

قلق الصحة: دراسة مقارنة لدى عينة من المجتمع المصري والمجتمع الكويتي

د. محمود عبد العزيز قاعود(*)

ملخص البحث :

يعد موضوع قلق الصحة من الموضوعات المهمة في الآونة الأخيرة والتي تحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة ؛ لذا هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة قلق الصحة لدى عينتين من مجتمعين مختلفين (المجتمع المصري - والمجتمع الكويتي) وشملت العينة أيضا كلا الجنسين وفي مرحلة عمرية تمتد من ١٨ - ٢٨ عاما من طلاب الجامعة والدراسات العليا وبلغ عدد أفراد العينة الكلية (٣٦٠) موزعة كالتالي (٢٠٠ العينة المصرية ١١٠ إناث - ٩٠ ذكور - ١٦٠ العينة الكويتية - ١٠٠ إناث - ٦٠ من الذكور) وطبق على عينة الدراسة مقياس قلق الصحة من إعداد الباحث والذي أعده وقتنه في دراسة سابقة على المجتمع المصري ، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروقا دالة احصائيا بين كل من العينة المصرية والعينة الكويتية وكذلك الفروق بين الجنسين في كل من العينتين لم تصل الى مستوى الدلالة المتعارف عليه سواء كانت هذه الفروق على الدرجة الكلية للمقياس أو أبعاده الداخلية ، وأيضا لم توجد فروقا دالة بين الأشخاص من هم دون ٢٥ عاما ومن هم أعلى من ذلك . وتم تفسير النتائج في ضوء مجموعة من الأطر النظرية والدراسات السابقة ؛ لذا تعد هذه الدراسة استطلاعية لطرح هذا الموضوع المهم ودراسته على عينات أوسع وأكثر شمولية وعمومية حتى يمكن أن نخرج بنتائج يمكن تعميمها.

مقدمة : يحثل القلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية بل وفي أمراض عضوية شتى حيث يعد القلق محور العصاب والاضطرابات كما أنه السمة المميزة لعدد من الاضطرابات السلوكية والنفسية (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٧، ١٩٨٧).

(*) قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة سوهاج.

لذا يمثل موضوع القلق المحور الرئيسي لعدد كبير من الدراسات والبحوث في مجال العلوم النفسية بشكل عام وخاصة في تلك الحقبة الأخيرة من القرن العشرين وبداية القرن الحادي والعشرين نظراً لتزايد الضغوط بشتى أنواعها على أفراد المجتمع ولدى مختلف المراحل العمرية على السواء ، ولقد مر مفهوم القلق بمراحل متعددة وله أنواع كثيرة وتقسيمات متعددة أشار إليها عديد من الباحثين والعلماء منها : القلق الموضوعي ، والقلق العصابي ، وقلق الموت ، والمخاوف بشتى أشكالها وإضطرابات الهلع والقلق الاجتماعي ، واضطراب القلق المعمم ، إلأنا نعنى هنا بمسمى مختلف من القلق وهو " قلق الصحة " Health Anxiety حيث لوحظ في الآونة الأخيرة انتشار متزايد لعدد من مظاهر الخوف والقلق على الصحة لدى العديد من أفراد المجتمع نظراً لإنتشار عدد كبير من الأمراض المعدية والفيروسات بشتى أنواعها (انفلونزا الطيور أو الخنازير- الالتهابات الكبدية (B- C) أو الإيدز وغيرها.

مشكلة الدراسة :

لقد بدأ الاهتمام بالصحة كمفهوم عام في عدد من المنتديات الدولية وخاصة في الثقافة الغربية والتركيز على المحددات الاجتماعية للصحة ، لدرجة أنه بدأ التفكير والتخطيط فيما يسمى بإدارة الصحة health management بدلا من إدارة المرض disease management (Macdonald, 2004,284).

وبالرغم من بداية الاهتمام المتزايد بمصادر العناية بالصحة Health care إلا أن موضوع قلق الصحة لم يلقَ الإهتمام البحثي بالصورة المرجوة بالرغم من الاهتمام الإعلامي والمجتمعي بصحة الأفراد بشكل عام ويعتبر مفهوم قلق الصحة حديث نسبيا وهو يشير إلى العناية والاهتمام بالصحة وذلك في غياب الدلالة المرضية أو في ظل وجود دلالة مرضية بسيطة .

وقد ذكر كيلنر (kellner,1985,325) أن نسبة المرضى الذين يذهبون للأطباء والجراحين وهم لا يعانون من أى مرض جسمي كعملية فحص روتينية تتراوح من ٢٠ : ٨٤ ٪ وفي هذا الاطار أشار كل من veale&Wilson,2009 إلى أن قلق الصحة متواجد لدى حوالي ٥٪ من الأفراد الذين يذهبون للممارس العام .

وقد أكد بارسكى وكليرمان (Barsky&klerman,1983,273) أن حوالي ٣٠ : ٨٠ ٪ من المرضى الذين يذهبون للإستشارة الطبية يظهرون أعراضا ليس لها أساسا طبييا ، وأن مثل هؤلاء يتلقون دعم وتطمين من الناحية الطبية وبالرغم من ذلك فإن بعضا من هذه الحالات يظل في طلب العلاج (الذهاب للأطباء) ، والبعض الآخر تظهر عليهم أعراض اضطرابات جسدية Somatoform disorders كما في حالات الهيبوكوندريا طبقا لتشخيص الـ DSM-IV ، كذلك نجد أن عددا كبيرا من الأفراد الذين يعانون قلق الصحة يذهبون بشكل متكرر إلى مراكز الرعاية الأولية والرعاية الطبية بمجالاتها المختلفة وذلك بسبب نقص في الوعي بأهمية المداخل النفسية فى التعامل مع هذه الحالات .

وتمت دراسة قلق الصحة في البداية على أنه مركب بعدى (dimensional construct) أحد أبعاده يتميز بالقلق الزائد على الصحة أو التوهم المرضى والذي يتمثل في حواز (وسواس) زائد من المرض وذلك في غياب الدليل الطبي الذي يدعم وجود المرض أو بالرغم من وجود التأمين (لتطمين) الطبي (medical reassurance) أما البعد الآخر فيعبر عن نقص تام في العناية بالصحة (Hadjistovropoulos ,H.&etal,2000,425).

ولقد لوحظ فى السنوات الأخيرة فى مجتمعاتنا العربية تزايد وتنامى الإهتمام بالوعى الصحى وهذا يمثل عمل جيد على المستوى العام إلا أنه لوحظ أيضا تزايد هذا الإهتمام بشكل يفوق الحد الطبيعى عند البعض قد يصل الى ما نطلق عليه القلق الذى ليس له ما يبرره عند البعض ؛ وقد لا

يقتصر على جنس أو فئة عمرية بعينها أو مجتمع بعينه وهذا ما ستحاول الدراسة الحالية الأجابه عليه - لذا يمكن صياغة مشكلة الدراسة فى التساؤلات التالية :

١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من العينة المصرية

والعينة الكويتية على مقياس قلق الصحة المستخدم فى الدراسة ؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين على مقياس قلق

الصحة بأبعاده المختلفة لدى العينتين المصرية والكويتية ؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة فى المرحلة

العمرية دون ٢٥ عاما ومن هم أعلى من ٢٥ عاما ؟

مفاهيم الدراسة : مفهوم قلق الصحة يرتبط بمفهوم الهيبوكوندريا أو التوهم

المرضى hypochondriasis ويرادف البعض بينهما أحيانا ، ذلك لأن

الأفراد الذين يعانون قلق زائد على الصحة أو مخاوف تتعلق بالإصابة

بالأمراض الجسمية أو مخاوف تتعلق بالنمط الجسدي Somatic type أو

الذين يعانون التوهم المرضى يمكن وضعهم تحت عنوان كبير يطلق عليه "

قلق الصحة " (Tayler,etal,2004,1&Deale,2004,76)

ويمكن تعريف قلق الصحة على أنه " ظاهرة متعددة الوجوه تتكون من

إنفعالات ضاغطة مثل (الخوف - الرعب) والإثارة النفسية والإحساسات

الجسمية والمشاعر والتخيلات المرتبطة بالخطر والتجنب والسلوكيات

الدفاعية الأخرى ، ويتراوح قلق الصحة من القلق العابر والبسيط إلى الحاد

والمزم (Taylor,etal,2004,1) وهو ما نعى به فى هذه الدراسة .

