معدلات انتشار القلق وارتباطاته ومنبئاته لدى عينات من الطلاب اللبنانيين

أ.د. أحمد محمد عبد الخالق
كلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت

د. نجوى اليحفوفي
الجامعة اللبنانية

الملخص

أجريت هذه الدراسة على (٥٩٩) من طلاب المدارس الثانوية، و(٩٠٤) من طلاب الجامعة من الذكور والإناث، وكلهم يحملون الجنسية اللبنانية. واستخدم مقياس جامعة الكويت للقلق الذي اتسم – على العينات اللبنانية – بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة وتركيب عاملي متسق مع الدراسة الأصلية على المقياس، كما استخدم عدد من المتغيرات الاجتماعية، والتقدير الذاتي للصحة النفسية والجسمية والتدين، وعادات النوم، والتعاطي والتدخين، والعلاج من أمراض نفسية وجسمية. وأسفرت النتائج عن حصول الذكور في المدارس الثانوية والجامعة على متوسطات أعلى جوهرياً من الإناث في المتغيرات الخمسة الآتية: عدد الأصدقاء المقربين، وتقدير الصحة الجسمية، وتقدير الصحة النفسية، وتعاطي المخدرات، وشرب الخمر. في حين حصلت الإناث في المرحلتين على متوسط أعلى جوهرياً من الذكور في القلق. وقد ارتبط القلق سلباً بكل من: تقدير الصحة الجسمية، وتقدير الصحة النفسية، ومدى كفاية النوم، وارتبط القلق إيجابياً بمتغير العلاج من أمراض جسمية. وكانت المتغيرات المنبئة بالقلق لدى طلاب الثانوي من الجنسين أربعة كما يلي: تقدير الصحة النفسية (سالب)، والعلاج من أمراض نفسية، والجنس الأنثوي، والعلاج من أمراض جسمية. ومن ناحية ثانية كانت المتغيرات المنبئة بالقلق لدى طلاب الجامعة من الجنسين أربعة كما يلي: تقدير الصحة النفسية (سالب)، والعلاج من أمراض نفسية، ومدى كفاية النوم، وتدخين السجائر. وتتفق المجموعتان في إمكان التنبؤ بالقلق بوساطة تقدير الصحة النفسية والعلاج من أمراض نفسية.

مقدمة

القلق موضوع اهتمام علوم وتخصصات متعددة يأتي على رأسها علم النفس والطب النفسي، يليهما الفلسفة والأدب والدين ثم الفن والموسيقا وغير ذلك. هذا بالإضافة إلى اهتمام الإنسان المثقف بوجه عام متخصصاً كان أو غير متخصص بموضوع القلق، وذلك كما يتضح من زيادة استخدام الإنسان في حديثه العادي في الآونة الأخيرة لمختلف الألفاظ والتعبيرات الدالة على شعوره بالقلق.

والقلق في علم النفس الحديث والمعاصر له أهمية بالغة، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، ورد فعل المريض للمرض العضوي. ويمثل مرضى القلق والاكتئاب أكثر الفئات تردداً على العيادات النفسية، وتعد نسبة لا بأس بها من المترددين على عيادات الأمراض العضوية مرضى قلق فحسب. كما يعد القلق مفهوماً تفسيرياً في معظم نظريات الشخصية وعلم الأمراض النفسية (عبدالخالق، ١٩٩٤).

وعلى مستوى الطب النفسي تعد اضطرابات القلق فئة تصنيفية عريضة تضم أكثر من عشر فئات فرعية، وتصنف الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اضطرابات القلق Anxiety disorders إلى ما يلي: اضطراب الهلع، والخوف من الأماكن الواسعة، ومخاوف محددة، والمخاوف الاجتماعية، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطراب الضغوط الحاد، واضطراب القلق المعمم، واضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة، واضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة (APA, 1994).

وتعد دراسة القلق من مختلف جوانبه دراسة على جانب كبير من الأهمية؛ إذ يمكن أن يؤثر القلق في معدلات الإنتاج، وفي أيام الغياب عن العمل، ومن ثم في الناتج القومي لأي بلد، كما يتاح عدد لابأس به من البحوث التي تشير إلى أن «الأشخاص المصابين باضطراب القلق المعمم، والمخاوف المرضية، والهلع لهم معدل وفاة مرتفع. وأسباب الوفاة التي تمثل خطراً مرتفعاً لديهم هي الانتحار والاضطرابات القلبية الوعائية» (Allgulander & Lavori, 1991).

ولا يوجد تعريف واحد للقلق متفق عليه بشكل عام، ومع ذلك فالتعريفات كثيرة؛ من بينها أن القلق انفعال غير سار، وشعور مكدر بتهديد متوقع أو هَم مقيم وعدم راحة وعدم استقرار، مع خبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والخوف من شر مرتقب لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، واعتقادات سلبية تفتقر إلى أساس سليم، فضلاً عن الاستجابة لمواقف الحياة اليومية كما لو كانت ضرورات ملحة أو طوارئ. ويشمل القلق أربعة جوانب على الأقل: جسمية وفيزيولوجية، ووجدانية ذاتية، ومعرفية، وسلوكية (عبدالخالق، ١٩٩٣).

وهناك وجهات نظر متعددة إلى القلق، يمكن أن نحدد ثلاثاً منها على الأقل: أولها القلق بوصفه انفعالاً، إذ يعد القلق واحداً من الانفعالات الأساسية في كل نظريات الانفعال. وثانيها اعتبار سمة القلق (أو العصابية) بعداً أساسياً من أبعاد الشخصية في معظم النظريات المعاصرة للشخصية. وثالثها وآخرها النظر إلى القلق في علم النفس المرضي والطب النفسي على أنه اضطراب مهم يشمل اثنى عشر تصنيفاً فرعياً كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للطب النفسي (Eysenck, 1997). ومن هنا تعد دراسة القلق على درجة كبيرة من الأهمية في كل من بحوث الانفعالات والشخصية وعلم النفس المرضي والطب النفسي.

ولخبرة القلق مكونات معرفية وجسمية، ومن نماذج المكون المعرفي الأفكار التي تمر بذهن الشخص مثل: «ربما أكون مصاباً بمرض في القلب»، و«إنني على وشك الإغماء»، و«قد أصاب بنوبة ذعر أمام الآخرين»، و«قد أموت». ومن نماذج المكون الجسمي: اضطراب البطن، وتيبس الرقبة، والإغماء، والصداع (Templer, Spencer, & Hartlage, 1993, p. 73).

ولقد أطلق «أودن» W.H. Auden وهو شاعر أمريكي من أصل بريطاني على الخمسينيات من القرن الماضي وصف «عصر القلق»، واتخذ تعبير «عصر القلق» The age of anxiety عنوان قصيدة شهيرة له. ومن العسير في الحقيقة أن

نتأكد مما إذا كان ثمة قلق زائد الآن أكثر من عصور سالفة. لقد كانت الأخطار الحقيقية والمواقف العصيبة فعلاً كثيرة في العصور الماضية، ومنها المجاعات والأمراض والأوبئة والحروب والرق والكوارث الطبيعية، وكانت في كل مكان ولا تزال في عديد من الأماكن حتى اليوم. ولكن أوجد تعقد المدنية وسرعة التغير والابتعاد عن المعتقدات الدينية والروابط العائلية والقيم السامية؛ أوجد كل منها صراعات وأنواعاً من القلق كانت أقل تواتراً في المجتمعات الماضية ذات التنظيم الهرمي الصارم (Lief, 1967).

الدراسات السابقة:

أجريت على القلق بوصفه سمة في الشخصية ومن حيث هو اضطراب نفسي كثير من الدراسات في مختلف مناطق العالم، ونشرت دراسات كثيرة عن الفروق بين الثقافات Cross-cultural في مستوى القلق. وأجريت دراسات حضارية مقارنة بين دول متعددة متقدمة ومتخلفة، فلوحظ ارتفاع القلق في الدول ذات المستوى الاقتصادي المنخفض، وتبين هذه النتائج سوء الفهم الذي حدث بالنسبة لما يتصور أنه مصاحبات للحضارة، نتيجة الخلط بين عامل القلق وعامل المشقة أو الضغوط Stress. فالحياة الحديثة – كما في أمريكا مثلاً – يمكن أن تثير عامل المشقة، ولكنها لا تنتج بالضرورة ما يشاع أنه «عصر القلق» (ومن سوء الحظ فإنه ليس لدينا قياس لمستوى القلق في العصور الوسطى)؛ (Cattell, 1966).

ولوحظ أن مستوى القلق يختلف من بلد إلى آخر، فتقل درجته في أمريكا ثم ترتفع درجته – على الترتيب – في كل من إنجلترا، واليابان، وإيطاليا، وفرنسا، والهند (Cattell & Scheier, 1961, p.122). كما ظهر أن القلق يرتفع في مصر بالنسبة إلى كل من السعودية والكويت (انظر: عبدالخالق وحافظ، ١٩٨٦، ١٩٨٨).

وظهرت فروق في درجة القلق تبعاً «للمستوى الاجتماعي والاقتصادي المهني»، فيزداد القلق بدرجة طفيفة مع انخفاض هذا المستوى (Cattell, 1966). ولكن أوردت دراسة أخرى اتفاقاً بين الباحثين على أن نسبة حدوث lncidence

العصاب (والقلق أهم مكوناته) بين الأشخاص في الطبقات العليا أعلى منها لدى الطبقات الدنيا، وأن العلاقة العكسية صادقة في الذهان. وفي دراسة على مجتمعات أخرى اتضح أن انتشار الأعراض العصابية والنفسية والفيزيولوجية أكثر بين الطبقات الأدنى بالنسبة للأعلى. وحيث إن أرجاع القلق تكون نسبة مئوية مرتفعة من العصاب، وإن معظم الأعراض النفسية الفيزيولوجية تعد تعبيرات لأرجاع قلق، فإن جزءاً كبيراً من المجتمع – ربما يصل إلى الربع – لديهم أرجاع قلق شديد حتى إنه يحتاج إلى مساعدة مهنية (Lief, 1967).

وقد درس «عباسي» (Abbasi, 1999) الفروق في القلق بين طلاب الجامعة تبعاً لمتغيرات مختلفة منها البلد الأصلي الذي ينتمون إليه: تايلاند، وتايوان، واليابان، وكوريا، وظهرت فروق دالة بينهم في القلق تبعاً لموطنهم الأصلي.

