذات الدلالة الإحصائية الأعلى من (0.05).

قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) صامدة لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6816).

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى عينة من أطباء وممرضى قسم الطوارئ تُعزى لمتغير نوع المستشفى، وتوقيت التعرض لآخر حالة صامدة؟"

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية ودرجات الأبعاد لمستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها، كما يوضحها الجدول (10).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المزاج السلبي تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صامدة حيث بلغت قيمة ف (6.110) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ المتوسط الحسابي له (1.6691).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد أعراض الاستثارة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، حيث بلغت قيمة ف (4.451) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05). لصالح المستشفى الحكومي حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.5426).

ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في بعد أعراض الاستثارة تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة، حيث بلغت قيمة ف (9.561) وهي

جدول (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها

نوع المستشفى	توقيت التعرض لآخر حالة صامدة	اضطراب الضغوط الحاد		الأعراض الاقتحامية		المزاج السلبي		الأعراض الانفصالية		الأعراض التجنبية		أعراض الاستثارة	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
شهر أو أقل		3.1281	0.82673	3.0739	0.91846	2.9765	1.13295	2.8423	0.93620	3.3028	0.84928	3.4085	0.94260
حكومي	أكثر من شهر	2.8386	0.71773	2.8559	0.87740	2.5706	0.99047	2.5831	1.00364	2.8475	0.82134	3.2339	0.89454
الكلية		2.9967	0.78958	2.9750	0.90319	2.7923	1.08570	2.7246	0.97226	3.0962	0.86400	3.3292	0.92170
شهر أو أقل		2.7454	0.96721	2.6250	1.00062	2.6410	1.20341	2.5462	1.15870	2.8173	1.00389	3.0462	1.09297
خاص	أكثر من شهر	2.3238	0.66110	2.2167	0.80659	2.1778	1.04552	2.0133	0.71501	2.4333	0.73477	2.7200	0.90016
الكلية		2.5912	0.88314	2.4756	0.94506	2.4715	1.15705	2.3512	1.04190	2.6768	0.92406	2.9268	1.02738
شهر أو أقل		3.0255	0.87808	2.9536	0.95697	2.8866	1.15559	2.7629	1.00305	3.1727	0.91384	3.3113	0.99246
الكلية	أكثر من شهر	2.7342	0.73247	2.7264	0.89631	2.4910	1.00716	2.4676	0.97547	2.7635	0.81708	3.1297	0.91348
الكلية		2.8995	0.82870	2.8553	0.93535	2.7154	1.10830	2.6351	0.99915	2.9956	0.89421	3.2327	0.96057

يلاحظ من نتائج الجدول (10) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية ودرجات الأبعاد لمستوى اضطراب الضغوط الحاد تُعزى لمتغير نوع المستشفى، وتوقيت التعرض لآخر حالة صادمة، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، تم استخدام اختبار تحليل التباين الثنائي المتعدد كما يتضح بالجدول (11).

جدول (11): اختبار تحليل التباين الثنائي المتعدد للفروق في المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية ودرجات الأبعاد لمستوى اضطراب الضغوط الحاد لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها

مصدر التباين	الأبعاد	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
نوع المستشفى	الأعراض الإقحامية	8.697	1	8.697	10.537	0.001
	المزاج السلبي	3.896	1	3.896	3.282	0.072
	الأعراض الانفصالية	5.506	1	5.506	5.729	0.018
قيمة هوتلينج 0.078	الأعراض التجنبية	5.944	1	5.944	8.112	0.005
	أعراض الاستثارة	5.638	1	5.638	6.285	0.013
	الدرجة الكلية	5.915	1	5.915	9.121	0.003
توقيت التعرض لآخر حالة صادمة	الأعراض الإقحامية	2.881	1	2.881	3.491	0.063
	المزاج السلبي	5.548	1	5.548	4.673	0.032
	الأعراض الانفصالية	4.607	1	4.607	4.794	0.030
قيمة هوتلينج 0.056	الأعراض التجنبية	5.174	1	5.174	7.061	0.009
	أعراض الاستثارة	1.841	1	1.841	2.052	0.154
	الدرجة الكلية	3.714	1	3.714	5.784	0.017

الحسابي (3.0255). وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض الإقحامية تُعزى لمتغير نوع المستشفى، حيث بلغت قيمة ف (10.537) وهي تعتبر قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح المستشفى الحكومي حيث بلغ متوسطه الحسابي (2.9967).