وقد عرفا فيل وويلسون veale & Wilson,2009 قلق الصحة على

أنه حالة تتكون إما من حواز وجود مرض خطير أو الخوف من تطور

المرض بالرغم من وجود التطمين الطبى ؛ وأشارا الى ان قلق الصحة لا

يرتبط بمرحلة عمرية ولكنه يبدأ من المراهقة وربما يكون أكثر لدى النساء.

كذلك فإن الأفراد ذوي القلق على الصحة يكونون معتقدات وإفتراسات غير سوية (مضطربة) تجاه المرض والأعراض التي تستند على الخبرة السابقة ويصبحوا قلقين على صحتهم عندما تُدفع المخططات المضطربة وظيفياً عن طريق المقدمات الحرجة مثل (السماع عن مرض ما - إخبار أو تجربة الإحساس بالآلام الجسمية .

ويمكن تعريف قلق الصحة إجرائياً بأنه هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال استجابته على مقياس قلق الصحة بأبعاده المختلفة المستخدم في الدراسة .

أهمية الدراسة :

- تتبع أهمية الدراسة ومبرراتها من خلال النقاط التالية :
- ندرة الدراسات العربية التي أجريت على قلق الصحة كمفهوم حديث نسبياً سواء في الدراسات الأجنبية أو العربية .
- محاولة قياس هذا المفهوم لدى عينتين من مجتمعين مختلفين ومن الجنسين .
- كذلك وضع الأساس النظري لهذا المفهوم والتعرف على الأسس النظرية له .
- دراسة مثل هذا الموضوع يعد أمراً مهماً للعاملين في مجال الصحة بشكل عام والصحة النفسية بشكل خاص حيث يمكنهم من التعرف على الأشخاص الذين يعانون قلق دائم على الصحة ويحتاجون إلى مساعدة - ذلك لأن القلق له تأثيراته النفسية والجسمية ويسبب مزيداً من الاضطرابات السيكوسوماتية مما يؤثر على عجلة التنمية والانتاج في المجتمع بالإضافة إلى تأثيره على التوافق النفسي للأفراد بشكل عام .

أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة بشكل عام إلى قياس الفروق بين عينة من المجتمع المصري و عينة من المجتمع الكويتي على مقياس قلق الصحة بأبعاده

المختلفة والتعرف على الفروق بين الجنسين في كل من المجتمعين كذلك محاولة التوصل إلى الفروق بين المرحلة العمرية دون ٢٥ عاما وما فوق ذلك.

الأطر النظرية والدراسات السابقة :

نظراً لأن الصحة الجسمية هي أساس البقاء فليس من المستغرب أن نجد معظم الأفراد يركزون الاهتمام حول الأفكار التي تتعلق بالصحة والعناية بها من وقت لآخر (Lopper & kirmayer,2001,580).

وقد يكون من بين هؤلاء من يعانى بالفعل من أمراض جسمية ومنهم من لا يعانى ، كما يذكر إبراموتز وآخرون (Abramowitz,etal,2007) أن مفهوم العناية بالصحة health concern يخدم كوظيفة توافقية في غالب الوقت حيث أنه يدفع الفرد إلى الاهتمام بالإحساسات الجسمية التي تنتابه ليتأكد من أنه ليس هناك أعراضاً أو دلائل خطيرة يمكن أن تؤثر على حياته - إلا أنه في أحيان أخرى فإن العناية الزائدة بالصحة وهو الذي يطلق عليه " قلق الصحة " قد تتطور في ظل غياب أعراض مرضية حقيقية ، وذلك نلاحظه عندما يدرك الأفراد أنفسهم على أنهم مصابون بمرض خطير بناء على سوء تأويل لأحاسيسهم الجسمية فعلى سبيل المثال فقد يدرك الشخص أن الصداع قد يعنى وجود ورم بالمخ ، أو ألم بالمعدة على أنه اضطراب معوى نادر ، كذلك فإن الهيبوكندريا (التوهم المرضى) يتضمن نمط زائد من قلق الصحة الذي يستند على مثل هذه الأنواع من العزو الخاطيء.

(Abramowitz,etal,2007,85)

ففي حالة التوهم المرضى فإن التقديرات الكارثية وخطورة ارتفاع الحواز المرضى والشك في وجود مرض ، وأيضاً ارتفاع الانتباه الانتقائي للمثيرات المتعلقة بالمرض متوافرة بشكل كبير

(Owens & Asmundson,2004,59)

لذا فقد أشار عديد من الباحثين إلى أهمية المكون المعرفي في تفسير قلق الصحة أو العناية الزائدة بالصحة إستناداً على نموذج القلق الذي أعده بك وآخرون ١٩٨٥ والذي ينقسم إلى جزئين :

- ١- تطور قلق الصحة **Development of health Anxiety** .
- ٢- الإبقاء على قلق الصحة **Maintenance of persistent .H.A** (Beck,et al, 1985) .

لذا يرى أصحاب هذا التوجه أن قلق الصحة عبارة عن فكرة ناتجة عن مجموعة من المعتقدات المضطربة وظيفياً عن الأمراض وما ينتج عنها مثل خبرة تجربة الأعراض ، وتنشأ المعتقدات عن المرض نتيجة للخبرات السابقة عن الصحة والمرض بالنسبة للشخص أو لآخرين في محيطه الاجتماعي وهذه المعتقدات يمكن أن تؤدي إلى تأويل الأعراض على أنها مؤشر لمرض مهدد وخطير ، وهذا التأويل السلبي للأعراض يعتبر عامل رئيسي وحاسم لتحديد قرار استشارة الطبيب وعندما لا توجد أي دلالة مرضية بعد إجراء الفحوص فإن بعض الأفراد يعتبر حالته عادية ومن ثم تتضاءل الأعراض ، في حين أن البعض الآخر يظلوا قلقين على صحتهم وفي مثل هؤلاء الأشخاص الذين يعانون قلق دائم على صحتهم فإن هناك عدداً من العوامل سببى على المشكلة لديهم أهمها سوء الإدراك المعرفي - أو الإدراك المعرفي المشوه الناتج عن سوء التأويلات وزيادة الانتباه إلى المعلومات التي تدعم قلق الشخص (Lucock,&Morley,1996,138) .

ففي حالة قلق الصحة يتم سوء تأويل للأعراض الجسمية على أنها مؤشر لمرض خطير وهناك دلائل تشير إلى تدعيم وجود التحيز المعرفي لدى هؤلاء الأفراد الذين يعانون مشكلات قلق وخاصة تلك التي تتعلق بقلق الصحة على نحو خاص (Mathews & Macleod,1985,565) .

أما في حالات مشكلات القلق عامة فإن الأشخاص الذين يعانون قلق الصحة يميلون إلى أن يصبحوا يقظين للمصادر المختلفة للتهديد ، وفي حالة قلق الصحة فإن هذا يتضمن حواز متزايد بالحالة الجسمية الداخلية للشخص

الذي من المحتمل أن يلاحظ الأعراض في هذه الحالة على أنها تهديد.
(hadjistavorpoulos,etal,2000,26)

وأشارت بعض الدراسات الحالية أن الأفراد نوى قلق الصحة ليس لديهم تحيز للميل السلبي وسوء تأويل الأحاسيس الجسمية فقط ولكنهم أيضا قد يكونوا عاجزين بالنسبة للاستراتيجيات التي تحميهم من القلق على الصحة فنجد هاجستفروبلس وآخرون توصلوا لدى عينة غير اكلينيكية من الأفراد الذين يعانون قلق صحة بأنهم عاجزين في قدرتهم على الرؤية الموضوعية للإحساسات الجسمية أثناء خبرة إستحضار الألم تجريبياً .
(Hadjstavropolous, craig, etal, 1998 ,153)

في حين أن الأفراد الذين لا يعانون قلق الصحة استخدموا نمط الرؤية الموضوعية أى التركيز على المفاهيم المجردة والانفعالية للأعراض كما تبدو في الإدراكات (مثال أشعر بالتنميل عندما أتعرض للألم) ومثل هؤلاء الأفراد الذين يستخدمون إستراتيجية المراقبة الذاتية الموضوعية تزداد قدرتهم على تحمل الألم والشفاء السريع منه (Blitz , Ahles & cioffi - in, Hadjstavropolous, etal,2000)

