المشكلات الصحية لدى طلبة الجامعة العُمانيين والكويتيين: "دراسة ثقافية مقارنة"

د. علي مهدي كاظم*
أ. د. بدر محمد الأنصاري**

ملخص:

استهدفت الدراسة معرفة نسب انتشار المشكلات الصحية لدى العُمانيين والكويتيين، ومعرفة دور متغير الثقافة (الكويت، عُمان)، والنوع (الذكر، الأنثى). لتحقيق ذلك طُبقت النسخة العربية من قائمة المشكلات الصحية HPC إعداد «سشينكا (Schinka, 1989)» وتقنين «الأنصاري (Alansari, 2006)» على ٥٢٢ فرداً (بواقع ٣٠٠ كويتي، و٢٢٢ عُماني). وقد أشارت النتائج إلى أن أبرز ثلاث فئات في المشكلات الصحية لدى العينة الكويتية تتمثل في التاريخ المرضي، ومشكلات الدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، في حين كانت أبرز ثلاث مشكلات صحية في العينة العُمانية هي: مشكلات الفم والأسنان والرقبة، والتاريخ المرضي، ومشكلات الأنف والأذن. وعلى مستوى البنود المفردة لقائمة المشكلات الصحية كانت أبرز ثلاث فقرات في العينة الكويتية: أتعاطى عدة جرعات من الخمر كل يوم، وأتعامل مع الأسمدة والمبيدات في المنزل أو العمل، وأتعامل مع الدهان والصمغ في المنزل أو العمل. وفي العينة العمانية: فقدت القوة، وصعوبة التركيز، وتدريب رياضي في نهاية الأسبوع. هذا، وأبرزت نتائج التحليل دلالة متغير الثقافة، حيث كان متوسط العينة الكويتية أعلى من العينة العمانية في أربع مشكلات

* دكتوراه الفلسفة في القياس والتقويم النفسي والتربوي، جامعة بغداد، العراق، أستاذ مشارك، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عُمان، رئيس قسم علم النفس بالكلية.

** أستاذ بقسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

صحية (مشكلات الدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، ومشكلات الجهاز البولي والتناسلي- رجال، ومشكلات الأعصاب والدماغ)، كما أبرزت النتائج دلالة متغير النوع، حيث كان متوسط الإناث أعلى من الذكور في ثماني مشكلات صحية هي: (مشكلات صحية عامة، ومشكلات جلدية، ومشكلات بصرية، ومشكلات القلب والرئة، ومشكلات معوية، ومشكلات الأعصاب والدماغ، ومشكلات العظام، ومشكلات الدم والغدد الصماء).

مقدمة:

تسهم صحة السكان بشكل حاسم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ويتضح هذا الأمر – على سبيل المثال لا الحصر – من الأهمية التي تولى لقضايا الصحة في الأهداف الإنمائية للألفية التي حددتها منظمة الأمم المتحدة. فهذه الأهداف أساسية لبرامج عمل منظمة الصحة العالمية، ومن ثم فإن الصحة هي هدف في حد ذاتها، وإسهام إنمائي رئيس في تحقيق الأهداف الأخرى (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣م).

وبهذا المنظور عرفت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٥م) الصحة **Health** بأنها: «حالة من الكمال البدني والنفسي والاجتماعي والعافية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز. لذا تتضمن الصحة الوظائف النفسية والجسدية والاجتماعية، التي تتصاحب بطريقة حميمة ولا تستقل عن بعضها» (ص ١٩). لذلك فإن الصحة هي حالة إيجابية لا تعني مجرد الخلو من الأمراض (الشربيني وصادق، ٢٠٠٢م)، علماً بأن جميع مسببات الأمراض ترتبط بنظريتين: نظرية السبب الواحد للمرض، أو نظرية الأسباب المتعددة. في نظرية السبب الواحد يكون المرض ناتجاً من سبب واحد، وبناء عليه يظهر المرض. أما نظرية الأسباب المتعددة فإنها ترى أن المرض ناتج من تفاعل عدة أسباب. على أساس ذلك فإن المستوى الصحي في المجتمع غير ثابت، بل هو في حالة متحركة؛ لأن المرض ينتج من تفاعل عدة قوى، ويكون المستوى الصحي محصلة التفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل، فإذا تغلبت الحالة أو العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية،

وإذا تغلبت العوامل الإيجابية استمرت الحالة الصحية؛ أي الخلو من المرض (عبدالوهاب، ٢٠٠١م).

ويشير مفهوم المشكلات الصحية **Health Problems** إلى حالات مرضية ناتجة من تفاعل عدة عوامل سلبية، وهي غير ثابتة بوجه عام، وتؤدي إلى ظهور أعراض مرضية أو زملات **Symptoms** (مجموعة أعراض) تُصنف في فئات مرضية **(Alansari, 2006)**. وطبقاً لهذا المفهوم، يُعد تحديد الأعراض والشكاوى التي يعانيها المرضى إحدى الخطوات المهمة في التشخيص الطبي والنفسي على حد سواء، وعن طريق هذا التحديد يمكن للقائم بالتشخيص أن يكوّن تصوراً أولياً يساعده في اختيار أسلوب العلاج واتجاهه، وقياس مدى فاعليته.

وقد شهدت سبعينيات القرن الماضي بداية تطوير قوائم الأعراض التي تهدف – من خلال التقويم الذاتي للمفحوص – إلى تحقيق أكبر درجة ممكنة من التشخيص الدقيق، إلى جانب أدوات تشخيصية أخرى كالمقابلات المركبة وشبه المركبة (Maragraf & Schneider, 1994). تتضمن هذه الأدوات مجموعة أو مجموعات من الأعراض، تطلب من المفحوص تقدير مدى وجود كل منها لديه إما بالإجابة بنعم أو لا، أو بالإجابة على مقياس متدرج من ثلاثة بدائل أو أكثر. وبعضها يطلب من المفحوص أن يقدر – بشكل إضافي – شدة الإرهاق الشخصي الذي تسببه له هذه الأعراض. ومن أكثر قوائم الأعراض ذيوعاً نذكر على سبيل المثال القوائم التالية:

١ – **قائمة مراجعة الأعراض Symptom-Check-List-90 (SCL-90)** من تصميم ديروجاتس وليبمان وكوفي (Derogatis, Lipman & Covi, 1976). وتعديل «ديروجاتس (Derogatis, 1986)». وهي من القوائم الواسعة الانتشار والاستخدام في كثير من الدراسات العالمية (Helm & Eis, 2006; Ndetei, et al, 2006). وتحتوي القائمة المعدلة SCL-90-R كسابقتها على (٩٠) بنداً تقيس

تسعة مجالات فرعية هي: أعراض التجسيد (تحول الصراعات النفسية إلى أعراض جسدية)، والوسواس القهري، والقلق الاجتماعي، والاكتئاب، والقلق، والعدوانية/ العداوة، والقلق الرهابي، والتفكير الهذائي الاضطهادي، والذهانية.

٢ – **قائمة روتردام للأعراض Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)** من إعداد تريو وماجيور (Trew & Maguire, 1982) وتطوير «دينيستشن وصحبه» (Denniston, Baker, Dent, Hann, Bushhouse, & West, 2003) وتتكون القائمة من ٣٥ بنداً يجاب عنها بمقياس متدرج من خمسة بدائل، وتحتوي القائمة على مقياسين رئيسين: **الأول** للأعراض الجسدية، **والثاني** للأعراض النفسية. وقد استخدمت في العديد من الدراسات مقياساً لجودة الحياة (انظر: Hardy, Edmonds, Turner, Rees, & Hern, 1999) وما يؤخذ على هذه القائمة عدم شمولها لجميع الأعراض والشكاوى المرضية الجسدية.

٣ – **قائمة المشكلات الصحية Health Problems Checklist (HPC)** من إعداد «سشينكا» (Schinka, 1989)، وتتكون من ٢٣٦ بنداً يجاب عنها باختيار قهري للإجابة (تنطبق/ لا تنطبق) مقسمة على ١٤ مقياساً فرعياً (عام، جلدية، بصرية، أنف وأذن وحنجرة، فم وأسنان ورقبة، معدة، أمراض الدم وغدد صماء، عظام، أعصاب ودماغ، جهاز بولي تناسلي – النوعين، عادات سلوكية مرتبطة بالصحة، والتاريخ المرضي). وعلى الرغم من شمولية القائمة لجميع الأعراض والشكاوى الجسمية فإن قليلاً من الدراسات استخدمت القائمة في البحوث (Alansari, 2004, 2006) ومع ذلك تعد هذه القائمة من أكثر قوائم التقرير الذاتي شمولاً للأعراض وكذلك أداة فرز للدراسات المسحية.

الدراسات السابقة:

إن تكوين صورة واضحة عن الصحة في العالم العربي محكوم بمدى توافر بيانات مبنية على أساس علمي. ولسوء الحظ، تعاني معظم البيانات المتوافرة نقصاً منهجياً، فهي تتعلق بصورة رئيسية بالجوانب البدنية البحتة

للصحة، وفي إطار البُعد البدني تركز بصورة أساسية على مؤشرات الوفيات. ومع ذلك، فإن من المفيد أن نبدأ بجوانب الصحة التي تتوافر عنها بيانات جيدة نسبياً (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٢م). وعلى الرغم من التقدم الضخم الذي حققته البلدان العربية في التقليل من حالات الوفاة، والذي انعكس في ارتفاع المقياس الإجمالي للمستوى العام للصحة المستخدم في مقياس التنمية البشرية، أي «توقع الحياة عند الميلاد» عبر الزمن بمعدلات مختلفة، حتى قارب في بعض البلدان الخليجية الغنية مستواه في بلدان متقدمة. ولكن ما زال الاعتلال الجسدي ينتاب سنوات الحياة، ويصل الفقد في سنوات الحياة المتوقعة للمرض إلى عشر سنوات أو أكثر في أغلب البلدان العربية. والأهم من ذلك، فإن فقد سنوات توقع الحياة للمرض يزيد بين النساء منه لدى الرجال في جميع هذه البلدان؛ حيث يصل إلى عامين أو أكثر، مما يدل على حرمان نسبي أكبر للنساء من القدرة البشرية للحياة الصحية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي).

وسوف نعرض في الجزء التالي ما أمكن للباحثين من الاطلاع على دراسات تتعلق بالمشكلات الصحية الخاصة، ودراسات تتعلق بالمشكلات الصحية العامة، مع التركيز على البيانات العربية، وبالتحديد دولة الكويت وسلطنة عُمان، كونهما موضوع الدراسة الحالية.

أولاً – المشكلات الصحية محددة:

أ – إعاقة النمو الجسدي:

تشير القياسات الجسدية في البلدان العربية إلى مستويات مرتفعة من التقزم المعتدل والحاد (تصل إلى ٥٢٪ في اليمن، و٣٠٪ في كل من العراق والسودان)، في حين تُعاني بلدان أخرى – مثل: الكويت، والإمارات، والسعودية، وعُمان، وليبيا، والمغرب، ومصر، وسوريا – مستويات إعاقة نمو جسدي تراوح بين ١٥٪–٢٥٪. لذلك ينبغي لهذه البلدان تحديد المشكلات الغذائية المسؤولة عن إعاقة النمو الجسدي (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٢م).

ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢م) إلى أن ١٧٠ مليون طفل

في البلدان الفقيرة يعانون قلة الوزن، وما لا يقل عن ١٣٠ مليون شخص يعانون السمنة، كما يبين التقرير أن نقص الوزن لا يزال مشكلة مستفحلة في البلدان النامية، وتعتبر اضطرابات التغذية من أهم المشكلات المنتشرة في البلدان النامية؛ فهي تهدد الأفراد والجماعات بأمراض النقص أو العوز الغذائي، ويموت بسببها طفل من بين كل ثلاثة أطفال تحت سن الخامسة. ويقدر عدد الأطفال الذين يعانون نقص الوزن من دون سن الخامسة بنحو ١٠٪ في الكويت، ونحو ٩٪ في عُمان (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٦م).

