

التدخلات النفسية لتعزيز الصحة النفسية عند موظفي القطاع الصحي

-في ظل جائحة covid19-

Psychological interventions to promote mental health in health sector employees -in the context of the covid19 pandemic-

آيت قني سعيد نعيمة

لونيبي علي البليدة 2 (الجزائر)

aitgueninaima7@gmail.com

ابراهيم حداد*

لونيبي علي البليدة 2 (الجزائر)

haddad.brahim1962@gmail.com

المعلومات المقال	الملخص:
<p>الكلمات المفتاحية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ جائحة covid19 ✓ الصحة النفسية ✓ التدخلات النفسية ✓ مقدمي الرعاية الصحية 	<p>يهدف هذا المقال إلى تقديم الأعمال التي سعت إلى تحديد مشاكل الصحة النفسية الناتجة عن المعاناة في العمل في القطاع الصحي في ظل انتشار فيروس Covid19 ومن ناحية أخرى، تقديم التدخلات التي تعمل على تحسين الصحة النفسية لدى موظفي القطاع الصحي في ظل هذه الظروف.</p>
Article info	Abstract :
<p>Received :01/05/2021</p> <p>Accepted :26/05/2021</p>	<p><i>The present study aimed to determine the mental health problems of workers in the health sector in light of the spread of covid19 and to suggest interventions for improving the mental health of workers.</i></p>
<p>Keywords:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Covid19 pandemic ✓ mental health ✓ Psychological intervention ✓ Health care providers 	

-مقدمة: بعد انتشار مرض فيروس كورونا (COVID-19) على مستوى العالم، والإبلاغ عن وجود أولى الحالات في الجزائر اعتبارا من 25 فيري 2020، حيث تسبب هذا الفيروس في وفاة 1571 من أصل 46938 حالة مؤكدة وأصيب 1700 من العاملين في مجال الرعاية الصحية في كل من 48 ولاية، بناءً على المعلومات المتعلقة بالحالات المؤكدة، تم الالتزام بإستراتيجية الحجر الصحي المحسنة والتباعد الجسدي، وإجراءات العدوى الصارمة، والإغلاق الصارم للحكومة لمواجهة انتشار COVID-19 في البلاد.

في مواجهة هذا الحدث الصحي العام المعدي الواسع النطاق، فإن العدد المتزايد باستمرار للحالات المؤكدة والمشتبه فيها، فإننا نجد أن أعباء العمل المتزايد والمشاعر السلبية و استنفاد الحماية الشخصية ونقص الأدوية قد تساهم جميعها في العبء النفسي لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية.

-المخاطر النفسية التي تخلفها أزمات الأوبئة لدى مقدمي الرعاية الصحية: إن الآثار النفسية التي تخلفها الأزمات الصحية على موظفي القطاع الصحي ليس موضوعا جديدا، حيث كان إهتمام الباحثين منصبا على تقييم الحالة النفسية لهذه الفئة من العمال خلال الأوبئة السابقة منها انفلوزة (2009) A H1N1 و (2003) SARS-Covi-1 حيث كشفت عدة دراسات أقيمت في أوروبا وأمريكا الشمالية، أن الأطباء والممرضين الذين شاركوا في تقديم العلاج والرعاية، قد ظهرت لديهم أعراض القلق المتوسط والشديد مع انشغالات متمركزة حول الوباء المعدي نفسه والخوف من عدوى أقاربهم مع ما ينجر معها من نتائج على الصحة، إلى جانب الخوف من إظهار الإهمال اتجاه زملائهم والمرضى. كما أن طبيعة العمل في المستشفيات في حد ذاته يعتبر عاملا من عوامل الخطر، لأن الاتصال بالمرضى المصابين يمكن أن يزيد القلق المرتبط بالعدوى والشعور بالإرهاق في العمل، أو حتى حدوث المظاهر النفسية، ولا سيما اضطراب ما بعد الصدمة (Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, et al,2004 :42).

ولقد أظهرت الأدبيات في هذا المجال أن خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية في فترة ما بعد الوباء يزداد أكثر لدى المهنيين العاملين في وحدات الرعاية المخصصة للمرضى المصابين. الأهم من ذلك، أن التأثيرات طويلة المدى قد ظهرت لدى مقدمي الرعاية، ومع

ظهور أعراض الإرهاق على مدى سنة إلى سنتين، واضطراب ما بعد الصدمة والسلوك الإدماني (النيكوتين والكحول) (Maunder RG, LanceeWJ, BaldersonKE, et al,2006:12). وفي هذا الصدد أعدت وزارة العمل الأمريكية لسلامة المهنية والصحة دليل OSHA من أجل أماكن العمل لمواجهة جائحة الأنفلونزا نشر في عام 2007، حيث أشارت فيه إلى مستويات مختلفة من المخاطر حسب الفئات المهنية ونجد أن موظفي القطاع الصحي هم المعرضون أكثر لمستويات الخطورة:

• **العاملون المعرضون لمخاطر عالية للغاية:** المهنيين الصحيين (الأطباء والممرضات وأطباء الأسنان) الذين يقومون بإجراءات الإنعاش مع المرضى الذين يشتبه في إصابتهم بعدوى مؤكدة (تنظير الشعب الهوائية وإجراءات طب الأسنان ..) والموظفين الذين يتعاملون مع عينات من المرضى المشتبه بهم (خاصة في المختبرات).

• **العاملون ذوو الخطورة العالية:** مهنيو الصحة أو الرعاية المعرضون للمرضى المشتبه في إصابتهم بالعدوى، أخصائيي نقل المرضى، موظفي الخدمة مستودعات الجثث (Durand-Moreau Q.,2020)

مثلما يعاني المرضى من تأثيرات عاطفية كبيرة في سياق انتشار الأوبئة، كذلك فإن موظفي الرعاية الصحية المكلفين بمسؤولية تقديم المساعدة للمصابين يتفاقم عليهم عبء المخاطر العالية والمستمرة للتعرض للمرض والموت والانفصال عن أحبائهم الذي قد يكون إما قسرياً أو بسبب نوبات العمل المطولة، ورؤية صور مؤلمة لمرضاهم المتألمين أو المحتضرين. كما أن العمل خلال ظروف زيادة الضغط في البيئات المثقلة بالأعباء مع ندرة الإمدادات والأدوية / اللقاحات بشكل مزمن، تجعلهم يعانون من لياس بسبب الخسائر البشرية الهائلة على الرغم من بذل أقصى الجهود لتقديم الرعاية، إضافة إلى إدارة الرفات البشرية وتجربة الحجر الصحي للقوى العاملة ومشاهدة موتهم الزملاء، ونقص التعزيزات والبدائل وإرهاقهم، إلى غيرها من الصدمات التي يجب أن يتحملوها أثناء خدمته (Shultz JM,2017).