وفي دراسة حضارية مقارنة غير منشورة أجراها إحسان العيسى وباكال وفنج (Al-Issa, Bakal, & Fung) قورنت نسبة القلق لدى طلاب من الجامعة الأميركية في بيروت وطلاب من جامعة كالجاري Calgary في كندا. استخدم فيها مقياس بيك للقلق BAI على عينة من ٢٠٢ فرداً لبنانياً متوسط أعمارهم ١٩,٩ سنة و٥٥٧ فرداً كندياً متوسط أعمارهم ٢٠,٨ سنة. وأكدت النتائج أن اللبنانيين أكثر قلقاً من الكنديين وأن الإناث أكثر قلقاً من الذكور.

وفيما يتعلق بالفروق بين المجموعات العمرية أجرى أحمد عبدالخالق، وعبدالفتاح دويدار، ومايسة النيال، وعادل شكري، والسيد عبدالغني (١٩٨٩) دراسة على ١,١٢٣ مبحوثاً صنفوا إلى أربع مراحل عمرية هي: المراهقة، وبدايات الرشد، وأواسط العمر، والشيخوخة، وهم – على التوالي – من طلاب المدارس الثانوية، وطلاب الجامعة، والموظفين، والمسنين المقيمين إقامة داخلية في دور المسنين، وضمت كل مرحلة عمرية مجموعة من الذكور وأخرى من الإناث. وكشفت نتائج هذه الدراسة أن القلق يزداد في مرحلتي المراهقة وبداية الرشد، في حين ينخفض في مرحلتي أواسط العمر والشيخوخة، وكانت أعلى المجموعات قلقاً هي مجموعة المراهقات يليها طالبات الجامعة، أما أقل

المجموعات قلقاً فكانت مجموعة كبار السن ومجموعة أواسط العمر وكلاهما من الذكور، يليهم المسنات، كما ظهرت فروق جوهرية في القلق بين الجنسين في مرحلتي المراهقة وأواسط العمر (طلاب المدارس الثانوية والموظفين).

وتعد الدراسات المنشورة عن الفروق بين الجنسين في القلق كثيرة جداً، ويذكر ماير جروس، وزملاؤه في وقت مبكر (Mayer-Gross, Slater, & Roth, 1960) أنه لا فروق جنسية في مستوى القلق، ولكن يحتمل أن الإناث أعلى في مستوى القلق من الذكور. ومع ذلك فيبدو أن هذا التعميم غير صادق، كما يذكر «ليف» عكس ذلك حيث يرى: إن انتشار الاضطرابات الطبية النفسية (السيكياترية) ومن بينها أرجاع القلق تختلف تبعاً للجنس، فالنساء أكثر من الرجال عرضة واستعداداً لأرجاع القلق، كما أن مستوى ما يحدثه القلق من تعجيز لديهن أعلى قليلاً بالنسبة للرجال، فإن أنواع القلق المرتبطة بالطمث والحمل وسن اليأس شائعة لديهن بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى أن المجتمع الحديث قد ولد صراعاً في الأدوار بالنسبة للمرأة (Lief, 1967).

وتشير الدراسات الأحدث التي أجريت على اضطرابات القلق في إطار الطب النفسي، بالإضافة إلى الدراسات التي أجريت على الجمهور العام إلى ازدياد معدلات حدوثه لدى الإناث أكثر من الذكور، وذلك كما حدد عن طريق الاستخبارات أو المقابلة الإكلينيكية (انظر: Clark, Smith, Neighbors, Skerlec, & Randall, 1994; Ginsburg & Silverman, 2000; Hollander, Simeon, & Gorman, 1994; Kendall, Chansky, Kane, Kim, Kortlander, Ronan, Sessa, & Siqueland, 1992; Mackinaw-Koons, & Vasey, 2000).

أجريت دراسة على ٢٥,٩١٦ من المرضى في مراكز الرعاية الأولية في خمس عشرة دولة من أربع قارات، وظهر أن القلق لدى الإناث أعلى منه عند الذكور، وأن هذه الحقيقة يمكن تفسيرها أفضل على أساس العوامل الحيوية العضوية (البيولوجية) والنفسية الاجتماعية التي لها التأثير النهائي نفسه عبر الحضارات (Gater, Tansella, Lorten, Tiemens, Mavreas & Olatawura, 1998).

وعلى مستوى الدراسات التي أجريت على القلق بوساطة الاستخبارات وحدها، أجري عدد من الدراسات العربية كشفت عن فروق جوهرية بين الجنسين في القلق، حيث ظهر أن للإناث متوسطات أعلى من الذكور المقابلين لهم في العمر، وقد تأكدت هذه النتيجة على عينات مصرية متعددة كبيرة الحجم (Abdel-Khalek, 1989). ولدراسة القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي قام أحمد عبدالخالق ومحمد نجيب الصبوة وفريح العنزي (١٩٩٥) بدراسة شاملة على عينة كبيرة قوامها ٢,٧٩٥ كويتياً من الجنسين وكذلك بين الموظفين والموظفات، ولكن الفروق في القلق كانت دالة ومرتفعة بين طلاب الجامعة والمسنين من الجنسين (للإناث متوسط أعلى). وفي وقت أحدث أجريت دراسة على عينة كويتية (ن = ٢,٤٥٣) من المراهقين في أعمار تتراوح بين ١٤، ١٨ عاماً، وكان متوسط القلق لدى الإناث أعلى جوهرياً من الذكور المقابلين لهم في كل المجموعات العمرية ما عدا مجموعة ١٤ عاماً (Abdel-Khalek, 2002a). وقد أجرى بدر الأنصاري (٢٠٠٢) دراسة مستفيضة على عشر عينات من طلاب جامعة الكويت قوامها ٢,٧٤١ طالباً وطالبة، كشفت عن فروق جوهرية بين الجنسين في القلق، حيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى بالمقارنة إلى الذكور في ثماني عينات مستقلة من الجنسين (أربع عينات من الذكور ومثلها من الإناث).

ومن ناحية أخرى أجريت دراسات كثيرة بهدف تعرف معدلات انتشار القلق، وهذا المعدل مؤشر لعدد الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق في المجتمع في زمن محدد (Kendall et al., 1992). وقد أورد «شيهان» أن القلق يصيب نحو ٥٪ من السكان، وهو يصيب ١٪ منهم تقريباً إلى درجة العجز، وأغلب المصابين به (٨٠٪) من النساء، والغالبية منهن في سنوات القدرة على الإنجاب (شيهان، ١٩٨٨). ويتراوح انتشار حالات القلق في المجموعة السوية من السكان بين ٢٪، و٤,٧٪ في إنجلترا والولايات المتحدة، في حين وصل المعدل في مسح فرامنجهام Framingham إلى رقم ٢١٪ (Goldberg, 1982).

وعلى الرغم من هذه الفروق فإن «ستيفن فريدمان» (Friedman, 2001) يذكر أن المسوح الوبائية قد كشفت عن معدلات متقاربة جداً لاضطرابات القلق عبر الحضارات.

وفي مصر درس مدى انتشار الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية عن طريق فحص المتقدمين من طلاب الجامعة لمركز الصحة النفسية بجامعة عين شمس خلال تسعة أشهر، فوصل عدد المتقدمين للعيادة إلى ١,٠٥٠ منهم ٨٤٦ طالباً يمثلون ٢,٨٪ من مجموع الطلبة، و٢٠٤ طالبات يمثلن ٠,٠٩٪ من مجموع الطالبات، ٣٦٪ منهم كانوا يعانون من حالات قلق (Okasha, Kamel, Sadek, & Lotaif, 1977).

وكثيراً ما يعاني مريض القلق من عدد كبير من الاضطرابات العضوية، ويرتبط ذلك بحاجته الملحة إلى الرعاية الطبية. وتختلف معدلات انتشار الاضطرابات الطبية النفسية (السيكياترية) المنشورة في الممارسة الطبية اختلافاً كبيراً، وذلك اعتماداً على المحكات التشخيصية المستخدمة. فقد ظهر أن اضطراب القلق يمثل ١٤٪ من المرضى في عيادات أمراض القلب، و٤١٪ من المرضى في عيادات الجراحة، و١٧٪ من المرضى الراشدين في عيادات العناية الأولية Primary Care. وفي بعض الأحيان قد يرجع الفشل في تعرف الاضطرابات النفسية وبالأخص في معظم حالات القلق – في الممارسة الطبية – إلى أسباب عدة، لعل أهمها أن الأمراض العضوية كثيراً ما تكون هي الملامح السائدة في حالات القلق. ومما يعقد المسألة أكثر أن مرضى القلق يدركون أنفسهم عادة على أن لديهم مرضاً عضوياً طبياً، هذا بالإضافة إلى أن عدداً كبيراً من مرضى القلق يبرهنون – عند الفحص الدقيق – على أن لديهم اضطراباً طبياً معيناً يفسر الأعراض التي يشكون منها (Goldberg, 1982).

وفحص «ماركس ولادر» عام ١٩٧٣ الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة وبريطانيا والسويد بين عامي ١٩٤٣، و١٩٦٦، ووجدا أن نسبة تكرار تتراوح بين ٢٪، و٤٪ من الجمهور تقرر الشعور بالقلق. واستعرضت «وايزمان» عام ١٩٨٥ تسع دراسات أخرى وأكدت هذه النتائج أن هناك زيادة

طفيفة في اضطرابات القلق لدى النساء بالمقارنة إلى الرجال. وقد أمدتنا دراسة «ريتشين» في ميونخ بمعدل انتشار خلال ستة أشهر قدره ٨,١٪ لكل اضطرابات القلق (Sartorius, 1990).

وأجريت دراسات كثيرة لبيان معدلات انتشار القلق في إطار الطب النفسي ومعتمدة على الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية في طبعاته المختلفة، كما استخدمت الاستخبارات والمقابلة الإكلينيكية، واتضح أن معدلات الانتشار تتراوح بين ٣,٧٪، و١٧,١٪ لدى الأطفال المراهقين (Clark et al., 1994). في حين بينت دراسات أخرى أن معدلات انتشار القلق في مناطق حضرية وريفية مختلفة في بلاد عدة تتراوح بين ١٪ و٣٪ (Takriti & Ahmed, 2000).