ويقدر عدد الأطفال الذين يعانون نقص الغذاء في الدول النامية، في بداية الألفية الثالثة، بنحو ١٥٠ مليون طفل، وقد أفادت تقارير منظمة الصحة العالمية أن قرابة ٤٠٪ من سكان العالم – أكثر من ٤,٢ بليون نسمة – مصابون بفقر الدم، وأن أكثر الناس تعرضاً له هم الحوامل والمسنون بنسبة ٥٠٪، وصغار الأطفال حتى السنتين بنسبة ٤٨٪، والأطفال في عمر المدرسة بنسبة ٤٠٪، والأطفال في سن البلوغ بنسبة ٣٠٪–٥٠٪، والأطفال في سن ما قبل المدرسة بنسبة ٢٥٪ (نقلاً عن: أمين وشاهين، ٢٠٠٥م).

ب – فيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز:

تعد الممارسات الجنسية غير الشرعية العامل الأساسي لانتشار فيروس نقص المناعة البشري المتفشي على نطاق واسع في البلدان الفقيرة، والذي يعانيه ما يقرب من ٤٦ مليون شخص في العالم (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤م).

ومازالت البلدان العربية من أقل مناطق العالم إصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب؛ حيث قدر عدد حاملي هذا الفيروس في المنطقة العربية نحو ٥٤٠ ألفاً في عام ٢٠٠٤م. ومع ذلك فإن احتمال إصابة الإناث العربيات الشابات في المرحلة العمرية من ١٥–٢٤ سنة هو ضعفا احتمال إصابة الشباب من الفئة العمرية ذاتها. وربما يرجع سبب ذلك إلى ضعف تمكين النساء، وتدني نوعية الخدمات الصحية المقدمة، فضلاً عن فقر وسائل المراقبة والفحص، وندرة

المعلومات حول سبل الوقاية في ظل ثقافة الصمت التي تحيط بقضايا الصحة الإنجابية والجنسية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٦م).

جـ – تلوث الماء والهواء:

تتسبب مياه الشرب غير المأمونة، ومستوى النظافة العامة، والإسهال المعدي في وفاة ٧,١ ملايين فرد سنوياً في العالم، أما تلوث الهواء فنصف سكان العالم معرضون لتلوث الهواء داخل المباني الناتج عن التدفئة والتبريد، وهذا التلوث مسؤول عن ٣٦٪ من مختلف العدوى في المسالك التنفسية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢م). ويعاني العالم العربي كله شحاً شديداً في المياه؛ مما يؤدي إلى مشكلة التصحر؛ كما أن الانتقال للعيش في المناطق الحضرية بمعدلات سريعة يخلق مشكلات تلوث هواء كبيرة، تتمثل في المواد العالقة مثل قطرات الهواء، والغبار، والدخان، والضباب، والأبخرة، وثاني أكسيد الكبريت، أول أكسيد الكربون، تلوث كيميائي ضوئي، ثاني أكسيد النتروجين. وتوجد المدن الكبرى في المناطق الساحلية؛ مما يؤدي إلى مشكلات تلوث للشواطئ (مثل: تسرب البترول، والنقل البحري، وناقلات النفط وغسيلها وحوادثها، والفضلات، والحوادث، والمصافي والصناعة البتروكيمياوية). وتسهم جميع هذه المشكلات، كل بطريقتها، في تخفيض جودة الحياة (ولاسيما بالنسبة للفقراء) وإعاقة جوانب القدرة البشرية، والتسبب في تكاليف اقتصادية كبيرة لا تستطيع هذه البلدان تحملها (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٢م).

د – السمنة والسكري:

يشهد العالم العربي تحولاً مستمراً في أسلوب الحياة؛ فالانتقال من القرى والبوادي إلى المدن زاد من نسبة انتشار الأمراض المزمنة، مثل: السرطانات، وضغط الدم، والسكري من النوع الثاني، وأمراض القلب. ومن المعروف أن من أهم عوامل الخطورة في ظهور النوع الثاني من السكري هو السمنة.

ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢م)، إلى أن نسبة انتشار مرض النوع الثاني من السكري التقريبية في العالم تبلغ نحو ١٥٠ مليون حالة،

وهذا الرقم من المتوقع أن يصل إلى الضعف طبقاً لتوقعات المنظمة بحلول عام (٢٠٢٥م)، وأكثر هذه الزيادة ستحدث في البلدان المسماة بالدول النامية، وذلك نتيجة لعوامل الزيادة السكانية، والتقدم في العمر، والعادات الغذائية، والسمنة، والوضع المعيشي. فمن المتوقع بحسب تقديرات المنظمة أن يكون غالبية المصابين في سنة (٢٠٢٥م) في هذه الدول في الأعمار ما بين ٤٥–٦٤ سنة، في حين تزداد هذه الأعمار إلى ٦٥ سنة وأكثر في الدول النامية. كما يستنزف مرض السكري من ٥٪–١٠٪ من نسبة الإنفاق على الصحة في بلدان العالم، وربما يتوقع أن تصل إلى ٤٠٪ في بعض البلدان في عام (٢٠٢٥م). ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية لعام (٢٠٠٤م)، إلى أن مرض السكري تسبب في وفيات نسبتها ١,٥٪ من إجمالي وفيات الذكور، و٢٪ من إجمالي وفيات الإناث في العالم. وعن حالة الكويت تفيد إحصائية مستشفيي الأميري والفروانية في الفترة من (٢٠٠١ –٢٠٠٢م) أنه تم تشخيص ١٧٦ حالة سكري من سكري الأطفال في الفئة العمرية أقل من ١٨ سنة، وكانت ٥٢ حالة منهم من النوع الثاني من مرض السكري؛ أي بنسبة ٣٣,١٪، و كان ٥٨٪ منهم يعاني زيادة الوزن والسمنة (عبد الإله، ٢٠٠٤م).

وفي دراسة أخرى أجرتها عبد الإله وصحبها **(Abdella, Al-Aroiy, Al-Nakhi, Al-Assoussi, & Moussa, 1998)** على عينة قوامها (٣٠٠٣) أفراد من الكويتيين ممن تزيد أعمارهم على ٢٠ عاماً، كشفت النتائج عن انتشار معدل النوع الثاني من مرض السكري بواقع ١٤,٨٪.

أما عن حالة سلطنة عمان في مرض السكري، فقد أشارت **دراسة العروج (٢٠٠٤م)** عن وبائيات الخليج عام ١٩٩١م، إلى أن نسبة الإصابة بلغت ١٠٪ من عدد أفراد العينة البالغ حجمها (٢٠٠٠) فرد من البالغين في عمان.

إن ارتفاع مستوى السكر في الدم وعدم تنظيمه يؤدي إلى حدوث المضاعفات التالية: ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع احتمالات الإصابة بالجلطة، والسكتات القلبية، والدماغية بصورة كبيرة جداً، وتكرار التهابات الجهاز البولي

مما يؤدي إلى حدوث الفشل الكلوي، ومضاعفات المرض على الشبكية وقد يحدث فقدان البصر، وتكرار الالتهابات العصبية وتقرحات في القدمين وقد تحدث الغرغرينة مما يؤدي إلى بتر القدم، والضعف الجنسي.

ويلاحظ أن معدلات انتشار السمنة في بلدان الشرق الأوسط آخذة في الزيادة حيث تراوح معدلات الانتشار بين ٣٪-٩٪ لدى الأطفال دون سن المدرسة، وبين ١٢٪-٢٥٪ لدى أطفال المدارس، وبين ١٥٪-٤٥٪ لدى المراهقين، وبين ٣٠٪-٧٥٪ لدى الراشدين (Musaiger, 2004)، وترتبط السمنة أيضاً بحالات أخرى مهددة للصحة بما في ذلك مرض السكري (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢م، ص١١). وكشفت دراسة «أمين والعوضي (Amine & Al-Awadi, 1996)» التي أجريت على عينة من أطفال الكويت قوامها ١٢٨٠ طفلاً، أن ١٧,١٥٪ يعانون السمنة، وأن ٣٠,٧٠٪ يعانون فقر الدم. كما أشار تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام ٢٠٠٥م إلى ارتفاع معدلات السمنة في الوطن العربي بواقع ٨٠٪ في الكويت، و٧٩٪ في مصر، و٧٠٪ في الإمارات، ويليها على التوالي كل من: البحرين، وتونس، والمغرب، ولبنان، بنسب تراوح بين ٥٥٪-٦٩٪، غير أن المهم هو أن معاناة النساء من السمنة بمعدلات أعلى من الرجال في جميع الدول العربية التي توافرت لها بيانات (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٦م).

هـ - الأمراض السمعية والبصرية:

استهدفت دراسة خانديكار وآخرين (Khandekar, Al-Harby, Abdulmajeed, Helmi, & Shuaili, 2004) تحديد معدَّل انتشار الحَسَر (قصر النظر) ومؤشِّرات اختطاره بين تلاميذ المدارس في عُمان. فتمَّ انتقاء ١٧٧٧ من التلاميذ (١٠٨١ من الذكور، و٦٩٦ من الإناث) في الفئة العمرية من ١٢ - ١٧ سنة، وقد بلغ معدل انتشار الحَسَر ١٧,٦٪، مع عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث، وكان الحَسَر وثيق الارتباط بالعمر، وسوابق وجوده في الأسرة، واستخدام الحاسوب، والقراءة والكتابة خارج المدارس. وتبيَّن وجود ترابُط

عكسي بين الحَسَر وممارسة الرياضة، في حين لم يُلاحَظ علاقة بين الحَسَر ومشاهدة التلفاز.

وكشفت نتائج دراسة أعشم وآخرين (Aasham, Khandekar, Khabori, & Helmi, 2004) التي هدفت إلى تحرِّي القياسات السمعية، ومدى انتشار مشكلات الأذن في منطقة ظُفار بسلطنة عمان لدى (١٨٩٤) طالباً من طلاب السنة الأولى من المرحلة الإعدادية، كشفت عن عدم معاناة أيِّ حالة من التهاب الأذن الوسطى المترافق بانصباب أو فقد عصبوني حسي لحاسَّة السمع، في حين كان لدى ستة منهم (٠,٣٢٪) سدادة صملاخية منحشرة، ولدى أربعة منهم (٠,٢١٪) التهاب أذن وسطى قيحي مزمن، ولدى اثنين منهم (٠,١١٪) انثقابٌ جاف في غشاء الطبل، ومن بين جميع الطلاب تم تحويل ١٤ طفلاً (٠,٧٤٪) إلى اختصاصي للاشتباه بإصابتهم بخلل السمع. وتشير النتائج بوجه عام إلى انخفاض معدلات انتشار اضطرابات الأذن لدى العمانيين.

كما كشفت دراسة الأنصاري (Alansari, 2006) التي هدفت إلى تعرف الفروق بين الذكور والإناث في المشكلات الصحية لدى (٩٤٥) فرداً من طلاب جامعة الكويت وطالباتها، عن ارتفاع معدلات انتشار أمراض السمع إلى ١٢,٧٪، في حين وصلت معدلات انتشار أمراض العين إلى ١١,٦٪.