لذلك، لم يكن مفاجئاً أن الدراسات التي أجريت على الممرضات الذين عالجوا مرضى السارس أثناء تفشي المرض عام 2003 أشارت إلى مستويات عالية من التوتر و 11% من ردود فعل صدمية بما في ذلك الاكتئاب والقلق والعداء وأعراض الجسدية. كما أظهرت إحدى

الدراسات أنه حتى بعد مرور عام على اندلاع السارس في عام 2003، ولا يزال العاملون في مجال الرعاية الصحية الناجون من السارس يعانون باستمرار من مستويات أعلى من التوتر والضغط النفسي مقارنة بالعاملين في مجال الرعاية الصحية الناجين من السارس (Lee AM and al,2007).

كما يواجه الممارسون المكلفون بعلاج المرضى في أعقاب الأوبئة تحديات في توفير الرعاية القياسية سواء بسبب المحن المرتبطة بالبنية التحتية والأزمة ، وكذلك بسبب التغيرات البيولوجية الفريدة التي يسببها المرض نفسه. من المهم للممارسين أن يكونوا على دراية بالتفاعلات الدوائية الشائعة والجرعات واستراتيجيات المعايرة والاعتبارات الخاصة لفئات مختلفة من العوامل النفسية المستخدمة. يهدف هذا القسم إلى مراجعة وتلخيص الجوانب ذات الصلة بالعوامل الدوائية النفسية والتي قد تكون مفيدة للممارسين المستقبليين الذين يجدون أنفسهم يقدمون الرعاية النفسية في أعقاب الوباء (Huremović Damir,2019) .

ويتحمل العاملون في الرعاية الصحية كذلك عبئاً نفسياً وعاطفياً خاصاً في سياق العزل والحجر الصحي ورعاية المرضى المعزولين والمرضى في العناية المشددة، في بعض الأحيان يجدون أنفسهم في مثل هذه المواقف طواعية، وفي الأحيان الأخرى يحدث ذلك بسبب الظروف - تدخل أوامر الحجر الصحي والعزل حيز التنفيذ أثناء وجودهم في العمل (Huremović Damir,2019).

وحسب (Levenson J. Chapter(2010) يعاني واحد من كل ستة من مقدمي الرعاية الصحية للمرضى المصابين بأعراض إجهاد كبيرة. لحسن الحظ، حتى بدون تدخلات كبيرة، فإن هذه الأعراض تميل إلى التحسن بمرور الوقت وتفسح المجال لضغوط الحياة اليومية والعمل. ووجدت دراسة أخرى أن حوالي 11% من القائمين على الرعاية قد طوروا أعراض الإجهاد والتفاعل، مثل القلق والاكتئاب والعداء والجسدية. وتأثرت بشكل خاص مجموعة مقدمي الخدمة الذين تم تكليفهم بالعمل أحياناً لفترات طويلة في وحدات متخصصة بسبب نقص مقدمي الخدمة (Stein MB,2018).

يتعرض عمال الرعاية الصحية في مثل هذه الحالات لضغط إضافي بسبب مشاركتهم في الحدث، قد يكونون قلقين بشأن صحتهم وصحة أسرهم، قد يخشون العدوى ويهتمون بسلامة

زملائهم في العمل وأقرانهم في مجال الرعاية الصحية، ويواجهون الوحدة والتوقعات المتطلبة، مما قد يؤدي إلى الغضب والقلق والتوتر المرتبط بعدم اليقين من الحدث.

وحسب (Reardon S, 2015) في حالة السارس، عانى حوالي 10 ٪ من مقدمي الرعاية الصحية من مستويات عالية من أعراض الإجهاد اللاحق للصدمة منذ بداية المرض في عام 2003. وهم أولئك الذين تم عزلهم، ومع ذلك، أولئك الذين عملوا في أجنحة سارس، أو لديهم أصدقاء أو أقارب مقربين أصيبوا بالسارس، كانوا أكثر عرضة بمرتين إلى ثلاث مرات للإصابة بمستويات عالية من أعراض ما بعد الصدمة مقارنة بأولئك الذين لم يتعرضوا لهذه الحالات، حتى بعد مرور 3 سنوات على تفشي مرض السارس، أدت تجربة الحجر الصحي أو العمل في مواقع عالية الخطورة مثل أجنحة السارس أثناء تفشي المرض إلى ارتفاع عدد أعراض تعاطي الكحول بين العاملين في مجال الرعاية الصحية .

في دراسة أخرى من Taiwan أثناء تفشي مرض السارس، ارتبط حدوث الأعراض النفسية بالتعرض المباشر لرعاية مرضى السارس، وتاريخ اضطراب المزاج السابق، والعمر الأصغر، والمشاعر السلبية المتصورة. كانت الأعراض الأكثر انتشارًا لدى هؤلاء المقدمين هي الاكتئاب والأرق وانخفاض كبير في تصنيفات الحالة المزاجية ومعدل الأرق والمشاعر السلبية المتصورة، بالإضافة إلى زيادة المعرفة والفهم لمرض السارس والتي تتطور بين المشاركين في نهاية الدراسة (وتفشي المرض) أشار إلى احتمال حدوث تكيف نفسي(Huremović Damir,2019).

هناك العديد من الدراسات التي حاولت فهم بعض العوامل التي قد تؤثر على التكيف النفسي وكذلك تلك التي تعزز التكيف النفسي للعمل في وحدات العزل أو في الحجر الصحي. حددت دراسة بعد السارس للعاملين في الرعاية الصحية في تورنتو العوامل التالية التي من المحتمل أن تسبب ضائقة نفسية بين العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعتنون بالمرضى في عزلة(Shultz JM,2017):

(أ) تصور الخطر على أنفسهم

(ب) تأثير أزمة السارس على حياتهم العملية

(ج) التأثير الاكثابي

(د) العمل في وحدة عالية المخاطر

(هـ) رعاية مريض واحد فقط من مرض السارس مقابل رعاية العديد من مرضى السارس

وفي نفس السياق، يرى (Koh D, Lim MK, Chia SE, et al. 2005 :82) أنه من أهم العوامل التي تزيد من خطورة الأعراض النفسية:

- نقص الاستشارة أو المساعدة أو الدعم النفسي.
- أن تكون والد، هذه الحالة تزيد في الخوف مقدمي الصحة من إصابة أطفالهم ووصمة العار الأسرية التي تؤكد عدم قدرتهم على رعاية أطفالهم إذا أصيبوا بالعدوى.
- العزلة الاجتماعية الناتجة عن تجنب التفاعلات حيث انحصرت أنشطتهم الوحيدة في ذلك الوقت في العمل وبيئة المستشفى.
- وصم مقدمي الرعاية، باعتبارهم نواقل محتملة لعدوى فيروسية.
- ارتفاع مستوى التوتر الذي يتصوره مقدمو الرعاية في العمل تواجه مهام جديدة مع الشعور بالإرهاق.
- تكرار حدوث النزاعات في العمل في سياق معين يدهور من العلاقات المهنية وجود أنماط تعلق غير آمنة في مقدم الرعاية.