وأصحاب التوجه السلوكي المعرفي لقلق الصحة كما أشارسالكوفسكس وواروك (salkovskis & warwick,1986-598) يريا أن الأفراد نوى قلق الصحة المرتفع يتجنبون المعلومات والمواقف التي تستحث قلق الصحة وقد يمتد هذا إلى استخدام التجنب أو القمع المعرفي cognitive avoidance or suppression مثل هذا القمع أو الاستبعاد للقلق الذي يستثير الأخطار لتجنب قلق الصحة يكون غير واضح وإذا تواجد التجنب المعرفي لدى الأفراد الذين يعانون قلق الصحة المرتفع فإنه يؤدي بالفعل إلى زيادة قلق الصحة على المدى الطويل .
(Leventhal , 1992.210)

في حين أن ميلين وسلس (Mullen& suls,1982,45) يريا أن التجنب - الاستبعاد المعرفي cognitive avoidance /distraction

كإستراتيجية تعامل يبدو أنها تفتقد مزاياها بعد وقت قصير ، وتميل إلى أن ترتبط بمزيد من الألم والعجز لدى هؤلاء الذين يؤيدون هذا المنحى . أما سوفى وهولوى يريا أن قمع الأفكار الذي يرتبط بالإحساسات الجسمية يؤدي إلى طول فترة الشفاء من الألم وتزايد احتمالية الإحساسات الجسمية غير المؤذية (مثل الرعشة) وإدراكها على أنها غير سارة . (cioffi&Hollowoy,1993,275).

الأكثر من ذلك فإن محاولة قمع هذه الأفكار يزيد من إحتمالية المعارف غير المرغوبة ، واستناداً إلى هذه النتائج يمكن التنبؤ بأن جهود تجنب الألم خلال قمع أو استبعاد الأفكار قد يبقى من وجودها ، لذا يرى عديد من المنظرين أن هناك حاجة ماسة لدراسة الأشخاص الذين يعانون من قلق الصحة وخاصة في الموقف الاكلينيكي (Hadjistavropoulos, H. etal, 2000,428).

كما أشار عديد من الباحثين أمثال Schmidt,Joiner,etal,2003 – (owens,etal, 2004, 2004,) ، (Taylor,etal 2004, Deale,2004.) أنه لكي نستطيع التمييز بين قلق الصحة العادى وقلق الصحة المرضى (الزائد) لابد من وصف الصورة الكلينيكية لاضطراب قلق الصحة أو ما يطلق عليه البعض أحياناً التوهم المرضى وهى كما وردت فى الدليل التشخيصى تتضمن ما يلى :

١- الصور المعرفية Cognitive features :

- الإقتناع بالمرض : إعتقاد الشخص من أنه مصاب بمرض خطير .
- حواز المرض : أفكار وصور حالية للمرض والموت .
- تيقظ شديد للتغيرات الجسمية .
- يتقبل بصعوبة التطمين الطبى . medical reassurance.

٢- الصور الجسدية Somatic Features

- قلق متعلق بردود الأفعال الجسمية (مثل : خفقان القلب) .

- تغيرات وأحاسيس جسمية عادية يساء تأويلها (مثل - عيوب بسيطة - آلام وتوجعات متوسطة الشدة) .

٣- مخاوف توهم مرضى Hypochondriacal fears

- الخوف من أن يكون مصاب بمرض في الوقت الراهن .
- الخوف من الإصابة بمرض في المستقبل .
- الخوف أو القلق من التعرض لمثير مرتبط بالمرض .

٤- الاستجابات السلوكية behavioral responses

- فحص متكرر للجسم .
- طلب المساعدة (التطمين) باستمرار (من الأطباء أو الأشخاص المهمين) من أنه ليس مصاباً بمرض .
- طلبات متكررة للفحوص الطبية .
- البحث عن مصادر أخرى للمعلومات الطبية. (الانترنت وغيرها) .
- تجنب أو الهروب من المثيرات التي تجلب المرض. (APA 2000,507) .

ومن خلال الصورة الكلينيكية السابقة نستطيع أن نميز القلق الزائد المتعلق بالصحة والذي يمثل مشكلة لعدد من الأفراد تصل إلى حد الحواز المرضى المتعلق بالصحة .

كذلك فإنه من المهم أن نميز بين نوعين من الخوف من المرض أو قلق الصحة ذلك لأن كلاهما يؤدي إلى ردود أفعال سلوكية مختلفة : فطلب إعادة التطمين والفحص في مقابل التجنب والهروب . فالخوف من الإصابة بالمرض يرتبط بإعادة طلب التطمين والشكوى والذهاب لاستشارة الأطباء أو أى شخص يستمع لشكواهم بخصوص النواحي الجسمية ، حتى في زيارتهم للأطباء لا يتوقفون عن الشكوى وهذا قد يطلق عليه حواز عضوي organ recital وهذا يعكس حواز الشخص بخصوص المرض ، أما الأشخاص الذين يعانون التوهم المرضى غالبا ما تكون علاقاتهم بالأطباء ضعيفة ، لأنهم دائما ما يشتكون أن الأطباء غير قادرين على تفهمهم

وتشخيص حالاتهم ولهذا السبب يذهبون لعدد كبير من الأطباء على أمل إيجاد المساعدة ، كذلك فإن عددا منهم يذهبون إلى مستشفى الطوارئ بشكل متكرر معتقدين أنهم مصابون بشيء ما خطير ، ولسوء الحظ قد لا يجدوا الرعاية الكافية مما يزيد من اعتقادهم أن لديهم حالة مرضية خطيرة لا يمكن تشخيصها وهذا يوضح أهمية المدخل المعرفي لتفسير القلق الزائد على الصحة (Côte ,etal, 1996, sato, Tokerchi, etal, 1995, in: S.Taylor,etal,2004)

كذلك تظهر أهمية الجانب السلوكي في تجنب أو الهروب من أي مثير للمرض مثل المستشفيات- تجنب النظر إلى المرضى ، والاحتكاك القليل بالأطباء والممرضين أو حتى تجنب كل الأشياء التي تذكره بالمرض. ومن أهم الدراسات التي أجريت في هذا الإطار دراسة مين ووديل (Main & woddell,1987,15) التي اهتمت بدراسة قلق الصحة لدى مرض الآم أسفل الظهر ، وقد أشارت إلى أن قلق الصحة مهما في فهم الطريقة التي يستجيب بها الأفراد لآلام أسفل الظهر ، وأن مرضى الآم أسفل الظهر حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس قلق الصحة بالمقارنة بالأشخاص الذين يعانون أعراض اكتئابية وجسمية أخرى .

وفي دراسة هاجستفروبلس وآخرون (٢٠٠٠) والتي هدفت إلى دراسة العلاقة بين قلق الصحة والآلم المزمن لدى عينات مختلفة من الأفراد بلغ عددها (٨١) من مرضى الأمراض المزمنة بمتوسط عمري ٣٨,٦ سنة ، وانحراف معياري ١٠,٨٧ ، ٥٨ ٪ من أفراد العينة ذكور وما يزيد على نصفهم متزوج ومستواهم التعليمي فوق المتوسط ، ومتوسط فترة الآلم تزيد عن (١٤) شهراً .

وطبق عليهم مقياس قلق الصحة (Kellner,etal,1992)

إستخبار تجربة الإحساس بالآلم Melzock & katz,1992

وإستخبار إستراتيجيات التعامل المعرفية Rosenstiels&keefe,1983

وكذلك اختبار بك للقلق Beck,et al,1988 وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود تأثير دال لقلق الصحة فقد حصل الأفراد المرتفعين على قلق الصحة على درجات عليا على إستمارة تقدير الإحساس بالألم بالمقارنة بالأفراد المنخفضين على مقياس قلق الصحة ، كذلك في حالة الانتباه للألم يرتفع القلق لدى الأفراد منخفضي قلق الصحة ، أما في حالة استبعاد الألم فإن مجموعة قلق الصحة حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس تقدير الألم ومقياس بك للاكتئاب .

كذلك فهناك عددا من الدراسات التي أجريت في الأساس لتطوير أداة مقننة لقياس قلق الصحة لكنها توصلت إلى بعض النتائج التي يمكن الإستفادة منها .