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض الإقحامية لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة، نظراً لقيمة ف ذات الدلالة الإحصائية الأعلى من (0.05).

ثم إنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المزاج السلبي لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، نظراً لقيمة ف ذات الدلالة الإحصائية الأعلى من (0.05).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المزاج السلبي تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة، حيث بلغت قيمة ف (4.673) وهي تعتبر قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح شهر أو أقل حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.8866).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض الانفصالية لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، نظراً لقيمة ف (5.729) ذات الدلالة الإحصائية عند (0.05) ولصالح المستشفى الحكومي، حيث بلغ متوسطه الحساب (2.7246).

وأيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض الانفصالية تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادمة حيث بلغت قيمة ف (4.794) وهي تعتبر قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05). لصالح شهر أو أقل نظراً لمتوسطه الحسابي الذي بلغ (2.7629).

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض التجنبية تُعزى لمتغير نوع المستشفى نظراً لأنّ قيمة ف بلغت (8.112) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح المستشفى الحكومي نظراً لمتوسطه الحسابي الذي بلغ (2.8475).

بالنظر إلى جدول (11) يتضح ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الضغوط الحاد تُعزى لمتغير نوع المستشفى، حيث بلغت قيمة ف (9.121) وهي تعتبر قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح المستشفى الحكومي حيث بلغ المتوسط الحسابي له (2.9967).

ويتضح أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الضغوط الحاد تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صادم، حيث بلغت قيمة ف (5.784) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح "شهر أو أقل"، حيث بلغ متوسطه

ولصالح المستشفى الحكومي مقابل المستشفى الخاص بالنسبة لمتغير نوع المستشفى، قد تفسر هذه النتائج أن أعداد المرضى في المستشفيات الحكومية أكبر بكثير من أعداد المرضى في المستشفيات الخاصة، وأغلب الحوادث المفاجئة وحالات الموت يتم توصيلها للمستشفيات الحكومية، وهذا ما لاحظته الباحثة أثناء القيام بتوزيع الاستبيانات ومشاهدة حالات صدمة وجثث يتم نقلها من قسم الطوارئ، فالأطباء والممرضون في المستشفيات الحكومية كانوا تحت ضغط عمل أكبر بكثير من المستشفيات الخاصة، لذلك قد يشير تزايد ضغط العمل إلى المزيد من التعامل مع الحالات الصادمة. وبالتالي، ازدياد مستوى شدة الأعراض، قد تكون هذه التفسيرات جديدة وتحتاج للمزيد من التحقق لعدم وجود دراسات سابقة تتفق أو تتناقض معها بحسب اطلاع الباحثة.

كما وأن الفروق في مستوى الاضطرابين وأغلب أبعادهما جاءت دالة لصالح شهر أو أقل مقابل أكثر من شهر بالنسبة لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صدمة، قد تفسر هذه النتائج بالنسبة لاضطراب الضغوط الحاد بالرجوع إلى (DSM-5-TR) فإن مدة اضطراب الضغوط الحاد من ثلاثة أيام حتى شهر واحد، وبحكم طبيعة عمل أطباء وممرضين قسم الطوارئ، فإنه من النادر أن يمر شهر واحد دون أن يتعاملوا مع حالات طبية خطيرة أو صدمة، لذلك تؤكد النتائج أن اضطراب الضغوط الحاد تأتي شدة أعراضه لصالح التعرض للحالات الصادمة خلال شهر أو أقل، وذلك ينطبق تمامًا على اضطراب ما بعد الصدمة، ليس بمدة الاضطراب ولكن بتجدد وتكرار الأحداث الصادمة التي تغذي هذا الاضطراب وتزيد من مستوى شدة أعراضه، لذلك يبدو أن أطباء وممرضين قسم الطوارئ تهدأ لديهم شدة الأعراض كلما مر على حدوثها أكثر من شهر، تحتاج هذه التفسيرات لمزيد من البحث لإثبات صحتها، حيث لم تجد الباحثة دراسات سابقة تدعم أو تنفي هذه الفروق بحسب اطلاعا.