وجدت دراسة استقصائية أخرى من Toronto بعد السارس أن المزيد من الاتصال بالمرضى الذين يعانون من مرض شديد الخطورة أدى إلى ارتفاع درجات تأثير مقياس الأحداث الصدمية (قياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة). نظرًا لأن الممرضات يتواصلن مع هؤلاء المرضى، فإن تعرضهم ودرجاتهم تميل إلى أن تكون أعلى مقارنة بعاملتي الرعاية الصحية الآخرين. تم تحديد ثلاثة عوامل على أنها تؤثر على درجات مقياس الأحداث: الخوف الصحي والعزلة الاجتماعية وضغوط العمل (Huremović Damir,2019).

وجدت دراسة مختلفة من سنغافورة أن واحدًا من كل خمسة متعهدين يظهر عليهم أعراض إجهاد ما بعد الصدمة بعد تفشي مرض السارس. ومع ذلك، كانت النتائج التي توصل إليها أن الأطباء أكثر عرضة للإجهاد وأن مقدمي الرعاية غير المتزوجين كانوا أكثر تأثرًا من المتزوجين. كما تم العثور على أربعة مجالات مهمة في هذه الدراسة: الصحة والعلاقة مع الأسرة، والعلاقة مع الأصدقاء/ الزملاء، والعمل، والروحانية. كانت العوامل التي ساعدت في تقليل إجهاد ما بعد الصدمة كما يلي:

-التواصل الواضح للتوجيهات والتدابير الاحترازية

-القدرة على إبداء الرأي والحصول على الدعم من الإدارة

- الدعم من المشرفين والزملاء

- الدعم الأسري

-القدرة على التحدث إلى شخص ما عن تجاربهم

- المعتقدات الدينية

بالإضافة إلى أساليب المواجهة المهنية، قد تكون هناك بعض الاختلافات الثقافية أيضًا حيث وجدت دراسة أخرى من Singapour بعد السارس، أن إجهاد ما بعد الصدمة بلغ حوالي 18%، حيث سجل الأطباء درجات أقل من الممرضات. يبدو أن الأطباء أكثر ميلاً لاستخدام الفكاة كآلية للتأقلم، بينما استخدمت الممرضات الفلبينيات الدين والروحانية كأسلوب للتكيف (Huremović Damir, 2019).

وهكذا نلاحظ أن كل الدراسات التي أجريت على تأثير الجائحتين رئيسيتين في عامي 2003 و 2009 على الصحة النفسية لمقدمي الرعاية العاملين في المستشفيات قد حدد عددًا من العوامل التي عجلت بظهور الاضطرابات النفسية التي كانت أساسا طبيعة اكتئابية وقلق واضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث تم اتخاذ تدابير فردية أو جماعية معينة لتعزيز وتقوية استراتيجيات التعامل مع الإجهاد وتقليل العبء المعرفي والعاطفي الشديد الذي يتعرض له مقدمو الرعاية في العمل في حالة الوباء. ومع ذلك، يبدو أنه تم اتخاذ إجراءات

وقائية قليلة من قبل الأنظمة الصحية المختلفة في أعقاب هذه الأوبئة، لمنع حدوث مثل هذه الاضطرابات النفسية أثناء الأزمات الصحية الجديدة.

-استثنائية تأثير جائحة covid19 على مقدمي الرعاية الصحية: من أهم الخصائص الرئيسية COVID-19 هي كتلة المعلومات مقترنة به مع إمكانية تطويرها بطريقة لا مثيل لها، سواء من العلماء أو الطبيين أو صانعي السياسات أو عبر البلدان حيث نجد أن الخصائص الوبائية لهذا الفيروس غير محددة بشكل كامل: تنوع الأعراض العيادية وارتفاع معدل العدوى للحالات التي لا تظهر عليها أعراض ومدة استمرار الفيروس على الأسطح الجامدة ومدة الحضانة.

يظل إلى حد الآن تشخيص هذا الفيروس عياديا بشكل أساسي: متلازمة الجهاز التنفسي، والحمى وفقدان الشم والصداع وعلامات الجهاز الهضمي (الإسهال) وحتى الإصابات العصبية والأعراض غير المتسقة. كما يمكن أن يكون ربع المرضى حاملين صحيين، لهذا لا يمكن الاعتماد على اكتشاف الفيروس على عينات عن طريق اختبار (PCR) (إيجابيات وسلبات كاذبة) والأمصال التي يتم التحقق من صحتها حاليًا، ستجعل من الممكن اكتشاف عدوى حديثة (IgM) أو أقدم (IgG). الأمر الأكثر إثارة للقلق هو أن ربع المرضى يعانون من أشكال حادة تتطلب دخول المستشفى لصعوبة في التنفس، و5% يحتاجون إلى الإنعاش لضائقة التنفس. كما تم وصف حالات تفاقمت بطريقة مفاجئة بعد أسبوع واحد من ظهور الأعراض، بسبب عاصفة خلوية أو عدوى خطيرة. ومن أهم عوامل الخطر الرئيسية في الإصابة بهذا الفيروس هي التقدم في العمر وبعض الأدوية الخافضة للضغط، والسمنة، والربو وأمراض القلب والأوعية الدموية (Huang C, Wang Y, Li X, et al, 2019: 506).

ولقد أدى هذا الوباء والالتزام بالحد من انتقال العدوى من خلال تدابير التباعد والاحتواء إلى إعادة هيكلة غير مسبوقة لأنظمة الرعاية الصحية في غضون أيام قليلة، لاحظنا إعادة تنظيم لم تقتصر على الزيادة في أماكن الرعاية الحرجة، ولكنها أثرت على سلسلة إنتاج الرعاية بأكملها، لا سيما فيما يتعلق بالمنظمات والموارد البشرية والتعليق المادي الأنشطة المبرمجة، وهيكله وحدات COVID-19، وإعادة تكليف مقدمي الرعاية بمهام جديدة

والتسيق بين المناطق المختلفة بطريقة مرنة والتعاون بين الطب الخاص والطب العام. كما ساهم الطب النفسي في هذه الحركة غير المسبوقة: إغلاق المستشفيات اليومية، والاستشارات عن بعد وتعزيز التدخلات في المنزل وإعادة توزيع الموظفين وتكوين الاحتياطات الصحية (El-Hagea.W, Hingrayc C..2020:5). هذه المرونة الاستثنائية للنظام الصحي، والتي عادة ما تكون جامدة، أصبحت ممكنة بفضل الالتزام الطوعي والحاسم من قبل طاقم التمريض، ولكن في فترة تفاقم الوباء خرجت الكوادر الطبية للاحتجاج بالتدهور التدريجي لظروف العمل نظرا لنقص معدات الحماية الشخصية.