فالدراسة الأولى أهتمت بثبات وصدق مقياس قلق الصحة ، وبلغت العينة (٢٤٨) شخصاً قسمت لأربع مجموعات (٩١ موظفا من الجنسين من وزارة الصحة - ٨٣ من طلاب التمريض - ٦٦ مريضا) من المترددين على العيادات الخارجية - ٤٤ مريضا من مرضى العيادات النفسية .

وشملت المجموعات كلا الجنسين وإن كانت نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور والمدى العمري من ١٨-٦٣ سنة . وتوصلت الدراسة إلى أن مقياس قلق الصحة يتمتع بثبات وصدق مرتفعين ، وأسفر التحليل العاملي على أنه يتكون من أربعة عوامل .

كذلك أشارت نتائج عدد من الدراسات لكل من ليكوك ومورلي ١٩٩٦ أن هناك ارتباط دال بين مقياس قلق الصحة الذي أعدها ومقياس قلق السمعة (سبيلبرجر) وأنه قادر على التفرقة بين مرضى القلق العام ومرضى الاكتئاب، وأن مقياس قلق الصحة قادر على تمييز (تحديد) الأفراد الذين يعانون من قلق دائم على الصحة (Lucock&Morely,1996) .

وفي دراسة مهمة أجراها ابرومويتز وآخرون Abromowitz,etal,2007 بعنوان : " قلق الصحة ، والتوهم المرضى واضطرابات القلق " وكان من بين الأهداف الرئيسية للدراسة هي بحث

العلاقة بين هذه المتغيرات الثلاثة نظراً لما بينهما من تداخل وتفاعل كذلك تواجد قلق الصحة في عديد من اضطرابات القلق الأخرى وهذا ما توصلت إليه دراسة سابقة لسالوفسكس وآخرون ٢٠٠٢ .

وهدفت هذه الدراسة أيضاً إلى فحص استخدام مقياس قلق الصحة كأداة تشخيص للتوهم المرضي ذلك لأن التوهم المرضي يتعلق بمخاوف ترتبط بالصحة وتكونت عينة الدراسة من (١٧٥) من الراشدين تبدأ أعمارهم من ١٨-٥٠ عاما يعانون أما من الهيبوكوندريا (التوهم المرضي) وأما من اضطرابات القلق الأخرى (٤٩ مريضا من اضطراب الهلع ، ٣٢ من المخاوف الاجتماعية - ٢١ من اضطرابات القلق العام - ٢٦ منهم يعانون اضطرابات اكتئابية ، ١٨ الوسواس القهري ، ١٦ يعانون مخاوف خاصة ، نصف أفراد العينة من النساء ، ٩٧٪ من أفراد العينة لديهم دبلوم المدارس العليا ، ٥٥,٤ ٪ متزوجين ، وذوى مستوى دخل مرتفع واستخدمت الدراسة عددا كبيرا من الأدوات أهمها اختبار قلق الصحة المختصر (Salkovskis, et al, 2007) ومقياس رؤية الجسم ، ودليل الحساسية للقلق ، اختبار الوسواس القهري ، ومقياس بك للاكتئاب ، ومقياس التعلق المتداخل وطبقت هذه الأدوات جميعها على أفراد العينة ، وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها : ارتفاع مستويات قلق الصحة لدى مرضى الهيبوكوندريا واضطراب الهلع بالمقارنة باضطرابات القلق الأخرى ، وأن مقياس قلق الصحة المستخدم يمثل أداة تشخيصية لفرز مرضى التوهم المرضي عن مرضى اضطراب الهلع ، وأن الملاحظات الكلينية تشير إلى أن قلق الصحة متواجد في عديد من الاضطرابات النفسية، ويمكن إستخلاص أن هناك تداخل بين كل من التوهم المرضي واضطرابات القلق والوسواس القهري فنجد المرضى الذين يعانون الشعور بالذنب يظهرون تخيلات وسواسية من الجرائم ومخاوف من المرض والتجنب السلبي للمواقف التي يمكن أن تتواجد فيها الجرائم ، وأيضا

الطقوس القهرية التي تركز على منع الأمراض (غسيل اليد المتزايد) .
.Mckay, etal, 2004, 285

كذلك بعض أنماط المخاوف النوعية (مثل الخوف من المرض) تمثل
تجنب وخوف لا عقلاني من المثيرات والمواقف المتعلقة بالصحة والتي
تمثل بقايا للأمراض أو التي يعتقد أنها تزيد من مخاطرة حدوث المرض مثل
المستشفيات والمراحيض العامة . (Marks,1987,47) .

وفي دراسة بلتشهاردت وهيلر (Bleichhardt&Hiller,2007)
بعنوان التوهم المرضى وقلق الصحة فى المجتمع الألمانى فقد أشارت
الدراسة إلى ندرة البحوث فى هذا الموضوع وهدفت إلى فهم الخصائص
الإجتماعية والديموجرافية للتوهم المرضى، وبلغت عينة الدراسة ١٥٧٥
مفحوصا من شرائح وأعمار مختلفة من المجتمع الألمانى طبق عليهم
مقاييس الاتجاه نحو المرض وقوائم خاصة بعدد من المتغيرات الإجتماعية
والديموجرافية وأشارت النتائج إلى أن حوالى % 04،المجتمع الألمانى يعانون
التوهم المرضى وأن حوالى %٦ من أفراد مجتمع الدراسة يعانون قلق
الصحة الحاد ، وأن هناك زيادة طفيفة فى متوسط درجات الأناث وكبار السن
وذوى المستوى التعليمى الأقل على قلق الصحة وأن الأشخاص المرتفعين
على قلق الصحة يعانون من نقص فى جودة الحياة .

وفي دراسة أجراها محمود عبدالعزيز(٢٠٠٧) على عينة من
المجتمع المصرى هدفت إلى دراسة قلق الصحة لدى الجنسين وفي مراحل
عمرية مختلفة وبين العاديين ومن يعانون من اضطرابات جسمية أخرى
(السكر - الضغط - الفيروسات) وكذلك إعداد وتقنين أداة لقلق الصحة
تصلح للاستخدام فى البيئة العربية وشملت العينة (١٧٥) مفحوصاً من
الجنسين (٥٤ ذكور - ١١٦ إناث) وفي مراحل عمرية مختلفة من (٢٠ -
٥٨) عاماً وفي مستويات إجتماعية وتعليمية متباينة ، وطبق على عينة
الدراسة مقياس قلق الصحة من إعداد الباحث ، وأشارت النتائج إلى عدم
وجود فروقاً دالة احصائيا بين المراحل العمرية المختلفة وكذلك طبقا للجنس

وللحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ، وكانت هناك فروقا دالة بين العاديين ومرضى السكر لصالح مرضى السكر حيث حصلوا على أعلى متوسط على مقياس قلق الصحة ، ولم توجد فروق بين العاديين والمجموعات المرضية الأخرى.

وقد أشارت دراسة اندرزج زيلمسكى Andrzej Zielmski,2011 وآخرون إلى أن العمر والجنس له تأثير على الاهتمام والعناية بالصحة العامة حيث أجرى بحث موسع على عينة مكونة من حوالي ١٢ ألف شخص ومن الجنسين ومراحل عمرية مختلفة وأشارت النتائج إلى أن الأشخاص الأكبر سنا لديهم اهتمام أكبر فيما يتعلق بالصحة العامة ويطلبون المساعدة الصحية وبشكل أكبر ممن هم أصغر سنا وكذلك الآثا .
مما سبق يمكن ان نخلص إلى ما يلي :

- أن قلق الصحة مفهوم حديث نسبياً ولا يزال في حاجة إلى عدد من الدراسات وخاصة في البيئة العربية وذلك لإثراء المفهوم من الناحية النظرية أولاً ، ومن النواحي التطبيقية أيضاً.
- أن هناك تداخل بين مفهوم قلق الصحة ومفهوم التوهم المرضى ، فالبعض يرى أنهما مترادفان ، والبعض يرى أن قلق الصحة أعم وأشمل من التوهم المرضى ، وأن التوهم المرضى أحد الصور الكلينيكية له .
- أهمية المدخل السلوكي المعرفي في تناول هذا النوع من الاضطرابات سواء من الناحية التشخيصية أو العلاجية .
- أن معظم الدراسات اجريت على مجتمعات أجنبية وهناك ندرة في الدراسات التي اجريت على المجتمعات العربية .
- إزدیاد معدل انتشار قلق الصحة لدى فئات عديدة من المجتمع في مختلف الأعمار .