التوصيات

في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة فإنها توصي بما يلي:
أولاً: دراسة إمكانية تقديم الدعم النفسي لأطباء وممرضين قسم الطوارئ من قبل الجهات المختصة.

ثانياً: البحث في أسباب الضغوط النفسية لدى أطباء وممرضين قسم الطوارئ في المستشفيات الحكومية.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض التجنبية تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صدمة، حيث بلغت قيمة $F(7.061)$ وهي تعتبر قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح شهر أو أقل نظراً لمتوسطه الحسابي الذي بلغ (3.1727).

ويتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض الاستثارة تُعزى لمتغير نوع المستشفى، نظراً لقيمة $F(6.285)$ وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح المستشفى الحكومي نظراً لمتوسطه الحسابي الذي بلغ (3.3292).

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض الاستثارة لدى عينة الدراسة تُعزى لمتغير توقيت التعرض لآخر حالة صدمة، نظراً لقيمة F ذات الدلالة الإحصائية الأعلى من (0.05).

مناقشة النتائج

يتضح من خلال قراءة النتائج أن مستوى اضطراب ما بعد الصدمة ومستوى اضطراب الضغوط الحاد وأبعادهما جاء بالمستوى المتوسط لشدة الأعراض، قد تُعزى هذه النتائج إلى جانب التعرض للأحداث الصادمة الذي قد يؤدي إلى مستوى عالٍ من الأعراض، وجانب الاعتقاد على التعرض للأحداث الصادمة الذي قد يؤدي إلى تراجع مستوى شدة الأعراض، فعدد المشاهد الصادمة التي قد يتعرض لها الأطباء والممرضون منذ بدء سنوات دراستهم وعملهم، سواء بمشاهدة الجثث أو التعامل مع حالات طبية خطيرة مثل الحرق والبتير والنزيف، كقيلة بأن تتسبب بصدمات تؤدي بهم إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. وفي الجانب الآخر، فإن هذه الأحداث غير مؤقتة أو عابرة في حياتهم، بل إنها متكررة بشكل كبير، وهي جزء من عملهم، مما قد يؤدي إلى الاعتقاد على التعامل مع الحالات الصادمة، بالإضافة إلى معرفتهم المسبقة بأنهم قادرين على معالجة هذه الأحداث كما فعلوا من قبل، وبالتالي اقتصار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة على المستوى المتوسط، والقدرة على الاستمرار في أداء المهام، وهذا التفسير يتفق مع دراسة (An et al., 2021) التي فسرت النتائج بأن التعرض المتكرر لأحداث كارثية يمكن أن تزيد من مرونة الفرد، وبالتالي تحسين مستوى الصحة العقلية.

وإن الفروق في مستوى الاضطرابين وأغلب أبعادهما جاءت دالة

المراجع العربية

أبو عيشة، زاهدة وعبدالله، تيسير. (2012). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية (ط.1). عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

جمعة، أميمة وفتح الله، محمد وسعد، علي. (2022). اضطرابات الصدمة وضغوط ما بعد الصدمة (ط.1). عمان، الأردن: دار الفكر.

سالم، حسين، والشرعة، حسين. (2014). القدرة التنبؤية لعوامل الشخصية باضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى ضحايا الحروب والصدمات الذين يعالجون في الأردن. [أطروحة دكتوراة غير منشورة، الجامعة الأردنية]. مسترجع من

<http://search.mandumah.com/Record/717958>

عادل، عبد الله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسسه وتطبيقاته (ط.1). كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر: دار الرشاد.

الغباشي، سهير. (2001). المشقة النفسية للعمل بأقسام الطوارئ الطبية وعلاقتها باللياقة النفسية للأطباء. مجلة دراسات نفسية وتربوية،

11 (4)، 537 - 591، مسترجع من [http://search.man-](http://search.man-dumah.com/Record/1106)

[dumah.com/Record/1106](http://search.man-dumah.com/Record/1106)

ثالثاً: اقتراح فنيات وأساليب ليقوم بتطبيقها أطباء وممرضو قسم الطوارئ بعد التعرض للحالات الصادمة.