وترجع الفروق بين هذه الدراسات إلى اختلاف مناهجها فيما يختص بعدة جوانب مثل اختيار العينات (جمهور عام أو مترددين على المستشفيات)، وطرائق القياس (مقابلة شخصية مع استخدام المحكات التشخيصية أو استخبارات)، هذا فضلاً عن الاختلاف في تعريف القلق: هل هو سمة في الشخصية أو زملة مرضية. ومن هنا تعد المقارنة بين هذه الدراسات صعبة نظراً لاختلاف تصميم الدراسات ومناهجها.

ومن ناحية أخرى أجريت دراسات كثيرة لفحص متعلقات Correlates القلق، فبحثت العلاقة بين حجم الأسرة Family size وكل من السمات السوية والأعراض المرضية والاضطرابات. وعلى سبيل المثال كشفت إحدى الدراسات (Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, & Paradis, 2000) أن الحجم الأكبر للأسرة – من بين عوامل أخرى – يعد عامل خطورة لإساءة استخدام العقاقير أو الاعتماد عليها في أثناء مرحلة الرشد المبكر. وفي نيجيريا اتضح أن حجم الأسرة يرتبط بدرجات القلق لدى الرجال والنساء الذين هم على وشك التقاعد (Madu & Adebayo, 1996). ومع ذلك اتضح أن الفروق في القلق والتوافق لم تكن دالة بين الأطفال الهنود الذين يعيشون في الأسر النووية مقابل الأسر الممتدة (Chakrabarti, Biswas, Chattopadhyay, & Saha, 1998).

وفي علاقة القلق والشخصية برتبة المولد Birth order أجريت دراسات كثيرة، وكشف تقرير مبكر (Ring, Lipinski, & Braginsky, 1965) عن دليل قوي على أن الحاجة إلى التقدير الذاتي كانت أعلى لدى من ولدوا في رتبة أولى، في حين كان لدى من ولدوا في رتبة متأخرة حاجة قوية إلى خفض القلق. وفي وقت أحدث أورد «بنك» (Buunk, 1997) أن من ولدوا في رتبة متأخرة كانوا أكثر شعوراً بالغيرة (اعتماداً على ثلاثة مقاييس) بالمقارنة إلى من كانت لهم رتبة مولد أولى. وقد أجرى «يانج» وصحبه دراسة مهمة في هذا المجال (Yang, Ollendick Dong, & Xia, 1995) اتضح فيها أن الأطفال الذين لهم إخوة كان التقرير الذاتي لهم في كل من الخوف والقلق والاكتئاب أعلى من تقارير الطفل الوحيد. وأورد «مارتن وهول» (Martin & Hall, 1997) أن رتبة المولد لدى الرياضيين تتوسط تقديراتهم للقلق في المواقف الرياضية التنافسية الفردية وفي فريق، حيث اتضح أن الرياضيين المولودين متأخراً أظهروا قلقاً معرفياً وجسمياً أقل في التنافس كفريق بالمقارنة إلى التنافس الفردي. كما كشفت دراسة أخرى (Plhakova & Osecka, 1994) على النساء العصابيات أن هناك كثيراً من الأخوات في رتبة المولد الوسطى، وقليلاً من الأخوات الأصغر، كما ظهر ميل – إلى حد ما – لدى الرجال العصابيين أن يختاروا زوجاتهم من الأخوات في رتب المولد الوسطى، وهناك ميل لدى النساء العصابيات إلى اختيار أزواجهن من رتب المولد الوسطى. ومع ذلك فالنتائج السلبية كثيرة، فلم يتوصل أحمد عبدالخالق ومايسة النيال (٢٠٠٢) مثلاً إلى ارتباط بين رتبة المولد وكل من العصابية والانبساط.

وفي دراسة أجراها فاروق عثمان (١٩٩٣) حول القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي والجنس والبيئة لدى طلاب الجامعة في البحرين على عينة من ١٤٠ طالباً وطالبة، بلغ متوسط أعمارهم ٢١,٩٥ سنة، لم تكشف النتائج عن فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث وبين طلاب القرية أو المدينة، ولكن طلاب كلية الآداب كانوا أكثر قلقاً بدرجة دالة بالمقارنة إلى طلاب كلية العلوم.

وأما العلاقة بين التدين وكل من الصحة النفسية والمرض النفسي فقد كانت موضوعاً لدراسات كثيرة منذ قرن من الزمان على الأقل (انظر: Al-Issa, 2000; Koenig, 1998; Maltlby, Lewis, & Day, 1999; Thorson, 1998)، ولكن ظهر أن العلاقة معقدة. فقد أجرى «روس» (Ross, 1990) دراسة عن التدين والاضطراب النفسي (أعراض الاكتئاب والقلق)، وتألفت العينة من ٤٠١ فرداً في مدينة شيكاغو. واستخدم مقياس لانجز لقياس القلق، وقياس التدين تبعاً للانتماء الديني وقوة الاعتقاد ومحتوى الاعتقاد الديني. وأسفرت النتائج عن انخفاض مستوى الاضطراب النفسي (القلق والاكتئاب) لدى الأفراد ذوي الاعتقاد الديني القوي بالمقارنة إلى أقرانهم ذوي الاعتقاد الديني المنخفض الذين كانوا أكثر اضطراباً. وأجرى عبدالرحيم غلاب ومحمد الدسوقي (١٩٩٤) دراسة على عينة قوامها ٤٥٤ من طلاب الجامعة من الجنسين في مصر، وبلغ متوسط أعمارهم ١٩,٦ سنة، ينتمون إلى الديانتين الإسلامية والمسيحية، وتمت مقارنة المتدينين جوهرياً والمتدينين ظاهرياً في الاتجاه نحو العنف وبعض خصال الشخصية. وأسفرت النتائج عن ارتباط إيجابي دال فقط بين القلق والتوجه الديني الظاهري. وقام صالح الضبع (٢٠٠٢) بدراسة عن العلاقة بين مستوى التدين والقلق العام لدى طلاب الجامعة، وتألفت العينة من ٢٤٠ طالباً سعودياً من كلية الشريعة الإسلامية وكلية العلوم الاجتماعية. وظهرت علاقة عكسية بين التدين والقلق العام، إذ حصل طلاب الشريعة الإسلامية على متوسط أعلى على مقياس التدين، وأدنى على مقياس القلق العام، في حين حصل طلاب العلوم الاجتماعية على متوسط أقل في مقياس التدين وأعلى في مقياس القلق العام.

وقد درس الباحثون تأثيرات الانهماك أو الاندماج الديني أو التدين على مختلف جوانب الصحة الجسمية والعقلية، والعجز الوظيفي، والوفاة، والأعراض الجسمية، وانتشار ضغط الدم، وانتشار السرطان، وسلوك التدخين، وشرب الكحول، والمواجهة، وتقدير الذات، والإتقان، فضلاً عن ارتباط التدين بمختلف أبعاد الصحة النفسية والمرض النفسي، مثل الرضا عن الحياة، والأعراض الاكتئابية، والقلق المزمن، والخرف، والوحدة، والسعادة،

والتوافق الانفعالي (Levin & Chatters, 1998). ويتسق مع هذه النتائج ما يذكره «ماركس» (Marks, 1978) من أن نسق المعتقدات Belief system يمكن أن يقوم بدور حيوي في تحديد نظرة الفرد إلى الاضطراب فضلاً عن أحسن طرق علاجه.

وبيّن بعض الباحثين أن التدين يمكن أن يقمع الأعراض ويعيد تطبيع الفرد، ويشجع أكثر أشكال التفكير والسلوك المتفق عليها والمقبولة اجتماعياً، ويمكن أن يمدنا الدين بمصادر لتطوير آفاق أرحب، وللتحقق الكامل لإمكانات الفرد (Wulff, 1997). ويضيف المؤلف الأخير أن التوجه الديني الداخلي ثبت أنه يرتبط إيجابياً بالرضا عن الحياة، والتوافق النفسي، وضبط النفس، والوظائف الأفضل للشخصية، وتقدير الذات، والهدف من الحياة، في حين ثبت أن التوجه الديني الداخلي يرتبط سلبياً بالقلق، وقلق الموت، والعصابية، والاكتئاب، والاندفاعية. . . إلخ.

وفي تعقيب عام على هذه الدراسات السابقة يمكن القول بأن البحوث العالمية قد شملت جوانب متعددة للقلق، وأخضعت للدراسة متغيرات كثيرة. ولكن الدراسات العربية في هذا المجال قليلة وبخاصة على المجتمع اللبناني. ومن ثم تتضح الحاجة إلى هذه الدراسة.

وفيما يختص بالدراسة الحالية، فثمة أسباب قوية لافتراض أن اللبنانيين يمكن أن يحصلوا على درجة مرتفعة من القلق بالمقارنة إلى نظرائهم من الدول العربية. فقد عانى لبنان في الأعوام ١٨٢٠، ١٨٤٠، ١٨٦٠ حروباً طائفية دامية، تركت آثاراً سلبية كبيرة. وفي عام ١٩٧٥ اندلعت الحرب الأهلية في لبنان، ولم تشمل هذه الحرب مختلف الطوائف فحسب، (يوجد في لبنان ١٩ طائفة معترفٌ بها رسمياً)، بل امتد الاقتتال أحياناً ليشمل أبناء الطائفة الواحدة.، واستمرت هذه الحرب ستة عشر عاماً أي حتى عام ١٩٩١. وخلال هذه الحروب يورد «جوناثان رندل» (١٩٨٤) أن أعمال العنف اليومية قد تحولت إلى مذابح حقيقية، فضلاً عن الخطف المتبادل بين الطوائف المتناحرة. ويعلق على ذلك بقوله: «إن هذا العنف الذي لا نهاية له قد أنهك اللبنانيين»، يضاف إلى ذلك ويتفاعل معه ويلات أخرى أهمها الاجتياح الإسرائيلي للبنان في يونيو

١٩٨٢، ومذابح صبرة وشاتيلا وما ارتكب فيهما من فظائع. ويضيف «رندل» أنه – نتيجة لاستمرار التراشق والقصف – أصبح في مقدور سكان مدينة بيروت التمييز بين أصوات المدفعية الثقيلة وبين القذائف الصاروخية. وبعد أن وضعت الحرب الأهلية في لبنان أوزارها عام ١٩٩١ واجه المواطنون آثار هذه الحرب التي تسببت في معاناة نفسية واجتماعية شديدة لمختلف شرائح المجتمع. وبعد اثنى عشر عاماً على انتهاء الحرب ما يزال اللبنانيون يعانون من آثارها المدمرة في مختلف الجوانب السياسية والاقتصادية والاجتماعية والنفسية.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة بوجه عام إلى تحديد معدلات القلق ومتعلقاته لدى عينات لبنانية من طلاب الجامعة والمدارس الثانوية من الجنسين بعد مرور ما يزيد على عقد من توقف الحرب الأهلية. وتفصيل هذه الأهداف كما يلي:

١ – بيان معدلات انتشار القلق لدى عينات من اللبنانيين.
٢ – تحديد الفروق بين طلاب المدارس الثانوية والجامعة في متغيرات الدراسة وبخاصة القلق.
٣ – فحص الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة.
٤ – استخراج الارتباطات بين القلق ومتغيرات الدراسة.
٥ – تحديد أهم منبئات القلق لدى عينات الدراسة.
٦ – تحديد معاملات الثبات والصدق لمقياس جامعة الكويت للقلق.