-عوامل الضيق النفسي عند مقدمي الرعاية أثناء وباء كوفيد -19:

- **وضعيات قلق خاصة:** إن خصائص الوباء COVID 19 - سرعة انتشاره، والمعرفة غير المؤكدة، والشدة، والوفيات بين مقدمي الرعاية - كلها عوامل تزيد من التأثير النفسي المحتمل على المتخصصين في الرعاية الصحية (Smereka J, Szarpak (2020, وتكون مصادر القلق متنوعة حيث يعمل البعض في بيئة جديدة، من حيث المعدات والتقنية، والتي يجب أن تستوعب كمية كبيرة من المعلومات في وقت قصير واكتساب مهارات تقنية جديدة، في مواجهة المواقف العيادية الخطيرة. يمكن أن تكون هذه الحاجة إلى اكتساب المهارات بسرعة هي أصل إصابة الشعور بالسيطرة الذي ثبت أنه عامل وقائي جيد. فالقلق على الموارد المادية يغير هذا الشعور بالسيطرة والأمن عند كل الأفراد وغالبًا ما تكون البيئة العلائقية جديدة بسبب التعزيزات أو إنشاء فرق جديدة ، مما يضعف أو يقوي الشعور بالانتماء و التواصل بين مقدمي الرعاية Lee SH, Juang YY, (Su YJ, et a ;2005 :352).

إن تحديد وضعية الإدارة وموظفي الإدارة هي أيضًا معايير وقائية مهمة أو مثيرة للقلق حيث هناك العديد من المخاوف: الافتقار إلى المهارات، والوسائل اللازمة للقيام بعمل الفرد، واتخاذ الخيارات (أو تنفيذها) التي تتعارض مع الخيارات الأخلاقية الشخصية. يمكن أن نضيف إلى هذا توازنًا خاصًا جديدًا مع اضطراب الحياة الأسرية اليومية مع الشعور بالتهديد الدائم دون مخرج للذات ولأولئك القريبين منهم (Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, et al2020 :368).

-مواجهة معاش العجز: حدث الوباء في الجزائر في وقت كانت فيه المستشفيات العامة تمر بأزمة كبيرة بسبب انخفاض الموارد المادية والبشرية ، وهو مصدر للغضب والإرهاق في صفوف الكوادر الطبية حيث كان الافتقار إلى معدات الوقاية الشخصية والمواد (أجهزة التنفس الصناعي وأسرة الإنعاش) يفوق أسوأ السيناريوهات مع التدفق السريع والهائل للمرضى حيث شعر العديد من مقدمي الرعاية بأنهم عاجزون عن رعاية أنفسهم وحمايتهم، لهذا فهم كانوا بحاجة إلى معدات الوقاية الشخصية أكثر من الحاجة إلى الدعم النفسي هذا الوضع من عدم السيطرة يجعل الشعور بالعجز غير معتاد في اتساعه وشدته.

بالإضافة إلى نقص الموارد المادية والتنظيمية، فإن عدم وجود علاج محدد للعدوى يعزز الشعور بالعجز وعدم الفعالية الشخصية.ويؤدي عدم فهم الفيروس إلى تجربة صعبة من عدم القدرة على التنبؤ لأي مقدم رعاية. ويمكن اعتبار وفاة المريض بمثابة محدودية للرقابة الطبية يعكس الشعور بالعجز الشخصي ويقلل من الشعور بفائدة وظيفة الرعاية(Chahraoui K, Bioy A, Cras E, et al,2011 :342).

نلاحظ أيضًا وجود عدم ارتياح عاطفي مرتبط بتضارب محتمل بين الواجب المهني وسلامة الأقارب، وقد أدى هذا الوباء أيضًا إلى ظهور معضلات أخلاقية داخل الفرق غير المستعدة لإعطاء الأولوية للوسائل والرعاية المقدمة في سياق التعرض المفرط للموت.لمواجهة هذه المواقف غير المقبولة والقاسية إنسانيًا ، يمكن أن تندمج نوعين من ردود الأفعال : إلقاء اللوم على نفسه، على اختياراته وأفعاله وعدم إمكانية الفعل (الذنب) أو لوم الآخرين والمستشفى والحكم على خياراتهم واستراتيجياتهم في التسيير (العداء والغضب). لهذا يمكن أن تسبب هذا النوع من ردود أفعال ألمًا عاطفيًا كبيراً (EL-Hagea.W. Hingrayc C.2020).

-عوامل الإنهاك الخاصة بوباء COVID-19 : يواجه مقدمو الرعاية قدرًا كبيرًا من العمل والمعلومات عليهم إدارتها: التدفق الهائل للمرضى والتعليمات التنظيمية المتطورة باستمرار والتي تفرض متطلبات كبيرة على القدرات المعرفية (الذاكرة العاملة والمرونة) واتخاذ القرار متكرر وسريع وصعب، مما يؤدي إلى توتر نفسي قوي وإرهاق معرفي محتمل، علاوة على ذلك، فإن هذه الجهود لا تكافأ بالنجاح العلاجي، حيث أن عدد الوفيات مرتفع بشكل غير

عادي. يأتي العد المنتظم للوفيات لتجسيد هذا الواقع، مما يعزز الشعور بعدم الفعالية الشخصية وبوظيفة مقدم الرعاية في نموذجها المتمثل في تقليص الرعاية إلى الأهداف الوحيدة المتمثلة في علاج المرض الحاد. بالإضافة إلى ذلك، يصبح دعم الأسر مستحيلاً في سياق الحجر. منع الزيارة أو تقديم المتوفى يزيد من العبء العاطفي وخاصة الشعور بالذنب. عادةً ما يتم موازنة هذا العبء المهني والمعرفي والعاطفي من خلال الحياة الشخصية، ولكنه أيضاً يتوتر بسبب الحجر والقلق على الأحباء وتقليل أوقات الفراغ والوقت المستقطع (El-Hagea.W, Hingrayc C.2020).