رابعاً: إجراء دراسات تتناول مقارنات في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد لدى فئة الدراسة بين المستشفيات الحكومية والخاصة.

خامساً: إجراء دراسات تتناول مقارنات في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغوط الحاد تبعاً لوقت التعرض للصدمة لدى فئة الدراسة.

Translated References

Abu Aisha, Z., & Abdullah, T. (2012). Post-traumatic stress disorder (1st ed.). Amman, Jordan: Wael for Publishing.

Adel, A. (2000). Cognitive behavioral therapy foundations and applications (1st ed.). Faculty of Education, Zagazig University, Egypt: Dar Al-Rashad.

Al-Ghobashi, S. (2001). The relationship between the psychological hardship of working in emergency medical departments and the resilience of doctors. Journal of Psychological and Educational Studies, 11 (4), 537-591, <http://search.mandumah.com/Record/1106>

Al-Hawajri, A. (2003). The effectiveness of a proposed counseling program to reduce the effects of psychological trauma among Primary students in Gaza Governorate. [Unpublished Master Thesis]. Islamic University, Gaza

Al-Jobour, F. (2022). Work-family Conflict and Psychological Stress among Nurses in Irbid Hos-

pitals. *Dirāsāt*, 49(4), 410–428. <https://doi.org/10.35516/edu.v49i4.3349>

Al-Shammiri, A. (2020). The relationship between traumatic war experiences and post-traumatic stress disorder among displaced children in Ibb Governorate. *Yemen. Arts for Psychological and Educational Studies*, (2), 67-132.

Jumaa, O., Fathallah, M., & Saad, M. (2022) *Traumatic Disorders and Post-Traumatic Stress* (1st ed.) . Amman, Jordan: Dar Al-Fikr

Salem, H., & Al-Sharaa, H. (2014). The predictive ability of personality factors for post-traumatic stress disorder among victims of war and trauma who are treated in Jordan. [Unpublished PhD thesis, University of Jordan]. <http://search.mandumah.com/Record/717958>

English References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

An, Y., Sun, Y., Zhang, X., & Chen, Y. (2021). Investigation of the mental health status of frontier-line and non-frontier-line medical staff during a stress period. *Journal of Affective Disorders*, 282, 836–839. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.060>

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. (2013). *Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder* (2nd ed.). Victoria, Melbourne.

Bahadirli, S., & Sagaltici, E. (2021). Post-traumatic stress disorder in healthcare workers of emergency departments during the pandemic: A cross-sectional study. *American Journal of Emergency Medicine*, 50, 251–255. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.08.027>

Bassi, M., Negri, L., Fave, A., & Accardi, R. (2021). The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic

in Lombardy, Italy. *Journal of Affective Disorders*, 280, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.065>

Behavioral Therapy. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC, Houston. E-book. https://depts.washington.edu/dbpeds/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf

Brown, L., & Davis, M. (2021). Addressing psychological needs of emergency department staff: A review of interventions. *Journal of Occupational Health*, 63(5), 435–444. <https://doi.org/10.1539/joh.2021-0087-RA>

Bryant, R., Moulds, M., & Guthrie, R. (2000). Acute stress disorder scale: A self-report measure of acute stress disorder. *Psychological Assessment*, 12(1), 61–68. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.61>

Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 245–267. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502>

Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L., & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 719–734. <https://doi.org/10.1023/a:1007822603186>

Carmassi, C., Dell’Oste, V., Bui, E., Foghi, C., Berteloni, C. A., Atti, A. R., Buselli, R., Di Paolo, M., Goracci, A., Malacarne, P., Nanni, M. G., Gesi, C., Cerveri, G., & Dell’Osso, L. (2022). The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *Journal of Affective Disorders*, 298, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.128>