و – تدخين السجائر وتعاطي الكحول:

في الوقت الذي لا يزال فيه التدخين والكحول يسوقان على نحو متزايد في البلدان ذات الدخل المتدني والمتوسط، يتعرض الناس اليوم أكثر من أي وقت مضى لمثل هذه المنتجات المستوردة من بلدان أخرى؛ الأمر الذي يشكل مخاطر طويلة الأمد على الصحة. فعلى سبيل المثال يمكن أن يكون للإفراط في تعاطي الكحوليات تأثيرات مباشرة، من خلال تليف الكبد، أو تأثيرات غير مباشرة مثل زيادة احتمالات التعرض لحوادث السيارات، ويرتبط الإفراط في تعاطي الكحول أيضاً بضغط الدم المرتفع وباجتماعه مع عوامل الاختطار الأخرى الخاصة بأمراض القلب مثل ارتفاع الدهون، كما يؤدي التدخين إلى

زيادة مخاطر الإصابة بأمراض الشرايين التاجية، وقد تم الربط بين التدخين في أثناء الحمل ومخاطر نمو جنين متخلف أو الإجهاض التلقائي، والتدخين السلبي يزيد هو الآخر من مخاطر الأمراض والموت (Garland, Barrett-Conner, Suaret, Criqui, & Wingard, 1985). ويمثِّل التدخين مشكلةً خطيرة من مشكلات الصحة العامة في إقليم شرق المتوسط على وجه الخصوص، إذ يؤدي إلى وفاة أكثر من أربعة ملايين شخص كل عام على مستوى العالم، ويتوقع أن يصل عدد ضحاياه في البلدان النامية إلى سبعة ملايين بحلول عام ٢٠٣٠م، فضلاً عن ثلاثة ملايين حالة وفاة في البلدان المتقدِّمة.

وفي عام (٢٠٠٤م) أجرى الأنصاري دراسة على عينة حجمها (١٦٥١) طالباً من طلاب جامعة الكويت، وقد بينت نتائج الدراسة ارتفاع معدلات انتشار تدخين السجائر لدى الذكور بواقع ٤٢٪، كما أن ٧٨,١٪ من الطلبة مارسوا التدخين ابتداء من العمر ١٦ إلى ٢٠ عاماً، فضلاً عن أن ٨٤,١٪ من أفراد العينة يشترون السجائر من البقالة، مع عدم وجود دور جوهري للشرطة أو القانون للحد من التدخين، كما كشفت النتائج أن ١٤,٢٪ من بين المدخنين حاول الإقلاع عنه لأسباب تتعلق بالضرر الصحي الناتج عنه ولا يزالون مواظبين في البرامج العلاجية، وكانت أكثر الأسباب التي دفعت الطلبة المدخنين إلى التدخين هي الرغبة في الاسترخاء لمواجهة القلق والغضب والفضول والإدمان والمثيرات الحسية المثيرة للتدخين، كما أن الشعور بالضيق والعصبية والقلق والاعتقاد بأن التدخين يجلب الاسترخاء كانت من الأسباب المؤدية إلى استمرارية التدخين لدى المدخنين.

وقامت الريامي وعفيفي (Al-Riyami & Afifi, 2004) بدراسة مسحية حول معدل انتشار التدخين، وخصائص المدخنين الحاليِّين والسابقين من البالغين العُمانيِّين. واتضح أن المعدل العام لانتشار التدخين ٧٪ (١٣,٤٪ ذكور و٠,٥٪ إناث)، في حين كان ٢,٣٪ لدى المدخنين السابقين، وقد لوحظ أعلى معدل انتشار إجمالي للتدخين الحالي (١١,١٪) فيمن هم في عمر يراوح بين ٤٠

و٤٩ عاماً (١٨,٧٪ من الذكور، و٠,٩٪ من الإناث). أما في الأعمار الأكبر سناً (أكبر من ٤٠ عاماً) فإن لكل من المستوى التعليمي والحجم العائلي الكبير دوراً في الوقاية من التدخين. وقد كان العمر الوسطي لبدء التدخين ١٨,٧ عاماً للذكور، و٢٤,٣ عاماً للإناث.

وفي دراسة جعفر وآخرين **(Jaffer, Afifi, Al Ajmi, & Alouhaishi, 2006)** التي هدفت إلى تقصي ممارسة بعض السلوكيات المؤثرة سلباً على الصحة مثل التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات بين المراهقين العُمانيين، وذلك في عينة من طلبة المدارس الثانوية، اشتملت على ١٦٧٠ من الذكور و١٦٧٥ من الإناث – كشفت النتائج عن أن ٤,٦٪ من أفراد العينة هم من المدخنين في الوقت الحاضر، وأن ٤,٣٪ قد سبق لهم تعاطي الكحوليات، و٤,٦٪ تعاطوا المخدرات.

ثانياً – المشكلات الصحية العامة:

أجرت الريامي وآخرون **(Al-Riyami, Suleiman, Afifi, Al-Lamki, & Daar, 2001)** دراسة بهدف تقويم درجة انتشار ثلاثة من اضطرابات الدم الوراثية الشائعة، وهي الخَلَّة المنجلية، والثلاسيمية، وعَوَز نازعة هيدروجين فوسفات ٦ غلوكوز، على عينة حجمها ٦١٠٣ من العُمانيين، وتم فحص عينات الدم لأطفال تقل أعمارهم عن خمس سنوات، وقد تبين أن ٢٧٪ من العُمانيين الذكور قد ورثوا نقص نازعة هيدروجين فوسفات ٦ غلوكوز، بالمقارنة مع ١١٪ من العُمانيات، مع انتشار في جميع مناطق سلطنة عُمان لمعدلات تبلغ ٥,٨٪ بالنسبة للمنجلية و٢,٢٪ بالنسبة للثلاسيمية.

وأجرت الريامي وعفيفي **(Al-Riyami & Afifi, 2003)** دراسة عن مكونات عوامل اختطار الأمراض القلبية الوعائية (فرط ضغط الدم، وفرط الدهون في الدم، والسكري، والسمنة) لدى عينة من البالغين العمانيين قوامها ٥٦٦٠ فرداً، وقد تبين أن ٧٢٪ من الأفراد لديهم أقل من عامل اختطار واحد، في حين لدى ٢٪ من الأفراد العوامل الأربعة مجتمعة، وعن ارتباط عوامل الاختطار بالعمر الزمني، فقد اتضح أنها تزيد مع التقدم في العمر.

وكشفت دراسة الأنصاري **(Alansari, 2004)** التي أجريت على عينة (٣٤٣ طالباً و٦٠٢ طالبة) من طلاب جامعة الكويت، بهدف تعرف الأعراض المرضية لدى النوعين، عن فروق جوهرية بين الطلاب والطالبات في الأعراض التالية: اضطرابات النوم، والتقيؤ المتكرر، والتغير في الوزن، وتساقط الشعر، والحمى، والصداع، والإمساك والإسهال، وانتفاخ القولون، والشعور بالعطش في معظم الأحيان، والآلام في المفاصل والعضلات؛ حيث حصلت الطالبات على معدلات أعلى بدلالة إحصائية من الذكور.

وهدفت دراسة الأنصاري والشطي **(Alansari & Al-Shatti, 2005)** إلى تعرف معدلات انتشار الصداع التوتري، وصداع الشقيقة غير المسبوق بمرحلة النذير، وذلك على عينة من طلاب جامعة الكويت من الجنسين قوامها ١٠١٨ طالباً وطالبة، وقد كشفت النتائج أن ١٢٪ من الطلبة والطالبات يعانون الصداع التوتري لفترات، وأن ١٢,٢٪ من أفراد العينة يعانون الصداع التوتري المزمن، فضلاً عن أن ١٢,١٪ يعانون صداع الشقيقة غير المسبوقة بمرحلة النذير. وكشفت النتائج عن فروق جوهرية بين النوعين في جميع أنواع الصداع؛ حيث حصلت الإناث على أعلى المتوسطات.

وكشفت **دراسة الديب وعبد الخالق** (٢٠٠٦م) التي أجريت على عينة من طلاب جامعة الكويت بلغ حجمها ١٣٦٤ طالباً وطالبة بهدف تحديد معدلات انتشار زملة أعراض التعب المزمن، أن نسب انتشار الأعراض مختلفة عند الإناث، وهي أعلى منها عند الذكور عدا أعراض التعب والأعراض المتصلة بالمعدة، والأعراض المتصلة بالقلب، وهي أعراض جسدية. وارتفعت نسبة أعراض الاضطرابات الجنسية الوظيفية لدى الإناث والعزاب أكثر مما هو الأمر لدى الذكور والمتزوجين من أفراد العينة. ومما يلفت النظر كذلك ارتفاع نسبة اضطرابات النوم لدى أفراد العينة من الذكور والإناث (١١,٥٪ مقابل ١٦,٢٪). وتظهر النتائج كذلك ارتفاع نسبة القلق على الصحة عند الإناث أكثر مقارنة

بالذكور، مما يعني وجود انشغال أكبر حول الصحة لدى الإناث، وربما يعزى إلى معاناتهن بشكل أكبر من الشكاوى والأعراض.

وفي دراسة الأنصاري **(Alansari, 2006)** التي هدفت إلى تعرف الفروق بين الذكور والإناث من طلاب جامعة الكويت في المشكلات الصحية، تم تطبيق قائمة المشكلات الصحية (HPC) على عينة قوامها ٩٤٥ طالباً وطالبة، وقد كشفت النتائج عن ارتفاع معدلات انتشار الأمراض التالية:٤٠,٢٪ أمراض الجهاز البولي التناسلي، و١٨,٢٪ أمراض جلدية، و١٧,٢٪ أمراض الدم والغدد الصماء، و١٤٪ أمراض الجهاز العصبي، و١٣,٣٥٪ أمراض الجهاز الهضمي، و١٢,٩٥٪ أمراض القلب والرئة، و١٢,٧٪ أمراض السمع، و١٢,٢٪ أمراض الفم والأسنان، و١٢٪ أمراض العظام، و١١,٦٪ أمراض العين. كما كشفت النتائج عن ارتفاع معدلات الانتشار لدى الإناث عن الذكور في جميع المتغيرات.

تعقيب على الدراسات السابقة:

إن الدراسات السابقة التي تم عرضها، ولاسيما الدراسات التي أجريت في دول الخليج (الكويت وعُمان على وجه الخصوص)، يستنتج منها ما يأتي:

١ – ارتفاع المعدلات الخليجية لانتشار السمنة، والنوع الثاني من السكري، وفقر الدم الناتج عن سوء التغذية والصداع التوتري، وصداع الشقيقة، وزملة أعراض التعب المزمن، وأمراض الجهاز البولي التناسلي الخاص بالإناث، والأمراض الجلدية، وأمراض الدم، وأمراض الجهاز العصبي، وأمراض الجهاز الهضمي، فضلاً عن زيادة معدلات انتشار تدخين السجائر، بما يعني أن كلاً منها ظاهرة مهمة، ونتائج معدلات انتشارها خطيرة، ومن ثم فإنها جديرة بالدراسة.

٢ – أوضحت نتائج الدراسات السابقة أيضاً أن هناك فروقاً جوهرية بين الجنسين في السمنة وفقر الدم، والنوع الثاني من السكري، والصداع التوتري، والشقيقة، وزملة أعراض التعب المزمن، وأمراض الجهاز البولي التناسلي، والأمراض الجلدية، وأمراض الدم، وأمراض الجهاز العصبي،

وأمراض القلب، وأمراض الفم والأسنان، وأمراض العظام، وأمراض العين؛ حيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى من الذكور في جميع تلك الأمراض، في حين حصل الذكور على متوسطات أعلى من الإناث في تدخين السجائر وتعاطي الكحول وتعاطي المخدرات.

٣ – استخدمت معظم الدراسات التي أجريت – سواء في الكويت أو عمان أو غيرهما من البلدان العربية – قوائم ومقاييس مختلفة لقياس الأعراض والمشكلات الصحية ما عدا دراستي الأنصاري (Alansari, 2004, 2006). ولا تزال قائمة المشكلات الصحية Health Problems Checklist (HPC) من إعداد سشينكا (Schinka, 1989) من أكثر قوائم التقرير الذاتي شمولية للأعراض والشكاوى الجسمية فضلاً عن سهولة تطبيقها وتصحيحها واستخدامها أداة فرز للدراسات المسحية، وذلك بحسب رأي الباحثين.

