مجلة بحوث ودراسات نفسية مج ١٨ ، ع ٣٤ يولبو ٢٠٢٢ ، ص (٣٩١ -٤٣٣)

دور إدراك خطورة كوفيد-١٩ والالتزام الصحي في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح لدى ذوي الأمراض الجسمية المُزمنة والأصحاء في المجتمع المصري

د. نيره محمد شوشة

مدرس علم نفس

قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة إلى فحص دور إدراك خطورة كوفيد-١٩ -في ضوء المعلومات الواردة عن منظمة الصحة العالمية- ومدى الالتزام الصحي بالإجراءات الوقائية في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح لدى ذوي الأمراض الجسمية المزمنة والأصحاء، بالإضافة إلى الكشف عن أهم أسباب عُزُوف بعض الأفراد عن تلقي اللقاح، وتحديد نوع اللقاح الذي يُفضل الأفرادُ تلقيه، والوقوف على أهم مصادر المعلومات التي يستقي منها الأفرادُ معلوماتِهم حول اللقاح الخاص بفيروس كورونا. تكونت عينة الدراسة من (٥٠٥) مشاركٍ، تراوحت أعمار عينة الدراسة (١٩ – ٧٥) سنة، بمتوسط عمري (٣٦.٦٣) سنة، وبانحراف معياري (١٠.١٨) سنة. طبق عليهم مقياس لإدراك خطورة فيروس كورونا، ومقياس للالتزام الصحي. كشفت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف العينات يُفضل تَلَقِّي اللقاح (٥٥.٦%). وكان لقاح فايزر الأمريكي هو الأكثر تفضيلاً. وأوضحت النتائج أن أكثر الأسباب لعزوف الأفراد عن تلقي اللقاح، كانت في اعتقادهم أنَّ له مشكلات وآثارًا جانبية سلبية على الصحة. كما بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين إدراك خطورة فيروس كورونا بشكل عام، والمُكَوِّن الوجداني، والالتزام الصحي لدى كل من المرضى المزمنين والأَصِحَّاء. وأسفرت النتائج أن نسبة تقبل الأفراد لتلقي اللقاح تزيد مع تزايد إدراك الأفراد لخطورة الجائحة للمرضى المزمنين، لا سِيَّما حينما تزداد لديهم المشاعر السلبية المرتبطة بالجائحة.

الكلمات المفتاحية: إدراك خطورة – الالتزام الصحي- تقبل اللقاح- مصر

مجلة بحوث ودراسات نفسية مج ١٨ ، ع ٣٤ يولبو ٢٠٢٢ ، ص (٣٩١ -٤٣٣)

The Role of Risk Perception and Adherence in Prediction of Vaccine Acceptance among Chronic Physical Patients and Non-Patients in Egyptian Society

Dr. Nayera Mohamed Shousha
Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Arts

Cairo University

(Abstract)

The current study tries to examine the role of risk perception and Adherence in the prediction of vaccine acceptance among chronic physical patients and non-patients in Egyptian society. As well as the reasons beyond vaccine hesitancy, identifying the favorable vaccine, and the source of information about COVID-vaccine. A convenience sample of 505 participants, ages ranged from (19-75) years. They responded to a three-part questionnaire that assessed the risk perception of COVID-19, adherence, and some questions regarding vaccine acceptance. The results indicated that more than half of the sample preferred to take the vaccine (55.6%), and Pfizer was the most favorable. Furthermore, participants have reported that the main reason for vaccine hesitancy was the future negative side effects of vaccines. A positive correlation was found between overall risk perception, the emotional component, and adherence. Moreover, the results showed that vaccine acceptance increases when risk perception increases, especially when participants have negative emotions related to the pandemic.

Key words: Keywords: Risk perception- Adherence- Vaccine Acceptance- Egypt

مقدمة

تهدف هذه الدراسة إلى فحص دور إدراك خطورة كوفيد-١٩[1] – في ضوء المعلومات الواردة عن منظمة الصحة العالمية- ومدى الالتزام الصحي[2] بالإجراءات الوقائية في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح[3] لدى ذوي الأمراض الجسمية المزمنة والأصحاء، بالإضافة إلى الكشف عن أهم أسباب عُزُوف بعض الأفراد عن تلقي اللقاح، وتحديد نوع اللقاح الذي يُفضل الأفرادُ تلقيه، والوقوف على أهم مصادر المعلومات التي يستقي منها الأفرادُ معلوماتِهم حول اللقاح الخاص بفيروس كورونا.

تُعَدُّ جائحة كوفيد-١٩ بمَوْجاتِها الأربع، منذ بداية ظهوره في ديسمبر ٢٠١٩، أحد أهم الأوبئة في القرن الحادي والعشرين؛ حيث استقطبت اهتمامَ المتخصصين في مختلف المجالات العلمية، ولا سِيَّما في مجال علم النفس (De-Bruin & Bennett, 2020; Dryhurst et al., 2020; Van der Velden et al., 2020). وتشير المؤشرات الإحصائية إلى تزايد انتشار الجائحة في جميع بلدان العالم؛ حيث وصلت نسبة انتشار الجائحة على مستوى العالم إلى (532,375,325) وتجاوزت نسبة الوفيات على مستوى العالم ٦ مليون حالة، وسجلت مصر ما يزيد عن نصف مليون إصابة تَمَّ الإعلان عنها، وما يفوق الـ(٢٠) ألف حالة وفاة[4]. لذا فقد صُنفت هذه الجائحة بوصفها أكثر الأوبئة انتشارًا، وتهديدًا لصحة الفرد على كافة المستويات الجسمية، والنفسية، والوظيفية (De-Bruin & Bennett, 2020). وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى انتشار معدلات الشعور بالقلق من الإصابة بالوباء، والذي قد يصل إلى المستوى المَرَضي (Alradhawi et al., 2020; Dryhurst et al. 2020). ونشط الباحثون في محاولة لدراسة كيفية

1 Risk Perception of Covid-19
2 Adherence
3 Vaccine Acceptance

[4] هذه الأعداد وفقًا للموقع الإلكتروني الخاص بانتشار فيروس كورونا في العالم https://www.worldometers.info/coronavirus بتاريخ ٢٠٢٢/٥/٣١

تغيير نمط حياة الأفراد وضرورة الالتزام بالأنظمة الصحية (De – Bruin & Bennett, 2020; Peres et al., 2020). بالرغم من الخطر الذي تُشكله جائحة كوفيد-١٩ على المستويين الفردي، والمجتمعي، والمُعلن عنه في مختلف وسائل الإعلام – فضلًا عما تبذله مختلفُ الدول في اتخاذ بعض الإجراءات الوقائية (كالنظافة الشخصية، وارتداء الأقنعة الواقية، والالتزام بالتباعد المكاني، وغيرها)- يتباين التزام الأفرادِ بمثل هذه الإجراءات مقارنةً بالآخرين الذين لا يتبعونها على الإطلاق؛ لاعتقادهم بعدم جدواها، من ناحية، ولما يسببه تضارب المعلومات حول فيروس كورونا من تأثير سلبي في التزام الأفراد الصحي، من ناحية أخرى، مما قد يُسهم في تفاقم انتشاره. وأحد العوامل التي كشف عنها الباحثون في تحديد مدى التزام الأفراد بالإجراءات الوقائية هي إدراك خطورة كوفيد-١٩؛ ووفقًا لنظريات القرارات المُتعلقة بالسلوك الصحي، يرتبط مُعدل الالتزام الصحي بالنتائج المترتبة عليه؛ حيث إن انخفاض الالتزام بالإجراءات الوقائية الصحية من شأنه أن تترتب عليه عواقب سلبية وانخفاض جودة الحياة (De-Bruin & Bennett, 2020; Slovic et al., 1981).

ويرتبط تقييم الفرد لمدى خطورة الأحداث ومترتباتها بتقييمه الذاتي، وتأويله للبيانات الواردة عن المشكلة، فإذا لم يدرك الأفراد المعلومات المرتبطة بالمشكلة –إما لعدم الثقة أو لوجود تضارب في المعلومات المرتبطة بالمشكلة– قد يؤدِّي ذلك إلى عدم جدوى طُرُق مواجهة الموقف الخطير وإدارته بفاعلية (Slovic et al., 1981). لذا تَوَجَّه اهتمامُ بعض الباحثين نحو فهم طبيعة إدراك الأفراد للخطر الذي تُشكِّله جائحة كورونا المستجد، والذي من شأنه أن يساعد على تفسير سلوكياتهم حياله، ومن ثَمَّ التَّحَكُّم في مترتباته السلبية (El-Zoghby et al., 2020; Jang et al., 2020; Wise et al., 2020).

وفي إطار محاولة اكتشاف لقاح لجائحة كوفيد-١٩، سعت منظمة الصحة العالمية وعلماء صناعة الأدوية واللقاحات إلى بذل جهودٍ ضخمة في محاولة لاكتشاف لقاح لوقاية الأفراد من الإصابة بفيروس كورونا أو محاولة التَّحَكُّم في مضاعفاته أو التخفيف

من حِدَّة أعراضه في حالة الإصابة، فتوصَّلوا إلى ما يُقارب (٨٥) نوعًا من اللقاحات المُصنَّعة من الأجسام المضادة للحيوانات، و(٦٣) من الأنواع التي تَمَّ تطويرها من خلال الأجسام المضادة من الأفراد الذين تعرضوا للإصابة (El-Elimat et al., 2021; Paudel et al., 2021). وفي بعض الكتابات العلمية الأخرى، هناك ما يزيد عن (١٠٠) لقاح لكوفيد-١٩، وفي نهاية شهر أبريل ٢٠٢٠، تم إعطاء الصلاحية لخمسة لقاحات في المرحلة الأولى، وبنهاية نوفمبر ٢٠٢٠ تمت الموافقة على استخدام ٣٠ لقاحًا آخر، وبنهاية يناير ٢٠٢١ تم السماح بتصنيع ثلاثة لقاحات وتَمَّ الحصول على الموافقة الدوائية في الدول الغربية، ولا سِيَّما اللقاح الصيني والروسي. وفي الوقت الحالي، استطاعت الدول ذات الدخول العالية والمتوسطة الحصول على اللقاحات التي أثبتت فعاليتها عالميًا. وللسيطرة على الانتشار المتزايد للجائحة لا بد من وصول اللقاح لأكبر عدد ممكن من الأفراد ولا سِيَّما في الدول ذات الدخول المنخفضة (Ahmed et al., 2021).

وفي هذا السياق واجهت المجتمعات تَحَدِّيًا غاية في الأهمية، وهو تذبذب الأفراد وترددهم حول تلقي اللقاح، وتزايد الشك حول مدى جدوى هذا اللقاح، واحتمالية تسببه في ضرر ولا سِيَّما لكبار السن أو ذوي الأمراض المزمنة (El-Elimat et al., 2021; Paudel et al., 2021). ويرتبط مدى تَقَبُّل الأفراد لتلقي اللقاح بعدد من العوامل المعرفية والاجتماعية والموقفية؛ ويُعد إدراك الخطورة الذي ينعكس في المخاوف من الآثار المُحتملة للإصابة بفيروس كورونا، والأفكار والمعتقدات حول الفيروس، أحد هذه العوامل التي تُسهم في تَقَبُّل تلقي اللقاح من عدمه (Ebrahimi et al., 2021).