- انخفاض الطلب على أنظمة الدعم من قبل مقدمي الرعاية: خارج الجائحة، يكون مقدمو الرعاية أكثر عرضة للإصابة باضطرابات نفسية من عامة السكان الذين هم تحت التشخيص والعلاج، وأثناء الوباء تم وضع أنظمة الدعم النفسي لمقدمي الرعاية، إلا أن هذه التجربة تصف إجمالاً أو حتى غياب اقناع خلايا الاستماع بسبب عدم الاعتراف بالصعوبات النفسية وأن حاجاتهم الأساسية تكمن في المزيد من الراحة ومعدات الوقاية الشخصية. ويبدو أن التدابير الملموسة لتنظيم غرف الاستراحة وتسهيل الخدمات اللوجستية للوجبات والحياة اليومية وإمكانية قضاء وقت الفراغ ولحظات الاسترخاء هي أكثر ملائمة لاحتياجات مقدمي الرعاية من الدعم النفسي. (Chen Q, Liang M, Li Y, et al,2020 :7).

-المخاطر النفسية التي يتعرض لها موظفي الصحة أثناء وباء COVID-19: كما هو الحال بالنسبة لوباء SARS-CoV-1، من المحتمل أن يظهر بعض مقدمي الرعاية، ولا سيما مقدمي الرعاية في الخطوط الأمامية أعراض نفسية ذات طبيعة متنوعة: القلق، الإجهاد الحاد اضطراب ما بعد الصدمة، أعراض الاكتئاب. وفي الواقع، بعد مرور عام على وباء عام 2003، زاد انتشار الإرهاق والضيق النفسي وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مقدمي الرعاية الذين يعتنون بالمرضى المصابين (MaunderRG,LanceeWJ, BaldersonKE, et al,2006 :12).

وحسب (Su TP, Lien TC, Yang CY, et al,2007 :41)، فإن وجود سوابق نفسية وصغر السن تعتبر من عوامل الخطر، في حين أن الوصول إلى وحدة الدعم والوصول إلى المعلومات المناسبة جعلت من الممكن الحد من تأثير الأزمة الصحية على الحالة النفسية.

في نهاية الأزمة الصحية الحالية، سيكون من الضروري مراقبة طاقم التمريض ، ولا سيما أولئك الأكثر عرضة للخطر أو المعرضين للخطر، وفي هذا الصدد يشير (Lai J, Ma S, Wang Y, et al,2020: 3) إلى انتشار خاص للأعراض المعزولة للضغط النفسي ، والأمراض الحقيقية التي تتكون أساساً من الاكتئاب أو القلق أو الانتحار أو اضطراب الإدمان.

-القلق والاكتئاب: حسب (Lai J, Ma S, Wang Y, et al,2020: 3) فقد لاحظ أن الاضطرابات النفسية كانت أكثر وضوحاً عند النساء الشابات مقارنةً بالرجال، و عند المرضى أكثر من الأطباء، إلا أن هذه المعطيات الحديثة متناقضة مع مقدمي الصحة في الخط الأول والثاني حيث وجد (Li et al,2020) أن مقدمو الصحة الذين يعملون في الخط الثاني يعانون أكثر من الصدمات النفسية، في حين وجد (Lu et al,2020) أن مقدمو الرعاية الذين كانوا في اتصال مباشر مع المرضى المصابين (الانعاش، حالات الطوارئ) كانت لديهم أكثر أعراض القلق والاكتئاب واضطراب الضغط ما بعد الصدمة .

-الاكتئاب: خارج الاضطرابات النفسية، نجد أن خطر ظهور الاضطرابات العقلية المميزة عند مقدمي الصحة يدخل ضمن تسيير أزمة الوباء خصوصاً فترات الاكتئاب المميز بنسبة 25%، من أهم أعراضه الأرق والقلق و حالات الضغط ، بالنظر إلى الانتشار الواسع لاضطرابات الاكتئاب بين مقدمي الرعاية خارج أي سياق وبائي، فمن المنطقي توقع حدوث زيادة بعد الجائحة والمضاعفات المرتبطة بها، مثل الإدمان والسلوك الانتحاري (Bansal P, Bingemann TA, Greenhawt M, et al,2020).

-الإدمان: لا توفر حداثة الوباء بيانات عن التأثير المحدد لـ COVID-19 واحتواء الإدمان، ومع ذلك، تدعم الأدبيات فكرة زيادة مخاطر الإدمان على المدى القصير والمتوسط، حيث رافق وباء SARS-CoV-19 زيادة في اضطراب تعاطي الكحول بعد ثلاث سنوات بين العاملين في مستشفى بكين (Wu P, Liu X, Fang Y, et al,2008: 706). هذا الخطر المتزايد، الذي لوحظ في عمال الرعاية الأولية أو أولئك الذين كانوا في الحجر، توسطت أعراضه الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة، واستهلاك الكحول في وقت مبكر كإستراتيجية للتكيف. ولقد تم إثبات الآثار الضارة للتوتر على الإدمان جيداً،

خاصة بين مقدمي الرعاية بسبب سهولة الوصول إلى العقاقير ذات التأثير النفسي (زيادة خطر استخدام المواد الأفيونية / البنزوديازيبين / المنومات)، والخوف وصمة العار المهنية التي يمكن أن تعيق الطلب مساعدة . وأخيراً، يمكن للحجر بالنظر إلى نقص نقاط بيع المخدرات و الكحول، أن يؤدي إلى زيادة خطر الانسحاب القصري والانتكاس عند مقدمي الصحة المدمنين (El-Hagea.W,Hingrayc C..2020) .

-**الانتحار:** إن تراكم الأخطار النفسية و الاجتماعية خلال فترة الوباء يمكن أن تزيد من خطر ارتفاع سلوكيات الانتحار لدى المجموعات السكانية المعرضة بالفعل لهذا الخطر بشكل خاص (خطر الانتحار أعلى بحوالي 50% مقارنة بمستوى الخطر لدى عامة السكان) خارج الأزمة الصحية (14: 2019, Dutheil F, Aubert C, et al). وحسب Garré C (2020) فقد تم التصريح بخمس حالات انتحار في وسائل الإعلام في أوروبا منذ بداية الوباء: طبيب توليد من كيلسي (بولندا) ، وممرضتان للعناية المركزة في إيطاليا، ممرضة العناية المركزة في المملكة المتحدة وطبيب عام فرنسي. لم يتم توثيق زيادة خطر الانتحار بين مقدمي الرعاية أثناء الجائحة، ربما بسبب الصعوبات المنهجية الملازمة لتحديد حالات الانتحار في أوقات الأزمات والحجر وعددهم المحدود لحسن الحظ، كما أن البحث النشط في حدوث حالات الانتحار أثناء هذا الوباء، وفعالية المبادرات الموضوعية ستوجه نهج الرعاية والوقاية .