تأسيساً على ما تقدم تتمثل **أهمية هذه الدراسة** في اهتمامها بالمشكلات الصحية لدى طلبة الجامعة العمانيين والكويتيين في أول محاولة لفحص الفروق الثقافية والفروق بين النوعين في المشكلات الصحية، كما تهتم الدراسة بإحدى الفئات المميزة، التي تعد ثروة الأمم ومنبع تطورها، وهي فئة الشباب الجامعي. وتأتي الأهمية التطبيقية للدراسة من كونها تساعد في تخطيط البرامج العلاجية والوقائية، التي تهدف إلى رفع مستوى الصحة الجسدية والنفسية للطالب الجامعي الخليجي، من خلال إلقاء الضوء على معدلات انتشار المشكلات الصحية لدى أفراد كل عينة على حدة. فضلاً عن محاولة تقنين قائمة المشكلات الصحية على عينة من طلبة الجامعة العمانيين والكويتيين، وتحديد متوسطات الدرجات لعينة الطلاب والطالبات في تلك المرحلة.

وأما **المشكلة** فإنها تتلخص في عدم معرفة المشكلات الصحية ومعدلات انتشارها لدى العُمانيين والكويتيين وعلاقتها بالثقافة والنوع، فضلاً عن عدم وجود دراسات كافية حول الموضوع ذاته ولاسيما لدى طلبة الجامعة؛ لذلك تهدف الدراسة الراهنة إلى تعرف نسب انتشار المشكلات الصحية لدى العُمانيين والكويتيين،

ومعرفة دور متغير الثقافة (الكويت، عُمان)، والنوع (ذكر، أنثى) في المشكلات الصحية. ولتحقيق هذا الهدف تجيب الدراسة عن السؤالين الآتيين:

١ – ما نسب انتشار المشكلات الصحية لدى الطلبة العُمانيين والكويتيين؟

٢ – ما دور متغير الثقافة (الكويت، عُمان)، ومتغير النوع (ذكر، أنثى) في المشكلات الصحية لدى الطلبة العُمانيين والكويتيين؟

منهجية الدراسة:

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة طبقية عشوائية حجمها ٥٢٢ طالباً وطالبة من جامعة الكويت، وجامعة السلطان قابوس بسلطنة عُمان. وقد روعي في اختيار العينة تمثيلها لمتغيرات الدراسة (الثقافة، والنوع). بلغ متوسط العمر الزمني لأفراد العينة ٢٣,١٦، وبلغ الانحراف المعياري ٥,١٦. ومما تجدر الإشارة إليه أن اختيار العينة وعملية تطبيق القائمة كان من قبل الباحثين وفي قاعات الدراسة؛ حيث تولى الباحث الأول تطبيق القائمة على الطلبة العمانيين، في حين تولى الباحث الثاني تطبيق القائمة على الطلبة الكويتيين. والجدول رقم (١) يتضمن توزع عينة الدراسة.

جدول رقم (١)

عينة الدراسة موزعة بحسب الثقافة والنوع

الثقافة / النوع	الكويت	عُمان	المجموع
ذكور	١٥٠	١١١	٢٦١
إناث	١٥٠	١١١	٢٦١
المجموع	٣٠٠	٢٢٢	٥٢٢

أداة الدراسة:

تم استخدام قائمة المشكلات الصحية Health Problems Checklist (HPC) التي أعدها سشينكا عام ١٩٨٤م، وقام بمراجعتها عام ١٩٨٩م. تتكون القائمة من

٢٣٦ فقرة يجاب عنها بوضع إشارة (√) تحت (ينطبق)، أو (لا ينطبق)، تتوزع الفقرات على أربعة عشر مقياساً فرعياً بشكل غير متساوٍ، وكل مقياس فرعي يقيس مشكلة صحية معينة. تعطى الدرجة (١) للإجابة ينطبق، و(صفر) للإجابة لا ينطبق، وبذلك تراوح الدرجة على كل مقياس فرعي بين صفر و ٨ أو ١٠ أو أي رقم آخر بحسب عدد فقرات كل مقياس. (Schinka, 1989). والجدول رقم (٢) يبين المقاييس الفرعية التي تتضمنها القائمة وعدد فقرات كل مقياس، في حين يتضمن الملحق رقم (١) صورة من قائمة المشكلات الصحية.

جدول رقم (٢)
المقاييس الفرعية في قائمة المشكلات الصحية

م	المقاييس الفرعية	عدد الفقرات	أرقام الفقرات
١	مشكلات صحية عامة	١٢	١-١٢
٢	مشكلات جلدية	١٠	١٣-٢٢
٣	مشكلات بصرية	١٤	٢٣-٣٦
٤	مشكلات الأنف والأذن والحنجرة	١٤	٣٧-٥٠
٥	مشكلات الفم والأسنان والرقبة	١٨	٥١-٦٨
٦	مشكلات القلب والرئة	١٨	٦٩-٨٦
٧	مشكلات معوية	٢٦	٨٧-١١٢
٨	مشكلات الدم والغدد الصماء	١٢	١١٣-١٢٤
٩	مشكلات العظام	١٠	١٢٥-١٣٤
١٠	مشكلات الأعصاب والدماغ	٢٦	١٣٥-١٦٠
١١	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي- رجال	١٦	١٦١-١٧٦
١٢	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي - نساء	٢٢	١٧٧-١٩٨
١٣	العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة	٣٠	١٩٩-٢٢٨
١٤	التاريخ المرضي	٨	٢٢٩-٢٣٦

وفي عام ٢٠٠٤م قام الأنصاري بتعريب القائمة وتقنينها على البيئة الكويتية (ن=٩٤٥ فرداً بواقع ٣٤٣ من الذكور، و٦٠٢ من الإناث)؛ حيث تحقق من الصدق العاملي Factorial Validity؛ ووجد أن العوامل الأربعة المستخلصة تفسر ٦٢,٤٪ من التباين الكلي، وتم حساب الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار

(تراوح بين ٠,٧٧–٠,٩٢)، وطريقة ألفا–كرونباخ (تراوح بين ٠,٤٠–٠,٩٦ للذكور، وبين ٠,٤٧–٠,٩٢ للإناث) (Alansari, 2004; Alansari, 2006).

نتائج الدراسة:

نتائج السؤال الأول:

للإجابة عن السؤال الأول وهو: «**ما نسب انتشار المشكلات الصحية لدى العُمانيين والكويتيين؟**»، تم تحديد المئين ٩٥ لكل مشكلة من المشكلات الصحية الأربع عشرة، التي تقيسها القائمة لعينة الكويت وعينة عمان كل على حدة، وتم بعد ذلك حساب التكرارات والنسب المئوية، لكل مشكلة صحية، ورتبت تنازلياً. والمئين (٩٥) يشير إلى درجة خام يتفوق بها الفرد على ٩٥٪ من أفراد العينة؛ أي هي نقطة على التوزع تقع دونها ٩٥٪ من الأفراد في عينة التقنين (علام، ٢٠٠٠م، ص١٠٦)، كما أن المئين (٩٥) يناظر الدرجة المعيارية (+٢) انحراف معياري عن المتوسط، ويستوعب ٩٥٪ من الدرجات، وما زاد عليه يعد مبتعداً كثيراً عن الدرجات السوية (Grimm, 1993, p.82). والجدول رقم (٣) يتضمن خلاصة ذلك.

جدول رقم (٣)

التكرارات والنسب المئوية للمشكلات الصحية لدى العُمانيين والكويتيين مرتبة تنازلياً بحسب النسبة المئوية

م	العينة الكويتية (ن=٣٠٠)			العينة العُمانية (ن=٢٢٢)		
	المشكلات الصحية	التكرار	٪	المشكلات الصحية	التكرار	٪
١	التاريخ المرضي	٥٥	١٥	مشكلات الفم والأسنان والرقبة	٣١	١٤
٢	مشكلات الدم والغدد الصماء	٣٢	١٠,٧	التاريخ المرضي	٣١	١٤
٣	العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة	٢٦	٨,٧	مشكلات الأنف والأذن والحنجرة	٢٦	١١,٧
٤	مشكلات صحية عامة	٢٥	٨,٣	مشكلات الدم والغدد الصماء	٢١	٩,٥
٥	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي– رجال*	١٢	٨	مشكلات جلدية	٢٠	٩
٦	مشكلات جلدية	٢٢	٧,٣	مشكلات العظام	٢٠	٩

تابع/ جدول رقم (٣)
التكرارات والنسب المئوية للمشكلات الصحية لدى العُمانيين والكويتيين مرتبة تنازلياً بحسب النسبة المئوية

م	العينة الكويتية (ن=٣٠٠)			العينة العُمانية (ن=٢٢٢)		
	المشكلات الصحية	التكرار	٪	المشكلات الصحية	التكرار	٪
٧	مشكلات الأنف والأذن والحنجرة	٢٢	٧,٣	العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة	٢٠	٩
٨	مشكلات العظام	٢١	٧	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي- رجال**	٩	٨,١
٩	مشكلات الأعصاب والدماغ	٢٠	٦,٧	مشكلات معوية	١٧	٧,٧
١٠	مشكلات بصرية	١٩	٦,٣	مشكلات الأعصاب والدماغ	١٧	٧,٣
١١	مشكلات القلب والرئة	١٨	٦	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي . نساء**	٨	٧,٢
١٢	مشكلات معوية	١٨	٦	مشكلات صحية عامة	١٤	٦,٣
١٣	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي . نساء*	٩	٦	مشكلات بصرية	١٤	٦,٣
١٤	مشكلات الفم والأسنان والرقبة	١٧	٥,٧	مشكلات القلب والرئة	١٣	٥,٩

* نسبة لعينة الذكور وعينة الإناث (ن=١٥٠) لكل منهما، ** نسبة لعينة الذكور وعينة الإناث (ن=١١١) لكل منهما.

يتضح من الجدول رقم (٣) أن أبرز ثلاث مشكلات صحية لدى العينة الكويتية تتمثل في: التاريخ المرضي، ومشكلات الدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، في حين كانت أبرز ثلاث مشكلات صحية في العينة العُمانية هي: مشكلات الفم والأسنان والرقبة، والتاريخ المرضي، ومشكلات الأنف والأذن والحنجرة.

ولإلقاء المزيد من الضوء لنتيجة هذا السؤال، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لفقرات القائمة البالغة (٢٣٦) فقرة، وتم ترتيبها تنازلياً لكل عينة على حدة، اعتماداً على المتوسط الحسابي. والجدول رقم (٤) يتضمن الفقرات الحادة (أعلى ٥٠ فقرة).