كما أن هناك محدودية واضحة في الدراسات التي ركزت على إدراك خطورة فيروس كورونا لدى المرضى المزمنين؛ فمن المفترض أن يكون الأفراد المصابون بأمراض مزمنة هم الأكثر إدراكًا لخطورة فيروس كورونا، نتيجة خوفهم من الإقامة بالمؤسسات العلاجية وقلق الموت، ومع ذلك هناك عُزُوف عن تلقي اللقاح (Ahuja et al., 2021). ويمكن

أن يرجع تردد الأفراد في تلقي اللقاح إلى عدد من العوامل، كالشك في فعالية اللقاح، وتأثيراته الواسعة على الحالة الصحية، وتعارض المعلومات الواردة عن اللقاح، فضلًا عن القصور في الوعي المجتمعي حول القدرة الوقائية للقاح (Ahmed et al., 2021; Lazarus et al., 2021). وتزامنًا مع أولى المحاولات العلاجية ضد جائحة كوفيد-١٩ في 16 من مارس ٢٠٢٠ التي ظهرت في الولايات المتحدة باسم "MRNA" (Murphy et al., 2020; Harapan et al., 2020) ، جاءت الحاجة لدراسة الكيفية التي تدفع الأفراد لتَقَبُّل تلقي لقاح كوفيد-١٩ (Ahmed et al., 2021; Lazarus et al., 2021). وبناء عليه كانت هناك حاجة مُلَحَّة لإجراء مثل هذه الدراسات نحو مزيد من فهم الأسباب وراء تردد الأفراد في تلقي اللقاح، وعدم التزامهم بالإجراءات الصحية، لا سِيَّما لدى ذوي الأمراض المزمنة نتيجة تزايد احتمالية إصابتهم بكوفيد-١٩ وارتفاع معدلات الوفيات بين هؤلاء المرضى. وبناءً على ما سبق يمكن صياغة تساؤلات الدراسة على النحو التالي:

١) هل هناك نوع معين مُفضل من اللقاحات المتاحة لدى عينة من المجتمع المصري؟ وما الأسباب الشائعة لعُزُوف الأفراد عن تلقي اللقاح – حينما يكون متاحًا؟

٢) ما مصادر معلومات الأفراد حول اللقاحات المتاحة؟

٣) ما طبيعة العلاقة بين إدراك الخطورة لكوفيد-١٩ والالتزام الصحي وتَقَبُّل تلقي اللقاح لدى ذوي الأمراض المزمنة والأصِحَّاء في المجتمع المصري؟

٤) هل يسهم إدراك الخطورة لكوفيد-١٩ والالتزام الصحي في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح لدى ذوي الأمراض المزمنة والأصِحَّاء في المجتمع المصري؟

الإطار النظري للدراسة

١) مفهوم إدراك الخطورة

يُشير مفهوم إدراك الخطورة إلى معتقدات الأفراد وتقييماتهم للمخاطر المرتبطة بموقف يدركون أنه يسبب الأذى والضرر، وتلك المخاطر تنطوي على عديد من التأثيرات غير المرغوب فيها. ويتأثر إدراك وتقييم الفرد للمخاطر بعديد من العوامل الفردية، والمُجتمعية، والثقافية، والسياقية. كما يستند هذا الإدراك إلى خبرات الفرد ومعتقداته واتجاهاته وأحكامه ومشاعره (عبد الدايم، وعلاء الدين، وشوشة،2020؛ Schmidt,2004).

ويمكن تفسير إدراك الخطورة وفقًا للمنظور التكاملي لـ درايهرست وزملائه، حيث يُعرف إدراك الخطورة بأنه تكوين نفسي ذاتي يتأثر بعدد من العوامل، والتي تكون بمثابة مكونات له، وهي:

أولًا، **المُكَوِّن المعرفي** الذي يتمثل في معرفة الأفراد وفَهمهم وتصوراتهم للمخاطر المحيطة بهم عبد الدايم وآخرون،٢٠٢٠. (Van Der - Linden, 2015; Dryhurst et al., 2020)؛ وتتكون هذه المعرفة من عدَّة مصادر، منها ما هو رسمي (استقاء المعلومات من المؤسسات الرسمية المعنية)، ومنها غير الرسمي (استخدام وسائل التواصل الاجتماعي، تبادل المعلومات مع بعض أفراد العائلة أو الأصدقاء) (Van Der- Linden, 2015; Dryhurst et al., 2020). وهنا لابد أنَّ نميزَ بين نوعين من المعرفة، هما: المعرفة القائمة على التقييمات الذاتية، والمعرفة القائمة على أدلة وحقائق علمية. وكلما زادت المعلومات غير الدقيقة عن الموقف، أدَّى ذلك إلى تزايد إدراك الخطورة، لا سِيَّما إذا تعارضت المعلومات الذاتية مع الحقائق المؤكدة (عبد الدايم وآخرون، ٢٠٢٠؛ Sundblad et al., 2007)

ثانيًا، **المُكَوِّن الوجداني** وينعكس في مشاعر القلق والخوف والشعور بالانزعاج التي يَخْبُرُها الأفراد نتيجة التَّعَرُّضِ للخطر أو توقع حدوثه لهم أو للمقربين منهم (Van Der-

(عبد الدايم وآخرون ٢٠٢٠؛ Linden, 2015; Dryhurst et al., 2020) وتُسهم تلك الانفعالات والمشاعر في تقييم المواقف حينما تكون غامضة ومُعقدة وهناك محدودية في المصادر والمعلومات المتاحة بشأنها، فيكون اعتماد الفرد بالدرجة الأولى على لانطباعات الوجدانية كموجهات لسلوكه ولتقييماته (عبدالدايم وآخرون ،٢٠٢٠ ,.Sundblad et al) .2007;

ثالثًا، **المُكَوِّن الثقافي الاجتماعي** ويتمثل في القيم ومدى تأثيرها في إدراك الأفراد للمخاطر والالتزام بالسلوكيات الوقائية، ودور الأبنية الثقافية في تشكيل إدراك المخاطر الفردية. ومن المعايير الاجتماعية أيضًا التي يتأثر بها إدراك المخاطر أن خبرة الفرد وتَعَرُّضَه لنماذج أخرى أكثر التزامًا بالقواعد والإجراءات من شأنها أن تُزيد من احتمالية التزامه أيضًا بمثل هذه التدابير.

رابعًا، **مُكَوِّن الفروق الفردية** ويتضمن بعض المتغيرات الديموجرافية كمستوى التعليم والنوع، تلك المتغيرات التي من شأنها أن تؤثر في كيفية ومدى إدراك المخاطر ومن ثَمَّ الاستجابة للوقاية منها (Van Der - Linden, 2015, Dryhurst et al., 2020; عبد الدايم وآخرون،٢٠٢٠).

٢) مفهوم الالتزام الصحي

عَرَّفته منظمة الصحة العالمية بأنه مدى اتباع الفرد للتعليمات الطبية. وبالرغم من أن معظم البحوث قد ركزت اهتمامها على الالتزام بالأدوية، فإن الالتزام يشمل أيضًا عديدًا من السلوكيات المتعلقة بالصحة والتي تتجاوز مجرد تناول الأدوية الموصوفة. ومن تلك السلوكيات الوقائية الصحية التي أُعلن عنها ووجب الالتزام بها في ظل جائحة فيروس كورونا المُستجد، نظافة اليدين المستمرة والتباعد الاجتماعي وارتداء أقنعة الوجه (خالد، شوشة، ٢٠٢٠ ;Sabaté, & Sabaté, 2003). كما أن هناك عددًا من العوامل التي تؤثر في التزام الأفراد بالتدابير أو الإجراءات الوقائية. فيتمثل **العامل الأول** في المساندة المعنوية للقيام بهذه التدابير، ويُشير هذا إلى مدى اتفاق الأفراد على مضمون وفائدة هذه

التدابير عند القيام بها. أما **العامل الثاني** فيتمثل في التكاليف والضغوط التي قد يتعرض لها الأفراد بعد القيام بإجراءات الالتزام، فمن المُتوقع أنه مع ارتفاع تكاليف الالتزام تكون عملية الالتزام بالإجراءات أقل. بالإضافة إلى ذلك، قد يعاني الأفراد من الإجهاد والانفعالات السلبية بسبب الإجراءات التي تمنعهم من ممارسة حياتهم الطبيعية كالتواصل المباشر مع الآخرين، وتعدد الزيارات الاجتماعية وغيرها من الممارسات. بينما يتمثل **العامل الثالث** في التأثير الرادع للتدابير، حيث تَنُصُّ نظرية الردع العامة[٥] على أنه عندما يكون هناك درجة أكبر من يقينية المعلومات وإصدار العقوبات عند عدم الالتزام، يصبح الأفراد أكثرَ التزامًا بالقواعد والإجراءات المُعلن عنها. ومن العوامل التي تؤثر أيضًا في الالتزام بالإجراءات الصحية مَقْدِرَة الأفراد على الالتزام بمثل هذه التدابير، والتي تُمثل **العامل الرابع**. فالالتزام يكون أقل عندما يكون الأفراد غير قادرين عمليًا على القيام بما تتطلبه الإجراءات الصحية، أو عندما لا تكون لديهم المعرفة الكافية لما هو متوقع منهم، فكلما كانت القواعد غير واضحة؛ كان من الصعب على الأفراد الالتزام بالإجراءات الصحية. ويتمثل **العامل الخامس** في اندفاع أو مخاطرة الأفراد، فالمستويات المرتفعة من الاندفاع تتنبأ بسلوك مخالفة القواعد المُعلن عنها. بينما يتمثل **العامل السادس** في توفر النماذج الاجتماعية، فكلما رأى الفرد نماذج أخرى أكثرَ التزامًا بالقواعد والإجراءات، زادت احتمالية التزامه أيضًا بمثل هذه التدابير (خالد، شوشة،٢٠٢٠ ;Bruijn et al., 2020).

ويركز **نموذج المعتقدات الصحية**[٦] على جانبين لامتثال الأفراد بالسلوك الصحي، وهما: إدراك التهديد[٧] والتقييم السلوكي[٨] . يتكون إدراك التهديد من مُعتقدين أساسيين وهما، القابلية المُدركة للتأثُر بالمرض أو المشكلات الصحية، والخطورة المتوقعة لعواقب الإصابة بالمرض. ويتألف التقييم السلوكي أيضًا من مجموعتين من المعتقدات الأساسية،

[5] The General Deterrence Theory
[6] Health Beliefs Model (HBM)
[7] Threat Perception
[8] Behavioural Evaluation

وهما: مجموعة مُتعلقة بفوائد أو فاعلية السلوك الصحي، وأخرى متعلقة بالتكاليف أو العوائق التي تحول دون القيام بالسلوك. وبالإضافة إلى ذلك، يفترض النموذج أن المُحفزات التي تؤدي إلى القيام بالسلوك يُمكن أن تُنشِّط السلوك الصحي عندما يتم تدعيم المعتقدات المناسبة لهذا. وتتضمن هذه المحفزات إدراك الأفراد لخطورة الأعراض المَرَضية، والتأثير الاجتماعي، وحملات التثقيف الصحي (خالد،وشوشة،٢٠٢٠ ;Abraham & Sheeran, 2015).