المنهج

العينات:

أولاً – طلاب الثانوي:

اختيرت أربع مدارس من بيروت الغربية: مدرستان حكوميتان رسميتان هما ثانوية رأس النبع وثانوية رأس بيروت، ومدرستان من المدارس الخاصة غير

المجانية وهما ثانوية الرائد وانترناشيونال كولدج، وتم الاختيار على أساس المدارس المتاحة. وبلغ حجم العينة ٥٩٩ من الذكور والإناث، منهم (٢٩٦) طالباً و(٣٠٣) طالبة، تراوحت أعمارهم بين ١٤ و١٩ عاماً. وكان متوسط أعمار الذكور ١٧,٠٨ ± ١,٢٢، ومتوسط أعمار الإناث ١٦,٨ ± ١,١٧، وقيمة ت = ٢,٣٧ وهي دالة عند مستوى ٠,٠٥.

ثانياً – طلاب الجامعة:

يوجد في بيروت عاصمة لبنان عدد من الجامعات، وقع الاختيار العمدي على الجامعة اللبنانية، والجامعة الأمريكية في بيروت، وهم يمثلون مختلف الطوائف والطبقات الاجتماعية والمناطق الجغرافية. وشملت عينات الجامعة اللبنانية طلاباً وطالبات من كلية الآداب والعلوم الإنسانية، وكلية العلوم، وكلية إدارة الأعمال. في حين شملت عينة الجامعة الأمريكية طلاباً وطالبات من كليات مختلفة في تخصصات: الهندسة والعمارة، والزراعة، والعلوم، والفنون، والاقتصاد، والتغذية، وعلم النفس، وإدارة الأعمال. وتضم الجامعة اللبنانية أساساً طلاباً من الطبقة الفقيرة ودنيا الوسطى، في حين تشمل الجامعة الأمريكية طلاباً من الطبقتين عليا الوسطى، والعليا. وبلغ حجم العينة ٩٠٤ طالباً وطالبة، منهم (٤٥٣) طالباً و(٤٥١) طالبة، تراوحت أعمارهم بين ١٦ و٣٠ عاماً، ولكن تكرارات الأعمار التي تزيد على ٢٤ عاماً كانت قليلة. وكان متوسط أعمار الذكور ٢٠,٥٣ ± ٢,٢٠، والإناث ٢٠,٢٧ ± ٣,٨١، ولم تكن قيمة «ت» بين المتوسطين دالة إحصائياً.

وفيما يختص بتوزيع «الديانة» – وهو متغير مهم في بلد كلبنان – فقد كانت نسبة المسلمين ٩٨,٤٪، و٩٧,٥٪ من طلبة المدارس الثانوية وطالباتها على التوالي. وفي عينة طلاب الجامعة من الجنسين كانت نسبة المسلمين ٤٧,٧٪، و٤٢,٣٪، ونسبة المسيحيين ٤٣,٥٪، و٤٨,٥٪ من الذكور والإناث على التوالي. ومن ناحية أخرى كانت أعداد اليهود والدروز والأرمن قليلة في العينة الكلية. وعلى الرغم من وجود فروق بين العينات في النسب المئوية للديانات في كل منها فإن معاملات الارتباط بين الديانة وبقية متغيرات الدراسة لم تكن دالة إحصائياً.

أدوات الدراسة:

أولاً – مقياس جامعة الكويت للقلق:

وهو من وضع عبدالخالق (Abdel-Khalek, 2000)، ويتكون من عشرين عبارة مختصرة للتقدير الذاتي، ويهدف إلى تقدير الفروق الفردية في سمة القلق لدى الراشدين وبخاصة طلاب المرحلة الثانوية والجامعة. ويجاب عن عبارات المقياس على أساس أربع فئات على طريقة «ليكرت» (نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً). وتقدر هذه البدائل – على التوالي – عبر مدى يتراوح بين ١–٤ درجات. وقد حسبت معاملات الثبات والصدق بطرق متعددة على عينات كويتية ومصرية وسورية وأمريكية، وظهر أنها مرتفعة.

وأجرى بدر الأنصاري (٢٠٠٢) على هذا المقياس دراسة شاملة على عينات كبيرة الحجم من طلاب جامعة الكويت، وظهر أن معاملات ثباته وصدقه مرتفعة، فقد تراوحت معاملات الثبات بطرق عدة بين ٠,٧٦ – ٠,٩٣ وتراوحت الارتباطات بين هذا المقياس ومقاييس كل من العصابية وسمة القلق من وضع «سبيلبيرجر» وصحبه بين ٠,٤٦ – ٠,٨٤، وقد حدد هذا المؤلف ارتباطات المقياس بعدد كبير من المتغيرات مثل التشاؤم، والاكتئاب، والعصابية، والغضب، واليأس، والاهتمام بالصحة، والتحولية، والسيكوباتية، والعدوان، والانعصاب، والتفكير الانتحاري، والتمركز حول الذات، وإيذاء الذات، والوسواس القهري، وقلق علاج الأسنان، والخوف من علاج الأسنان (ارتباطات إيجابية)، والتفاؤل وحب الاستطلاع (ارتباطات سلبية). كما استخدم المقياس في دراسة على عينات سورية من طلاب الجامعة من الجنسين كشفت عن ارتفاع ثباته وصدقه، حيث تراوحت معاملات ثبات المقياس بطريقتي ألفا وإعادة التطبيق بين ٠,٨١ – ٠,٩٢، وتراوحت الارتباطات بين هذا المقياس وسمة القلق (سبيلبيرجر وزملاؤه) بين ٠,٦٢ و٠,٦٤ (Abdel-Khalek & Rudwan, 2001). وفي دراسة على طالبات كويتيات في المرحلة الثانوية طبق مقياس جامعة الكويت للقلق على المجموعة التجريبية قبل ست جلسات من تمرينات الاسترخاء وبعدها، فانخفض متوسط مقياس القلق انخفاضاً دالاً إحصائياً بعد هذه التمرينات؛ مما يشير إلى حساسية المقياس للتأثر بتمرينات الاسترخاء (الحويلة وعبدالخالق، ٢٠٠٠).

وتجدر الإشارة إلى أن هذا المقياس لم يستخدم من قبل على عينات من لبنان، ولذا فمن الأهمية بمكان أن تحدد معاملات ثباته وصدقه على العينات اللبنانية. ويبين جدول رقم (٢) معاملات الثبات بطريقتين، علماً بأن طريقة التطبيق وإعادته تمت عبر فاصل زمني يتراوح بين أسبوع وأسبوعين. وتعد معاملات الثبات مرتفعة بوجه عام.

جدول رقم (١)

معاملات ثبات مقياس جامعة الكويت للقلق لدى أربع عينات لبنانية

طريقة الثبات	طلاب الثانوي			طلاب الجامعة		
	ذكور ن = ٦٠	إناث ن = ٦٠	الجنسين ن = ١٢٠	ذكور ن = ٥٣	إناث ن = ٥٢	الجنسين ن = ١٠٥
ألفا	٠,٨٥	٠,٨٤	٠,٨٦	٠,٩٢	٠,٩٢	٠,٩٢
إعادة التطبيق	٠,٧٤	٠,٨٤	٠,٨٧	٠,٧٢	٠,٨٣	٠,٧٧

ولحساب الصدق طبق مقياس جامعة الكويت للقلق والصيغة العربية من مقياس سمة القلق من تاليف «سبيلبيرجر» وزملائه (Spielberger et al., 1983) وإعداد عبدالخالق (١٩٩٢)، ومقياس «هوبكنز» للقلق من تأليف «ديروجاتس» وزملائه (Derogatis, Limpman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974) في صيغته العربية التي أعدها جاسم الخواجة (١٩٩٥). وتتسم القائمتان الأخيرتان بخواص سيكومترية جيدة.

وقد طبقت المقاييس الثلاثة على طلاب المدارس الثانوية من الجنسين (ن=١٠٥)، وحسبت معاملات الارتباط المتبادلة، وحللت عاملياً بطريقة المكونات الأساسية. ويبين جدول رقم (٢) أن معاملات الارتباط بين مقياس جامعة الكويت للقلق والمحكين المستخدمين دالة إحصائياً؛ إشارة إلى ارتفاع الصدق المرتبط بالمحك، كما تبين نتيجة التحليل العاملي ارتفاع الصدق العاملي لمقياس جامعة الكويت للقلق. وتنطبق النتيجة نفسها على عينة من طلاب الجامعة (انظر جدول رقم ٣).

جدول رقم (٢)

معاملات الارتباط المتبادلة بين ثلاثة مقاييس للقلق لدى طلاب الثانوي اللبنانيين الذكور (ن=٥٢، المصفوفة السفلى) والإناث (ن=٥٣، المصفوفة العليا)

المقاييس	معاملات الارتباط*			العامل الأول	
	١	٢	٣	ذكور	إناث
جامعة الكويت للقلق	–	٠,٥٣	٠,٧١	٠,٨٥	٠,٨٧
سبيلبيرجر للقلق	٠,٦٦	–	٠,٦٣	٠,٨٩	٠,٨٣
هوبكنز للقلق	٠,٥٠	٠,٦٠	–	٠,٨٢	٠,٩١
الجذر الكامن				٢,١٨	٢,٢٥
٪ للتباين				٧٢,٥٨	٨٥,٠٣

* كل الارتباطات دالة عند مستوى ٠,٠١ (اختبار الذيلين).