جدول رقم (٤)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات الحادة في المشكلات الصحية للعينة الكويتية والعمانية

م	العينة الكويتية (ن=٣٠٠)	المتوسط	الانحراف	العينة العُمانية (ن=٢٢٢)	المتوسط	الانحراف
١	أتعاطى عدة جرعات من الخمر كل يوم.	٠,٩١	٠,٠٦	فقدت القوة.	٠,٥٨	٠,٥٠
٢	أتعامل مع الأسمدة والمبيدات في المنزل أو العمل.	٠,٩٠	٠,٠٨	صعوبة التركيز.	٠,٥٠	٠,٥٠
٣	أتعامل مع الدهان والصمغ في المنزل أو العمل.	٠,٩٠	٠,١٠	تدريب رياضي في نهاية الأسبوع.	٠,٤٣	٠,٥٠
٤	أتعاطى الخمر كل يوم.	٠,٨٩	٠,١٣	نادراً ما أمارس التمرينات الرياضية.	٠,٤٢	٠,٥٠
٥	أتعامل مع المواد الكيميائية والمذيبات في المنزل أو العمل.	٠,٨٩	٠,١٥	الإحساس المفاجئ الشديد بالتبول.	٠,٤٢	٠,٥٠
٦	أدخن علبة من السجائر يومياً.	٠,٨٨	٠,٢٤	سقوط الشعر.	٠,٤١	٠,٤٩
٧	أستخدم أدوية مثل الأسبرين أو المسكنات دائماً.	٠,٨٧	٠,٣٣	توجد زوائد جلدية (شامات) تنمو على الجلد.	٠,٤١	٠,٤٩
٨	لم أذهب للطبيب لعدة سنوات.	٠,٨١	٠,٣٩	انسداد الأنف.	٠,٣٧	٠,٤٩
٩	لم أذهب لطبيب الأسنان في العام الماضي.	٠,٧٢	٠,٤٥	آلام العادة الشهرية (خاصة بالإناث).	٠,٣٧	٠,٤٩
١٠	أتناول وجبات ضعيفة غذائياً.	٠,٦٧	٠,٤٧	طرأت على صحتي مؤخراً بعض التغيرات.	٠,٣٦	٠,٤٨
١١	أتناول الطعام في أوقات غير منتظمة.	٠,٦٢	٠,٤٩	دخلت المستشفى في العام الماضي.	٠,٣٦	٠,٤٨

تابع/ جدول رقم (٤)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات الحادة في المشكلات الصحية للعينة الكويتية والعمانية

م	العينة الكويتية (ن=٣٠٠)	المتوسط	الانحراف	العينة العُمانية (ن=٢٢٢)	المتوسط	الانحراف
١٢	نادراً ما أمارس التمرينات الرياضية.	٠,٥٩	٠,٤٩	آلام الظهر.	٠,٣٦	٠,٤٨
١٣	آلام العادة الشهرية (خاصة بالإناث).	٠,٥٥	٠,٥٠	صعوبة الرؤية في الليل.	٠,٣٤	٠,٤٨
١٤	سقوط الشعر.	٠,٤٨	٠,٥٠	أصاب بالإرهاق بسرعة.	٠,٣٤	٠,٤٨
١٥	نومي مضطرب.	٠,٤١	٠,٤٩	نومي مضطرب.	٠,٣٢	٠,٤٧
١٦	أرق (صعوبة في بدء النوم).	٠,٣٩	٠,٤٩	عدم انتظام العادة الشهرية (خاصة بالإناث).	٠,٣٢	٠,٤٧
١٧	تغير في وزني.	٠,٣٤	٠,٤٧	تغير الصوت.	٠,٣٢	٠,٤٧
١٨	طرأت على صحتي مؤخراً بعض التغيرات.	٠,٣٢	٠,٤٧	الإسهال.	٠,٣٢	٠,٤٧
١٩	آلام الظهر.	٠,٢٩	٠,٤٥	أتناول الطعام في أوقات غير منتظمة.	٠,٣٢	٠,٤٧
٢٠	صعوبة تتبع الوقت.	٠,٢٩	٠,٤٥	تغير في وزني.	٠,٣١	٠,٤٦
٢١	أصاب بالإرهاق بسهولة.	٠,٢٨	٠,٤٥	نسيان الأشياء.	٠,٣٠	٠,٤٦
٢٢	كثرة التبول (خاصة بالذكور).	٠,٢٧	٠,٤٥	لم أذهب إلى طبيب الأسنان في العام الماضي.	٠,٣٠	٠,٤٦
٢٣	الشعور بالعطش في معظم الأحيان.	٠,٢٦	٠,٤٤	تغير في تدفق العادة الشهرية (خاصة بالإناث).	٠,٢٩	٠,٤٦
٢٤	الصداع.	٠,٢٦	٠,٤٤	الصداع.	٠,٢٨	٠,٤٥
٢٥	تغير في تدفق العادة الشهرية (خاصة بالإناث).	٠,٢٥	٠,٤٤	كثرة الغازات.	٠,٢٧	٠,٤٤

تابع/ جدول رقم (٤)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات الحادة في المشكلات الصحية للعينة الكويتية والعمانية

م	العينة الكويتية (ن=٣٠٠)	المتوسط	الانحراف	العينة العُمانية (ن=٢٢٢)	المتوسط	الانحراف
٢٦	صعوبة التركيز.	٠,٢٥	٠,٤٣	غالباً ما أشعر بالإعياء.	٠,٢٦	٠,٤٤
٢٧	عدم انتظام العادة الشهرية (خاصة بالإناث).	٠,٢٥	٠,٤٣	أرق (صعوبة في بدء النوم).	٠,٢٥	٠,٤٣
٢٨	مشكلات الذاكرة.	٠,٢٣	٠,٤٢	زيادة الإفرازات المهبلية (خاصة بالإناث).	٠,٢٣	٠,٤٣
٢٩	أعاني جفافاً جلدياً.	٠,١٩	٠,٣٩	لم اذهب لطبيب لعدة سنوات.	٠,٢٢	٠,٤٢
٣٠	أشعر بالحرارة أو البرودة بشدة داخل جسمي.	٠,١٨	٠,٣٩	اشعر بالحرارة أو البرودة بشدة داخل جسمي.	٠,٢٢	٠,٤١
٣١	زيادة الإفرازات المهبلية (خاصة بالإناث).	٠,١٨	٠,٣٨	أتناول وجبات ضعيفة غذائياً.	٠,٢٢	٠,٤٢
٣٢	كثرة الغازات.	٠,١٨	٠,٣٨	تغير في الرؤية أو البصر.	٠,٢١	٠,٤١
٣٣	نوبات برد متكررة.	٠,١٨	٠,٣٨	ألم في المفاصل.	٠,٢٠	٠,٤٠
٣٤	تغير في الرؤية أو البصر.	٠,١٨	٠,٣٨	دائماً أستخدم أدوية مثل الأسبرين أو الملينات.	٠,٢٠	٠,٤٠
٣٥	الإحساس بالحاجة المفاجئة والشديدة للتبول (خاصة بالذكور).	٠,١٧	٠,٣٨	تكرار آلام الظهر.	٠,١٩	٠,٣٩
٣٦	تدريب رياضي في نهاية الأسبوع.	٠,١٧	٠,٣٨	ألم الأسنان.	٠,١٨	٠,٣٩

تابع/ جدول رقم (٤)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات الحادة في المشكلات الصحية للعينة الكويتية والعمانية

م	العينة الكويتية (ن=٣٠٠)	المتوسط	الانحراف	العينة العُمانية (ن=٢٢٢)	المتوسط	الانحراف
٣٧	نزيف اللثة بعد تنظيف الأسنان.	٠,١٧	٠,٣٨	الرشح.	٠,١٨	٠,٣٩
٣٨	فقدان الشهية للطعام.	٠,١٧	٠,٣٨	أحك جلدي.	٠,١٨	٠,٣٩
٣٩	عدم القدرة على التفكير بوضوح.	٠,١٧	٠,٣٨	نزيف اللثة بعد تنظيف الأسنان.	٠,١٧	٠,٣٧
٤٠	ألم الأسنان.	٠,١٦	٠,٣٧	مشكلات الذاكرة.	٠,١٧	٠,٣٨
٤١	العرق الزائد.	٠,١٦	٠,٣٧	فقدان الشهية للطعام.	٠,١٧	٠,٣٨
٤٢	فقد القوة.	٠,١٦	٠,٣٧	أعاني جفافاً جلدياً.	٠,١٧	٠,٣٨
٤٣	صعوبة تتبع المحادثة أو الحوار.	٠,١٦	٠,٣٦	أشعر بضعف عام.	٠,١٧	٠,٣٨
٤٤	فقد التركيز أثناء القيادة.	٠,١٦	٠,٣٦	غالباً ما توجد دموع في العين.	٠,١٥	٠,٣٦
٤٥	المشاعر الغريبة.	٠,١٥	٠,٣٦	صحتي ضعيفة.	٠,١٥	٠,٣٦
٤٦	الإحساس بضربات القلب باستمرار.	٠,١٥	٠,٣٥	الشعور بالعطش في معظم الأحيان.	٠,١٥	٠,٣٦
٤٧	الرشح.	٠,١٤	٠,٣٩	زيادة الشهية للطعام.	٠,١٥	٠,٣٦
٤٨	تكرار آلام الظهر.	٠,١٤	٠,٣٩	حك العيون.	٠,١٥	٠,٣٦
٤٩	زيادة الشهية للطعام.	٠,١٤	٠,٣٩	الإمساك.	٠,١٥	٠,٣٦
٥٠	ألم في المفاصل.	٠,١٤	٠,٣٤	آلام في الصدر.	٠,١٥	٠,٣٦

تشير نتائج الجدول رقم (٤) إلى أن مدى متوسط المشكلات الحادة في العينة الكويتية قد تراوح بين (٠,١٤-٠,٩١)، وأن أهم عشر مشكلات صحية تقع في فئة العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة (المقياس الفرعي رقم ١٣)، هي:

١ – أتعاطى عدة جرعات من الخمر كل يوم.
٢ – أتعامل مع الأسمدة والمبيدات في المنزل أو العمل.
٣ – أتعامل مع الدهان والصمغ في المنزل أو العمل.
٤ – أتعاطى الخمر كل يوم.
٥ – أتعامل مع المواد الكيميائية والمذيبات في المنزل أو العمل.
٦ – أدخن علبة من السجائر يومياً.
٧ – أستخدم أدوية مثل الأسبرين أو الملينات.
٨ – لم أذهب للطبيب لعدة سنوات.
٩ – لم أذهب لطبيب الأسنان في العام الماضي.
١٠– أتناول وجبات ضعيفة غذائياً.

كما يشير الجدول رقم (٤) إلى أن مدى متوسط المشكلات الحادة في العينة العمانية تراوح بين (٠,٣٠ – ٠,٥٨)، وأن أهم عشر مشكلات صحية هي:

١ – فقدت القوة.
٢ – صعوبة التركيز.
٣ – تدريب رياضي في نهاية الأسبوع.
٤ – نادراً ما أمارس التمرينات الرياضية.
٥ – الإحساس المفاجئ الشديد بالتبول.
٦ – سقوط الشعر.
٧ – توجد زوائد جلدية (شامات) تنمو على الجلد.

٨ – انسداد الأنف.

٩ – آلام العادة الشهرية (خاصة بالإناث).

١٠– طرأت على صحتي مؤخراً بعض التغيرات.

هذا، وتشير نتائج الجدول رقم (٤) إلى انتشار بعض الأنماط السلوكية السلبية والأعراض ذات الصلة بالسمنة، والنوع الثاني من السكري، وذلك لدى أفراد العينتين (الكويتية والعمانية) على سبيل المثال: تناول الطعام في أوقات غير منتظمة، وندرة ممارسة التمرينات الرياضية، وتغير في الوزن، وتناول وجبات ضعيفة غذائياً، والشعور بالعطش في معظم الأحيان.

فضلاً عن ذلك هناك مؤشرات سلبية متعلقة بكفاءة أداء الجهاز العصبي (مثل: الأرق وصعوبة النوم، والصداع، وصعوبة التركيز، ومشكلات الذاكرة، ونسيان الأشياء، والإعياء العام) وذلك لدى أفراد العينتين، فضلاً عن ذيوع بعض الاضطرابات التناسلية لدى الطالبات في الثقافتين (مثل: عدم انتظام العادة الشهرية، وتغير في تدفق العادة الشهرية، وآلام العادة الشهرية) بما يوحي بخلل وظيفي بأداء هرمون البروجيسترون، الذي يعجل بظهور أعراض متلازمة الحيض (فليتشر، ١٩٩٠م).