٣) مفهوم تَقَبُّل اللقاح

تُعَرِّف منظمة الصحة العالمية تردد تلقي اللقاح [٩] بأنه تأخُّر أو تأجيل قبول اللقاح أو رفضه بالرغم من إتاحة الحصول على اللقاح. وحدَّدَت WHO ثلاثة عوامل لتَقَبُّل اللقاح وهي: الثقة[١٠] ، والمُلاءَمة (أي مُلاءَمة اللقاح) [١١] ، والرضا . وتعني [١٢]الثقة مدى شعور الأفراد بالأمان وفاعلية اللقاح، والثقة في نظم توصيله وأنظمة الرعاية الصحية، وتتضمن أيضًا الثقة في صانعي السياسات. وتشير مُلاءَمة اللقاح إلى سهولة الوصول إليه، وتتضمن الإتاحة الطبيعية والقدرة على تحمل تكاليفه. ويرتبط الرضا عن اللقاح بانخفاض الخطورة المدركة للقاح وقدرته على الوقاية من الأمراض (El-Elimat et al., 2021; Lazarus et al., 2021) ويمتد التردد في تلقي اللقاح عبر مُتَّصَلٍ من الموافقة على تلقيه ورفضه بشكل قاطع، ويعني تأجيل الموافقة على تلقي اللقاح بالرغم من إتاحته للجمهور العام. ويُعد التردد في تلقي القاح مشكلة اجتماعية على مستوى العالم؛ ذلك أنه يُبقي على أزمة الجائحة خارج حدود السيطرة والانتشار، ويرتبط التردد في تلقي اللقاح بالقلق من التأثيرات الجانبية السلبية المترتبة على تلقيه (Haque et al., 2021). وهي عدم ثقة الأفراد في اللقاحات المتوفرة نتيجة عدم توافر معلومات كافية عن اللقاحات

[9] Vaccine Hesitancy
[10] Confidence
[11] Convenience
[12] Complacency

المتاحة، وغياب بعض السياسات اللازم اتخاذها من قِبَل صانعي القرار، وخوف الأفراد من المترتبات على تلقي اللقاح (Ahmed et al., 2021). وتُعد المعلومات المُضَلِّلة أحد المعوقات التي تُسهم في تردد الأفراد بشأن تلقي اللقاح. ويتزايد انتشار هذه المعلومات المُضَلِّلة نتيجة استخدام قنوات تواصل متعددة ومتعارضة (Lazarus et al., 2021). كما أن تَقَبُّل الأفراد لتلقي اللقاح يتوقف على مدى تأكدهم من فعاليته المرتفعة، ففي حالة الشك في فعالية اللقاح إما لأنه لقاح جديد أو عدم اختباره علميًا بشكل كافٍ، فإن الأفراد يعزفون عن تلقيه خوفًا من آثاره الجانبية سواء في الوقت الحالي أو على المدى البعيد، وبالتالي فهذا قد يؤثر على تَقَبُّل اللقاح (Harapan et al., 2020).

الدراسات السابقة

ومِن أبرز الدراسات التي اهتمت بالكشف عن العلاقة بين إدراك الخطورة في حالة الإصابة بالسارس والالتزام بنظام الحجر الصحي المُعلن عنه؛ دراسة أجراها "كاڤا وآخرون" (Cava et al., 2005). وقد تكونت عينة الدراسة من ٢١ مُشاركًا (١٦ من الإناث، و٥ من الذكور) العاملين في مجال الرعاية الصحية، تراوحت أعمارهم بين ١٨ حتى ٦٥ عامًا وأكثر. تم عزلهم في الحجر الصحي خلال تَفَشِّي مرض "السارس" في تورونتو عام (٢٠٠٣). توصلت النتائج إلى أنه بالرغم من إدراك جميع المشاركين أن السارس مرض جديد، وأن شِدَّته وقابليته للانتشار غير معروفة، فإنهم لم يثقوا دائمًا في المعلومات الواردة من وزارة الصحة. كما توصلت نتائج الدراسة إلى تذبذُب المشاركين بين الخوف والإنكار بشأن خطورة إصابتهم بالسارس أو انتشاره. وخلُصت الدراسة إلى التزام المشاركين المرتفع بأمر الحجر الصحي لأسباب أخلاقية أو قانونية أو اجتماعية، واتباع بروتوكولات الحجر الصحي داخل الأُسر، ولكن بشكل غير منتظم، حيث إن بعضهم قد تجاهل جوانب من البروتوكول، مثل: عدم ارتداء الأقنعة الطبية، أو عدم الإقامة في غرف منفصلة عن الأسرة، في حين أن البعض الآخر وضع لنفسه قواعد أكثر صرامة مثل التطهير اليومي للأسطح والأدوات التي تستخدمها الأُسرة.

وركزت دراسة أجراها "أيورفا وآخرون" (Iorfa et al., 2020) على فحص دور إدراك الخطورة كمُتغير مُعدل للعلاقة بين المعرفة عن كوفيد ١٩ والسلوك الوقائي. تكونت عينة الدراسة من (١٥٠٠) مشارك من نيجيريا، بمتوسط عُمر (٢٧,٤٣) وانحراف معياري (٩,٧٥)، وبلغت نسبة الإناث (٤٢,٧%)، بينما بلغت نسبة الذكور (٥٧,٣). وقد تكونت أدوات الدراسة من مجموعة استبيانات عبر الإنترنت، تضمنت مقياس إدراك الخطورة، ومقياس السلوكيات الوقائية. وأظهرت نتائج الدراسة دور إدراك خطورة وباء كوفيد ١٩ في تعديل العلاقة بين المعرفة عن الفيروس والقيام بالسلوكيات الوقائية، حيث ارتبط امتلاك المعرفة الصحيحة بـ كوفيد ١٩ بزيادة المشاركة في السلوكيات الوقائية من خلال إدراك خطورة الفيروس لدى عينة الإناث فقط.

كما ركزت دراسة أجراها "كياو وآخرون" (Kyaw, et al., 2020) على تقييم الوعي، وإدراك المخاطر، واتباع السلوكيات الوقائية لدى عينة من الراشدين في ظل جائحة كوفيد١٩. أُجريت الدراسة على عينة قوامها (٥٩٧) مُشاركًا من الجنسين، بلغت أعمارهم ١٩ سنة فيما فوق. وتم استخدام المقابلة كأداة أساسية في جمع البيانات، حيث تضمنت أسئلة حول الوعي والسلوكيات الوقائية التي نشرتها منظمة الصحة العالمية، كما تم تصميم أسئلة عن إدراك الخطورة بناءً على نموذج المعتقد الصحي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن (٥٨٤) مُشاركًا –أي ٩٨ % من إجمالي العينة– قد سمعوا عن كوفيد ١٩، وكان من بين هؤلاء المُشاركين ٨٧% يمتلكون مستوى منخفضًا من المعرفة عن الفيروس. وكان مستوى إدراك الخطورة تجاه كوفيد – ١٩ يتراوح بين المتوسط والمرتفع. كما استنتجت الدراسة أن حوالي ٣٦% من المشاركين يدركون المعلومات حول كوفيد ١٩ ويشاركونها من خلال وسائل التواصل الاجتماعي دون التحقق من مصادرها. كما خلُصت الدراسة إلى أن ٢٢% فقط من إجمالي عينة المشاركين قد أقروا باتباع سلوكيات وقائية صحية جيدة.

وفي دراسة أجراها كلٌ من" شابو وآخرون " (Shabu, et al., 2020) والتي هدفت إلى فَهم إدراك المخاطر والاستجابة السلوكية لأعضاء هيئة التدريس وطُلاب الجامعة تجاه كوفيد ١٩ في العراق. تكونت عينة الدراسة من (٩٧٦) مُشاركًا من الجنسين، بمتوسط عُمر (٢٥,٨) وانحراف معياري (٩,٧). وتوصلت نتائج الدراسة إلى امتلاك المُشاركين مستوى مرتفع من التهديد تجاه كوفيد ١٩، وأن حوالي (٦٢%) لم يكن لديهم أي تواصل مع الآخرين خارج المنزل. وخلُصت الدراسة إلى وجود ارتباط إيجابي بين إدراك المخاطر والقيام بالسلوكيات الوقائية.

كما هدفت دراسة أجراها "الحناويوآخرون" (Al-Hanawi et al., 2020) إلى فحص معرفة المشاركين بفيروس كورونا وإدراكهم لخطورته، والممارسات الصحية التي يتبعها المُجتمع السعودي تجاه جائحة كوفيد ١٩. تكونت عينة الدراسة من (٣٨٣٨) مُشاركًا. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن غالبية المُشاركين كانوا على معرفة بفيروس كورونا وأنهم مدركون لخطورة الفيروس. وتزايد اتباع ممارسات صحية جيدة. وعليه خلُصت الدراسة إلى تأثُر التزام الأفراد بالإجراءات الوقائية الصحية بإدراكاتهم واتجاهاتهم نحو فيروس كورونا.

وعُنيت دراسة أجراها "فيرداوس وآخرون" (Ferdous et al., 2020) بفحص الممارسات الصحية، والاتجاهات نحو كوفيد ١٩ بعد الحظر وأثناء الانتشار السريع للفيروس في بنجلادش. تكونت عينة الدراسة من (٢٠١٧) مُشاركًا ، تراوحت أعمارهم بين (١٢ – ٦٤ سنة). وتم تطبيق استبيانات لتقييم المتغيرات الاجتماعية والديموجرافية، والإدراك، والمعرفة، والاتجاهات، والممارسات الصحية عبر الإنترنت. استنتجت الدراسة أن حوالي (٤٨,٣%) من المُشاركين يمتلكون معرفة دقيقة عن خطورة الفيروس، واتفق نحو (٩٦,٧%) على خطورة الإصابة بالفيروس، وأن (٦٢,٣%) من المُشاركين يتبنون اتجاهات أكثر إيجابية نحو الإجراءات الوقائية، و(٥٥,١%) يمارسون سلوكيات وقائية بشكل مُتكرر من كوفيد ١٩.

وهدفت دراسة أجراها "عبد الحفيظ وآخرون" (Abdelhafiz et al.,2020) إلى تقييم معارف وإدراكات أفراد المجتمع المصري تجاه كوفيد- ١٩. أُجريت الدراسة على عينة مُكونة من (٥٥٩) مُشاركًا من الجنسين. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن (٨٦,٩%) من المشاركين يدركون خطورة العدوى بالفيروس، وقد اكتسبوا هذه المعارف من خلال وسائل التواصل الاجتماعي بنسبة (٦٦,٩%)، والإنترنت بشكل عام (٥٨,٣%). كما توصلت الدراسة إلى أن حوالي ٧٣% من المشاركين كانوا يهتمون بالحصول على اللقاح عند توفّره. وبشكل عام، كان لدى المشاركين معرفة جيدة بالمرض واتجاه إيجابي نحو الإجراءات الصحية الوقائية ومن ثَمَّ الالتزام بها.