جدول رقم (٣)

معاملات الارتباط المتبادلة بين ثلاثة مقاييس للقلق لدى طلاب الجامعة اللبنانيين الذكور (ن=٥١، المصفوفة السفلى) والإناث (ن=٥٥، المصفوفة العليا)

المقاييس	معاملات الارتباط*			العامل الأول	
	١	٢	٣	ذكور	إناث
جامعة الكويت للقلق	–	٠,٦٩	٠,٧٨	٠,٩٤	٠,٩٤
سبيلبيرجر للقلق	٠,٧٧	–	٠,٦٠	٠,٩٠	٠,٨٤
هوبكنز للقلق	٠,٨٥	٠,٧٣	–	٠,٩٣	٠,٩١
الجذر الكامن				٢,٥٦	٢,٤١
٪ للتباين				٨٥,٢٧	٨٠,٣٧

* كل الارتباطات دالة عند مستوى ٠,٠١ (اختبار الذيلين).

وحيث إن مقياس جامعة الكويت للقلق لم يسبق استخدامه مع عينات لبنانية كما أسلفنا، فمن المهم أن نتعرف التركيب العاملي له، ولتحقيق هذا الهدف طبق المقياس على عينتي طلاب المدارس الثانوية (ن=٥٩٩) والجامعة (ن=٩٠٤)، وحللت معاملات الارتباط المتبادلة بين البنود (٢٠ × ٢٠) تحليلاً عاملياً بطريقة المكونات الأساسية، ووضع واحد صحيح في الخلايا القطرية، واتبع معيار الجذر الكامن ⩾ ١,٠ لتحديد عدد العوامل الدالة، ثم أديرت العوامل المستخرجة تدويراً مائلاً بطريقة «أوبلمن» (SPSS, 1990). وقد حللت مصفوفتا الذكور والإناث في عينتي طلاب الثانوي والجامعة بشكل مستقل (أربعة تحليلات)، ومع ذلك ظهر تشابه كبير بين عوامل الجنسين، فأعيد التحليل العاملي لعينتي المدارس الثانوية من الجنسين مجتمعتين ومثلها لطلاب الجامعة، (تحليلان مستقلان).

وقد وضعت ثلاثة معايير لتحديد جوهرية العامل، أولها الجذر الكامن ⩾ ١,٠، وثانيها التشبع الجوهري ⩾ ٠,٤٥ (لإمكان عقد المقارنة مع الدراسة الأصلية على المقياس)، وثالثها وجود ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل بالعامل اعتماداً على المعيار المتخذ. وبتطبيق هذه المعايير الثلاثة استخرجت ثلاثة عوامل في كل من المصفوفتين، استوعبت ٣٦,٤٥٪، و٤٤,٧٦٪ من التباين المشترك في مصفوفتي طلاب الثانوي والجامعة على التوالي (انظر جدول رقم ٤).

وتراوحت تشبعات العامل قبل التدوير في جدول رقم (٤) بين ٠,٣٥، و٠,٧٢ (طلاب الثانوي)، وبين ٠,٢٩ و٠,٧٤ (طلاب الجامعة)، ومعظم التشبعات جوهرية. وقد أشار اختبار «سكري» Scree test إلى وجود عامل أول قوي قبل التدوير، له جذر كامن مرتفع: «لامدا» Lambda ١ = ٥,٥٧، استوعب قدراً كبيراً من التباين المشترك قدره ٢٧,٨٥٪ لدى طلاب الثانوي، أما قيمة «لامدا» ١ في مصفوفة طلاب الجامعة فكانت ٦,٣٤ مثلث ٣١,٧٢٪ من التباين المشترك. ومن الممكن أن نفترض – وفق هذه النتائج – إمكانية استخراج عامل عام من الرتبة الثانية، ولكن التحقق من هذا الافتراض يحتاج إلى دراسة أخرى.

جدول رقم (٤)

العوامل المستخرجة من مقياس جامعة الكويت للقلق لدى طلاب الثانوي والجامعة قبل التدوير (العامل الأول) وبعد التدوير المائل بطريقة أوبلمن (ثلاثة عوامل)

م	العبارات	عوامل الثانوي قبل التدوير وبعده				عوامل الجامعة قبل التدوير وبعده			
		قبل	بعد			قبل	بعد		
		١	١	٢	٣	١	١	٢	٣
١	أعصابي مشدودة	٠,٤٢	٠,٠٩	٠,٠٥	٠,٧٧	٠,٥٧	٠,٠١	٠,١١	٠,٧٢
٢	أشعر بالخوف	٠,٥٠	٠,٢١	٠,٣١	٠,٠٤	٠,٥٥	٠,٢١	٠,٣٣	٠,٠٤
٣	أعاني من ضيق في التنفس	٠,٣٦	٠,٢٠	٠,٦٠	٠,١٨	٠,٤٤	٠,٠٤	٠,٦٣	٠,٠٣
٤	أفكر في أمور مزعجة	٠,٥٣	٠,١٠	٠,١٧	٠,٠٦	٠,٦٠	٠,٥٧	٠,٠١	٠,٠٨
٥	قلبي يدق بسرعة	٠,٣٥	٠,١٧	٠,٧٤	٠,٠٥	٠,٤٨	٠,٠٠	٠,٧١	٠,٠٠
٦	أصاب بدوخة أو دوار	٠,٣٥	٠,٠٧	٠,٤٦	٠,٠٥	٠,٣٣	٠,٠٦	٠,٦٣	٠,٠١
٧	أتوقع أن تحدث أشياء سيئة	٠,٥٠	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٠	٠,٥٥	٠,٦٩	٠,٠٣	٠,١١
٨	أنا شخص عصبي	٠,٥٣	٠,٠٨	٠,٠٧	٠,٧٥	٠,٥٦	٠,١١	٠,١٠	٠,٨٩
٩	دقات قلبي غير منتظمة	٠,٤٣	٠,٠٩	٠,٦٩	٠,١٣	٠,٤٦	٠,٠٢	٠,٧٨	٠,٠٤
١٠	أشعر بالعصبية	٠,٤٠	٠,٠٣	٠,٠٠	٠,١٥	٠,٢٩	٠,٠١	٠,٠٠	٠,٠٧
١١	أخاف أن أفقد السيطرة على نفسي	٠,٤٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,١٥	٠,٥٣	٠,١٢	٠,٠٢	٠,٤٧
١٢	أنا متوتر	٠,٧٢	٠,٢٣	٠,١١	٠,٥٣	٠,٧٤	٠,٢٨	٠,١٦	٠,٥٢
١٣	أشعر بالقلق	٠,٦٦	٠,٣٤	٠,٠٩	٠,١٦	٠,٧٢	٠,٥١	٠,٢١	٠,١٤
١٤	أنا غير مرتاح	٠,٧١	٠,٤٦	٠,١٥	٠,٢٢	٠,٧٤	٠,٦٧	٠,٠٨	٠,١٧
١٥	المستقبل يقلقني	٠,٥١	٠,٦٣	٠,١٤	٠,٠٩	٠,٥٠	٠,٦١	٠,٠٤	٠,٠٩

تابع جدول رقم (٤)

العوامل المستخرجة من مقياس جامعة الكويت للقلق لدى طلاب الثانوي والجامعة قبل التدوير (العامل الأول) وبعد التدوير المائل بطريقة أوبلمن (ثلاثة عوامل)

م	العبارات	عوامل الثانوي قبل التدوير وبعده				عوامل الجامعة قبل التدوير وبعده			
		قبل	بعد			قبل	بعد		
		١	١	٢	٣	١	١	٢	٣
١٦	أشعر بأنني متقلب (غير ثابت)	٠,٥٦	٠,٨٠	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٥٤	٠,٦٩	٠,٠٣	٠,٠١
١٧	عضلاتي متوترة	٠,٤٩	٠,٤٧	٠,٢٥	٠,٤١	٠,٥٧	٠,١٣	٠,٣٤	٠,٣٧
١٨	أنا متنرفز	٠,٦٣	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٧١	٠,٦٧	٠,١٢	٠,٠٤	٠,٧٢
١٩	أشعر بالانزعاج	٠,٦٣	٠,٢٥	٠,٠٣	٠,٤٣	٠,٦٤	٠,٦٠	٠,٠٦	٠,٢٤
٢٠	أنا متململ (غير مستقر)	٠,٦٤	٠,٧٦	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٥٦	٠,٧١	٠,٠٢	٠,٠٠
	الجذر الكامن	٥,٥٧	٢,٦٩	٢,٦١	١,٩٨	٦,٣٤	٣,٦٦	٢,٩٠	٢,٣٩
	٪ للتباين	٢٧,٨٥	١٣,٤٧	١٣,٠٧	٩,٩١	٣١,٧٢	١٨,٣١	١٤,٥١	١١,٩٥

ومن ملاحظة جدول رقم (٤) يتضح أنه يمكن تفسير العوامل الثلاثة لطلاب الثانوي والجامعة بأنها: (١) القلق المعرفي الوجداني، (٢) القلق الجسدي، (٣) القلق السلوكي الذاتي. ويلاحظ أن العامل الثالث (أربعة تشبعات دالة) متطابق بين المجموعتين، كما تتطابق تشبعات العامل الثاني في المجموعتين إلا واحدا. في حين أن العامل الأول في عينة طلاب الجامعة يستوعب تشبعات جوهرية أكثر من مقابلاتها في عينة طلاب الثانوي (٨ مقابل ٥ على التوالي). وتشبه هذه العوامل إلى حد كبير نظيرتها في الدراسة الأصلية للمقياس (Abdel-Khalek, 2000)، وكذلك العوامل التي استخرجها بدر الأنصاري (٢٠٠٢) على عينات متعددة من طلاب جامعة الكويت من الجنسين.

وكانت معاملات الارتباط بين العوامل الثلاثة المائلة كما يلي: ر١،٢=٠,٢٦ ، ر١،٣=٠,٣٠ ، ر٢،٣=٠,١٧ (طلاب الثانوي)، وبين ر١،٢=٠,٣٤ ، ر١،٣=٠,٤٥ ، ر٢,٣=٠,٣٥ (طلاب الجامعة)، وتشير معاملات الارتباط هذه إلى ارتباطات متوسطة بين العوامل.

وبالنظر إلى هذه النتائج يمكن القول بأن مقياس جامعة الكويت للقلق صالح للاستخدام مع العينات اللبنانية نظراً لثباته وصدقه المرتفعين، وتركيبه العاملي المتسق مع الدراسة الأصلية على المقياس.

ثانياً – المتغيرات الاجتماعية:

١ – العمر.