كما يلاحظ من الجدول ذاته فيما يخص العينة الكويتية ذيوع أنماط سلوكية سلبية أخرى ذات صلة بأمراض القلب والرئة؛ كالتدخين وتعاطي الكحول والتعرض في بيئات العمل أو الدراسة إلى استنشاق الدهان والصمغ والأسمدة والمبيدات والمواد الكيميائية والمذيبات.

نتائج السؤال الثاني:

للإجابة عن السؤال الثاني وهو: «**ما دور متغير الثقافة (الكويت، عُمان)، ومتغير النوع (ذكر، أنثى) في المشكلات الصحية؟**»، تم استخدام الخطوة

الأولى في تحليل التباين الثنائي متعدد المتغيرات **Two-way Multivariate Analysis** (حساب قيم ويلكس لمبدا **Wilks Lambda** لتحديد دلالة التأثيرات الرئيسة والثانوية بغض النظر عن المشكلات الصحية الأربع عشرة). والجدول رقم (٥) يتضمن خلاصة ذلك.

جدول رقم (٥)
نتائج تحليل التباين الثنائي متعدد المتغيرات للمشكلات الصحية

مصدر التباين	قيمة ويلكس لمبدا	قيمة "ف" المحسوبة	درجات حرية الفرضية	درجات حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية
الثقافة (أ)	٠,٢٣٧	١١٣,٦٧٥	١٤	٤٩٣	٠,٠٠١
النوع (ب)	٠,٦٣٣	٢٠,٤٠٠	١٤	٤٩٣	٠,٠٠١
(أ) × (ب)	٠,٩٧١	١,٠٦٤	١٤	٤٩٣	٠,٣٨٨

يتضح من الجدول رقم (٥) أن قيم "ف" المحسوبة على قيم ويلكس لمبدا دالة في متغير الثقافة، والنوع، وغير دالة في التفاعل الثنائي بين الثقافة والنوع. ومن أجل تحديد اتجاه الفروق في المشكلات الصحية وفقاً لمتغيري الثقافة والنوع تم حساب المتوسط الحسابي للمشكلات الصحية، والجدول رقم (٦) يتضمن ذلك.

جدول رقم (٦)
المتوسطات الحسابية للمشكلات الصحية وفقاً لمتغيري الثقافة والنوع

م	المقاييس الفرعية	متغير الثقافة		متغير النوع	
		كويت	عُمان	ذكر	أنثى
١	مشكلات صحية عامة	٢,٦٥٣٣	٢,٧٨٣٨	٢,١٧٢٤	٣,٢٤٥٢
٢	مشكلات جلدية	١,٣٤٣٣	١,٢٤٧٧	٠,٩٨٠٨	١,٦٢٤٥
٣	مشكلات بصرية	١,٠١٠٠	١,٢٦٥٨	٠,٩٢٣٤	١,٣١٤٢

تابع/ جدول رقم (٦)

المتوسطات الحسابية للمشكلات الصحية وفقاً لمتغيري الثقافة والنوع

م	المقاييس الفرعية	متغير الثقافة		متغير النوع	
		كويت	عُمان	ذكر	أنثى
٤	مشكلات الأنف والأذن والحنجرة	٠,٩٢٣٣	٠,٩٧٣٠	٠,٩٧٣٢	٠,٩١٥٧
٥	مشكلات الفم والأسنان والرقبة	٠,٨٩٦٧	١,٠٣٦٠	٠,٨٦٥٩	١,٠٤٦٠
٦	مشكلات القلب والرئة	١,٤٥٠٠	١,٣٤٢٣	١,٠٧٦٦	١,٧٣١٨
٧	مشكلات معوية	١,٣٨٦٧	١,٤١٨٩	١,١٢٦٤	١,٦٧٤٣
٨	مشكلات الدم والغدد الصماء	١,٢٩٣٣	٠,٨٨٢٩	٠,٩٢٣٤	١,٣١٤٢
٩	مشكلات العظام	٠,٩٢٠٠	١,١٢١٦	٠,٨٥٤٤	١,١٥٧١
١٠	مشكلات الأعصاب والدماغ	٢,٤٤٦٧	١,٨٣٧٨	١,٧٠١١	٢,٦٧٤٣
١١	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي – رجال*	١,٣٤٠٠	٠,٥٥٨٦	١,٠٠٧٧	–
١٢	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي – نساء**	٢,١٤٦٧	١,٩٣٦٩	–	٢,٠٥٧٥
١٣	العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة	١٣,٢٨٠٠	٤,٥١٨٠	٩,٧٠١١	٩,٤٠٦١
١٤	التاريخ المرضي	٠,٢٣٣٣	٠,١٦٢٢	٠,٢٠٣١	٠,٢٠٣١

* بيانات الذكور فقط، ** بيانات الإناث فقط.

هذا، واستكمالاً لإجراءات التحليل الإحصائي، تم استخدام الخطوة الثانية في تحليل التباين الثنائي متعدد المتغيرات (تحديد المشكلات الصحية الدالة في متغيري الثقافة والنوع). والجدول رقم (٧) يتضمن خلاصة ذلك.

جدول رقم (٧)
خلاصة نتائج تحليل التباين الثنائي المتعدد للتأثيرات الدالة
طبقاً لقيمة "ف" المحسوبة على ويلكس لمبدا

مصدر التباين		المشكلات الصحية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الثقافة	١	مشكلات صحية عامة	٣,٢٨٣	١	٣,٢٨٣	٠,٥٣٢	غير دالة
	٢	مشكلات جلدية	١,٣٣٨	١	١,٣٣٨	٠,٤٩٨	غير دالة
	٣	مشكلات بصرية	٨,٥٣٨	١	٨,٥٣٨	٢,٨٣٢	غير دالة
	٤	مشكلات الأنف والأذن والحنجرة	٠,٤٥٠	١	٠,٤٥٠	٠,١٨٦	غير دالة
	٥	مشكلات الفم والأسنان والرقبة	٢,٢٨١	١	٢,٢٨١	٠,٨٩٤	غير دالة
	٦	مشكلات القلب والرئة	١,٣٩٣	١	١,٣٩٣	٠,٣٠٣	غير دالة
	٧	مشكلات معوية	٠,١٢٧	١	٠,١٢٧	٠,٠٢٧	غير دالة
	٨	مشكلات الدم والغدد الصماء	٢٢,٣٢٢	١	٢٢,٣٢٢	٩,٩٧٢	٠,٠٠٢
	٩	مشكلات العظام	٦,٠٠١	١	٦,٠٠١	٢,٥٦٦	غير دالة
	١٠	مشكلات الأعصاب والدماغ	٤٨,٥٧١	١	٤٨,٥٧١	٦,٠٥١	٠,٠١٤
	١١	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي- رجال	١٥,٨٣٨	١	١٥,٨٣٨	٩,٤٣٨	٠,٠٠٢
	١٢	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي- نساء	١,٦٠٥	١	١,٦٠٥	٠,٦٠٢	غير دالة
	١٣	العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة	٩٧٥٧,٦٦٣	١	٩٧٥٧,٦٦٣	١٥٣٩,٧٥٣	٠,٠٠١
	١٤	التاريخ المرضي	٠,٦٩٣	١	٠,٦٩٣	١,٥٧٩	غير دالة

تابع/ جدول رقم (٧)
خلاصة نتائج تحليل التباين الثنائي المتعدد للتأثيرات الدالة
طبقاً لقيمة "ف" المحسوبة على ويلكس لمبدا

مصدر التباين		المشكلات الصحية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	الدلالة الإحصائية
النوع*	١	مشكلات صحية عامة	١٥٤,٦٣٦	١	١٥٤,٦٣٦	٢٥,٠٤٧	٠,٠٠١
	٢	مشكلات جلدية	٥٥,٠٠٥	١	٥٥,٠٠٥	٢٠,٤٩٣	٠,٠٠١
	٣	مشكلات بصرية	٢٢,٥٢١	١	٢٢,٥٢١	٧,٤٧٠	٠,٠٠٦
	٤	مشكلات الأنف والأذن والحنجرة	٠,٢٩٨	١	٠,٢٩٨	٠,١٢٣	غير دالة
	٥	مشكلات الفم والأسنان والرقبة	٤,٧٩٤	١	٤,٧٩٤	١,٨٨٠	غير دالة
	٦	مشكلات القلب والرئة	٥٨,٥٩٢	١	٥٨,٥٩٢	١٢,٧٥٨	٠,٠٠١
	٧	مشكلات معوية	٣٧,٢٤٩	١	٣٧,٢٤٩	٧,٩٤٨	٠,٠٠٥
	٨	مشكلات الدم والغدد الصماء	٢١,٥٥٨	١	٢١,٥٥٨	٩,٦٣٠	٠,٠٠٢
	٩	مشكلات العظام	١٤,٥٦٦	١	١٤,٥٦٦	٦,٢٢٨	٠,٠١٣
	١٠	مشكلات الأعصاب والدماغ	١٢٩,٤٣٩	١	١٢٩,٤٣٩	١٦,١٢٥	٠,٠٠١
	١٣	العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة	٧,٤٣٢	١	٧,٤٣٢	١,١٧٣	غير دالة
	١٤	التاريخ المرضي	٠,٠٠٠٠٨	١	٠,٠٠٠٠٨	٠,٠٠١	غير دالة
الخطأ	١	مشكلات صحية عامة	٣١٢٣,٩٦٦	٥٠٦	٦,١٧٤		
	٢	مشكلات جلدية	١٣٥٨,١٥٦	٥٠٦	٢,٦٨٤		

تابع/ جدول رقم (٧)
خلاصة نتائج تحليل التباين الثنائي المتعدد للتأثيرات الدالة
طبقاً لقيمة "ف" المحسوبة على ويلكس لمبدا

مصدر التباين	المشكلات الصحية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	الدلالة الإحصائية
٣	مشكلات بصرية	١٥٢٥,٤٨١	٥٠٦	٣,٠١٥		
٤	مشكلات الأنف والأذن والحنجرة	١٢٢٢,٠١١	٥٠٦	٢,٤١٥		
٥	مشكلات الفم والأسنان والرقبة	١٢٩٠,١٧٣	٥٠٦	٢,٥٥٠		
٦	مشكلات القلب والرئة	٢٣٢٣,٨٣١	٥٠٦	٤,٥٩٣		
٧	مشكلات معوية	٢٣٧١,٣٤٠	٥٠٦	٤,٦٨٦		
٨	مشكلات الدم والغدد الصماء	١١٣٢,٧٢٩	٥٠٦	٢,٢٣٩		
٩	مشكلات العظام	١١٨٣,٤٧٥	٥٠٦	٢,٣٣٩		
١٠	مشكلات الأعصاب والدماغ	٤٠٦١,٦٧٢	٥٠٦	٨,٠٢٧		
١١	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي- رجال	٨٤٩,١٢٨	٥٠٦	١,٦٧٨		
١٢	مشكلات الجهاز البولي والتناسلي- نساء	١٣٤٨,٦٤٠	٥٠٦	٢,٦٦٥		
١٣	العادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة	٣٢٠٦,٦٠٢	٥٠٦	٦,٣٣٧		
١٤	التاريخ المرضي	٢٢١,٩٣٣	٥٠٦	٠,٤٣٩		

* تم استبعاد مشكلات الجهاز البولي والتناسلي الخاصة بالذكور والإناث، لأنها خاصة بكل فئة على حدة.

يشير الجدول رقم (٧) إلى أن قيم ف المحسوبة في متغير الثقافة دالة في أربع مشكلات صحية هي: (مشكلات الدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، ومشكلات الجهاز البولي والتناسلي- رجال، ومشكلات الأعصاب والدماغ)، وبعد الرجوع إلى جدول رقم (٦) اتضح أن متوسطات العينة الكويتية أعلى من متوسطات العينة العمانية في هذه المشكلات الأربع.