-**تعزيز عوامل الصلابة النفسية عند مقدمي الصحة في ظل وباء covid19:**

✓ **استراتيجيات الوقاية الأولية:** إن استدعاء المتخصصين في مجال الصحة النفسية بسرعة في بداية الأزمة الصحية للوباء لتقديم الدعم النفسي لفرق الرعاية الصحية وإنشاء خلايا استماع فردية في العديد من المؤسسات، تعتبر من بين التدابير الوقائية الأولية التي تهدف إلى الحد من التأثير النفسي للأزمة على المدى الطويل، حيث تساعد في التعرف على الطبيعة المهنية للضغط . وتتمثل أهدافها في توفير الدعم النفسي وتعزيز قدرات المرونة الفردية.

-**الدعم:** على المستوى المؤسسي، يجب أن تفي إدارة الأزمات بعدد من المتطلبات: تعليمات واضحة ومعلومات محدثة ومعدات الوقاية الشخصية واختبارات الفحص، الدعم اللوجستي

(النقل، الإقامة، التعليم... إلخ)، ونشر نصيحة موثوقة بشأن إدارة الاجهاد. لقد ثبت أن تأثير الإجهاد على الصحة يمكن أن يعوض بزيادة المكافآت، وبالمثل يبدو أن "التمجيد" المجتمعي لوظيفة التمريض عامل وقائي على المدى القصير (Shanafelt T, Ripp J, Trockel M, 2000).

حسب منظمة الصحة العالمية (2020) فإن للإشراف دور داعم أساسي في التعرف على التزام كل محترف ونقل المعلومات المؤسسية وتشجيع الإشراف الذي يركز على العمل، ووضوح التعليمات وإسناد وظائف محددة لكل شخص وتعزيز تقاسم المسؤوليات عن القرارات الصعبة من خلال نشر البروتوكولات المؤسسية المخصصة والتناوب بين الوظائف الأكثر إرهاقاً والأقل إجهاداً وربط المهنيين ذوي الخبرة والمبتدئين وتخصيص وقت للدعم بين الزملاء والسماح بساعات مرنة للعمال المتضررين.

يحتاج العاملون في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في خطر شخصي كبير إلى اتصالات متكررة وواضحة فيما يتعلق بحالة الوباء والتطورات التي تحدث. كما يجب مراقبة الاتصالات على كل المستويات، مع وجود أنظمة لنقل الأخبار بشكل ثنائي الاتجاه بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، وإدارتهم، ومرافق الرعاية الصحية، والحكومة (Styra R, and al, 2008).

يمكن أن تشمل التدخلات الوقائية الجماعية إرشادات للتواصل مع المرضى وأقاربهم، من أجل خلق الظروف لمشاركة المشاعر بين المهنيين وهي فرصة لتقديم الدعم النفسي الذي يفضل الاستماع إلى الطمأنينة، وإضفاء الشرعية على الحالة العاطفية وتساعد على التمييز بين الضغط المدرك و مهارات التعبير عن الاحتياجات، لهذا يقترح تعلم تقنيات إدارة الإجهاد وتعزيز استخدام الاستشارات الفردية لبعض الموظفين.

-**تعزيز المرونة:** حسب (Zhu Z, Xu S, Wang H, et al, 2020) فإن الدعم الاجتماعي والمساعدة اللوجستية المؤسسية تخفف من مستوى الضغط والقلق والاحتئاب عند مقدمي الصحة النفسية، وإعادة التنظيم المشترك للفرق مع التأطير المتناسق وأوقات التفريغ الانفعالي وضمان معدات الوقاية الشخصية كلها عوامل تؤدي إلى خفض الضغط المهني، ولكن في المقابل يجب أيضاً خفض قلقهم على أقاربهم وعائلاتهم من خلال هيكلة

رعاية أطفالهم وبروتوكولات التطهير وألوية الوصول إلى الاختبارات كشف الفيروس ومعدات الحماية الشخصية. من المهم الحفاظ على فترات راحة في العمل وتذكر قواعد النظافة اليومية والتغذية: النوم والنشاط البدني وتقليل التعرض للشاشات والوسائط، وتقليل استهلاك الكحول أو الأدوية أو المخدرات.

كما يجب دعم عمال الرعاية الصحية على الخطوط الأمامية إلى أقصى حد ممكن مع انتشار الوباء للاستعداد لما هو آت. وتطوير وتوفير المواد التعليمية التي يمكن أن تحدد ما قد يتوقعه العاملون في مجال الرعاية الصحية في سياق واجباتهم، بما في ذلك ردود الفعل والضغط الشائعة التي قد يواجهونها من الجمهور والمرضى وأصدقائهم وعائلاتهم أو من داخل أنفسهم. هذا أمر في غاية الأهمية حيث قد تشعر القوى العاملة غير المجهزة بالخوف من الخدمة (Huremović Damir,2019).

ويقدم (Schreiber M, Cates DS, Formanski S, et al,2019 :114) نموذج توقع، تخطيط، رفض (APD) وهو عبارة عن تدريب لمقدمي الرعاية في مقاومة الإجهاد و للتوقع حيث يتلقى مقدمو الرعاية معلومات عن تأثير الأزمة:طبيعة، آثار الصدمة. وكذا للتخطيط أثناء التدريب، يقومون بوضع خطة مرنة شخصية لتحديد وتوقع استجاباتهم والموارد الممكنة (الدعم، استراتيجيات لتقوية الموارد وعوامل المرونة، المهمة، الواجب، المنفعة).ولردع التأثير الضار، يتعلمون متى يستخدمون الخطة الشخصية، على سبيل المثال: أثناء وباء الإيبولا لم يصاب الموظفون المدربون سابقاً بأعراض ذات دلالة عيادية لاضطراب ما بعد الصدمة.

إذن تعد القيادة والهيكل والتحديد الواضح للواجبات والمسؤوليات من الأمور الحاسمة في زمن انتشار الأوبئة، حيث أن تحديد احتياجات الموظفين وإنشاء جداول زمنية يمكن التنبؤ بها سيضع أساساً ثابتاً للعاملين في مجال الرعاية الصحية ويؤسسهم في مواجهة القوى الأخرى المزعجة للاستقرار.

-استراتيجيات الوقاية الثانوية: عند نهاية أزمة هذا الوباء، وإذا ما اعتبرناها سببا في ظهور أعراض المعاناة النفسية ذات الدلالة العيادية، فإنها ستولد ظهور اضطرابات مهيكلة تستوجب تحديد استراتيجيات للفحص والتدخل.

إن تبني استراتيجيات فحص الاضطرابات النفسية عند مقدمي الصحة في الخطوط الأولى (طاقم الطوارئ، خدمات الاستشفاء والإنعاش) ضرورية جدا، إلا أنه يجب أن تتوسع إلى كل طاقم نظام الرعاية الصحية (الطب أأستشفائي، دور رعاية المسنين، الممرضين الأحرار وتقنيو المختبرات وحتى طلبة الطب والتمريض) الذين تم تجنيدهم خلال أزمة الوباء، حيث يسمح هذا الفحص بتحديد مقدمي الرعاية الصحية الأكثر تعرضا للخطر من أجل توجيه الأكثر هشاشة منهم نحو التدخلات العلاجية . (El-Hagea.W, HingrayC..2020 :7).