وقام "هاربان وزملاؤه" (Harapan et al., 2020) بدراسة حول معرفة العوامل المؤثرة في تَقَبُّل الأفراد لتلقي اللقاح لدى عينة قوامها (١٣٥٩) مشاركًا من الجنسين. ووجدت الدراسة أن ٩٣.٣% من المشاركين يقبلون بتلقي اللقاح إذا أثبت فعاليته بنسبة ٩٥%، وتنخفض هذه النسبة إلى ٦٧% إذا انخفضت فعالية اللقاح عن ٥٠% لا سِيَّما لدى العاملين بالقطاع الصحي ومن لديهم مستوى مرتفع من إدراك خطورة الجائحة.

وكشفت دراسة "مورفي وزملائه" (Murphy et al., 2020) والتي أُجريت على عينة من (١٠٤١) من أيرلندا، و(٢٠٢٥) من المملكة المتحدة لفحص معدلات التردد في تلقي اللقاح وأسباب مقاومة المشاركين للقاح كوفيد-١٩. وكشفت النتائج أن جميع المشاركين في البلدين -الذين حصلوا على درجة مقاومة مرتفعة لتلقي اللقاح- هم الأقل حصولًا على معلومات بشأن الجائحة من المصادر التقليدية الموثوق فيها نتيجة لضعف ثقتهم في هذه المصادر. وكشفت عن أن ٦٥% من المشاركين في أيرلندا تلقوا اللقاح، مقابل ٦٩% من المملكة المتحدة هم من تلقوا اللقاح.

وقام "هاك وزملاؤه" (Haque et al., 2021) بدراسة هدفت إلى الوقوف على أهم مُحدِّدَات تَقَبُّل الأفراد لتلقي اللقاح في بنجلاديش. وتكونت عينة الدراسة من (٧٣٥٧) من الراشدين. وكشفت النتائج أن غالبية المشاركين أعربوا عن استعدادهم لتلقي اللقاح حينما يتأكدون من فعاليته ضد جائحة كوفيد-١٩، كما أن الأفراد الذين لديهم أشخاص مُقَرَّبون

تعرضوا للإصابة بالجائحة هم الأكثر تقبلًا لتلقي اللقاح. كما أوضح أفرادُ العينة أن أكثر ما يجعلهم رافضين لتلقي اللقاح هو القلق حول مدى فعاليته، وتأثيراته الجانبية على المدى الطويل. وأسفرت النتائج كذلك عن أن الأفراد ذوي الأمراض المزمنة أوضحوا رفضهم لتلقي اللقاح بسبب تأثيراته الجانبية.

كما أجرى "بول وزملاؤه" (Paul et al., 2021) دراسة بهدف فحص أسباب عدم استعداد الأفراد لتلقي اللقاح، وذلك لدى عينة قوامها (٣٢٣٦١) من الراشدين في المجتمع البريطاني. وأسفرت النتائج عن أن ١٦% من المشاركين كشفوا عن مستويات من انعدام الثقة في اللقاح، لا سِيَّما في ظل توافر مستوى منخفض من المعلومات حول اللقاح، وانخفاض الالتزام بالإجراءات التي تفرضها الدولة لمواجهة كوفيد-١٩. و١٤% أشاروا إلى عدم استعدادهم لتلقي اللقاح مقابل ٢٣% غير متأكدين من تلقيه. وأوضحت النتائج أيضًا أن السبب الرئيس في رفض الأفراد لتلقي اللقاح هو تزايد مستويات الثقة في فعالية اللقاح، والمشكلات المرتبطة بتلقيه في المستقبل. وأوضحت النتائج أن الأفراد الذين لا تتوافر لديهم معرفة كافية عن كوفيد-١٩ هم الأكثر رفضًا لتلقي اللقاح.

وكشفت دراسة كل من "بودل وزملائه" (Paude et al.,٢٠٢١) والتي أُجريت بهدف فحص العلاقة بين إدراك خطورة كوفيد-١٩ والتردد في تلقي اللقاح لدى (٢٦٦) من العاملين بالمجال الصحي في كلية الطب بنيبال، كشفت النتائج عن أن ما يفوق ثُلُثَ المشاركين (٣٨.٣%) الذين أصيبوا من قبل بالجائحة ولديهم مستوى مرتفع أو متوسط من إدراك خطورته، هم على استعداد لتلقي اللقاح، بينما أشار المشاركون أن السبب الرئيس في ترددهم حول تلقي اللقاح هو الشعور بالأمان تجاهه، وأن لديهم مستوى منخفض من إدراك الخطورة.

تعليق على الدراسات السابقة:

١) تفاوتت الدراسات السابقة في أعداد العينات التي تناولتها، حيث هناك دراسات تناولت عينات حجمها صغير جدًا مثل دراسة (Cava et al., 2005) التي تناولت عينة

قوامها (٢١) مُشاركًا فقط، ودراسات أخرى تراوحت أعداد العينات فيها بين (٥٩٧ – ١٥٠٠) مُشاركٍ مثل دراسة (Iorfa et al., 2020; Kyaw et al., 2020; Shabu et al., 2020). وتتضح أهمية هذا في إمكانية تعميم النتائج؛ فالدراسة التي تناولت عينات صغيرة الحجم من الصعب التمثُّل بنتائجها، ومن ثَمَّ يصعب تعميمها وذلك على عكس الدراسات التي تناولت عينات حجمها كبير.

٢) تعارضت نتائج الدراسات السابقة بشأن وجود ارتباط إيجابي جوهري بين إدراك خطورة كوفيد-١٩ والالتزام الصحي، حيث أشارت بعض الدراسات إلى انخفاض نسبة الأفراد الذين التزموا بالإجراءات الصحية الوقائية بالرغم من إدراكهم لخطورة الفيروس مثل دراسة (Cava et al., 2005; Kyaw et al., 2020). في حين كشفت دراسة (Shabu et al., 2020) عن وجود ارتباط إيجابي بين إدراك الخطورة والالتزام الصحي.

٣) هناك ندرة في الدراسات العربية لا سِيَّما في المجتمع المصري حول أهمية تلقي اللقاح الخاص بفيروس كورونا، هذا من ناحية، بالإضافة إلى التركيز بالدراسة على مرضى الأمراض الجسمية المزمنة من ناحية أخرى.

وفي ضوء استقراء التراث البحثي السابق، يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو الآتي:

فروض الدراسة

١. توجد علاقة ارتباطية بين كل من إدراك الخطورة لكوفيد-١٩ والالتزام الصحي وتَقَبُّل تلقي اللقاح لدى ذوي الأمراض المزمنة والأَصِحَّاء في المجتمع المصري.

٢. يُسهم إدراك الخطورة لكوفيد-١٩ والالتزام الصحي في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح لدى ذوي الأمراض المزمنة والأصحاء في المجتمع المصري.

منهج الدراسة وإجراءاتها

يندرج منهج هذه الدراسة ضمن المناهج الوصفية التي تتضمن مستويين، **أولهما:** المنهج الاستكشافي بهدف الكشف عن أهم مصادر معلومات الحصول على اللقاحات المتاحة، والأسباب الشائعة لعزوف الأفراد عن تلقي اللقاح، واللقاحات المُفضلة لدى الجمهور العام بالمجتمع المصري. أما عن المستوى **الثاني** فقد اعتمدت الدراسة على المنهج الارتباطي للكشف عن الدور الذي يلعبه كل من إدراك خطورة جائحة كورونا، والالتزام الصحي في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح.

عينة الدراسة

تكونت عينة هذه الدراسة من (٥٠٥) مشارك. وهي عينة غير احتمالية. تراوحت أعمار عينة الدراسة من (١٩ – ٧٥) سنة، بمتوسط عمري (٣٦.٦٣) سنة، وبانحراف معياري (١٠.١٨) سنة. ونعرض فيما يلي توزيع خصال العينة.

جدول رقم (١)

يوضح توزيع خصال العينة

المتغير الديموجرافي	العدد	النسبة
الجنس		
ذكور	177	35%
إناث	328	65%
الوظيفة		
قطاع حكومي	244	48.3%
قطاع خاص	154	30.5%
لا يعمل في الوقت الحالي	107	21.2%

المتغير الديموجرافي	العدد	النسبة
المؤهل الدراسي		
ثانوي أو أقل	14	2.8%
جامعي	182	36%
أعلى من الجامعي	309	61.2%
الإصابة بمرض مزمن		
نعم	131	25.9%
لا	374	74.1%
الإصابة بفيروس كورونا		
نعم	225	44.6%
لا	280	55.4%

أدوات الدراسة

تكونت أدوات الدراسة من ثلاثة مقاييس، وهي:

- **مقياس إدراك خطورة فيروس كورونا** إعداد عبد الدايم، وعلاء الدين، وشوشة (٢٠٢٠). ويقيس إدراك الخطورة لجائحة كورونا المستجد" وفقًا لمُكَوِّنين هما المُكَوِّن المعرفي (٥ بنودٍ)؛ وينطوي على المعارف والمعلومات المتوفرة عن الجائحة، وينطوي أيضًا على مدى اعتقاد الفرد في تأثير الجائحة بدرجة كبيرة على البلد التي يعيش فيها، واستمرارية هذه الجائحة في الانتشار، والمُكَوِّن الوجداني (٨ بنودٍ)؛ وهي تلك المشاعر والانفعالات المرتبطة بالجائحة وانتشارها وخطورتها، ومخاوف الفرد سواء على صحته أو صحة المُحيطين من المُقَرَّبين منه. ويتسم هذا المقياس بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (عبد الدايم وآخرون،

٢٠٢٠؛ وحسني، وشوشة، ٢٠٢٠). وفي إطار هذه الدراسة تَمَّ الاعتماد على صدق الاتِّساق الداخلي لمُكوني المقياس، كما يتضح في جدول (٢):

جدول رقم(٢)

يوضح الاتِّساق الداخلي لمقياس إدراك الخطورة

المُكَوّن / البند	الوجداني		المعرفي	
	الإناث (ن=٣٢٨)	الذكور (ن=١٧٧)	الإناث (ن=٣٢٨)	الذكور (ن=١٧٧)
1	0.667	0.623		
2			0.620	0.669
3	0.614	0.537		
4			0.652	0.662
5			0.586	0.652
6	0.498	0.374		
7	0.770	0.791		
8	0.691	0.728		
9			0.690	0.746
10	0.783	0.739		
11	0.733	0.639		
12	0.648	0.599		
13			0.578	0.660

وبالنظر في نتائج الجدول السابق يتضح وجود معاملات اتِّساق داخلي مرضية في المُكَوِّن المعرفي والوجداني بدرجة كبيرة.

