

## استبيان حول مدى تأثير جائحة كورونا

إلي من يقوم بتعبئة الاستبيان ,

أخي الكريم / أختي الكريمة ... تحية طيبة

نتيجة إنتشار فايروس كورونا في الأونة الأخيرة و تأثيرها السلبي على الصحة النفسية على المجتمع , فإننا نطمح من خلال هذه الإستبيان لعمل دراسة احصائية تخص ليبيا تهدف الي كشف تأثير جائحة كورونا على كل من مواطن مقيم في ليبيا.

نحن مجموعة من الأطباء و الطلبة المتطوعين نسعى إلى تخفيف الأثار السلبية على مجتمعنا عن طريق معرفة مسببات و آثار جائحة كورونا على الصحة النفسية في هذا الوقت و معرفة كيفية التقليل منها لمساعدة الناس.

نرجو منك تعبئة هذه البيانات والتي قد تستغرق 10 دقائق من وقتك , علما بأنه لن يتم إستخدام اي معلومات شخصية و جميع المعلومات ستكون مشفرة وسوف نسعي للحفاظ علي سرية المعلومات التي سيتم استخدامها للأغراض الاحصائية فقط ... يمكنك الاجابة عن كل سؤال في الفقرات الموجودة عن طريق اختيار أحد الإجابات , لهذا نرجو منك إعطاء إجاباتك بكل مصداقية لظهار مدى تأثيرك بجائحة كورونا.

يعد إكمالك للاستبيان موافقة منك علي المشاركة في البحث

### البيانات الشخصية

- العمر : -----
- الجنس :
  - ذكر
  - أنثي
- الجنسية :
  - لبيبي
  - غير لبيبي ولكن مقيم في ليبيا من أكثر من خمس سنوات
  - غير لبيبي مقيم في ليبيا منذ اقل خمس سنوات
- الحالة الاجتماعية :
  - عازب/ة
  - متزوج/ة
  - ملطق/ة
  - أرمل/ة
- هل لديك أطفال ؟
  - لا
  - نعم
- المؤهل العلمي :
  - شهادة ابتدائية
  - شهادة اعدادية
  - شهادة ثانوية
  - خريج جامعي / معهد عالي
  - دراسات عليا
  -

### معلومات تتعلق بالحجر الصحي

- العزل :
  - عزلت نفسي بناء علي تعليمات الهيئات لحكومية
  - أنا تحت العزل لأنني تعرضت للعدوي (نتيجة التحليل موجبة) .أو أنني تعرضت لشخص مصاب
  - أنا حاليا في المستشفى
  - لا أمارس أي نوع من العزل الشخصي

- قبل بداية الحجر" كم ساعة كنت تقضي (تقريبيا) خارج المنزل أو مكان السكن كل يوم ؟
  - 0-1 ساعة يوميا
  - 2-3 ساعات يوميا
  - 4-5 ساعات يوميا
  - 6-8 ساعات يوميا
  - أكثر من 8 ساعات يوميا
- "خلال فترة الحجر" كم ساعة كنت تقضي (تقريبيا) خارج المنزل أو مكان السكن كل يوم ؟
  - 0-1 ساعة يوميا
  - 2-3 ساعات يوميا
  - 4-5 ساعات يوميا
  - 6-8 ساعات يوميا
  - أكثر من 8 ساعات يوميا
- خلال فترة الحجر , أشعر بتحسّن في المزاج بعد القيام بما يلي (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
  - ممارسة التمارين الرياضية
  - مشاهدة الأفلام والمسلسلات
  - متابعة الأخبار
  - تنفيذ بعض المهام والاعمال
  - القيام بأعمال المنزل
  - التحدث مع شخص
  - الابتعاد عن أشخاص مزعجين أقضي معهم فترة الحجر
  - تناول الطعام مع العائلة
- خلال فترة الحجر , هل تواصلت مع أي شخص لا يقيم معك في نفس المسكن عن طريق (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
  - مقابلته وجها لوجه
  - التحدث بالهاتف
  - المحادثة المباشرة عبر الانترنت
  - محادثة فيديو مباشرة عبر الانترنت
  - التحدث عن طريق الرسائل والدرشة
- هل تعتقد أن الحجر الصحي يعتبر فكرة سديدة؟
  - نعم
  - لا
- كيف كان مستوي التوتر قبل تطبيق قرار الحجر الصحي ؟
  - كنت هادئا
  - لم أكن هادئا أو متوترا
  - كنت متوترا
  - كنت متوترا جدا
- ما مستوي التوتر الذي تتشعر به الآن ؟
  - أنا هادئ
  - لست هادئا أو متوترا
  - أنا متوتر
  - أنا متوترا جدا
- أتلقى معلومات عن انتشار الوباء عن طريق..... (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
  - بيانات رسمية صادرة عن السلطات الحكومية
  - وسائل الاعلام
  - الأصدقاء, العائلة والجيران
  - وسائل التواصل الاجتماعي
  - لا أتلقى أي معلومات عن انتشار الوباء