يمكن للهشاشة النفسية أيضا أن تكون أرضا خصبة لحداد مرضي في حالة فقدان أحد الأفراد من محيطه القريب (العائلية، الأصدقاء، العمل) أو لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة. وهذه الاضطرابات يمكن أن تزيد عن طريق السياق الاجتماعي المحيط (الحجر، نقص وقت الفراغ، الصعوبات المهنية، الأزمة المالية المعلن عنها بسبب الوباء) كما يمكن أيضا أن تتفاقم بسبب الحيرة و القلق بشأن تطور الجائحة و نتائجها على المدى الطويل، وتحمل هذه الاضطرابات النفسية خطرا مزمنا وآثار دائمة على التوظيف وجودة حياة مقدمي الرعاية الصحية. فإذا تهيكلت هذه الاضطرابات خلال الجائحة، فإن خطر عدم تراجع الأعراض يكون كبيرا حيث تميل هذه الأخيرة إلى الإزمان، وبالتالي يكون مقدمي الرعاية الصحية تحت خطر الهشاشة والضعف النفسي الدائم (El-Hagea.W, Hingrayc .C..2020 :08).

ويفضل استخدام المقاييس المقننة في فحص المخاطر الأساسية المحددة، فمثلا المقاييس الذاتية تسمح بتحليل مستوى القلق (مقياس القلق ميزة- حالة) الاكتئاب (مقياس النماذج الصحية)، الضغط (مقياس DSM-5 لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة) الإجهاد (مقياس الاحتراق لMaslach) وتسمح بعض الأدوات بقياس الضيق النفسي (مقياس الصحة العامة, General Health Questionnaire, استراتيجيات التكيف مع

الضغط Brief-COPE, Post-TraumaticGrowth Inventory أو تسيير الانفعالات (Emotion Regulation Questionnaire)

يمكن تصميم الفحص بطريقة مرحلية حسب وقت الجائحة (خلال، عقب مباشرة ، في وقت متأخر) وحسب الوسائل التي يمكن تفعيلها خلال الوقت. وفي هذا السياق يمكن استخدام عدة حلول محلية (التفريغ الانفعالي الجماعي في الموقع أو فردي) حلول مؤسساتية (الخطوط الساخنة الإقليمية والوطنية)، حيث تقترح هذه الحلول بطريقة مثالية من أجل أن يجد كل مقدم رعاية صحية الحل الذي يتكيف مع احتياجاته. والأولية تكون لمقدمي الرعاية الأكثر عرضة (أطباء الطوارئ، الإنعاش) وهذا يمكن تنظيمه خلال الخطوط الساخنة الاقليمية والوطنية خلال (الأزمة) و حصص التفريغ الانفعالي الجماعية أو الفردية بعد الأزمة مباشرة (مثل نموذج تسيير الاعتداءات) وهذه الإجراءات تستمر ما بين 6 إلى 12 شهرا بعد نهاية الوباء (08: 2020 . Hingrayc C., El-Hagea.W).

إن الحفاظ على هذا الفحص خلال الزمن ضروري بسبب الظهور المتأخر لبعض الأعراض التي يمكن أن يقلل من شأنها من قبل مقدمي الصحة خلال الأزمة ولكنها تستمر على مقربة من الأزمة مثل: (اضطرابات النوم)، وبعيدا عن مقدمي الصحة الأكثر عرضة، فإن كل مقدمي الرعاية الصحية معينين بنفس الوسائل والحفاظ على الفحص على مدار 6 إلى 12 شهر من خلال الطب المهني مع تسهيل الوصول إلى المتابعة النفسية.

وفي هذا المجال أشار (Kovess_ Masfety.V 2019) إلى أدلة للدراسات التي تتطوي على استخدام العلاجات المعرفية السلوكية، التدريب على إدارة الإجهاد والتدخلات العلاجية المشتركة، كلها تدخلات تؤدي إلى تحسن في الصحة العقلية والرفاهية وكفاءة العمل بين الموظفين، حيث لاحظ أن آثار التحسن كانت أكبر عند الحاصلين على درجة مرتفعة من الضغط. في المقابل، بينت مجلة نظامية حسب (Gillman L. (2015) حول استراتيجيات تعزيز المرونة عند ممرضات يعملن في مصلحة طب الأورام، أن هناك آثار إيجابية في 3 دراسات فقط من أصل 20دراسة، والتدخلات التي طبقت كانت تلك التي تهدف لتطوير العلاقات في الفرق واقتراح تكوين في تسيير الضغط / استرجاع والمساعدة على معالجة الانفعالات وتعلم التجارب.

وفي نفس السياق، بين Mache S. (2016) أن التدخل القائم على التدريب الذاتي القائم على إدارة الحالات بين الأطباء النفسيين الألمان قلل من إجهادهم المتصور وحسن قدرتهم على إدارة المواقف الصعبة وعلاقتهم مع المرضى، لهذا يوصى بالحصول على معلومات وإجراءات تثقيفية تتعلق بمشاكل الصحة العقلية والصحة العقلية من أجل تجنب التمييز والوصم للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية في القطاع الصحي وتعزيز وصولهم إلى رعاية. وفي هذا المجال نذكر مبادرة جديدة حسب (Kovess_Masfety.V) 2019 تلبي هذه الحاجة و هي التدريب على الإسعافات الأولية للصحة العقلية (PSSM) على أساس برنامج الإسعافات الأولية للصحة العقلية، تم اعتمادها في أستراليا، حيث تم إطلاقه في عام 2000 ، وقد تم تنفيذه بالفعل في أكثر من 20 دولة في أوروبا وتنفيذه في المملكة المتحدة وهولندا ومستمر في سويسرا وألمانيا. ولقد تم الاستشهاد بالبرنامج كمثال على الممارسات الجيدة في الصحة العقلية في منشور الاتحاد الأوروبي البوصلة لعام 2018. ويهدف هذا البرنامج إلى التعرف على الاضطرابات النفسية أو العلامات التحذيرية للأزمة من أجل التدخل المبكر، على غرار "لغات الإنقاذ".

تم التخطيط لهذا التدريب في فرنسا في عام 2019، ويوصى به أولاً للطلاب بالمعنى الواسع: الأكاديميين والمتدربين والديبلومات المهنية ثم لعامة السكان. من شأن تعليم الطلاب مفاهيم الصحة النفسية أن يعزز الوصول المبكر للرعاية ويساهم في إزالة وصمة الاضطرابات النفسية عن عامة السكان. في مكان العمل بصفة عامة يقدم البرنامج للتدريب في يومين لأشخاص من المؤسسة الذين سيكونون بعد ذلك قادرين على تقديم الإسعافات الأولية في مجال الصحة العقلية.