- **مقياس الالتزام الصحي** من إعداد خالد، وشوشة (٢٠٢٠)، يتضمن المقياس (١٢) بندًا لقياس مدى الالتزام بقواعد التباعد الاجتماعي للبقاء آمنًا، والبقاء

بالمنزل، واتباع إجراءات الوقاية الصحية التي تعلن عنها وزارة الصحة المصرية. ويتمتع بمعاملات صدق وثبات مرتفعة (حسني، وشوشة،٢٠٢٠). وفي إطار هذه الدراسة هناك طريقتان للتَّحقق من الصدق، وهما طريقة الاتِّساق الداخلي، وطريقة الصدق العاملي التَّحققي باستخدام برنامج أموسAmos، كما يتضح في الجدولين (٣)، و(٤):

جدول رقم (٣)

نتائج الاتِّساق الداخلي لمقياس الالتزام الصحي

البند	الإناث (ن=٣٢٨)	الذكور (ن=١٧٧)
1	0.637	0.705
2	0.660	0.697
3	0.537	0.674
4	0.726	0.555
5	0.567	0.623
6	0.663	0.738
7	0.735	0.774
8	0.811	0.852
9	0.803	0.802
10	0.772	0.756
11	0.769	0.811
12	0.683	0.618

تبيَّن من خلال نتائج الجدول السابق وجود معاملات اتِّساق داخلي مرضية بدرجة كبيرة

جدول (٤)

يُبين نتائج التحليل العاملي التَّحققي بمقياس الالتزام الصحي

البنود	الالتزام الصحي		
	التَّشَبُّع	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة
1	0.589	0.043	13.600
2	0.664	0.043	15.442
3	0.463	0.041	11.248
4	0.641	0.050	12.885
5	0.559	0.051	11.050
6	0.725	0.053	13.677
7	0.895	0.055	16.223
8	0.930	0.040	23.107
9	0.879	0.042	20.774
10	0.768	0.040	19.061
11	0.840	0.040	21.242
12	0.690	0.053	12.978
GFI	0.984		
AGFI	0.965		
CFI	0.985		
RMR	0.028		
RMSEA	0.029		

*AGFI= Adjusted (مؤشر جودة المطابقة) GFI= Goodness pf fit index
. CFI= Comparative fit (مؤشر جودة المطابقة المُعدل)goodness of fit index
* RMR= Root mean squares residuals (مؤشر جودة المطابقة المقارن)index
* RMSEA= Root mean squares error of (جذر متوسط مربعات البواقي)
approximation(خطأ جذر متوسط مربعات التقريبي).

ومِن خلال النتائج المُبينة في الجداول السابقة يتضح وجود تطابق بين النموذج النظري المُحدد سلفًا ونتائج التحليل العاملي التَّحققي بدرجة مُرضية جدًا، بما يعكس صدق تكوين المقياس.

وفيما يتعلق بثبات مقياسي إدراك الخطورة، والالتزام الصحي، اعتمدنا على حساب معاملات ألفا–كرونباخ، والقسمة النصفية بعد تطبيق معادلة تصحيح الطول لسبيرمان، كما يتضح في جدول (٥):

جدول (٥)

نتائج معاملات ثبات لمقاييس الدراسة

المقياس	معامل ألفا– كرونباخ			القسمة النصفية			عدد البنود
	العينة الكلية(ن=٥٠٥)	الإناث(ن=٣٢٨)	الذكور (ن=١٧٧)	العينة الكلية(ن=٥٠٥)	الإناث(ن=٣٢٨)	الذكور (ن=١٧٧)	
١. مقياس إدراك الخطورة	0.745	0.755	0.729	0.778	0.780	0.773	13
• المُكَوِّن المعرفي	0.651	0.598	0.701	0.683	0.628	0.735	5
• المُكَوِّن لوجداني	0.834	0.825	0.810	0.695	0.847	0.812	8
١. مقياس الالتزام الصحي	0.906	0.902	0.912	0.877	0.867	0.891	12

ويتضح من الإجراء السابق لحساب ثبات أداوت الدراسة أن قِيَم ثبات ألفا – كرونباخ والقسمة النصفية مُرضية لدرجة كبيرة.

- **تَقَبُّل تلقي اللقاح**، من خلال الاطلاع على تراث الأدبيات التي تناولت مفهوم تَقَبُّل تلقي لقاح كوفيد–١٩ خلال سنتي ٢٠٢٠–٢٠٢١، توصَّلنا إلى أن جميع الدراسات اعتمدت على طرح تساؤل واحد فقط حول إمكانية تلقي اللقاح إذا توافر

أمام الأفراد، وذلك على النحو التالي: **عندما يتوفّر التطعيم الخاص بفيروس كورونا هل أنت على استعداد لتَلَقِّيه أيًا كان نوع التطعيم؟ نعم (٣) غير متأكد (٢) لا (١)**

وبناءً عليه سوف يتم الاعتماد على قياس مدى تَقَبُّل الأفراد لتلقي اللقاح على السؤال الواحد، وهو أمرٌ شائعٌ في التراث البحثي النفسي خلال السنوات الأخيرة (Ahmed et al.,2021; El-Elimat et al., 2021; Lazarus et al., 2021).

وللحصول على مزيد من الحصول على معلومات تتعلق بأسباب رفض الأفراد لتلقي اللقاح، ومصادر معلوماتهم عنه في إطار هذه الدراسة، تَمَّ إضافة التساؤلات التالية:

١) في حالة إجابتك بـ لا أو غير متأكد، من فضلك حَدِّد أسباب عدم استعدادك لتَلَقِّي التطعيم عند توافره (يمكنك اختيار أكثر من سبب)

١. أخاف من الحُقنة المستخدمة بالتطعيم.

٢. غير متأكد من مجانية الحصول عليه.

٣. له مشكلات وآثار جانبية سلبية.

٤. لا أعرف مدى استمرارية فعاليته.

٥. لديَّ أسباب دينية.

٦. لا أعرف مكان الحصول عليه.

٧.لا أعرف أي شيء عن التطعيم.

٨. لديَّ جهاز مناعي قوي.

٩. أسباب أخرى: .....

٢) هل تُفضل نوعَ تطعيمٍ مُعين؟

* سينوفاك.
* سينوفارم.
* أسترازنيكا.
* جونسون.
* فايزر.
* لا يوجد نوعٌ محدد.

٣) مصدر المعلومات حول اللقاح (يمكن اختيار أكثر من مصدر)

* وسائل الإعلام (التليفزيون- الراديو- الجرائد الرسمية)
* شبكات التواصل الاجتماعي
* مؤسسات الدولة الرسمية
* مقدمو الخدمات الصحية
* الأسرة
* الأصدقاء
* تقارير منظمة الصحة العالمية
* المؤسسات الدينية

استمارة البيانات الشخصية تضُمُّ المعلومات الخاصة حول بعض المتغيرات الديموجرافية (السن، والجنس، والمؤهل الدراسي، والحالة الاجتماعية، والوظيفة، والجنسية؛ لاستبعاد غير المصريين، والتعرض للإصابة من قبل).

ظروف التطبيق

في ظل الوضع الراهن في المجتمع المصري مع انتشار ظهور موجات جديدة من جائحة كورونا اعتمدنا على التطبيق باستخدام الإنترنت لسهولة الوصول إلى عدد كبير من الأفراد ومن شرائح مختلفة. وتَمَّ تصميم الأداة إلكترونيًا باستخدام GOOGLE FORM ورُوعي في تصميم المسح الإلكتروني أن تكون جميع الاستجابات على بنوده إجبارية، وأن تتم الإجابة مرة واحدة فقط من المُشارِك. ويبدأ المسح الإلكتروني بتقديم الباحثات أنفسهن، والتعريف بطبيعة البحث وأهدافه، وحثِّ المشاركين على التعاون وأن معلوماتهم سوف تكون في سرية تامة. وتستغرق الإجابة عن المسح في حدود ١٥ دقيقة. وتَمَّ الاعتماد على طريقة كرة الثلج في سحب العينة في كثير من الأحيان؛ حيث كان يُطلب من المشاركين أن يقوموا بمشاركة الاستبيان على صفحاتهم الشخصية ومع زملائهم ومعارفهم.

نتائج الدراسة

أولاً: نتائج التساؤلات الاستكشافية حول نوع اللقاح المُفضل، وأسباب عُزُوف الأفراد عن تَلَقِّي اللقاح، ومصادر معلوماتهم عنه. تَمَّ الاعتماد على بعض الإحصاءات الوصفية (التكرارات والنسب المئوية) لدى كل من المرضى المزمنين والأَصِحَّاء والعينة الكلية، كما يتضح في الجدول (٩).

جدول رقم(٩)

يُبين نتائج الإحصاءات الوصفية

العينة / الموضوع	العينة الكلية (ن=٥٠٥)		المرضى المزمنون (ن= ١٣١)		الأَصِحَّاء (ن= ٣٧٤)	
	ك	%	ك	%	ك	%
تقبل تلقي اللقاح						
نعم	281	55.6%	77	58.8%	204	54.5%
لا	98	19.4%	24	18.3%	74	19.8%
غير متأكد	126	25%	30	22.9%	96	25.7%
نوع اللقاح المفضل						
١) سينوفاك	28	5.5%	7	5.3%	21	5.6%
٢) سينوفارم	50	9.9%	8	6.1%	42	11.2%
٣) أسترازنيكا	121	24%	34	26%	87	23.3%
٤) جونسون	95	18.8%	25	19.1%	70	18.7%
٥) فايزر	160	31.7%	35	26.7%	125	33.4%
٦) غير محدد	196	38.8%	51	38.9%	145	38.8%
أسباب العُزُوف:						
١. أخاف من الحُقنة	31	6.1%	6	4.6%	25	6.7%
المستخدمة بالتطعيم.	6	1.2%	1	0.8%	5	1.3%
٢. غير متأكد من مجانية	169	33.5%	42	32.1%	127	34%
الحصول عليه.	81	16%	16	12.2%	65	17.4%
٣. له مشكلات وآثار جانبية	4	0.8%	0	0	4	1.1%
سلبية.	0	0	0	0	0	0
٤. لا أعرف مدى استمرارية	18	3.6%	4	3.1%	14	3.7%

العينة / الموضوع	العينة الكلية (ن=٥٠٥)		المرضى المزمنون (ن= ١٣١)		الأَصِحَّاء (ن= ٣٧٤)	
	ك	%	ك	%	ك	%
فعاليته.	21	4.2%	5	3.8%	16	4.3%
٥. لديَّ أسباب دينية.	1	0.2%	1	0.8%	0	0
٦. لا أعرف مكان الحصول عليه.						
٧.لا أعرف أي شيء عن التطعيم.						
٨. لديَّ جهاز مناعي قوي.						
٩. أسباب أخرى.						
مصادر المعلومات						
١- وسائل الاعلام.	165	32.67%	44	33.6%	121	32.4%
٢- شبكات التواصل الاجتماعي.	259	51.3%	69	52.7%	190	50.8%
٣- مؤسسات الدولة الرسمية.	109	21.6%	28	21.4%	81	21.7%
٤- مقدمو الخدمات الصحية.	133	26.3%	38	29%	95	25.45
٥- الأسرة.	87	17.2%	24	18.3%	63	16.8%
٦- الأصدقاء.	128	25.3%	32	24.4%	99	25.7%
٧- منظمة الصحة العالمية.	278	55%	76	58%	202	54%
٨- المؤسسات الدينية.	8	1.6%	1	0.8%	7	1.9%

بالنظر إلى نتائج الجدول السابق، نجد أنها تكشف عن أن أكثر من نصف العينات يُفضل تَلَقِّي اللقاح (٥٥.٦%). كما نجد أن ما يقرب من (٣٨.٨%) لم يُفضلوا لقاحًا مُعينًا، يليه (٣١.٧%) يفضلون لقاحَ فايزر الأمريكي. وفيما يتعلق بأسباب عُزُوف بعض

الأفراد عن تَلَقِّي اللقاح؛ فإن أكثر الأسباب كانت في اعتقادهم أنَّ له مشكلات وآثارًا جانبية سلبية على الصحة (٣٣.٥%). وعن مصادر الحصول على معلوماتهم حول اللقاح فقد احتلت منظمة الصحة العالمية المصدر المعلوماتي الأول (٥٥%)، تليها شبكات التواصل الاجتماعي (٥١.٣%)، تليهم وسائل الإعلام (٣٢.٦%).