قلق الصحة والعوامل عبر الثقافية :

من المعروف أن سلوك الإنسان وشخصيته يتحددان بمجموعتين من العوامل : المجموعة البيولوجية ، والمجموعة الثقافية وهي التي تتضمن علاقة الفرد بالمحيطين به والوسط الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه ، وقد اتضح من خلال التراث السيكلوجي أن العوامل البيئية الاجتماعية تلعب دوراً كبيراً في حدوث وتشكل الأمراض النفسية والعقلية بصفة عامة واضطراب الشخصية بصفة خاصة ، لذا فقد نجد أن المحكات الموضوعية لتحديد هذه الاضطرابات كما في الـ DSM- فى معظم إصداراته قد تنطبق بصورة كاملة على بيئة ما وبصورة جزئية على بيئة أخرى ذلك لأن كل بيئة تكسب أفرادها بعض من العادات التي تتحول فيما بعد إلى سمات تختلف عن البيئة الأخرى (Derksen,1995,19).

وقد رأت (بنديكت ١٩٣٤) أن السلوك السوى في حضارات معينه يتشابه سلوكيا مع ما يعتبر أنه غير سوى في حضارة أخرى (محمود أبو النيل ١٩٨٨ - ٥٥).

ويرى ديركسن ١٩٩٥ أن هذه الاضطرابات تحوى تحيزا ثقافيا إلى حد كبير لذا فإن موضوع المعاناة الذاتية والحدود الوظيفية يمكن تفسيرها بشكل كبير في علاقتها بالسياق الاجتماعي . (Derksen , 1995,22).

لذا فقد أشار كل من تايلور واسموندسن (Taylor & Asmundson, 2004, 17) إلى أهمية الدور الذى تؤديه العوامل عبر الثقافية مثل القيم المجتمعية ، والمعتقدات والتوقعات وتأثيرها فى تأويل الفرد للتغيرات الجسمية والأحاسيس التى تنتابه فقد أكدوا بأن الميل لإظهار العناية الأولية بالنواحي الجسمية تتنوع عبر الثقافات فقد أوضحت الدراسات الكلينيكية والوبائية أن الصينيين والأمريكان الأفارقة والبرتغاليين وشعوب أمريكا اللاتينية يميلون إلى إظهار مستويات عليا من الأعراض الطبية غير المبررة وذلك بالمقارنة بالعينات المأخوذة من دول أخرى .

كذلك هناك فروقا عبر ثقافية فى الخوف من التغيرات والأحاسيس الجسمية فنجد بعض الثقافات تظهر مزيدا من العناية بالأحاسيس التى تتعلق بالاضطرابات المعديّة "مثل العناية الزائدة بموضوع الإمساك فى المملكة المتحدة " فى حين نجد ثقافات أخرى تهتم بشكل زائد بأمراض القلب والجهاز الدورى "مثل الأهتمام الزائد بارتفاع وانخفاض الدورة الدموية فى ألمانيا وبعض الدول الأخرى "فى حين نجد أقطارا أخرى تهتم بشك زائد بأمراض المناعة إعتمادا على الأعراض المصاحبة للفيروسات وذلك فى أمريكا وكندا .

مما سبق يتضح أنه عندما نرى شخصا لديه إهتمام زائد غير مبرر بالصحة الجسمية فلا بد وأن نحكم عليه فى ضوء خلفيته الثقافية ، لذا يجب توخى الحذر إزاء تشخيص اضطرابات قلق الصحة أو التوهم المرضى لدى الأشخاص الذين لديهم معتقدات تدعم الإهتمام بالصحة المرتبطة ببعض الأعراض ؛ ولذلك هناك ما يسمى العرض المرتبط بالثقافة - culture-bound syndrome (APA,2000)

وبالرغم من أن العوامل الثقافية لها دور فى تشكيل الأعراض المرتبطة بالثقافة فإن هذه الأعراض تمثل اضطرابات نفسية وعقلية ذلك لأنها ترتبط بالضيق والعطب الوظيفى ومن هنا يمكن القول بأن تلك العوامل تمثل عوامل مسهمة إلا أنها تفشل فى تفسير الاضطراب بصورة كاملة (Taylor&Asmundson,2004,17).

وفى نفس السياق أشارت إنجيلا ماكجيلاوى McGillaway,2010 إلى أهمية الثقافة والتكوينات العرقية فى إنتشار ونشوء عدد من اضطرابات الشخصية فى دراسة مسحية واسعة أجريت على مجموعات عرقية مختلفة (سود - بيض / أمريكان - أسويين) ووجدت أن هناك فروقا بين المجموعات العرقية المختلفة تصل إلى مستوى الدلالة فى بعضها وغير دالة فى بعضها الآخر .

ولتوضيح قلق الصحة المرتبط بالثقافة نجد عرض dhat الموجود في الهند فهو نوع من المرض يتميز بقلق حاد وأعراض توهم مرضى بشأن إفراز الحيوانات المنوية مصاحب بشكوى من تغير لون البول إلى البياض وإحساس بالوهن والآنهك العقلى كذلك بعض الأعراض الجسمية الأخرى مثل الصداع والآم الجسم فإن أصحاب هذه الشكاوى يعزون مشكلاتهم إلى فقدان المنى فى البول (مع أن فحوصات البول فشلت فى الكشف عن أى تغير فى اللون أو الحيوانات المنوية) أو إلى كثرة ممارسة الإستمناء فى مقتبل العمر أو إلى الجنسية المثلية (Chadda&Ahuja,1990. in:S. Talyor,etal.2004).

مما سبق يمكن القول بأن العوامل الثقافية يمكن أن تساعدنا على فهم كيف تنشأ هذه النوعية من الاضطرابات ولو بشكل جزئى إلا أنه يجب الأخذ فى الاعتبار مجموعة العوامل الأخرى التى يمكن ان تساعد على فهم وتفسير أشمل مثال ذلك العوامل البيولوجية ، شخصية الفرد ونمط معتقداته، معاناته من بعض الاضطرابات الأخرى كذلك يجب الاهتمام بدور كل من الجنس والعمر والمحيط الاجتماعى وظروف التنشئة التى تسهم بشكل فعال فى كيفية استجابة وتفاعل الأفراد مع ما يواجهونه من أمراض واضطرابات جسمية .

فروض الدراسة :

- ١- لا توجد فروقا دالة إحصائيا بين كل من العينة المصرية والعينة الكويتية على مقياس قلق الصحة .
- ٢- لا توجد فروقا دالة إحصائيا بين الجنسين على مقياس قلق الصحة (الدرجة الكلية والعوامل المكونة للمقياس) لدى أفراد العينة المصرية والعينة الكويتية .
- ٣- لا توجد فروقا دالة إحصائيا بين المرحلة العمرية من ١٨-٢٤ والمرحلة العمرية ٢٥ فما فوق على مقياس قلق الصحة .

وجاءت صياغة معظم الفروض صفرية وذلك نظرا لعدم توافر دراسات سابقة وأطر نظرية خاصة في مجتمعنا العربي تدعم صياغة فروض بديلة.

إجراءات الدراسة :

العينة : تكونت عينة الدراسة من عینتين الأولى من المجتمع المصري والثانية من المجتمع الكويتي واختيرت العينة من طلاب الجامعة في مرحلتی البكالوريوس والدراسات العليا وشملت كلا الجنسين الذكور والإناث وفي مدى عمری يتراوح من ١٨ - ٢٨ عاما والجدول التالي يوضح توزيع عينة الدراسة .