- منذ بداية جائحة كورونا :
  - لم تظهر علي أعراض العدوي ولم أتعرض لأي شخص يحمل العدوي
  - تعرضت لأشخاص مصابين بالعدوي, ولكنني لم أصب بالعدوي
  - تعرضت للعدوي, ولكنني لم أدخل المستشفى
  - دخلت المستشفى بسبب إصابتي بالعدوي
- وضع العمل بعد جائحة كورونا
  - لم يتغير وضع العمل علي ما كان عليه من قبل
  - ازداد الحمل الوظيفي علي ما كان عليه
  - تغيرت طريقة العمل (عمل عن بعد علي سبيل المثال)
  - أنا متوقف عن العمل
- هل أصيب أحد أفراد أسرتك أو شخص عزيز عليك بوباء كورونا
  - لا
  - نعم, أصيب بالعدوي
  - نعم, تعرض للعدوي وأدخل المستشفى
  - نعم, توفي بسبب العدوي
- هل عانيت من أي من المشاكل الآتية خلال فترة الحجر؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
  - الاكتئاب
  - مشاكل عائلية
  - مشاكل عاطفية
  - مشاكل مالية
  - فترات من القلق والتوتر
  - فكرت جديا في الانتحار
- ما مستوي تقيدك بشروط العزل والمسافة الآمنة التي فرضتها السلطات لمواجهة جائحة كورونا
  - لم ألتزم بشروط العزل
  - التزمت قليلا
  - التزمت قدر المستطاع
  - التزمت أغلب الأوقات
  - لم أخالف شروط العزل مطلقا

#### معلومات تتعلق بالصحة النفسية

كل الأيام تقريبا	أغلب الأيام	بعض الأيام	أبدا	كم عانيت من المشاكل التالية خلال الشهر الماضي (ضع علامة √ أمام الإجابة الأنسب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قلة الاهتمام أو الرغبة في ممارسة أي نشاط أو عمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشعور بالحزن أو ضيق الصدر أو اليأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة في الاستسلام للنوم أو الانتظام في النوم أو النوم أكثر من المعتاد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشعور بالتعب أو الفشل العام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قلة الشهية أو الإفراط في الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشعور بعدم الرضا عن النفس أو الفشل أو الإحباط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة في التركيز عند القيام بشيء , مثل المطالعة أو الدراسة أو مشاهدة التلفاز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بطء في الحركة أو الكلام بدرجة ملحوظة من الآخرين, أو عكس ذلك بكثرة الحركة وعدم البقاء ساكنا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشعور باليأس من الحياة وتمني الموت أو التفكير في إيذاء نفسك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قمت بإيذاء نفسي أو تسببت في تعريض نفسي للخطر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خططت للقيام بالانتحار

كل الأيام تقريبا	أغلب الأيام	بعض الأيام	أبدا	كم عانيت من المشاكل التالية خلال الشهر الماضي (ضع علامة ✓ أمام الإجابة الأنسب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشعور بالغضب أو القلق أو الانفعال الشديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم القدرة على إنهاء القلق أو التحكم فيه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القلق المفرط على أشياء مختلفة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصعوبة في الاسترخاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شدة الاضطراب لدرجة صعوبة البقاء ساكنا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السرعة في الانزعاج أو الانفعال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشعور بالخوف كما لو أن شيئا سيئا قد يحدث

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل شعرت بفقدان الرغبة في العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل واجهتك مشاكل في الاستسلام للنوم أو البقاء نائما؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل حاولت التخلص من القلق عن طريق تعاطي الدخان, الكحول, العقاقير أو المخدرات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل افتقدت وجود الأشخاص المقربين الذين يمكنك الاعتماد عليهم عند الحاجة؟ (للدعم النفسي, للاهتمام بالأطفال, لإبصالك إلي المستشفى أو السوق التجاري, للاهتمام بك حال مرضك الخ.....)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن تلقيت علاجاً خاصاً بالمشاكل النفسية؟ (الاكتئاب, القلق الخ.....)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إذا قمت بتحديد أي مما سبق إلي أي مدى منعتك هذه المشاكل من القيام بعملك أو الاعتناء بشئونك الشخصية أو التعامل مع الآخرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا أجد مشقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعض المشقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة ملحوظة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعب جدا

اختر الخانة الأنسب (v)					موقف أو حادثة تعرضت لها أثناء فترة الحرب أثر علي صحتك النفسية
كثيرا جدا	كثيرا	بشكل ملحوظ	قليلا	لا أبدا	
					أدني تذكير بالموقف يعيد لذاكرتك مشاعر متعلقة بالحادثة
					مواقف أخرى ذكرتها بالحادثة
					شعرت بالانفعال والغضب
					حاولت منع نفسي من الشعور بالاكتئاب عند التفكير بالحادثة أو عند تذكيري بها
					أجد نفسي أفكر في الحادثة دون قصد
					أشعر بأن الحادثة لم تكن حقيقية أو كأنها لم تحدث
					حاولت الابتعاد عن كل ما يذكرني بالحادثة
					صور الحادثة تظهر في ذهني
					كنت متوترا وسريع التأثر
					حاولت عدم التفكير بالحادثة
					أعي جيدا وجود مشاعر مكبوتة تتعلق بالحادثة, ولكني لم أتعامل معها كما يجب
					أشعر بفقدان في الاحساس فيما يتعلق بالحادثة
					أشعر وأتصرف كما لو أنني لا زلت أعيش في زمن الحادثة
					عانيت صعوبة في النوم
					عانيت صعوبة في البقاء نائما
					اجتاحني مشاعر قوية يصعب كبتها بسبب الحادثة
					حاولت إزالة الحادثة من ذاكرتي
					عانيت من صعوبة في التركيز
					أي تذكير بالحادثة سبب لي أعراض ظاهرة , مثل التعرق المفرط, صعوبة التنفس, الغثيان أو تسارع نبضات القلب
					راودتني أحلام تتعلق بالحادثة
					أحسست بأني دائما مترقب ومحترز
					حاولت أن لا أتحدث عن الحادثة

نشكر لكم مشاركتكم في هذا الاستبيان