٢ – عدد الإخوة والأخوات.

٣ – رتبة المولد (الكبير = ١).

٤ – عدد الأصدقاء المقربين.

ثالثاً – التقدير الذاتي للصحة والتدين:

قيس كل من الصحة الجسمية والصحة النفسية والتدين بثلاثة مقاييس تقرير ذاتي رقمية مستقلة، تبدأ من صفر (أقل درجة) إلى ١٠ (أعلى درجة)، ووضع كل مقياس من مقاييس التقدير في صورة شكل بياني عبارة عن خط أفقي مستقيم يمثل الدرجات من صفر – ١٠، ويطلب من المشارك أن يقدر نفسه بوضع دائرة حول أحد هذه الأرقام. وتشير الدرجة المرتفعة على أي من هذه المقاييس الثلاثة إلى ارتفاع تقدير كل من الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والتدين وقد طبقت مقاييس التقدير الذاتي لكل من الصحة الجسمية والصحة النفسية والتدين على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين ثم أعيد تطبيقها على العينة نفسها (ن = ٨٧) بعد أسبوع، وكانت معاملات إعادة التطبيق ٠,٧٧ ، ٠,٧٧ ، ٠,٨٩ على التوالي، وكلها معاملات مقبولة.

رابعاً – المتغيرات المتصلة بعادات النوم:

١ – عدد ساعات النوم ليلاً في المتوسط، ويقاس بالساعات وكسورها.

٢ – النوم أو الإغفاءة أثناء النهار، ويجاب عنها باختيار «نعم» أو «لا».

٣ – في حالة الإجابة «نعم» عن السؤال السابق يطلب من المبحوث أن يذكر عدد الساعات.

٤ – تقدير المشارك لمدى كفاية كمية نومه، ويجاب عنه: «نعم»، إلى حد ما، «لا»، وتصحح بأوزان: ٣ ، ٢ ، ١ على التوالي.

خامساً – التعاطي والتدخين:

١ – استخدام دواء منوم.

٢ – تعاطي المخدرات.

٣ – شرب الخمر.

٤ – تدخين السجائر.

وقد وضعت هذه المتغيرات الأربعة في شكل أسئلة، يجاب عن كل سؤال منها كما يلي: «لا، أحياناً، نعم»، تصحح بأوزان ثلاثة هي: ١، ٢، ٣.

سادساً – العلاج من أمراض جسمية أو نفسية:

وضع سؤالان بهذا الخصوص كما يلي: هل تعالج من أمراض جسمية؟ وهل تعالج من أمراض نفسية؟ ويجاب عنهما: «نعم» أو «لا».

إجراءات التطبيق:

طبق مقياس القلق وبقية المتغيرات السابق تحديدها في الفقرة السابقة في جلسة قياس جمعي: الفصل الدراسي في المدرسة الثانوية أو المحاضرة في الجامعة. ولم يطلب من المشاركين كتابة أسمائهم، ولكن طلب منهم كتابة الجنسية، وفي التحليل النهائي استبعدت أوراق غير اللبنانيين لأن هدف هذه الدراسة يقتصر على اللبنانيين وحدهم.

النتائج

يبين جدول رقم (٥) أهم الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة على عينتي طلاب الثانوي والجامعة. ومن ملاحظة جدول رقم (٥) يتضح أن الفروق الدالة إحصائياً توجد في متغيرات كثيرة، وحتى يمكن تحديد هذه المتغيرات بصورة أوضح – واعتماداً على البيانات الواردة في جدول رقم (٥) يقدم جدول (٦) أهم المتغيرات الدالة.

جدول رقم (٥)
المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمتغيرات الدراسة لدى العينات اللبنانية الأربع

م	المتغيرات	طلاب ثانوي				ت	طلاب جامعة				ت
		(ذكور ن=٢٩٦)		(إناث ن=٣٠٣)			(ذكور ن=٤٥٣)		(إناث ن=٤٥١)		
		م	ع	م	ع		م	ع	م	ع	
١	العمر	١٧,٠٨	١,٢٢	١٦,٨٢	١,١٧	٢,٣٧*	٢٠,٥٣	٢,٢٠	٢٠,٢٧	٣,٨١	١,١٢
٢	عدد الإخوة والأخوات	٣,٨٢	١,٩٠	٤,٢٥	١,٥٨	٢,٧٠**	٣,٧١	٢,٤١	٣,٤٤	١,٩٦	١,٦٥
٣	رتبة المولد	٢,٨٤	٢,٠٢	٢,٦٠	١,٥٧	١,٤٣	٢,٥٧	١,٨٩	٢,٣٩	١,٦٩	١,٣١
٤	عدد الأصدقاء المقربين	٩,٦٩	١٩,١٨	٢,٩٥	٣,٥٨	٥,٢٦***	٩,٣٥	١٨,٨٥	٤,٣٣	١٠,٢٣	٤,٣٢***
٥	تقدير الصحة الجسمية	٧,٠٦	٢,٠٣	٦,١١	٢,١٠	٥,٠٤***	٧,٧٠	١,٩١	٦,٩١	١,٩٤	٥,٣٦***
٦	تقدير الصحة النفسية	٦,٦٦	٢,٢٢	٥,٠٣	٢,٣٥	٧,٧٨***	٦,٨٨	٢,٣٢	٥,٩٦	٢,٣٢	٥,٢٩***
٧	درجة التدين	٥,٦٤	٢,٦٣	٥,٩٢	٢,٠٣	١,٢٩	٥,٥٦	٢,٨٢	٦,٦٠	٢,٣١	٥,٢٧***
٨	ساعات النوم ليلاً	٧,٤٥	١,٩٠	٧,٤٠	١,٨٥	٠,٣٣	٦,٩٩	١,٧٩	٧,٣٧	١,٥٧	٣,٠١**
٩	النوم نهاراً (نعم/لا)	١,٦٣	٠,٤٨	١,٥٧	٠,٥٠	١,٣٩	١,٦١	٠,٤٩	١,٦٦	٠,٤٧	١,٣٢
١٠	ساعات النوم نهارا	٢,٣٩	١,٤٦	٢,٠٢	٠,٨٠	٢,١٠*	١,٩٢	١,٠٩	١,٨٥	١,٢٦	٠,٤٧
١١	مدى كفاية النوم	١,٨٦	٠,٧٢	٢,٠٥	٠,٧٣	٢,٧٦**	١,٧٦	٠,٧٥	١,٨٠	٠,٧١	٠,٧١
١٢	استخدام دواء منوم	١,٠٣	٠,١٦	١,٠٧	٠,٣٠	٢,٠٤*	١,٠٣	٠,١٩	١,٠٤	٠,٢٠	١,٠١

تابع/ جدول رقم (٥)
المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) لمتغيرات الدراسة لدى العينات اللبنانية الأربع

م	المتغيرات	طلاب ثانوي				ت	طلاب جامعة				ت
		(ذكور ن=٢٩٦)		(إناث ن=٣٠٣)			(ذكور ن=٤٥٣)		(إناث ن=٤٥١)		
		م	ع	م	ع		م	ع	م	ع	
١٣	تعاطي المخدرات	١,٠٤	٠,٢٥	١,٠٠	٠,٠٠	٢,٣٥*	١,٠٥	٠,٢٦	١,٠١	٠,٠٨	٢,٩٢**
١٤	شرب الخمر	١,١٧	٠,٤٨	١,٠٩	٠,٣٣	٢,٠٠*	١,٥٢	٠,٧١	١,٢٩	٠,٥٢	٤,٩٢***
١٥	تدخين السجائر	١,٢٣	٠,٥٥	١,٣٧	٠,٦٥	٢,٥٨**	١,٤١	٠,٧٠	١,١٩	٠,٥٠	٤,٦٥***
١٦	العلاج من أمراض جسمية	١,٠٨	٠,٢٨	١,٢٧	٠,٤٥	٥,٥٦***	١,٠٩	٠,٢٨	١,٢٢	٠,٤٢	٥,١١***
١٧	العلاج من أمراض نفسية	١,٠٢	٠,١٥	١,١١	٠,٣٢	٤,٠٩***	١,٠١	٠,١٢	١,٠٣	٠,١٦	١,١١
١٨	مقياس القلق	٣٧,٧٨	٨,٨٤	٤٣,٢٧	٩,٠٥	٦,٧٢***	٣٦,٢٦	٩,١٠	٣٨,٢٤	٩,٠٠	٢,٨٨**

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ** دال عند مستوى ٠,٠١ *** دال عند مستوى ٠,٠٠١

جدول رقم (٦)
المتغيرات ذات الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين

طلاب الثانوي	
متغيرات أعلى جوهرياً لدى الذكور	**متغيرات أعلى جوهرياً لدى الإناث**
١ – العمر	١ – عدد الإخوة والأخوات
٢ – عدد الأصدقاء المقربين	٢ – مدى كفاية النوم
٣ – تقدير الصحة الجسمية	٣ – استخدام دواء منوم
٤ – تقدير الصحة النفسية	٤ – تدخين السجائر
٥ – ساعات النوم نهارا	٥ – العلاج من أمراض جسمية
٦ – تعاطي المخدرات	٦ – العلاج من أمراض نفسية
٧ – شرب الخمر	٧ – القلق

تابع جدول رقم (٦)
المتغيرات ذات الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين

طلاب الجامعة	
متغيرات أعلى جوهرياً لدى الذكور	**متغيرات أعلى جوهرياً لدى الإناث**
١ – عدد الأصدقاء المقربين	١ – درجة التدين
٢ – تقدير الصحة الجسمية	٢ – ساعات النوم ليلا
٣ – تقدير الصحة النفسية	٣ – العلاج من أمراض جسمية
٤ – تعاطي المخدرات	٤ – القلق
٥ – شرب الخمر	
٦ – تدخين السجائر	

ومن الممكن أن نفترض – بناء على النتائج الواردة في جدول رقم (٦) – أن الاتفاق في اتجاه الفروق بين الجنسين لدى طلاب المستويين: الثانوي والجامعة يعطي تأكيداً أكبر لهذه الفروق على الرغم من اختلاف المرحلتين العمرية والدراسية بين هاتين المجموعتين، وتطبيقاً لذلك يلاحظ أن الذكور في المرحلتين الثانوية والجامعية حصلوا على متوسطات أعلى جوهرياً من الإناث في المتغيرات الخمسة الآتية: عند الأصدقاء المقربين، وتقدير الصحة الجسمية، وتقدير الصحة النفسية، وتعاطي المخدرات، وشرب الخمر. ومن ناحية ثانية فإن الإناث من طالبات المدارس الثانوية والجامعة حصلن على متوسط أعلى في القلق بالمقارنة إلى الذكور.