كما يشير الجدول رقم (٧) إلى أن قيم ف المحسوبة في متغير النوع دالة في ثماني مشكلات صحية هي: (مشكلات صحية عامة، ومشكلات جلدية، ومشكلات بصرية، ومشكلات القلب والرئة، ومشكلات معوية، ومشكلات الأعصاب والدماغ، ومشكلات العظام، ومشكلات الدم والغدد الصماء)، وبعد الرجوع إلى جدول رقم (٦) اتضح أن متوسطات الإناث أعلى من متوسطات الذكور في هذه المشكلات الثماني.

مناقشة النتائج:

لقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق بين الثقافتين الكويتية والعمانية في نسب انتشار المشكلات الصحية، وفي نوع تلك المشكلات؛ حيث يعاني الكويتيون المشكلات الصحية الآتية: التاريخ المرضي (إصابات الدماغ، وضغط الدم المرتفع، والسكري، والصرع، والسرطان)، ومشكلات الدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة (كالتدخين، وتعاطي الكحول، واستنشاق المبيدات والمذيبات والدهانات في البيوت، وعدم ممارسة الرياضة، وتناول الأطعمة في أوقات غير منتظمة، واستخدام أدوية مسكنة بشكل دائم). وربما تختلف نتائج هذه الدراسة عن نتائج دراسة الأنصاري (Alansari, 2006) في ترتيب أنواع المشكلات الصحية، وفي نسب انتشارها لدى طلاب جامعة الكويت. في حين يعاني العُمانيون انتشار مشكلات الفم والأسنان والرقبة، والتاريخ المرضي، ومشكلات الأنف والأذن والحنجرة. ونظراً لعدم وجود دراسة سابقة أجريت على

العُمانيين باستخدام القائمة نفسها من المشكلات أو قوائم أخرى – يتعذر علينا في الوقت الحاضر عقد مقارنة مع نتائج الدراسات السابقة.

وكشفت نتائج تحليل التباين المتعدد طبقاً لقيمة "ف" المحسوبة في متغير الثقافة أنها جوهرية في أربع مشكلات صحية، هي: (مشكلات الدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، ومشكلات الجهاز البولي والتناسلي– رجال، ومشكلات الأعصاب والدماغ)؛ حيث كانت متوسطات العينة الكويتية أعلى من نظيرتها العمانية في هذه المشكلات الأربع، مما يؤكد الفروق الثقافية في الصحة والمرض على الرغم من تشابه المجتمعين الكويتي والعماني بوجه عام في مستوى الرفاه، والرعاية الصحية، والتعليم والبيئة.

وحقيقة الأمر أن كلاً من المجتمعين الكويتي والعماني له مميزات خاصة يعكسها الواقع الذي وجد نفسه فيه عندما تفجر النفط والغاز، وما صاحب ذلك من طفرة مادية في الدخل الاقتصادي، وزيادة العمالة الأجنبية، وزيادة مشكلة التصحر، ونقص في الأراضي الصالحة للزراعة، كما أن الانتقال للعيش في المناطق الحضرية بمعدلات سريعة خلق مشكلات تلوث هواء كبيرة (المواد العالقة مثل قطرات الهواء، والغبار، والدخان، والضباب، والأبخرة، وثاني أكسيد الكبريت، أول أكسيد الكربون، تلوث كيميائي ضوئي، ثاني أكسيد النتروجين)؛ ووجود المدن الكبرى في المناطق الساحلية أدى إلى تلوث للشواطئ (تسرب البترول، والنقل البحري، وناقلات النفط وغسيلها وحوادثها، والفضلات، والحوادث، والمصافي والصناعة البتروكيمياوية). إن ارتفاع معدل الحياة في دول مجلس التعاون الخليجي، والتغير الكبير في نمط الحياة، وقلة النشاط البدني، وتغير العادات الغذائية الصحية، والتحول إلى الوجبات السريعة وما صاحبه من زيادة السمنة، ومن ثم انتشار الأمراض المزمنة المرتبطة بالسمنة (كالسرطانات، والسكري، وأمراض ضغط الدم المرتفع، والفشل الكلوي، وأمراض القلب الوعائية). جميع هذه المشكلات تسهم، كل بطريقتها، في زيادة المشكلات الصحية، ومن ثم إعاقة جوانب القدرة البشرية، والتسبب في تكاليف

اقتصادية كبيرة لا تستطيع الدولة تحملها، وهكذا نجد أن معظم عوامل الاختطار الصحي الواردة في تقارير منظمة الصحة العالمية للأعوام من (٢٠٠٢م) إلى (٢٠٠٦م) تتعلق بشكل أساس بأنماط الحياة المتبعة، ولاسيما الاستهلاك، سواء كان مفرطاً أم متدنياً. فنمط الحياة يقوم بدور جوهري في المرض، وعلى العكس من ذلك يعتبر نمط الحياة عاملاً أساسياً في تحسين الصحة ومنع المرض وعلاجه.

إن مصادر الاختطار عديدة، ومن أكثرها انتشاراً: التدخين، واستخدام العقاقير المحظورة، والإسراف في تناول الكحول، وعادات التغذية الخاطئة، ونقص الممارسة الكافية للرياضة. ومن الصعب تقويم المدى الذي يتضمنه كل أسلوب من أساليب الحياة في تهديد الصحة؛ حيث تظهر دائماً عناصر أسلوب الحياة معاً باعتبارها مجموعة متشابكة ومتداخلة، ومن ثم فعندما نجد شخصاً يدخن، ويتعاطى عقاقير ذات آثار نفسية، يكون هناك احتمال أكبر أن ينخرط في عادات غير جيدة لتناول الطعام، وممارسة غير ملائمة للرياضة. وعلى الرغم من ذلك يبدو أن بعض عوامل الاختطار تتضمن إمكانية أكبر لإتلاف الصحة من غيرها، مثال ذلك: الممارسة غير الآمنة للجنس عامل أساسي في الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب، بالإضافة إلى ذلك تبين التقديرات أن ربع الوفيات الناتجة عن السرطان كان يمكن تجنبها ببساطة من خلال الإقلاع عن التدخين، وبالمثل يمكن خفض أمراض الشرايين التاجية بنسبة الخمس، إذا خفض الرجال الذين تراوح أعمارهم بين ٣٥ و٥٥ عاماً من أوزانهم ١٠٪ (Kannel & Eaker, 1986).

والأمر بالنسبة لممارسة الرياضة أقل وضوحاً على الرغم من أن الدلائل تشير إلى أن النشاط البدني المنتظم يمكن أن يخفض من حدوث الأمراض المزمنة، وربما يؤدي إلى إطالة العمر عدة سنوات أخرى (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton, & McPherson, 1990). ويؤكد بعض الباحثين بشدة أن نمط الحياة الرتيبة يخفض من توقعات الحياة لدى كل من الرجال

والنساء، ويسهم بشكل مستقل في تطوير كثير من الأمراض المزمنة المنتشرة، وأن الشواهد عليه متزايدة، وأن الدلائل على عوامل الاختطار الأخرى مثل الدهون غير قاطعة (Dubbert, 1992).

إن الأمراض المزمنة (كالأمراض القلبية الوعائية والأمراض الأيضية، والسرطانات والاضطرابات العصبية والنفسية) هي أعباء كبرى تمس المجموعات الغنية والفقيرة من السكان، وتتطلب أشكالاً معينة من الرعاية في المستشفيات وفي المنازل. فضلاً عن ذلك فإن تخفيض المخاطر يتوقف على التدابير المتخذة لحماية البيئة الطبيعية، وتعديل العوامل الخاصة بأنماط الحياة، مثل النظام الغذائي، والإقلاع عن التدخين، وممارسة التمرينات الرياضية، وذلك من خلال تعديل السلوك. ويمكن لبرامج التوعية والوقاية المُعدة لتعديل السلوك الضار بالصحة، معالجة مثل هذه المشكلات. ويوجد في البلدان العربية مزيد من الأنماط السلوكية الثقافية المشتركة الأخرى التي يمكن أن تضر بالصحة. ومن هذه الأنماط السلوكية زواج الأقارب، وتشجيع الزواج في سن مبكر، وختان الإناث، وغيرها من الأنماط.

ويمكن أن تؤدي زيادة التوعية بالعواقب الصحية للأنماط السلوكية والممارسات الخطرة دوراً مهماً في احتواء حدة هذه الآثار والتخفيف منها، علماً بأن حملات التوعية وتعديل السلوك تعمل بنحو أفضل في بيئة ممكنة يتعين أن تشتمل على مستويات مقبولة من التعليم العام والظروف الاقتصادية المقبولة، مع انتشار تقانة المعلومات، ووسائل الإعلام المفيدة في نشر رسالة الأنماط السلوكية الصحية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٢م).

وفيما يتعلق بالفروق بين النوعين (الذكور، الإناث) في المشكلات الصحية، تشير نتائج التحليل الإحصائي إلى فروق جوهرية بين الذكور والإناث في ثماني مشكلات صحية هي: مشكلات صحية عامة، ومشكلات جلدية، ومشكلات بصرية، ومشكلات القلب والرئة، ومشكلات معوية، ومشكلات الأعصاب والدماغ، ومشكلات العظام، ومشكلات الدم والغدد الصماء؛ حيث حصلت الإناث

على متوسطات أعلى من الذكور في هذه المشكلات الثماني. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة الأنصاري (Alansari, 2006) التي كشفت عن ارتفاع متوسطات الإناث عن الذكور من طلاب جامعة الكويت في المشكلات الصحية العامة، ومشكلات الدم والغدد الصماء، والمشكلات الجلدية، والمشكلات المعوية.

وبوجه عام، تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة التي كشفت عن فروق جوهرية بين الذكور والإناث في المشكلات الصحية بوجه عام، وفي فقر الدم (Al-Riyami, et al, 2001). والسمنة، والنوع الثاني من السكري (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٠٦م)، والصداع التوتري، والشقيقة (Alansari & Al-Shatti, 2005). وزملة أعراض التعب المزمن (الديب وعبدالخالق، ٢٠٠٦)، وأمراض الجهاز البولي التناسلي، والأمراض الجلدية، وأمراض الدم، وأمراض الجهازم العصبي، وأمراض القلب، وأمراض الفم والأسنان، وأمراض العظام، وأمراض العين (Alansari, 2004, 2006)؛ حيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى من الذكور في جميع تلك الأمراض، في حين حصل الذكور على متوسطات أعلى من الإناث في تدخين السجائر، وتعاطي الكحول، وتعاطي المخدرات (الأنصاري، ٢٠٠٤؛ Alansari, 2004; Al-Riyami & Afifi, 2004; Jaffer, at al, 2006;).

إن ضمان الصحة، بالمعنى الإيجابي المتكامل، أمر يفوق إمكانات كثير من النساء، ويستعصي على الأضعف اجتماعياً في البلدان العربية حالياً. وتقاسي النساء معاناة أشد من الرجال بسبب مشكلات الحمل والولادة، وبسبب نمط الحياة العام، الذي غالباً ما يتسم بالتمييز ضدهن. وتتلخص هذه المعاناة في ارتفاع نسبي لمعدلات وفيات الأمومة، وفقد نسبي أكبر من سنوات الحياة للمرض. وعليه فإن التوجه العام لضمان الصحة الإيجابية للجميع– في نطاق التنمية الإنسانية– يتسع لإيلاء عناية خاصة للنساء.