ثانيًا: نتائج الفرض الأول ومؤدَّاه وجود علاقة بين إدراك خطورة كوفيد-١٩ والالتزام الصحي وتَقَبُّل اللقاح لدى ذوي الأمراض الجسمية المزمنة والأَصِحَّاء في المجتمع المصري. وللتَّحقق من نتائج الفرض الأول اعتمد البحث الحالي على حساب معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون للكشف عن العلاقة بين إدراك الخطورة والالتزام الصحي. وجاءت النتائج على النحو الموضح بالجدول (٦):

جدول (٦)

معاملات الارتباط الخطي لبيرسون بين إدراك خطورة فيروس كورونا والالتزام الصحي

العينات / المتغيرات	الالتزام الصحي	
	المرضى المزمنون (ن=١٣١)	الأصحاء (ن=٣٧٤)
إدراك الخطورة لفيروس كورونا	**0.567**	**0.451**
المُكَوِّن المعرفي	**0.133**	**0.025**
المُكَوِّن الوجداني	**0.568**	**0.516**

** دال عند ٠.٠١ * دال عند ٠.٠٥

تكشف نتائج معاملات الارتباط الخطي عن "وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين إدراك خطورة فيروس كورونا بشكل عام، والمُكَوِّن الوجداني، والالتزام الصحي" لدى كل من المرضى المزمنين والأَصِحَّاء عند مستوى دلالة ٠.٠٠١. ونحو مزيد من التَّحقق، قمنا

بحساب الفروق بين المرضى والأَصِحَّاء ممن يتقبلون تَلَقِّي اللقاح مقابل من يعزِفون عنه في كل من إدراك الخطورة والالتزام الصحي باستخدام اختبار ت لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين، وتم تقدير الفروق بين المرضى المزمنين والأَصِحَّاء في مدى تقبلهم لتلقي اللقاح باستخدام معامل كا٢. كما يتضح في جدول (٧)، جدول (٨):

جدول رقم (٧)

نتائج دلالة الفروق بين من يتقبلون اللقاح ومن يعزفون عنه من المرضى المزمنين والأصحاء في كل من إدراك الخطورة والالتزام الصحي حول مدى تقبلهم للقاح

العينات / المتغيرات	المرضى المزمنون				الأصحاء				قيمة ت		الدلالة	
	من يتقبلون اللقاح		من يعزفون عنه		من يتقبلون اللقاح		من يعزفون عنه		المرضى المزمنون	الأصحاء	المرضى المزمنون	الأصحاء
	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع				
إدراك الخطورة	45.67	6.58	41.79	7.55	44.08	6.51	42.04	6.25	2.54	2.29	0.002	0.02
المُكَوِّن المعرفي	15.58	3.25	15.83	3.27	15.25	3.63	14.52	4.21	0.35-	1.48	0.73	0.14
المُكَوِّن الوجداني	29.96	5.34	26.04	5.43	28.71	5.05	17.15	5.81	3.24	2.31	0.01	0.021
الالتزام الصحي	43.17	8.79	40.08	9.74	40.71	9.32	41.49	10.18	1.52	0.63-	.013	0.53

يتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق بين من يتقبلون تلقي اللقاح ومن يعزفون عنه –سواء من المرضى المزمنين أو الأَصِحَّاء– في كل من إدراك خطورة كوفيد–١٩ بشكل عام، وفي المُكَوِّن الوجداني فقط، في اتجاه من يتقبلون تلقي اللقاح؛ حيث يرتفع

متوسط أفراد العينة التي تتقبل تلقى اللقاح بشكل دال عن تلك التي لا تتقبله في إدراك خطورة كوفيد-١٩ بشكل عام وفي المكون الوجداني لمفهوم ادراك الخطورة.

جدول (٨)

الفروق بين المرضى المزمنين والأصحاء في مدى تقبلهم لتلقي اللقاح

العينة	تقبل اللقاح	يرفض تلقي اللقاح	كا٢
المرضى المزمنون	21.2	4.8	0.133
الأَصِحَّاء	59.4	14.7	

يتضح من الجدول السابق انتفاء الفروق بين المرضى المزمنين والأَصِحَّاء في مدى تقبلهم لتلقي لقاح فيروس كورونا.

ثالثًا: نتائج الفرض الثاني، يُسهم إدراك الخطورة لكوفيد-١٩ والالتزام الصحي في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح لدى ذوي الأمراض المزمنة في المجتمع. ويوضح الجدول التالي نتائج تحليل الانحدار اللوجيستي البسيط للتنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح من خلال الالتزام الصحي، وإدراك خطورة كوفيد-١٩ بمُكَوِّنَيه المعرفي والوجداني.

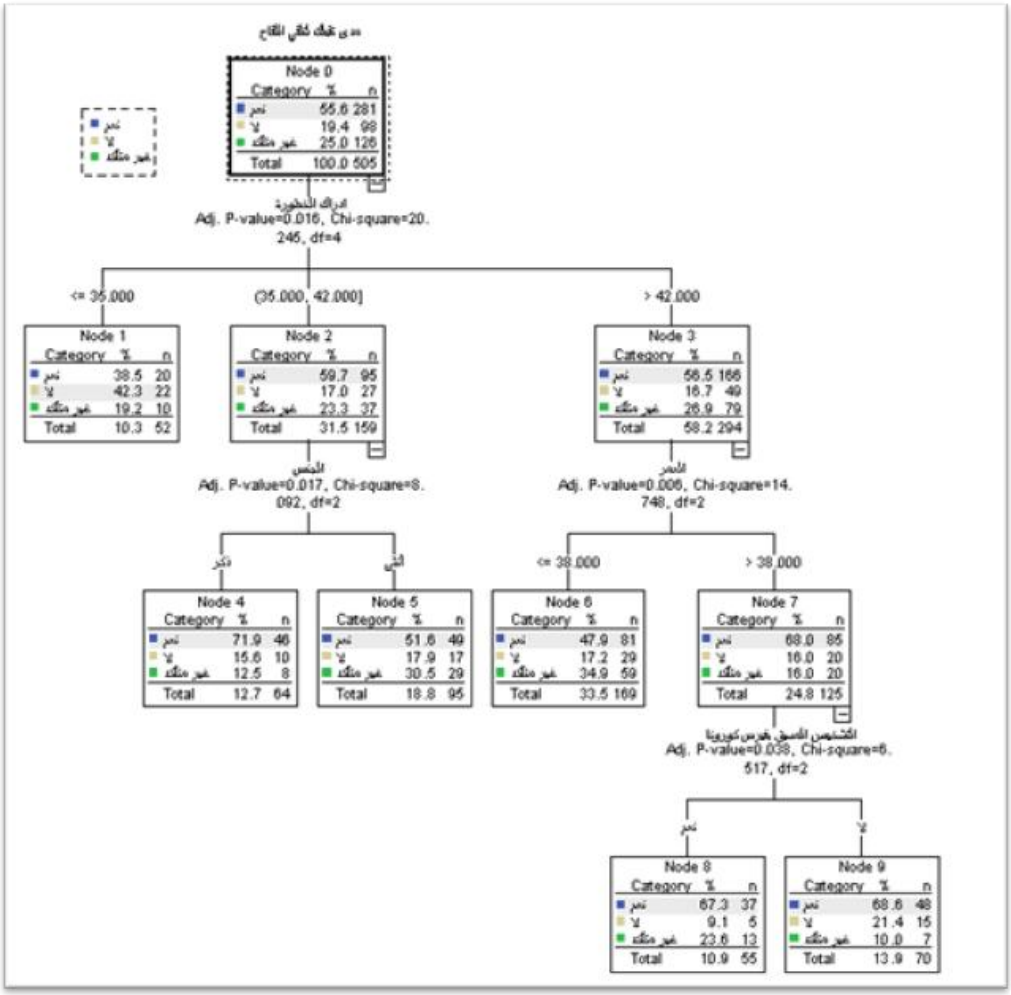
جدول رقم (٨)

نتائج الانحدار اللوجيستي البسيط للتنبؤ بتَقَبُّل تلقي اللقاح من خلال الالتزام الصحي، وإدراك خطورة كوفيد-١٩ بمُكَوِّنَيه المعرفي والوجداني

المتغير	معامل الانحدار		الخطأ المعياري		مستوى الدلالة Wald test		نسبة الاحتمال أو الأرجحية Odds ratio		معامل التحديد		نسبة التنبؤ الصحيح	
	المرضى المزمنون	الأصحاء	المرضى المزمنون	الأصحاء	المرضى المزمنون	الأصحاء	المرضى المزمنون	الأصحاء	المرضى المزمنون	الأصحاء	المرضى المزمنون	الأصحاء
الالتزام الصحي	-0.038	0.009	0.025	0.014	0.133	0.530	0.963	1.009	0.028	0.002	81.7	80.2
إدراك الخطورة	-0.084	-0.043	0.035	0.019	0.017	0.024	0.920	0.958	0.022	0.076	82.4	80.2
المُكَوّن المعرفي	0.024	-0.051	0.070	0.035	0.728	0.141	1.025	0.950	0.002	0.009	81.7	80.2
المُكَوّن الوجداني	-0.131	-0.058	0.045	0.025	0.003	0.022	0.877	0.944	0.117	0.022	81.7	80.2

يتضح مما سبق القدرة التنبؤية الجوهرية لكل من إدراك الخطورة بشكل عام، والمُكَوِّن الوجداني لدى كل من المرضى المزمنين والأَصِحَّاء، حيث بينت النتائج أن نسبة تقبل الأفراد لتلقي اللقاح تزيد مع تزايد إدراك الأفراد لخطورة الجائحة بنسبة ٠.٩٢٠ للمرضى المزمنين، و٠.٩٥٨ للأَصِحَّاء، لا سِيَّما حينما تزداد لديهم المشاعر السلبية المرتبطة بالجائحة؛ حيث تصل النسبة إلى (٠.٨٧٧ لدى المرضى المزمنين، ٠.٩٤٤ درجة لدى الأصحاء) وهو ما يتبين من خلال نسبة الأرجحية. بالإضافة إلى أنه يمكن التنبؤ بقبول الأفرد تلقي اللقاح في ضوء إدراكهم للخطورة (٨١.٧ للمرضى المزمنين، و٨٠.٢ للأَصِحَّاء)، وكذلك المُكَوِّن الوجداني (٨١.٧ المرضى المزمنين، ٨٠.٢ للأَصِحَّاء). ولم تستطع الباحثة الوصول إلى نموذج انحدار متعدد أكثر كفاءة من معاملات الانحدار