وقد حددت معدلات انتشار القلق في هذه الدراسة تحديداً تحكمياً بأنها النسبة المئوية للأفراد الذين حصلوا على المئين Percentile ٩٥ وما بعده، وبتطبيق هذا المعيار اتضح أن ٥,٦٪ ، ٥,٧٪ لدى طلاب الثانوي وطالباته، و٥٪ ، ٥,٢٪ من طلاب الجامعة الذكور والإناث على التوالي قد حصلوا على المئين ٩٥ وما بعده.

جدول رقم (٧)
معاملات الارتباط بين القلق والمتغيرات
الاجتماعية والنفسية لدى العينات اللبنانية الأربع

م	المتغيرات	معاملات الارتباط بمقياس القلق			
		طلاب الثانوي		طلاب الجامعة	
		ذكور (ن=٢٩٦)	إناث (ن=٣٠٣)	ذكور (ن=٤٥٣)	إناث (ن=٤٥١)
١	العمر	٠,١٣٢*	٠,٠١٢	٠,٠٨٥	-٠,٠٢١
٢	عدد الإخوة والأخوات	٠,١٥٩*	-٠,٠١٠	٠,٠٤٧	٠,١٤١**
٣	رتبة المولد	٠,٠٨٢	-٠,٠٠٢	٠,٠٢٧	٠,٠٧٩
٤	عدد الأصدقاء المقربين	٠,٠٥٩	-٠,١٣٣*	-٠,٠٦١	٠,٠٧٠
٥	تقدير الصحة الجسمية	-٠,٢١٣**	-٠,٣٥٣**	-٠,٢٧٤**	-٠,٢١٢**
٦	تقدير الصحة النفسية	-٠,٣٠٧**	-٠,٥٣٣**	-٠,٤٨٢**	-٠,٥١١**
٧	درجة التدين	-٠,١٢١	-٠,١٠١	-٠,١٤٢**	-٠,٠٥٦
٨	ساعات النوم ليلاً	-٠,٠٩٥	-٠,٢٧٨**	-٠,١٤٨**	-٠,٠٦٣
٩	النوم نهاراً (نعم/ لا)	٠,٠٣١	-٠,٠٠٥	-٠,١٠٣	-٠,٠١٨
١٠	ساعات النوم نهاراً	٠,٠٧٧	٠,٠٣٨	-٠,١٣	٠,٠٦٨
١١	مدى كفاية النوم	-٠,٢٨١**	-٠,١٨٥**	-٠,٢٤١**	-٠,٢٠١**
١٢	استخدام دواء منوم	٠,١٥١*	٠,٢٣٥**	٠,٠٧٥	٠,١١٤*
١٣	تعاطي المخدرات	٠,٠٧٥	٠,٠٠٠	٠,٠٢٩	-٠,٠٤٩
١٤	شرب الخمر	٠,٠٥٧	٠,٢٦٢**	٠,٠٨٥	٠,٠٠١
١٥	تدخين السجائر	٠,١٧٥**	٠,٢٤٦**	٠,١٣٧*	٠,٠٦٧
١٦	العلاج من أمراض جسمية	٠,٢٢١**	٠,١٧٠**	٠,١٢٣*	٠,١٢٩*
١٧	العلاج من أمراض نفسية	٠,١٩٧**	٠,٢٧٢**	٠,١١٣*	٠,٠٦٩

* دال عند مستوى ٠,٠٥ (اختبار الذيلين). ** دال عند مستوى ٠,٠١ (اختبار الذيلين).

ويبين جدول رقم (٧) الارتباطات بين مقياس جامعة الكويت للقلق وبقية المتغيرات، ويشمل هذا الجدول معاملات ارتباط كثيرة دالة إحصائياً، ومع ذلك نركز على الاتفاق بين العينات الأربع ويظهر ذلك في جانبين:

أ – الارتباطات السلبية بين القلق وكل من: تقدير الصحة الجسمية، وتقدير الصحة النفسية، ومدى كفاية النوم، فكلما ارتفع مستوى القلق نقصت تقديرات هذه المتغيرات الثلاثة، ومن ناحية أخرى فإن الارتباط موجب بين القلق والعلاج من أمراض جسمية.

ب – الارتباط غير دال إحصائياً بين القلق وكل من: رتبة المولد، والنوم أو الإغفاءة نهاراً، وساعات النوم نهاراً، وتعاطي المخدرات.

ومن النتائج التي تلي ذلك في الأهمية نظراً لعدم الاتفاق التام فيها بين العينات الأربع ما يلي: الارتباط الموجب بين القلق وعدد الإخوة والأخوات (طلبة الثانوي وطالبات الجامعة فقط)، والارتباط السالب بين القلق وعدد الأصدقاء (طالبات الثانوي فقط)، والارتباط السالب بين القلق والتدين (طلبة الجامعة فقط)، والارتباط السالب بين القلق وعدد ساعات النوم ليلاً (عينتا إناث الثانوي وذكور الجامعة فقط). والارتباطات الموجبة بين القلق وكل من: استخدام دواء منوم، وشرب الخمر، وتدخين السجائر، والعلاج من أمراض نفسية لدى بعض العينات دون بعضها الآخر.

ثم حسبت معاملات الارتباط المتبادلة بين كل متغيرات الدراسة (١٨ × ١٨ متغيراً)، وحللت عاملياً، وأديرت العوامل بأكثر من طريقة. ولكن النتائج التي أسفر عنها هذا التحليل كانت شديدة الغموض. ومن ثم استبعد هذا التحليل، واكتفى بحساب تحليل الانحدار والارتباط المتعدد.

واستخدم تحليل الانحدار لبيان أثر المتغيرات المستقلة (التفسيرية) السبعة عشر (انظر جدول رقم ٧) على المتغير التابع وهو القلق، حيث دالة الانحدار هي توليفة خطية من المتغيرات المستقلة تختار لقوتها وتأثيرها على المتغير التابع، وشكل هذه الدالة الخطية كما يلي:

$$Y_j = B_0 + B_1X_{1j} + B_2X_{2j} + ... + B_kX_{kj}$$

حيث: Y_{ij} قيمة التابع للمفردة j،

B_0 الثابت،

B_i معاملات الانحدار (أوزان) للمتغير المستقل i،

X_{ij} المتغير المستقل i للمفردة j.

وباستخدام طريقة الانحدار المتدرج Stepwise regression (حيث تدخل المتغيرات المستقلة في النموذج حسب قدرتها على التمييز والتأثير على المتغير التابع بالترتيب)، وبتحديد مستوى دلالة ٥٪ معياراً لدخول المتغيرات المستقلة في النموذج، وبالتطبيق على البيانات باستخدام مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، أمكن الحصول على أفضل نموذج انحدار يتوافق مع البيانات التي استخدمت في هذه الدراسة؛ حيث تم التوصل إلى النتائج الواردة في جدول رقم (٨).

ويتضح أن النموذج عالي المعنوية جداً، ويفسر ٢٦,٣٪ من التباين الكلي للمتغير التابع، وأن هناك أربعة متغيرات مستقلة مهمة ومعنوية عند مستوى ٥٪ وهي بالترتيب: تقدير الصحة النفسية، والعلاج من أمراض نفسية، والجنس الأنثوي، والعلاج من أمراض جسمية، في حين لم تثبت معنوية ثلاثة عشر متغيراً هي بقية المتغيرات السبعة عشر. ويوضح الجدول رقم (٨) ملخصاً لنتائج الانحدار المتدرج لأهم المتغيرات التفسيرية المؤثرة على القلق لطلبة الثانوي.

جدول رقم (٨)

ملخص نتائج الانحدار المتدرج لطلاب الثانوي

الترتيب	المتغير	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	الخطأ المعياري SE	معنوية ت t	نسبة التفسير R^2
١	تقدير الصحة النفسية	-١,٠٦٤	-٠,٣١٢	٠,٢٤٢	**	٠,١٦٠
٢	العلاج من أمراض نفسية	٥,٢٠٢	٠,١٩١	١,٨٤٤	**	٠,٠٤٩
٣	الجنس (أنثى)	٢,٧١٩	٠,١٦٣	١,٢٣٧	**	٠,٠٣٦
٤	العلاج من أمراض جسمية	٢,٨٩٦	٠,١٣٨	١,٤٤٢	*	٠,٠١٨
	الثابت (أ)	٣٣,٤٤٢	٠,٠٠٠	٣,٤٥٨	**	

(أ) الثابت يعني المستوى الأدنى للمتغير التابع فيما لو كانت كافة المتغيرات التفسيرية أصفاراً (غير مؤثرة).

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

معامل التحديد وهو نسبة ما تفسره المتغيرات المستقلة من التابع R^2 = ٠,٢٦٣.

الخطأ المعياري للتقدير SE = ٧,٢٣٦.

نسبة ف = ١٥,٠٧

مستوى الدلالة لاختبار ف = ٠,٠٠٠١.

ويتضح من نتائج الانحدار المتدرج أن أهم متغير يؤثر على التابع هو تقدير الصحة النفسية، ويفسر من المتغير التابع ١٦٪ من التغيرات في القلق، ثم يلي ذلك في الأهمية متغير العلاج من أمراض نفسية ويفسر ٥٪، ثم يأتي الجنس الأنثوي، والعلاج من أمراض جسمية في المرتبتين الثالثة والرابعة من الأهمية، ويفسران ٤٪ و٢٪ على الترتيب.

وتجدر الإشارة إلى أن درجة الثقة المرتبطة بنموذج الانحدار السابق الإشارة إليه في جدول رقم (٨) عالية جداً (٩٩,٩٪) بحيث يمكن الثقة في استخدام النموذج لتفسير الظاهرة محل الدراسة في المجتمع اللبناني.

تم استخدام تحليل الانحدار المتدرج مع بيانات طلاب الجامعة من الجنسين بالطريقة ذاتها كما في طلاب الثانوي. ويبين جدول رقم (٩) نتيجة هذا

التحليل. ويتضح أن النموذج عالي المعنوية جداً؛ إذ يفسر ٣٣,٨٪ من التباين الكلي للمتغير التابع (القلق)، وأن هناك أربعة متغيرات مستقلة ومهمة ومعنوية عند مستوى ٥٪ وهي بالترتيب: تقدير الصحة النفسية، والعلاج من أمراض نفسية، ومدى كفاية النوم، وتدخين السجائر، في حين لم تثبت معنوية المتغيرات الثلاثة عشر الأخرى. ويوضح جدول رقم (٩) نتائج تحليل الانحدار المتدرج.