جدول (١) توزيع عينة الدراسة طبقا للجنس والمرحلة العمرية

العينة المصرية	العدد الكلي	ذكور	إناث	١٨ - ٢٤ عاما	٢٥ فيما فوق
٢٠٠	٩٠	١١٠	١٣٠	٧٠	
١٦٠	٦٠	١٠٠	١١٠	٥٠	
٣٦٠	١٥٠	٢١٠	٢٤٠	١٢٠	

أدوات الدراسة :

اعتمدت الدراسة على أداة رئيسية وحيدة وهو مقياس قلق الصحة health anxiety questionnaire وهو من إعداد الباحث أعده وقننه في دراسة سابقة (٢٠٠٧) ويتكون المقياس من ٢٤ بندا تشتمل على أربعة عوامل ، وهذا في صورته النهائية بعد عرضه على مجموعة من المحكمين حيث أشتمل المقياس في صورته الأولية على ٣٠ بندا وتم حذف البنود التي لم يتفق عليها المحكمون .

تصحيح المقياس :

وضع أمام كل عبارة خمس بدائل للاختيار يجب عليها المفحوصين وهي دائما (٤ درجات) كثيراً (٣) ، أحيانا (٢) ، نادراً (١) لا يحدث (صفر) وبالتالي تصبح الدرجة الكلية للمقياس (٩٦) درجة .

الخصائص السيكومترية للمقياس :

ثبات المقياس : تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ وبلغ ٠,٧٣ وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول كذلك تم حساب الثبات باستخدام

طريقة التجزئة النصفية وبلغ معامل الثبات ٠,٧٠ قبل التصحيح وباستخدام معادلة سبيرمان براون لتصحيح معامل الثبات بين نصفي الاختبار بلغ ٠,٨٢١ وهو معامل مرتفع ومقبول .
ثم تم حساب ثبات الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك .

جدول (٢)

ثبات الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
١	٠,٦٤١	٧	٠,٥٦١	١٣	٠,٤٦٦	١٩	٠,٣٨٦
٢	٠,٥٧٢	٨	٠,٥٨٥	١٤	٠,٤٧٠	٢٠	٠,٤٠١
٣	٠,٥٥٤	٩	٠,٤٥٥	١٥	٠,٥٠١	٢١	٠,٥١٧
٤	٠,٥٨٥	١٠	٠,٦١٦	١٦	٠,٦٤٨	٢٢	٠,٥٧٥
٥	٠,٥٠٢	١١	٠,٦٥٣	١٧	٠,٥٤١	٢٣	٠,٣٠٠
٦	٠,٦٠٨	١٢	٠,٥٢٠	١٨	٠,٥٧٨	٢٤	٠,٢٧٨

صدق المقياس :

١- صدق المحكمين :

قام الباحث بعرض عبارات المقياس (٣٠) عبارة على خمسة من المحكمين المتخصصين في علم النفس ، وقدم لهم تعريف " مفهوم قلق الصحة " وطلب منهم تقدير كفاءة كل عبارة في قياس قلق الصحة وتم استبعاد العبارات التي لم تحصل على ٧٠ ٪ فأكثر من تقديرات المحكمين ، على أن وصل عدد العبارات النهائية للمقياس (٢٤) عبارة .

٢- الصدق العاملي لبند المقياس :

يستخدم التحليل العاملي بوصفه أحد الطرق التي تحدد صدق التكوين وذلك بهدف التعرف على مجموعة البنود التي ترتبط بدرجة كبيرة ببعضها

البعض ، ولكنها ترتبط بدرجة منخفضة أو لا ترتبط تماماً مع مجموعات أخرى من البنود ، وقد استخرجت معاملات الارتباط بين بنود المقياس ، وتم تحليلها عاملياً بطريقة " هوتلينج " المكونات الأساسية وطبق المقياس على عينة الدراسة الأساسية (١٧٠) من الذكور والإناث وفضل الباحث استخدام العينة الأساسية هنا نظراً لكبر حجمها وتم وضع واحد صحيح في الخلايا القطرية كما تم تدوير المحاور تدويراً متعامداً بطريقة الفاريماكس Varimax لكاييرز ، وتقرر اعتبار التشيع الملائم هو الذى يبلغ (٠,٣) فأكثر وفقاً لمحك جيلفورد وذلك من أجل تحقيق مزيداً من النقاء والوضوح السيكولوجي لتشبعات البنود على العوامل .

وكشف هذا الإجراء عن أربعة عوامل متعامدة أحادية القطب أستوعبت جميعها ٦٠,٥٢٪ من التباين الكلى وهى كالتالى :-

العامل الأول : وأطلق عليه " الحواذ والانزعاج بشأن الصحة " واستوعب ٣٤,١٨ ٪ من التباين الكلى بجذر كامن قدره ٧,٢٤ . وقد اشتمل على ٧ بنود .

العامل الثاني : وأطلق عليه " الخوف من المرض والموت " استوعب هذا العامل ١١,٢٦ ٪ من التباين الكلى بجذر كامن قدره ١,٩٨ واشتمل على ٧ بنود .

العامل الثالث : وأطلق عليه " الانشغال الزائد بالأعراض " استوعب هذا العامل ٩,١٣ ٪ من التباين الكلى بجذر كامن قدره ١,٧١ واشتمل على ٦ بنود .

العامل الرابع : " وأطلق عليه " سلوك طلب التطمين " استوعب هذا العامل ٦,٩١ ٪ من التباين الكلى بجذر كامل قدره ١,٢٩ وقد اشتمل على ٤ بنود .

مما سبق يتضح أن مقياس قلق الصحة يتمتع بثبات وصدق مقبولين وأشتمل على أربع عوامل رئيسية هى: * الحواذ والانزعاج بشأن الصحة . * الخوف من المرض والموت .

*الانشغال الزائد بالأعراض الجسمية . *سلوك طلب التطمين .

نتائج الدراسة :

نتيجة الفرض الأول: والذي يتعلق بالفروق بين كل من العينة المصرية والعينة الكويتية على مقياس قلق الصحة ، وللتحقق من هذا الفرض استخدم t-test للتعرف على هذه الفروق .

جدول (٣)

الفروق بين العينة المصرية والعينة الكويتية على أبعاد (عوامل) مقياس قلق الصحة والدرجة الكلية للمقياس

الدالة	قيمة ت	العينة الكويتية ن = ١٦٠		العينة المصرية ن = ٢٠٠		
		ع	م	ع	م	
غير دالة	٠,٤٢	٦,٩٦	١٥,٧٥	٧,٦٨	١٦,٢١	العامل الأول
غير دالة	٠,٨١	٦,٨٨	١٣,٠٨	٧,٠١	١٤,١١	العامل الثاني
غير دالة	٠,٦٥	٦,٦١	١١,٩٠	٦,١٢	١١,٣١	العامل الثالث
غير دالة	٠,١٥	٤,٨٨	٩,٧٩	٥,١١	١٠,١١	العامل الرابع
غير دالة	٠,٧٥	١٤,٦٥	٥١,٨٦	١٥,١٥	٥٢,٦١	الدرجة الكلية

من الجدول يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين كل من أفراد العينة المصرية والعينة الكويتية على مقياس قلق الصحة (الدرجة الكلية والعوامل المكونة له) بالرغم من أن هناك عددا من الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تشير الى وجود تحيز ثقافي في تفسير هذا النوع من الاضطرابات وخاصة اضطرابات القلق بشكل عام ؛ كذلك التأكيد على الدور الذى تلعبه العوامل عبر الثقافية وتأثيرها على مدى إدراك الفرد للتغيرات الجسمية وكيفية الأهتمام والعناية بالصحة لذا ظهر ما يسمى بالعرض المرتبط بالثقافة كما أشرنا الى ذلك فى الأطار النظرى وكيف أن هناك بعض الأعراض الجسمية المرتبطة بثقافات بعينها ؛ إلا أننا ايضا يمكن تفسير هذه النتيجة فى ضوء عدد من المتغيرات الأخرى منها ما يتعلق بنمط المعتقدات

والتفكير لدى الأفراد أنفسهم وأيضا معاناتهم أو عدم معاناتهم من بعض الاضطرابات الأخرى .