وينبغي أن ندرك أن موضوع الفروق بين الثقافات في المشكلات الصحية أمر لا يمكن إنكاره سواء أكانت هذه تحددها عوامل بيولوجية، أم وراثية، أم

بيئية، ويهمنا في هذه الدراسة – على وجه الخصوص – رصد هذه الفروق. وبناء على نتائج هذه الدراسة فإن متغير الثقافة والنوع لهما وزن كبير في التنبؤ بالمشكلات الصحية، كما هو جلي في اختلاف استجابات المجموعات المختلفة على بنود قائمة المشكلات الصحية. أما عن أسباب هذه الفروق فليس من أهداف هذه الدراسة بحثها، وهي تحتاج إلى دراسة مستقلة.

وختاماً، نأمل أن تكون نتائج هذه الدراسة قد أسهمت في الكشف عن بعض المشكلات الصحية لدى الشباب الكويتي والعماني من النوعين، وأن تكون لنتائجها بعض التطبيقات النظرية والعملية للمختصين وللباحثين، على الرغم من بعض التحفظات المنهجية على نتائج هذه الدراسة، فهذه الدراسة اعتمدت بشكل أساس على تطبيق قائمة المشكلات الصحية فقط، وعلى عينة من الشباب الجامعي من النوعين، ومن ثم قد تختلف النتائج بتنوع أدوات القياس ونوعيات العينات وأعمارها، ولذلك لا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة دون حذر كاف وفي حدود خصائص العينة، ولتحقيق مثل هذا التعميم لابد من اختيار عينات من الشباب الخليجي أو العربي ممثلة لمجتمعها الأصلي تمثيلاً دقيقاً.

التوصيات:

١ – يتعين على الحكومات، ولاسيما وزارات الصحة، أن تؤدي دوراً أكبر في صياغة سياسات للوقاية من المخاطر، تشتمل على دعم أكبر للأبحاث العلمية، وتوفير طرق أفضل للوصول إلى المعلومات العامة.

٢ – يتوجب على البلدان إعطاء الأولوية لتطوير سياسات فعالة للوقاية من التدخين، والممارسات الجنسية غير الشرعية، والأنظمة الغذائية غير الصحية. وفي الوقت ذاته ينبغي تمكين الأفراد وتشجيعهم على أن يتخذوا قرارات تحد من التدخين، وتعاطي الكحول، والممارسات الجنسية غير الشرعية، والأنظمة الغذائية غير الصحية.

٣ – ضرورة التعاون الدولي بين القطاعات المختلفة من أجل خفض المخاطر الصحية الخارجية الكبرى مثل مياه الشرب غير المأمونة والعدوى

الجديدة والمستجدة لتحسين إدارة المخاطر وزيادة وعي الجمهور وفهمهم للمخاطر على الصحة.

المقترحات:

١ – إجراء دراسة على عينات أخرى مماثلة أكبر حجماً وأن تضم مختلف الفئات العمرية ابتداء من سن (١٥) عاماً حتى (٦٠) عاماً، وباستخدام الأداة نفسها المستخدمة في هذه الدراسة، وذلك للتحقق من عمومية النتائج وقابليتها للتكرار.

٢ – إجراء دراسات ثقافية مقارنة في بلدان عربية أخرى لتحديد عمومية المشكلات الصحية.

٣ – إجراء دراسة تبحث في أسباب المشكلات الصحية.

٤ – التحقق من الخصائص السيكومترية للقائمة في ثقافات عربية مختلفة.

المراجع

أولاً – المراجع العربية:

- أمين، عزت خميس، وفاروق شاهين، (٢٠٠٥م)، **الغذاء والتغذية (ط٢)**، بيروت، أكاديميا إنترناشيونال.
- الأنصاري، بدر محمد، (٢٠٠٤م)، سلوك تدخين السجائر لدى طلبة جامعة الكويت: دراسة في شخصية المدخنين، **مجلة حولية الآداب والعلوم الاجتماعية، الحولية ٢٥**، الكويت، مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، (٢٠٠٢م)، **تقرير التنمية الإنسانية العربية: خلق المرض للأجيال القادمة**، عمان، أيقونات للخدمة المطبعية.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، (٢٠٠٣م)، **الأهداف التنموية للألفية في البلدان العربية نحو ٢٠١٥م: الإنجازات والتطلعات**، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، (٢٠٠٥م)، **تقرير التنمية البشرية في العالم عند مفترق طرق**، http//hdr.undp.org
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، (٢٠٠٦م)، **تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام ٢٠٠٥م: نحو نهوض المرأة في الوطن العربي**، عمان، سينتاكس.
- الديب، سماح أحمد، وعبد الخالق، أحمد محمد، (٢٠٠٦م)، زملة التعب المزمن وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، **دراسات نفسية**، ١٦ (١)، ص ص ١١٣–١٣٥.
- الشربيني، لطفي، وعادل، صادق، (٢٠٠٢م)، **معجم مصطلحات الطب النفسي**. الكويت، مركز تعريب العلوم الصحية.
- عبد الإله، نبيلة أحمد، (٢٠٠٤م)، مشكلة داء السكري في الكويت، **مجلة**

التقدم العلمي تصدر عن مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ص ٤٤ و٤٥، ص ص ٧٤-٧٦.

- عبدالوهاب، منال جلال، (٢٠٠١م)، **أسس الثقافة الصحية**، جدة، مكتبة السواري.
- العروج، منيرة، (٢٠٠٤م)، مرض السكري في العالم، **مجلة التقدم العلمي، تصدر عن مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ٤٤** و٤٥، ص ص ٦٧-٦٩.
- علام، صلاح الدين محمود، (٢٠٠٠م)، **القياس والتقويم التربوي والنفسي: أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة، (ط١)**، القاهرة، دار الفكر العربي.
- فليتشر، رونالدف، (١٩٩٠م)، **الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء**، ترجمة: نصر الدين أحمد محمود، الكويت، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.
- منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٢م)، **التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٢م: ما المعافاة إلا في الحد من المخاطر**، جنيف، منشورات المنظمة.
- منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٣م)، **التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٣م: رسم معالم المستقبل**، جنيف، منشورات المنظمة.
- منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٤م)، **التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٤م: تغيير مجرى التاريخ**، جنيف، منشورات المنظمة.
- منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٥م)، **التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٥م: لا تبخسوا أماً أو طفلاً مكانتهما في المجتمع**، جنيف، منشورات المنظمة.
- منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٦م)، التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦م: العمل معاً من أجل الصحة، جنيف، منشورات المنظمة.

ثانياً – المراجع الأجنبية:

- Aasham, T., Khandekar, K., Khabori, M.,& Helmi, S. A. (2004), Cost- effectiveness of audiometric screening of first-year preparatory pupils in Dhofar region, Oman. *Eastern Mediterranean Health Journal, 10* (3), 343-359.
- Abdella N. A., Al-Arouj, M., Al-Nakhi A., Al-Assoussi A., & Moussa M. (1998), Non-insulin dependent diabetes in Kuwait: prevalence rates & associated risk factors. *Diabetes Research Clinical Practice, 42* (3), 187-196.
- Alansari, B. M. (2004), Gender Differences in Health Symptoms among Kuwait University. 9th. *Annual Health Sciences Poster Conference, April. Faculty of Medicine,* Kuwait University, Kuwait: April 9-12.
- Alansari, B. M. (2006), Gender Differences in Health Problems Among Kuwait University Undergraduates. *Social Behavior and Personality*. *34* (8), 965-978.
- Alansari, B. M., & Al-Shatti, T. S. (2005), Tension type headache and its relationship to depression: a correlation predictive study. *Health Sciences Center Poster Conference (pp. 25-27)*. Faculty of Medicine, Kuwait University, Kuwait: April 25-27.
- Al-Riyami, A. A., & Afifi, M. (2003), Clustering of cardiovascular risk factors among Omani adults. *Eastern Mediterranean Health Journal*. *9* (5&6), 893-909.
- Al-Riyami, A. A., & Afifi, M. (2004), Smoking in Oman: Prevalence and characteristics of smokers. *Eastern Mediterranean Health Journal, 10* (4 &5), 600-614.
- Al-Riyami, A. A., Suleiman, A. J., Afifi, M., Al-Lamki, Z. M., & Daar, S. (2001), A community-based study of common hereditary blood disorders in Oman. *Eastern Mediterranean Health Journal, 7* (6), 1004-1011.
- Amine E. K., & Al-Awadi, F. A. (1996), Nutritional status survey of preschool children in Kuwait. *Eastern Mediterranean Health Journal, 2* (3), 386-395.

- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R. & McPherson, B. D. (1990), Exercise, fitness, and health: the consensus statement. in C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, J. R. Sutton and B. D. McPherson (eds.). *Exercise, Fitness and Health,* Champaign, IIL.: Human Kinetics Press.
- Denniston, K. D., Baker, M., Dent, F., Hann, M., Bushhouse, D. M., & West, S. M. (2003), Validation of a modified Rotterdam Symptom Checklist for use with cancer patients in the United States. *Journal of Pain Symptom Management. 26* (5), 975-989.
- Derogatis, L. R. (1986), *Symptom Chickliste 90 revidiert*. (Deutsche Uebersetzung). In Collegium Internationale Psychiatriae Scalrarum (Hrsg.), Internationale Skalen fuer Psychiatrie (3.Auflage). Weinheim. Beltz.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1976). SCL-90. Self-Report Symptom Inventory. In Guy, W. (ed.) *ECDEU assessment Manual for psychopharmacology*. National Institute of Mental Health. Rockville, 3, 13-33.
- Dubbert, P. M. (1992), Exercise in behavioral medicine, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 60, 613-618.
- Garland, C., Barrett-Conner, E., Suaret, L., Criqui, W.H. & Wingard, D. L. (1985), Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers. *American Journal of Epidemiology,* 121, 645-650.
- Grimm, L. G. (1993), *Statistical Application for the Behavioral Sciences*. New York: John Wiley.
- Hardy, J. R., Edmonds, P., Turner, R., Rees, E., & Hern, R. (1999), The use of the Rotterdam Symptom Checklist in palliative care. *Journal of Pain Symptom Management, 18* (2), 79-88.
- Helm, D., & Eis, D. (2006), Sub grouping outpatients of an environmental medicine unit using SCL-90-R and cluster analysis. *International Journal of Hygienic Environment Health. 11* (3), 234-248.
- Jaffer, Y. A., Afifi, M., Al Ajmi, F., & Alouhaishi, K. (2006), Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: I. Health-compromising behaviours. *Eastern Mediterranean Health Journal, 12* (1 & 2), 35-50

- Kannel, W. B., & Eaker, E. D. (1986), Psychosocial and other features of coronary heart disease: Insights from the Framingham study. *American Heart Journal,* 112, 1066-1073.
- Khandekar, R., Al-Harby, S., Abdulmajeed, T., Helmi, S. A., & Shuaili, I. S. (2004), Validity of vision screening by school nurses in seven regions of Oman. *Eastern Mediterranean Health Journal, 10* (4 & 5), 528-537.
- Maragraf, J., & Schneider, S. (1994), Klassifikatorische Diagnostik, Struktuierte Interviews und Therapieindikation. In: Reinecker, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie (pp. 45-83)*. Goettingen. Hogrefe Verlag.
- Musaiger, A. O. (2004), Overweight and obesity in the Eastern Mediterranean Region: can we control. *Eastern Mediterranean Health Journal, 10* (6), 789-812.
- Ndetei, D. M., Othieno, C. J. Mutiso, V., Ongecha, F. A., Kokonya, D. A., Omar, A., et al. (2006), Psychometric properties of African symptoms checklist scale: the Ndetei-Othieno-Kathuku scale. *Eastern African Medical Journal, 83* (5), 280-297.
- Schinka, J. A. (1989), *Health Problems Checklist*. Florida: Psychological Assessment Resources. Inc.
- Trew, M., & Maguire, P. (1982), Further comparison of two instruments for measuring quality of life in cancer patients. In: Quality of Life, Beckmann J. (ed) *Proc Third workshop of the EORTC Study group on Quality of Life*. Paris, 111-127.