Chapa-Koloffon, G., Jean-Tron, M. G., Ávi-

- la-Hernández, A. V., Márquez-González, H., & Garduño-Espinosa, J. (2021). Frequency of acute stress disorder in health care workers of a tertiary level pediatric hospital during the National Safe Distance Strategy for COVID-19 prevention. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México*, 78(1). <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000226>
- Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy. Department of Veterans Affairs, South Central MIRECC. E-book. https://depts.washington.edu/dbpeds/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf
- Fernandez, A., Hettema, J., Vieweg, V. R., Julius, D. A., Beatty-Brooks, M., & Pandurangi, A. K. (2006). Posttraumatic stress disorder: Clinical features, pathophysiology, and treatment. *The American Journal of Medicine*, 119(5), 383–390.
- Friedman, M. J. (2015). *Posttraumatic and acute stress disorders* (6th ed.). Springer.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1370–1376. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1370>
- Greene, T., Harju-Seppänen, J., Adeniji, M., Steel, C., Grey, N., Brewin, C. R., Bloomfield, M. A. P., & Billings, J. (2021). Predictors and rates of PTSD, depression and anxiety in UK frontline health and social care workers during COVID-19. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1882781>
- Helfricht, S., Landolt, M. A., Moergeli, H., Hepp, U., Wegener, D., & Schnyder, U. (2009). Psychometric evaluation and validation of the German version of the acute stress disorder scale across two distinct trauma populations. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 476–480. <https://doi.org/10.1002/jts.20445>
- Ji, R., Zhang, L., Ji, Y., Li, G., Wang, R., & Xu, C. (2022). Association of self-leadership with acute stress responses and acute stress disorders in Chinese medics during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.836950>
- Kaufman, C. C., & Rosmarin, D. H. (2024). Spirituality in the line of duty: Perspectives from first responders with acute posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000856>
- Liu, S., Xu, R., & Liu, L. (2021). Influencing factors of acute stress disorder among frontline nurses in Wuhan, China. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(9), 38–47. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210324-03>
- Nolen-Hoeksema, S. (2019). *Abnormal psychology* (8th ed.). McGraw Hill.
- Smith, J. (2020). Post-traumatic stress disorder in emergency medical professionals. *Journal of Emergency Medicine*, 45(3), 290–298. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.04.002>
- Wang, Y., Duan, Z., Peng, K., Li, D., Ou, J., Wilson, A., Wang, N., Si, L., & Chen, R. (2021). Acute stress disorder among frontline health professionals during the COVID-19 outbreak: A structural equation modeling investigation. *Psychosomatic Medicine*, 83(4), 373–379. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000851>
- Wilson, J. P., & Keane, T. M. (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Zhou, T., Guan, R., & Sun, L. (2021). Perceived organizational support and PTSD symptoms of frontline healthcare workers in the outbreak of

COVID-19 in Wuhan: The mediating effects of self-efficacy and coping strategies. Applied Psychology: Health and Well-being, 13(4), 745–760. <https://doi.org/10.1111/aphw.12267>

إعلان عدم تضارب المصالح

يعلن ويتعهد الباحث أنه لا يوجد أي تضارب للمصالح مع أي شخص أو مؤسسة. وأن هذا البحث لم يسبق نشره بأي طريقة سواء أكانت مكتوبة، أم مقروءة، أم منشورة، أم مرئية أم مسموعة.

إعلان الدعم المادي

لم يحصل هذا البحث على أي دعم مادي.

مساهمة الباحثين

صفاء داود ضبان: صاحب الفكرة البحثية، الحصول على البيانات، تحليل البيانات، كتابة أداة الدراسة، دراسة ثبات وفعالية أداة الدراسة، الطريقة والجراءات ومنهجية البحث. فريدة بولسنان: الإشراف العام على المشروع البحثي، تنقيح وتدقيق البحث، قراءة النسخة الأخيرة من البحث.

سيرة ذاتية للباحثين

صفاء داود ضبان

ماجستير علم النفس الاكلينيكي من جامعة عمان الاهلية، بكالوريوس علم النفس من جامعة مؤتة، دبلوم تكنولوجيا المعلومات من جامعة البلقاء التطبيقية، المجالات البحثية: الاضطرابات النفسية.

Email: safaa.daban@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6730-3001>

فريدة رشيد بولسنان

استاذ دكتور، دكتورة علم النفس الاكلينيكي جامعة باتنة – الجزائر، ماجستير علم النفس المرضي الاجتماعي جامعة باتنة، بكالوريوس علم النفس الاكلينيكي جامعة باتنة، الوظيفة: استاذ جامعي، التخصص الدقيق: علم النفس الاكلينيكي، المجالات البحثية: العلاج الاسري.

Email: f.bolsenan@ammanu.edu.jo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4855-9310>