كذلك يمكن القول بأن المجتمع المصري والمجتمع الكويتي بينهما مجموعة من العوامل الثقافية والاجتماعية المشتركة حيث هناك إختلاط كبير بين أفراد المجتمعين فنجد عددا كبيرا من المصريين يعملون ويعيشون في الكويت وعدد كبير من الكويتين يدرسون ويذهبون الى مصر في زيارات متعددة بالإضافة إلى حالات التزاوج بين المجتمعين ، فقد يؤدي هذا الإختلاط إلى إمتزاج الثقافات ، كذلك الأهتمام والعناية بالصحة متواجد في الآونة الأخيرة في كافة المجتمعات نظرا لظهور بعض الفيروسات المعدية الجديدة وأيضا سرعة تداول المعلومات الطبية من خلال شبكة المعلومات (الإنترنت) والتي تؤكد على أهمية العناية بالصحة ، كل هذا قد يؤدي إلى تزايد الأهتمام بالعناية الزائدة بالصحة لدى كافة المجتمعات ، كذلك يمكن عزو هذه النتيجة إلى طبيعة العينة وخصائصها وبالتالي نحن في حاجة الى دراسة قلق الصحة على عينات أكبر واوسع .

نتيجة الفرض الثاني : والذي يتعلق بالفروق بين الجنسين على أبعاد مقياس قلق الصحة والدرجة الكلية للمقياس لدى أفراد عينة الدراسة المصرية والكويتية .

جدول (٤) الفروق بين الجنسين على أبعاد مقياس قلق الصحة والدرجة الكلية للمقياس لدى عينة الدراسة .

العينة المصرية (ذكور ن=٩٠/إناث ن=١١٠) العينة الكويتية (ذكور ن=٦٠/إناث ن=١٠٠)

الدلالة	ت	ع	م	ع	م	الدلالة	ت	ع	م	ع	م	
التعامل الأول	غير دالة	١,٠٤	٧,٣٥	١٤,٩٥	٦,٣٢	١٣,٧١	غير دالة	٠,٨٥	٦,٨١	١٣,٦٠	٧,١٥	١٤,٣١
التعامل الثاني	غير دالة	٠,٧٨	٧,٠١	١٥,١١	٧,١٢	١٤,٢٠	غير دالة	١,٠١	٧,١٢	١٣,٩٥	٧,٠٩	١٥,١١
التعامل الثالث	غير دالة	٠,٩٣	٦,٣٢	١٠,٧٥	٥,١١	٩,٥٠	غير دالة	٠,٤٤	٥,١٣	٩,٨٠	٥,٦١	١٠,١٥
التعامل الرابع	غير دالة	٠,٦٩	٤,١١	٨,٩٥	٤,٠٣	٨,٧١	غير دالة	٠,٧٥	٣,٧٢	٨,٧١	٤,٠٨	٩,٢١
الدرجة الكلية	غير دالة	١,٠٢	١٢,٠١	٤٩,٦١	١٣,٤١	٤٧,٦١	غير دالة	١,٠٦	١٣,١٢	٤٨,٠١	١٢,٩١	٤٩,٩١

من الجدول يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائية بين كل من الذكور والأناث لدى أفراد العينة المصرية والعينة الكويتية على مقياس قلق الصحة والعوامل المكونة. وحيث أنه لا توجد دراسات سابقة مباشرة في حدود علم الباحث تؤكد هذه النتيجة؛ حتى أن معظم الدراسات التي أجريت على الفروق بين الجنسين على متغير القلق بشكل عام جاءت معظم نتائجها متضاربة حيث أكدت بعض النتائج أن الأناث أكثر قلقاً من الذكور في حين أشارت نتائج دراسات أخرى إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين وتختلف هذه النتائج من بيئة إلى أخرى؛ إلا أنه يمكن القول بأن هذه النتيجة تبدو منطقية إلى حد كبير حيث أن أفراد العينة من الجنسين (سواء العينة المصرية أو الكويتية) ينتمون إلى ثقافة مجتمعية واحدة ويتعرضون لنفس المتغيرات المجتمعية والثقافية التي يمكن تؤثر على شخصياتهم وأنماط تفكيرهم إزاء ما يتعرضون له من أحداث وحيث أشارت عدد من الدراسات إلى أهمية نمط المعتقدات السائد في المجتمع في تفسير هذا النوع من الإضطرابات (Taylor & Asmundson, 2004) كذلك ما أشار إليه " إبراموتز وآخرون ٢٠٠٧ " من أن مفهوم العناية بالصحة يخدم كوظيفة توافقية لدى جميع الأفراد بغض النظر إلى النوع (ذكر أم أنثى) بينما أشار (Armstrong & Khawaja 2002) أن هناك معلومات محدودة في التراث البحثي عن الفروق بين الجنسين في التعبير عن الأعراض والمستوى العام للحساسية للقلق على الصحة كذلك دراسة (Bleichhardt & Hiller, 2007) الذين أشاروا إلى ارتفاع متوسط درجات الأناث على قلق الصحة إلا أن الفرق لم يصل إلى مستوى الدلالة وهذا أيضاً وضح في الدراسة الحالية على بعض العوامل المكونة لقلق الصحة وخاصة على العينة الكويتية حيث حصل الأناث على متوسط أعلى بدرجة طفيفة على مقياس قلق الصحة إلا أن الفروق أيضاً لم تصل إلى مستوى الدلالة. أما العينة المصرية فلم تختلف متوسطات الدرجات بين الجنسين بشكل ملحوظ. وهذا أيضاً دعانا إلى عدم عقد مقارنة بين الجنسين على العينتين ككل وأكتفينا بعقد المقارنة بين كل جنس والجنس الآخر من نفس العينة إلى توقع عدم وجود فروق دالة لو تمت هذه المقارنة وهذا

وضح من نتيجة الفرض الأول الذى أكد على عدو وجود فروق دالة بين أفراد المجتمعين ؛ وفي دراسة أحمد عبدالخالق عن قلق الموت والذى يمثل المتغير الفرعى الثانى لقلق الصحة على خمس دول عربية من بينها مصر والكويت بالإضافة إلى سوريا ولبنان والسعودية أشارت النتائج الى أن المصريات حصلوا على أعلى متوسط بالمقارنة ببقية الجنسيات وكذلك وجد أن متوسط الإناث على قلق الموت أعلى من متوسط الذكور المناظرين لهم فى الدولة نفسها وأن كانت هذه الدراسات تحتاج الى مراجعة لانها أجريت على طلاب الجامعة وفى مدى عمرى محدود (أحمد عبدالخالق ، ٢٠٠٥).

نتيجة الفرض الثالث : والذى يتعلق بالفروق بين المراحل العمرية (١٨- ٢٤) والمرحلة العمرية فيما فوق ٢٥ عاما على الدرجة الكلية لقلق الصحة والذى جاءت نتائجه كما هى مبينة فى الجدول التالى .

جدول (٥)

الفروق بين المراحل العمرية على مقياس قلق الصحة لدى كل من العينة المصرية والعينة الكويتية

المرحلة العمرية	العينة المصرية				العينة الكويتية					
	ن	م	ع	ت	الدالة	ن	م	ع	ت	الدالة
١٨- ٢٤ عاما	١٣٠	٤٦,٥١	٩,١٢	٠,٩١	غير	١١٥	٤٧,١٣	١٠,٤١	٠,٤١	غير
٢٥ فيما فوق	٧٠	٤٥,٦١	٨,٨٨	دالة	٥٠	٤٧,٩١	١٠,٧٣	دالة		

جدول (٦)

الفروق بين المراحل العمرية لدى العينة الكلية (مصرية وكويتية)

المرحلة العمرية	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة
١٨- ٢٤ عاما	٢٤٠	٤٧,٤١	١٢,٩١	١,٠٣	غير
٢٥ فيما فوق	١٢٠	٤٦,١٢	١٢,٢١		دالة

من الجدول ٥ ؛ ٦ يتضح أنه لا توجد فروقا ذات دلالة إحصائية بين المرحتين العمريتين سواء بين أفراد العينة المصرية أو الكويتية كل على حدة أو بين أفراد العينة مجتمعة مصرية وكويتية وبالتالي يمكن القول بأن متغير العمر ليس له تأثير دال في دراستنا هذه على الأحساس بقلق الصحة وأن كل أفراد العينة لديهم الأهتمام والقلق بشأن الصحة بنسب متقاربة الى حد كبير وهذا أيضا اكدته دراسة الباحث ٢٠٠٧ على المجتمع المصرى من أنه لم توجد فروق دالة بين المراحل العمرية والتي أمتدت من ٢٠ الى ٦٠ عاما بالرغم من حصول المستويات العمرية الأصغر على متوسطات أعلى على مقياس قلق الصحة ؛ وهذا عكس ما توصلت إليه دراسة Andrzej&etal,2011 من أن الأكبر سنا لديهم أهتمام بالصحة العامة بالمقارنة بمن هم أصغر سنا. ويمكن إرجاع هذه النتيجة أيضا الى صغر حجم العينة من ناحية - وقصر المرحلة العمرية فمعظم أفراد العينة متقاربي السن من ١٨ الى ٢٨ عاما وبالتالي فنحن فى حاجة الى دراسة على عينات أوسع وأشمل حتى نستطيع أن نعمم النتائج بشكل كبير .