أخيراً، يجب أن تستهدف برامج مساعدة الموظفين العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين أصيبوا باضطرابات صدمية أو عاطفية أو قلق وكذلك أولئك الذين يعانون من زيادة اضطرابات تعاطي المخدرات. ويُنصح بزيادة مراقبة الصحة العقلية، نظراً لقرب العاملين في مجال الرعاية الصحية وتعرضهم المتكرر للتجارب الصادمة، بالإضافة إلى الأدلة الموثقة جيداً على الضيق المستمر الذي من المحتمل أن يتعرضوا له. كما يجب اعتبارهم مجموعة عالية الخطورة لتطوير اضطرابات نفسية في أعقاب الوباء ويجب أن يمنحوا نفس الاعتبار

والرعاية لأي مجموعة سكانية أخرى عالية الخطورة تم تحديدها. و أن يتمتع عمال الرعاية الصحية بإمكانية الوصول الفوري إلى الرعاية النفسية والتدخلات الدوائية والعلاج النفسي الفردي والجماعي ثم يجب طمأننتهم إلى أن عائلاتهم ستتلقى نفس الشيء.

-خاتمة: إن مقدمي الرعاية الصحية هم من أكثر المهنيين تعرضاً للخطر فيما يتعلق بالصحة العقلية في الأوقات العادية، وأوقات الأزمات، لهذا فهم يخضعون للوصمة المرتبطة بمهنتهم، ويمكن أن ينظر إليهم من قبل بقية السكان على أنهم معرضون لخطر نقل الفيروس التاجي.

لهذا يعد توفير الرعاية النفسية للعاملين في مجال الرعاية الصحية في أعقاب تفشي الأوبئة أمراً معقداً ولكنه حاسم الأهمية في خدمة تخفيف عبء المعاناة الإنسانية حيث سوف تكثر التحديات على مستويات متعددة لكن لا بديل عن التأهب. وستساعد المعرفة بالتقييم والتشخيص التفريقي والمضاعفات الطبية والعلاج المقدم للرعاية النفسية في تطوير نهج علاجي لهؤلاء الأفراد الأكثر ضعفاً خلال فترة حاجتهم القصوى.

-قائمة المراجع:

- 1-BansalP,Bingemann TA, Greenhawt M, et al.(2020). Clinicianwellnessduring the COVID-19 pandemic: extraordinary times and unusual challenges for the allergist/immunologist. J Allergy Clin ImmunolPract 2020 [sous presse].
- 2-Chahraoui K, Bioy A, Cras E, et al.(2011). Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. Ann Fr AnesthReanim2011;30(4):34.
- 3- Durand-Moreau Q.(2020). Informations de l'OMS pour la gestion de l'épidémie de COVID19 en milieu de travail, au 23 mars 2020. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement (2020), <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.832>.
- 4-Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al.(2020). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2019;14(12).
- 5-El-Hagea W.,Hingrayc C. et al (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? Elsevier Masson France.
- 6- Garré C.(2020). Les psy à l'écoute des soignants à l'heure du Covid-19. Le Quotidien du Médecin [Internet];<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/les-psy-lecoute-des-soignants-lheure-ducovid-19>.
- 7-Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, et al.(2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ 2020;368:m1211.
- 8-Gillman L, Adams J, Kovac R, et al.(2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI DatabaseSystRevImplementRep;13(5):131—204.
- 9-Huang C, Wang Y, Li X, et al(2019). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395(10223): 506.
- 10-Huremović Damir,(2019). Psychiatry of Pandemics A Mental Health Response to Infection Outbreak, Editor DamirHuremović North Shore University Hospital Manhasset, NY USA.
- 11- Koh D, Lim MK, Chia SE, et al.(2005). Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? Med Care 2005;43(7): 82.

- 12-Kovess-Masfetya, *,b, L. Saunder a , N. Mellor a(2019). Améliorer la santé mentale et le bien-être des salariés : quelles sont les interventions qui marchent, USIDE, 22, rue de Marignan, 75008 Paris, France.
- 13-Lai J, Ma S, Wang Y, et al.(2019). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Corona virus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):e203976.
- 14-Li Z, Ge J, Yang M, et al.(2020).Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun* 2020 [sous presse] .
- 15-Lu W, Wang H, Lin Y, et al.(2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: Across-sectional study. *Psychiatry Res* 2020;288:112936.
- 16-Lee SH, Juang YY, Su YJ, et al.(2005).Psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27(5):352–8.
- 17- Lee AM, Wong JGWS, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatr.*;52:233–40.
- 18-Levenson J. Chapter(2017): Infectious diseases. In: Levenson J, editor. *Textbook of psychosomatic medicine*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 19-Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, et al.(2004). Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psycho som Med* 2004;66(6):–42.
- 20-Maunder RG, Lancee WJ, Balderson K E, et al.(2006). Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak. *Emerg Infect Dis* 2006;12.
- 21-Reardon S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*. 2015;519:13–4.
- 22-Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA* [sous presse].
- 23- Smereka J, Szarpak L.(2020). COVID 19 a challenge for emergency medicine and every health care professional. *Am J Emerg* [sous presse]
- 24-Schreiber M, Cates DS, Formanski S, et al.(2019) . Maximizing the resilience of healthcare workers in multi-hazard events: lessons from the 2014–2015 Ebola response in Africa. *Mil Med*;184(Suppl 1):114–20.
- 25- Shultz JM. (2017). Mental health consequences of infectious disease outbreaks [Webinar training course]. Institute for Disaster Mental Health at SUNY New Paltz and New York Learns Public Health. Presented 2017 Jan 27. [Cited 2019 Jan 11].
- 26-Stein MB. (2018). *Pharmacotherapy For Posttraumatic Stress Disorder In Adults*. Post TW, Editor. Uptodate. Waltham: Uptodate Inc. [Http://www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Accessed 16 Dec 2018.
- 27-Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL.(2008). Impact On Health Care Workers Employed In High-Risk Areas During The Toronto SARS Outbreak. *J Psychosom Res.*;64:177–83.
- 28- Su TP, Lien TC, Yang CY, Et Al.(2007). Prevalence Of Psychiatric Morbidity And Psychological Adaptation Of The Nurses In A Structured SARS Caring Unit During Outbreak: A Prospective And Periodic Assessment Study In Taiwan. *J Psychiatr Res*;41(1–2):119–30.
- 29- Wu P, Liu X, Fang Y, et al.(2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol*;43(6):706.
- 30-Zhu Z, Xu S, Wang H, et al.(2020). COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. *medRxiv* [Sous presse].