اللوجيستي البسيطة. وفي محاولة لتلخيص نتائج الدراسة، ورسم بروفايل للشخص الذي يُفترض أنه أكثر تَقَبُّلًا لتلقي لقاح فيروس كورونا؛ يبين الشكل (١) شجرة القرارات Decision Tree حول دور كل من إدراك الخطورة، بمُكَوِّنَيه، والالتزام الصحي، والنوع، والعمر، والإصابة بأمراض مزمنة، والإصابة بفيروس كورونا، والمؤهل الدراسي في التنبؤ بتَقَبُّل الفرد تلقي اللقاح، وذلك على النحو التالي:



شكل (١) يُبين شجرة القرارات للتنبؤ بمدى تَقَبُّل الأفراد تلقي لقاح فيروس كورونا فى ضوء بعض المتغيرات

بالنظر إلى نتائج شجرة القرارات يتضح أن المُنبئات المُضَمَّنة بالشجرة تُعد أكثر المُنبئات بقبول الأفراد تلقي لقاح فيروس كورونا؛ حيث كان متغير إدراك الخطورة هو الأكثر إسهامًا في التنبؤ بقبول الفرد تلقي اللقاح. تبين أنه إذا حصل الأفراد على درجة (٣٥) أو أقل في إدراك خطورة فيروس كورونا، فإن نسب الأفراد الذين يعزفون عن تلقي اللقاح تزداد لتصل إلى (٤٢.٣%)، في حين أنه كلما زاد إدراك الأفراد لخطورة

فيروس كورونا بما يتراوح بين (٣٥- ٤٢) درجة فإن نسب قبولهم لتلقي اللقاح تزاداد لتصل إلى (٥٩.٧%)؛ ويُنبئ الجنس بمستوى إدراك الفرد لخطورة فيروس كورونا؛ حيث يزداد تَقَبُّل الذكور لتلقي اللقاح في حال إدراكهم بشكل متوسط لخطورة فيروس كورونا بنسبة تصل (٧١.٩%) مقابل (٥١.٦) من الإناث. كما أوضحت النتائج أنه كلما زادت درجة الفرد على إدراك الخطورة (٤٢ فأكثر) بالتزامن مع تزايد العمر (٣٨ سنة فأكثر) زاد تَقَبُّله الفرد لتلقي اللقاح لتصل النسبة إلى (٦٨%)، كما أن الأشخاص الذين لم يسبق لهم الإصابة بفيروس كورونا في حال تقدم العمر (٣٨ فأكثر) كانوا الأكثر تَقَبُّلًا لتلقي اللقاح (٦٨.٨%) مقابل (٦٧.٣%) ممن سبق لهم الإصابة بالفيروس.

مناقشة النتائج

أولاً: مناقشة التساؤلات الاستكشافية، وهدفت إلى الكشف عن اللقاحات المُفضلة، والأسباب الشائعة لعُزُوف الأفراد عن تلقي اللقاح، والكشف عن أهم مصادر المعلومات للحصول على معلومات حول اللقاحات المتاحة. أسفرت النتائج عن أن ما يزيد عن نصف العينة (٥٥.٦%) أعربوا عن تَقَبُّلهم لتلقي اللقاح حينما يكون متاحًا، لا سِيَّما لدى المرضى المزمنين (٥٨.٨%). وأشار ما يقرب من (٣٨%) أنهم لا يفضلون نوعًا محددًا

من اللقاح، وأقر حوالي (٣١.٧%) أنهم يفضلون لقاح فايزر الأمريكي، وحصل سينوفاك (اللقاح المصري) على أقل نسب القبول (٥.٥%)، يليه سينوفارم (اللقاح الصيني) (٩.٩%). وفيما يتعلق بأهم مصادر المعلومات، جاءت منظمة الصحة العالمية في الصدارة (٥٥%)، تليها شبكات التواصل الاجتماعي (٥١.٣%)، تليهم وسائل الإعلام (٣٢%)، وجاءت المؤسسة الدينية في أقل مصادر المعلومات (١.٦%). وتتسق النتائج السابقة مع ما كشف عنه "عبد الحفيظ وآخرون" (٢٠٢٠) أن وسائل التواصل الاجتماعي والإنترنت بشكل عام كانا من أكثر مصادر الحصول على معلومات حول ما يخص فيروس كورونا واللقاحات المتاحة له، وأسفرت عن وجود إقبال يصل إلى حوالي (٧٣%) حول تلقي اللقاح عند توفُّره. كما كشفت دراسة "هاربان وزملائه" أن الأفراد يتقبلون تلقي اللقاح في حال ثبات فعاليته في الوقاية من الإصابة بفيروس كورونا أو خفض الأعراض (Harapan et al., 2020). وتتفق دراسة "مورفي وزملائه" مع النتيجة السابقة في أن درجة مقاومة الأفراد لتلقي اللقاح تزداد في الدول التي لا تتسم بالشفافية في المعلومات حول فيروس كورونا، وكنتيجة أيضًا لضعف ثقة الأفراد في الإجراءات التي تتخذها هذه الدول في مواجهة الجائحة (Murphy et al., 2020) ، وهذا ما أكدته أيضًا دراسة "بول وزملائه" و"هاك وزملائه" والتي كشفت أن عزوف الأفراد عن تلقي اللقاح يرجع بدرجة كبيرة منه إلى انعدام الثقة في فعالية اللقاحات المتاحة، تزامنًا مع تضارب المعلومات حول الجائحة (Paul et al., 2021; Haque et al., 2021). كما أسفرت دراسة "هاك وزملائه" عن أن المرضى المزمنين أقروا بعُزُوفهم عن تلقي اللقاح خوفًا من تأثيراته الجانبية على صحتهم، أو تفاعل تأثير اللقاح مع تأثير الأدوية التي يتلقونها للأمراض التي يعانون منها (Haque et al., 2021). واتفقت نتائج دراسة "عبد الدايم وزملائها" (٢٠٢٠) أنه كلما زادت ثقة الأفراد في فعالية الإجراءات التي تتخذها الدولة لمواجهة الجائحة زاد ذلك من مستوى التزامهم الصحي، وخفض من إدراكهم لخطورة الفيروس. والملاحظ من نتائج هذه الدراسة أن لقاحي "سينوفاك، وسينوفارم" كانا أقل اللقاحات التي يُفضل الأفراد تلقيها؛ ويمكن تفسير حصول لقاحي سينوفاك وسينوفارم على

أقل نسب قبول تلقيهم؛ بأن هذين اللقاحين غير مُعترف بهما عالميًا من قِبَل بعض الدول، ومن منظمة الصحة العالمية حتى وقت قريب، حيث أدرجت منظمة الصحة العالمية لقاحي سينوفارم وسينوفاك ضمن اللقاحات الآمنة والفعالة لكبار السن (٦٠ سنة فأكثر) ويُنصح بتلقي ثلاث جرعات (WHO, 2022). ومن ناحية أخرى يفترض"هاك وزملاؤه" أن تردد الأفراد حول تلقي اللقاح الواقي هو اعتقاد الأفراد أن فيروس كورونا فيروس مُصنَّع معمليًا، والشك في فعالية وجدوى اللقاح (Haque et al., 2021). وفيما يتعلق بوسائل الحصول على المعلومات فكشفت النتائج أن منظمة الصحة العالمية تليها شبكات التواصل الاجتماعي حصلا على أعلى النسب كمصادر للحصول على المعارف حول اللقاحات المستخدمة؛ فمنظمة الصحة بصفتها الجهة الرسمية التي تمنح الصلاحية لاستخدام لقاح معين دون الآخر، ووسائل التواصل الاجتماعي بصفتها وسيلة متاحة أمام الأفراد وسهلة الاستخدام، ويتسق هذا مع ما كشفت عنه دراسة "عبد الدايم وزملائها" (٢٠٢٠) أن الأفراد في المجتمع المصري يعتمدون على وسائل التواصل الاجتماعي والمصادر الرسمية الموثوق بها كمصادر لتشكيل تصوراتهم ومعارفهم، ومصادر يسهل الحصول على معلومات من خلالها (سواء كانت معلومات دقيقة أم غير دقيقة)، ويمتد تأثير هذه المصادر لبناء أحكام وقرارات. قد تدفعهم إلى تعميم وتوجيه سلوكهم في عديد من المواقف.

ثانيًا: مناقشة الفرضين الأول والثاني القائلين بوجود علاقة بين إدراك الخطورة لكوفيد-١٩ والالتزام الصحي وتَقَبُّل تلقي اللقاح، ودور كل من إدراك الخطورة والالتزام الصحي في التنبؤ بتَقَبُّل تلقي الأفراد اللقاح -في حال توفُّره-، فقد بيَّنت نتائج الدراسة قبولهم بشكل جزئي؛ حيث أسفرت النتائج عن أنه كلما زاد إدراك الفرد لخطورة جائحة كورونا ومشاعر القلق والخوف من إصابة الفرد نفسه أو أحد من المُقربين منه بفيروس كورونا زاد اتباعه للإجراءات الوقائية المنصوص عليها، ومن ثَمَّ يزيد تَقَبُّل الأفراد لتلقي اللقاح سواء لدى المرضى المزمنين أو الأَصِحَّاء. كما أوضحت النتائج أن إدراك خطورة

جائحة كورونا بشكل عام، لا سِيَّما مع تزايد المشاعر السلبية المرتبطة بالجائحة، هو أكثر المُنبئات بمدى تقبل الفرد تلقي اللقاح لدى المرضى المزمنين والأَصِحَّاء. وتتسق هذه النتائج مع ما كشفت عنه الدراسات السابقة من أن إدراك خطورة كوفيد-١٩ وامتلاك معلومات صحيحة عنه يزيد من التزام الأفراد بالسلوكيات الوقائية، والتي من ضمنها تلقي اللقاحات المتاحة، ومنها دراسة (Iorfa et al., 2020; Shabu et al., 2020; Al-Hanawi et al., 2020; Abdelhafiz et al., 2020). وأسفرت دراسة كل من (Paul et al., 2021; Paudel et al., 2021) أن عزوف الأفراد عن تلقي اللقاح يرجع إلى انخفاض إدراكهم بخطورة الجائحة وانعدام الثقة والشك في جدواه وفعاليته، فضلًا عن عدم توافر معلومات صحيحة عن اللقاحات، وأنه كلما تزايد مستوى الإدراك زاد إقبال الأفراد على تلقي اللقاح. ويمكن تفسير النتائج السابقة في ضوء **نظرية الدافعية للوقاية**[١٣]، التي تهدف إلى فَهم الأسباب الكامنة وراء استجابة الأفراد للتهديدات المُحتملة على صحتهم وسلامتهم. وتفترض هذه النظرية أن كلًّا من العوامل الفردية والبيئية على حد سواء من شأنها إما أن تعوق أو تساعد على الانخراط والالتزام بالإجراءات الوقائية، وأن تأثير هذه العوامل تتوسطها العمليات المعرفية. وعلى هذا النحو، تُمثل هذه المُحدِّدات – تقييم التهديد وإدراك المخاطر – عوامل حاسمة في تَبَنِّي الأفراد للسلوكيات الوقائية الصحية أثناء الأوبئة، بما في ذلك غسل اليدين المُتكرر، والتباعد المكاني، وتجنب الأماكن العامة، وارتداء أقنعة الوجه(Clubb & Hinkle, Dryhurst et al., 2020; 2015)؛ خالد، وشوشة،٢٠٢٠. وبناءً عليه يتوقف تقييم الفرد لخطورة الموقف على معلوماته حوله ومشاعره تجاهه، فالمعلومات المتضاربة قد تؤثر في تقييم الفرد.