ونخلص من نتائج هذه الدراسة وما تم طرحه من أطر نظرية إلى أن قلق الصحة مفهوم عام وشامل لدى جميع أفراد المجتمع يصل حد الاضطراب لدى البعض ويطلق عليه في هذه الحالة severe health anxiety ويكون بصورة معتدلة لدى البعض الآخر وهو شائع لدى الجنسين وفي كل الأعمار والطبقات الاجتماعية ويتأثر بالعوامل الاجتماعية والثقافية إلى حد كبير وهذا ما أكدته عديد من الدراسات (Taylor & Asmundson, 2004) . (Escobar, et al 2001)

ويتأثر بسمات الشخصية فقد وجد أن العصبيين أكثر ميلا للأصابة بالقلق على الصحة (cox, etal 2000,105) وأيضا أكد العديد على أهمية المدخل السلوكى المعرفى فى فهم وتفسير هذا النوع من الاضطرابات . لذا يمكن إعتبار هذه الدراسة بمثابة النواة التى تنبثق منها عدد من الدراسات التى تكمل مسيرة البحث فى هذا الموضوع المهم فى عصرنا الحالى لذا نوصى بعمل دراسات على عينات أكبر وقطاعات عريضة من المجتمع للوصول الى نتائج أكثر عمومية وشمولية .

المراجع

- ١- أحمد محمد عبدالخالق (١٩٨٧) قلق الموت ، عالم المعرفة ، العدد ١١١ ، المجلس الوطني للثقافة والعلوم والآداب، الكويت .
- ٢- أحمد محمد عبدالخالق (٢٠٠٥) سيكولوجية الموت والاحتضار ، مجلس النشر العلمي ، جامعة الكويت.
- ٣- محمود السيد أبو النيل (١٩٨٨) علم النفس عبر الحضاري ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت .
- ٤- محمود عبدالعزيز محمد (٢٠٠٧) قلق الصحة : دراسة مقارنة لدى فئات عمرية مختلفة من الجنسين ؛ مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية ، العدد ١٨ ، كلية الآداب ، جامعة المنيا .
- 5- Abramowitz,J. Bunmi,o, & et al (2007) health Anxiety, hypochondriasis and anxiety disorders. Behavior therapy,38,I, 85-94 .
- 6- American psychiatric Association, (2002) Diagnostic statistical manual of mental disorders.DSM-IV (4th.,ed) Washington, DC.
- 7- Barsky ,A. & Klerman,G (1993) Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. American Journal of psychiatry, 140. 273-283.
- 8- Beck et al (1988) : An Inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties, Journal of consulting and clinical psychology, 56, 893-897.
- 9- Beck,A.Emery,G.&Greenberg,R.(1985) Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

- 10- **Bleichhardt,G.&Hiller,W. (2007) Hypochondriasis and health anxiety in the German population .British journal of Health psyvhology,12,4.511- 523**
- 11- Deale, A. (2004) Psychopathology of severe health anxiety. Psychiatry.3,16. 76-79.
- 12- Cioffi, D. & Holloway, J. (1993) Delayed costs of suppressed pain. Journal of personality and social psychology, 4. 274-282.
- 13- Côté, w. pederson, N. (2001) A longitudinal analysis of Anxiety and depressive symptoms. Psychology and Aging . 16 .I-2.
- 14- Cox, B.Borger, s. & et al (2000) Dimensions of hypochondriasis and five factors model of personality. Personality & individual differences, .29. I, 1. 99-108.
- 15- Derksen, J. (1995) Personality disorders : clinical and social perspectives. Jhon wiley & sons ltd, England
- 16- Hadjistavropoulos,H. Hadjistavropoulos. T, & Quine.A, (2000) Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. Behavior Research Therapy, . 38, I.5.425-438.
- 17- Hadjistovropolous, H. Craig ,k. (1998) Cognitive and behavior response to illness information: the role of health anxiety. Behavior Research and therapy. 36. I.2, 149-184 .

- 18- Hunt, C. Issakidis, c. & Andrews, G. (2002) DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian national survey of Mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 32,4. 646-659.
- 19- Kenler, R. (1985) Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*.42. 321-383.
- 20- Leventhal, H. (1992) I know distraction works even though it doesn't. *Health psychology*. 11 , 208-209
.
- 21- Looper, K . & Kirmayer, L. (2001) hypochondriacal concerns in community population, *Psychological Medicine*, 31 .557-584.
- 22- Lucock, M. & Morley,s. (1996) the health anxiety questionnaire. *British Journal of health psychology*, I. 137-150.
- 23- Macdonald ,J.(2004) primary health care: a global overview. *Research & development* .5.284-288.
- 24- Marks, I, (1987) *Fears, phobias, and ritual, oxford university press*, New York.
- 25- Mathews, A. & Macleod, C. (1985) selective processing of threat cues in anxiety states. *Behavior Research and therapy*,23, I.5 . 563-569.
- 26- Mckay, J, Abromowitz, j. et al (2004) : A critical evaluation of obsessive – compulsive disorder subtypes : symptoms versus mechanisms, *clinical psychology Review*, 24 . 283-313.

- 27- McGillaway,A.&etal (2010) Systematic Review of personality disorder,race and ethnicity: prevalence, a etiology and treatment .BMC.psychaitry,10-33 .
- 28- Main, c, & waddell, G. (1987) psychometric construction of the Illness behavior questionnaire in British patients with chronic low back pain. *Pain.* 28, .13-25 .
- 29- Mullen, B. & suls, J. (1982) the effectiveness of attention and rejection of Coping styles: a meta – analysis of temporal differences. *Journal of psychometric Research.* 62, .43-49.
- 30- Owens, G. & Asmundson, T, &etal (2004) Attentional bias toward Illness threat in individuals with elevated health anxiety, *cognitive therapy and research.* 28 , .57-66.
- 31- Salkovskis, p. & warwick, H . (1986) Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior research and therapy.* , 24 , I , 5.99, 597-602.
- 32- Schmidt,N. Joiner, T . staab, J. 7 williams, m.(2003) Health perceptions and anxiety sensitivity in patients with panic disorder. *Journal of psychopathology and behavioral Assessment,* 25. 139-145.
- 33- Salkovskis.p, Rims.k, Warwick .H. & clark, D, (2002) the health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis, *psychological Medicine,* 32. 483-853.

- 34- Taylor,s. Asmundson, (2004) Treating health anxiety, the Guilford press, New York.
- 35- Taylor,S(2004) Understanding and treating health anxiety;; A cognitive behavior approach .Cognitive &behavior practice .11. I.1.,. 112-123 .
- 36- Veale,D&Wilson,R.(2009) Over Coming health anxiety . Constable & Robinson .Ltd.
- 37- Warwick, H. & Salkovoskis,p. (1990) Hypochondrias . Behavior Research and Therapy. 28.I,2. 105 – 117 .
- 38- Zielmski,A.&etal.(2011)Impact of Comorbidity on the individuals choice of primary health care provider. Scandinavian journal of primary Health care .29,104-109 .

Abstract

Health anxiety; A comparative study among Egyptian and Kuwaiti sample.

**Authors: Mahmoud .A. kaoud faculty of Arts –
Sohag university**

The recent study aims to examine health anxiety among two samples (Egyptian& Kuwaiti an) . total subjects included (360) , Egyptian subjects were (200) divided - 110 females & 90 males . however Kuwaiti subjects were (160) divided 100 females-& 60 males , their ages ranged from 18 to 28 years included under & postgraduate students .

All subjects completed the health anxiety questionnaire(prepared by the first author) .

The results showed that no significant differences among Egyptian& kuwaitian subjects on health anxiety questionnaire , also ,there are no significant differences between males and females in both samples and no significant differences among subjects under 25 years & above 25 years old . Implications and future directions for research are discussed .