ومن ثَمَّ كلما كانت المعلومات حقيقية ومؤكدة من مصادر موثوق في مصداقيتها كلما زاد التزام الأفراد بالإجراءات الوقائية من التهديدات المحتملة، بما في ذلك تقبلهم لتلقي اللقاح (خالد، وشوشة،٢٠٢٠ ;Jang et al., 2020; Cori et al., 2020). ويشير

[13] Protection Motivation Theory (PMT)

"خالد وشوشة" (٢٠٢٠) إلى أن غموض المعارف ونقص الأدلة الصحية الدقيقة يؤديان إلى اتخاذ عديد من القرارات الصحية الخاطئة، مثل اتباع سلوكيات خطيرة كتجنب العلاج الفعال، وعدم الالتزام بالتعليمات الصحية؛ الأمر الذي من شأنه أن يُطور أو يفاقم من المرض. وهذا ما أوضحته هذه الدراسة، أن إدراك الخطورة كان المتغير الأكثر تنبؤًا بقبول الأفراد تلقي اللقاح.

المراجع

خالد، نسرين، وشوشة، نيره. (٢٠٢٠). الاتجاه نحو المخاطرة الصحية كمعدل للعلاقة بين إدراك خطورة فيروس كورونا والالتزام الصحي، *مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية*، ٣١ (١٢٣)،١-٢٧. OI: 10.21608/sjam.2020.145900

عبد الدايم، رحاب، وعلاء الدين، شرين، وشوشة، نيره. (2020). بعض منبئات إدراك الخطورة لجائحة فيروس كورونا المستجد في المجتمع المصري، *المجلة الاجتماعية القومية الصادرة عن المركز القومي للبحوث الجنائية والاجتماعية*، ٣ (٥٧). DOI: 10.21608/JNS.2020.205319

Abdelhafiz, A. S., Mohammed, Z., Ibrahim, M. E., Ziady, H. H., Alorabi, M., Ayyad, M., & Sultan, E. A. (2020). Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). *Journal of community health*, *45*(5), 881-890. DOI: 10.1007/s10900-020-00827-7

Abraham, C., & Sheeran, P. (2007). The health belief model. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, et al. (Ed.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 97-102). Cambridge: Cambridge University Press.

Ahmed, M. A., Colebunders, R., Gele, A. A., Farah, A. A., Osman, S., Guled, I. A., & Siewe Fodjo, J. N. (2021). COVID-19 Vaccine Acceptability and Adherence to Preventive Measures in Somalia: Results of an Online Survey. *Vaccines*, *9*(6), 543. doi: 10.3390/vaccines 9060543

Ahuja, M., Mamudu, H. M., Weierbach, F. M., Dowling-McClay, K., Stewart, D. W., Awasthi, M., & Paul, T. K. (2021). Perceptions of risk for COVID-19 among individuals with chronic diseases and stakeholders in Central Appalachia. *Humanities and Social*

Sciences Communications, *8*(1), 1-6. doi.org/10.1057/s41599-021-00906-7

Al-Hanawi, M., Angawi, K., Alshareef, N., Qattan, A., Helmy, H., Abudawood, Y., Alqurashi, M., Kattan, W., Kadasah, N., Chirwa, G., & Alsharqi, O. (2020). Knowledge, Attitude and Practice Toward Covid-19 Among the Public in the Kingdome of Saudi Arabia: A Cross – Sectional Study *Frontiers in Public Health*, *8*(217),1- 11. doi: 10.3389/fpubh.2020.00217

Alradhawi, M., Shubber, N., Sheppard, J., & Ali, Y. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on mental well-being amongst individuals in society-A letter to the editor on "The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: A review*". International journal of surgery* (London, England), 78, 147. doi: 10.1016/j.ijsu.2020.04.070

Cava, M., Fay, K., Beanlands, H., McCay, E., & Wignall, R. (2005). Risk Perception and Compliance with Quarantine during the SARS Outbreak**.** *Journal of Nursing Scholarship*, *37*(4), 343–347. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2005.00059.x

Clubb, A & Hinkle, J. (2015). Protection Motivation Theory as a Theoretical Framework for Understanding the Use of Protective Measures. *Criminal Justice Studies*. doi.org/ 10. 1080/1478601X.2015.1050590

Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E., & Anthonj, C. (2020). Risk Perception and COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17,1-6, doi:10.3390/ijerph17093114.

De-Bruin, W & Bennett, D. (2020). Relationships between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 1-32. DOI: 10.1016/j.amepre.2020.05.001

Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G., Van Der Bles, A. M., & Van Der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, *23*(7-8), 994-1006. doi.org/10.1080/13669877. 2020. 1758193

Ebrahimi, O. V., Johnson, M. S., Ebling, S., Amundsen, O. M., Halsøy, Ø., Hoffart, A., & Johnson, S. U. (2021). Risk, trust, and flawed assumptions: vaccine hesitancy during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, *849*. doi.org/10. 3389/fpubh.2021.700213

El-Elimat, T., AbuAlSamen, M. M., Almomani, B. A., Al-Sawalha, N. A., & Alali, F. Q. (2021). Acceptance and attitudes toward COVID-19 vaccines: a cross-sectional study from Jordan. *Plos one*, *16*(4), e0250555. DOI: 10.1371/journal.pone.0250555

El-Zoghby, S., Soltan, E., & Salama, H. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Social Support among Adult Egyptians, *Journal of Community Health*, 45, 689–695. DOI: 10.1007/s10900-020-00853-5

Ferdous, M., Islam, S., Sikder, T., Mosaddek, A & Valdivia, Z. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 *outbreak in Bangladeshi people: An online-based cross-*sectional study, https://doi.org/10.1101/2020.05.26.20105700.

Haque, M. M. A., Rahman, M. L., Hossian, M., Matin, K. F., Nabi, M. H., Saha, S., & Hawlader, M. D. H. (2021). Acceptance of COVID-19 vaccine and its determinants: evidence from a large sample study in Bangladesh. *Heliyon*, *7*(6), e07376. doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07376

Harapan, H., Wagner, A. L., Yufika, A., Winardi, W., Anwar, S., Gan, A. K., & Mudatsir, M. (2020). Acceptance of a COVID-19 vaccine in Southeast Asia: a cross-sectional study in

Indonesia. Frontiers in public health, 8. DOI: 10.3389/ fpubh. 2020.00381

Iorfa, S., Ottu, I., Oguntayo, R., Ayandele, O., Kolawole, S., Gandi, J.,Dangiwa, A., & Olapegba, P. (2020). *COVID-19 knowledge, Risk Perception and Precautionary Behaviour among Nigerians: A moderated mediation approach*, Front Psychol, https://doi.org/10.1101/2020.05.20.20104786.

Jang, W. M., Kim, U. N., Jang, D. H., Jung, H., Cho, S., Eun, S. J., & Lee, J. Y. (2020). Influence of trust on two different risk perceptions as an affective and cognitive dimension during Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak in South Korea: serial cross-sectional surveys. *BMJ open*, *10*(3), e033026. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033026

Kyaw, S., Aye, S., Win, A., Su, S., Thida, A., Swe, M., Ei, S., Thandar, T., Kyawt, S & Hla, H. (2020). Awareness, Perceived Risk and Protective Behaviors of Myanmar Adult on COVID – 19. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, *7*(5), 1627–1636. doi.org/10.18203/2394-6040. Ijcmph 20201530

Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., & El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature* medicine, *27*(2), 225-228. doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9

Murphy, J., Vallières, F., Bentall, R. P., Shevlin, M., McBride, O., Hartman, T. K., & Hyland, P. (2020). Preparing for a COVID-19 vaccine: Identifying and psychologically profiling those who are vaccine hesitant or resistant in two general population samples. *Reserch Gate*, Doi: 10.31234/osf.io/8dtnq

Paudel, S., Palaian, S., Shankar, P. R., & Subedi, N. (2021). Risk Perception and Hesitancy toward COVID-19 Vaccination among Healthcare Workers and Staff at a Medical College in

Nepal. *Risk management and healthcare policy*, 14, 2253. DOI: 10.2147/RMHP.S310289

Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet RegionalHealth-Europe*, 1, 100012. DOI: 10.1016 /j.lanepe. 2020. 100012

Peres, D., Monteiro, J., Almeida, M. & Ladeira, R. (2020). Risk perception of COVID-19 among Portuguese Healthcare professionals and the General Population, *Journal of Hospital Infection*, *105*, 434 – 437. doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.038

Rooij, B., Bruijn, A., Folmer, C., Kooistra, E., Kuiper, M., Brownlee, M., Olthuis, E., & Fine, A. (2020). Compliance with COVID-19 Mitigation Measures in the United States, *Research Gate*,
https: www.researchgate.net publication 340862074.

Sabaté, E., & Sabaté, E. (Ed.). (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *World Health Organization*.

Schmidt, M. (2004). *Investigating risk perception: a short introduction. Loss of agro-biodiversity in Vavilov centers, with a special focus of genetically modified organisms (GMOs),* edited by: Schmidt, M., Ph. D. Thesis, Vienna.

Shabu, S.h., Amen, K., Mahmood, K., & Shabila, N. (2020). Risk perception and behavioral response to COVID-19 in Iraqi Kurdistan *Region, Research Square,*
https:// dx. doi. org/ 10. 21203/rs.3.rs-22025/v1.

Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1981). Perceived risk: psychological factors and social implications. Proceedings of the Royal Society of London. A. *Mathematical and Physical Sciences*, *376*(1764), 17-34. doi.org/10.1098/rspa.1981.0073

Sundblad, E., Biel, A., & Gärling, T. (2007). Cognitive and affective risk judgments related to climate change. *Journal of Environmental Psychology*, *27*(2). doi.org/ 10.1016/ j.jenvp . 2007.01.003

Van Der – Linden, S. (2015). The social-psychological determinants of climate change risk perceptions: Towards a comprehensive model. *Journal of Environmental Psychology*, *41*, 112 – 124. doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.11.012

van der Velden, P. G., Marchand, M., Cuelenaere, B., & Das, M. (2020). Pre-outbreak determinants of perceived risks of corona infection and preventive measures taken. A prospective population-based study. *Plos one*, *15*(7), e0234600. doi: 10.1371/journal.pone.0234600

WHO (2022). COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated. Drived from (https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice).

Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C., & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *Royal Society open science*, 7(9), 200742. doi.org/10.1098/rsos.200742.