جدول رقم (٩)
ملخص نتائج الانحدار المتدرج لطلاب الجامعة

	المتغير	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	الخطأ المعياري SE	معنوية ت t	نسبة التفسير R^2
١	تقدير الصحة النفسية	١,٧٨٦-	٠,٤٨٧-	٠,٢٠٥	٠,٠٠٠١	٠,٢٦٦
٢	العلاج من أمراض نفسية	٤,٣٠٠	٠,٢٠٠	١,١٨٧	٠,٠٠٠١	٠,٠٤٠
٣	مدى كفاية النوم	١,٧٩٨	٠,١٤٢	٠,٧٠٧	٠,٠١٢	٠,٠٢٠
٤	تدخين السجائر	١,٥٤٠	٠,١١٣	٠,٧٤٩	٠,٠٤١	٠,٠١٣
	الثابت (أ)	٣٨,٦٠٦	٠,٠٠٠	٢,٦٢٩	٠,٠٠٠١	

ومن ملاحظة جدول رقم (٩) يتضح من نتائج الانحدار المتدرج أن أهم متغير يؤثر على المتغير التابع هو التقدير الذاتي للصحة النفسية (سلباً)، ويفسر ٢٦,٦٪ من التغيرات في القلق، ثم يلي ذلك في الأهمية متغير العلاج من أمراض نفسية، ويفسر ٤٪، ثم يأتي متغير مدى كفاية النوم، ومتغير تدخين السجائر في المرتبتين الثالثة والرابعة من الأهمية، ويفسران ٢٪، و١,٣٪ على الترتيب. والملاحظ أن درجة الثقة في هذا النموذج مرتفعة جداً (٩٩,٩٪).

مناقشة النتائج

من نافلة القول أن نذكر أن مدى الثقة في نتائج هذه الدراسة في فحص معدلات القلق وارتباطاته ومنبئاته – من ناحية معينة – يعتمد على دقة مقياس القلق المستخدم. وقد أسفرت النتائج عن خواص سيكومترية جيدة لمقياس

جامعة الكويت للقلق كما طبق على عينات لبنانية، إذ يمكن أن تقارن نتائج معاملات الثبات والصدق بالدراسات السابقة على المقياس على عينات كويتية وسورية حيث لم تقل النتائج الحالية عنها (انظر: الأنصاري، ٢٠٠٢؛ Abdel-Khalek & Rudwan, 2002). كما تتسق العوامل المستخرجة من التحليل العاملي للبنود العشرين للمقياس على عينات لبنانية مع العوامل المستخرجة من العينات الكويتية، وقد سميت هذه العوامل الثلاثة بالقلق: المعرفي الوجداني، والجسدي، والسلوكي الذاتي. ونظراً لعدم التطابق بين تشبعات العوامل المستخرجة وقلة عدد البنود المشبعة بكل عامل ومن ثم انخفاض ثباتها بالمقارنة إلى ثبات الدرجة الكلية فمن الأفضل التعامل مع مقياس جامعة الكويت للقلق على أنه مقياس أحادي البعد كما هو الحال مع العينات الكويتية.

وتراوحت معدلات القلق المرتفع بمعيار المئين ٩٥ وما بعده بين ٥٪، و٥,٧٪. ويجب النظر إلى هذه المعدلات في علاقتها بما يلي: (١) وسيلة القياس المستخدمة وهي الاستخبار، (٢) المعيار الإحصائي التحكمي المتخذ، فمن المؤكد أن ترتفع هذه النسب المئوية إذا اتخذ معيار تحكمي مقداره مثلاً ⩾ المئين ٩٠، (٣) العينة المستخدمة عينة طلاب في المدارس الثانوية والجامعة وليست عينة من المترددين على المستشفيات النفسية أو غيرها. ومع كل ذلك تعد المعدلات المستخرجة من هذه الدراسة (حوالي ٥٪) متفقة مع ما يذكره «شيهان» (١٩٨٨، ص٢٠).

وفيما يتعلق بمتوسطات القلق لدى اللبنانيين فقد حصلت عينتا طلاب الثانوي من الجنسين على متوسطات أعلى من نظرائهم من طلاب الجامعة، ومن المرجح أن يكون السبب في ذلك صغر أعمار طلاب الثانوي بالنسبة إلى طلاب الجامعة، ومن ثم قربهم من مرحلة المراهقة بما فيها من انفعالات جياشة وتغيرات نفسية وجسمية متسارعة بالمقارنة إلى طلاب الجامعة الذين تركوا مرحلة المراهقة بمشكلاتها المتعددة، وأصبحوا في أوائل الرشد. كما أنه يمكن افتراض أن مصادر القلق كثيرة ومتنوعة لدى طلاب الثانوي بالنسبة إلى طلاب الجامعة ومن بينها ضغوط الدراسة، وصعوبات التحصيل، والكفاح من أجل التفوق،

وأما طلاب الجامعة فقد عبروا غالباً معظم هذه الضغوط وحققوا أملهم في الالتحاق بالدراسة الجامعية. كما يمكن افتراض أن الحرية المتاحة لطلاب الجامعة تفوق نظيرتها لدى طلاب الثانوي.

وبمقارنة متوسطات القلق لدى اللبنانيين بنظرائهم الكويتيين والسوريين اتضح أن طالبات الثانوي اللبنانيات أعلى قلقاً من نظرائهن الكويتيات (ت=٤,٥٢، دالة عند مستوى ٠,٠٠٠١)، في حين كانت طالبات الجامعة الكويتيات أعلى قلقاً من اللبنانيات (ت=٣,٩٦، دالة عند مستوى ٠,٠٠٠١)، وكان طلاب الجامعة السوريين أعلى قلقاً من اللبنانيين (ت=٣,٢٤، دالة عند مستوى ٠,٠٠٢)، وكانت طالبات الجامعة السوريات أعلى في القلق من اللبنانيات (ن=٢,٩٠، دالة عند مستوى ٠,٠٠٥).

ومن المرجح أن يكون السبب في ارتفاع القلق لدى الكويتيات بالمقارنة إلى اللبنانيات وكلاهما من طلاب الجامعة راجعا إلى أن الضغوط الواقعة على اللبنانيات أقل من الكويتيات. وأما حصول طلاب الجامعة السوريين من الجنسين على متوسط أعلى جوهرياً من نظرائهم اللبنانيين فقد يرجع إلى صعوبة الظروف الاقتصادية والسياسية والاجتماعية في سوريا بالمقارنة إلى لبنان، وتثبت الدراسات السابقة وجود علاقة وثيقة بين القلق ومثل هذه الظروف (انظر: Cattell, 1966).

والدراسات النفسية على المجتمع اللبناني قليلة بوجه عام، ومن بين هذه الدراسات التي ترتبط بسياق هذا البحث دراسة سابقة فحصت قلق الموت لدى اللبنانيين، وفي هذه الدراسة حصلت الإناث على متوسطات أعلى من الذكور في قلق الموت، وحصلت المجموعات اللبنانية الأربع إما على نفس متوسط الدرجات وإما على متوسط أقل بالمقارنة إلى مجموعات عربية أخرى في قلق الموت (Abdel-Khalek, 1991). وفي دراسة أخرى على عينة لبنانية من طلاب الجامعة تم فحص التركيب العاملي لمقاييس القلق والاكتئاب وقلق الموت واكتئاب الموت، واستخرجت نتائج متسقة مع ما ظهر لدى المصريين والكويتيين والأمريكيين (Abdel-khalek, 1998).

وفي وقت أحدث قورن بين اللبنانيين والمصريين والكويتيين من طلاب الجامعة من الجنسين، فظهر أن اللبنانيين لهم أقل متوسط في قلق الموت. وفي اكتئاب الموت لدى الذكور حصل الكويتيون على أعلى متوسط في حين حصلت اللبنانيات على أقل متوسط، وفيما يختص بسمة القلق العام فقد حصلت المصريات على أعلى متوسط في حين كان للبنانيات أقل متوسط، ولم تكن الفروق دالة إحصائياً بين عينات الدول الثلاث على مقياس الاكتئاب (Abdel-Khalek, 2002b).

ومن الممكن إذن أن نستنتج أن اللبنانيين – بوجه عام – ليس لهم متوسطات مرتفعة في الانفعالات السلبية وعلى رأسها القلق وذلك بالمقارنة إلى عينات عربية أخرى. وقد يرتبط بهذه النتيجة العامة المهمة ما ظهر من ارتفاع الدافع للإنجاز لدى اللبنانيين على الرغم من قياسه في أثناء الحرب الأهلية (عبدالخالق، ١٩٩١). ويشير «تكريتي وأحمد» (Takriti & Ahmed, 2000) إلى أن اضطرابات القلق تتأثر بعوامل عدة منها: ١ – طرق تنشئة الأطفال، ٢ – الصراع بين الأجيال، ٣ – التوجه نحو الغرب، ٤ – الديانة... وغيرها كثير. ومن الممكن أن نفترض أن تفاعل مثل هذه العوامل وغيرها قد أسفر عن معدل منخفض للقلق لدى اللبنانيين، مع ضرورة ملاحظة الفرق المهم بين اضطرابات القلق كما تقدر في إطار الطب النفسي لدى المضطربين، والدرجة المرتفعة على استخبار القلق لدى عينات يفترض السواء في غالبيتها العظمى، وتم تقدير درجات أفرادها في سياق مجتمعي طبيعي وهو المدارس والجامعات.

وقد حصلت اللبنانيات في المستويين الثانوي والجامعة على متوسطات أعلى جوهرياً في القلق بالمقارنة إلى الذكور المقابلين لكل منهم، ويتفق ذلك مع دراسات سابقة كثيرة (انظر مقدمة هذا البحث وبخاصة البحوث التي أجريت على المقياس نفسه). ومن الممكن أن ترتبط الدرجة المرتفعة للقلق لدى الإناث بتقريرهن «العلاج من أمراض جسمية» (طالبات الثانوي والجامعة) و«العلاج من أمراض نفسية» (طالبات الثانوي فقط) بمتوسط أعلى من الذكور. وفيما يتصل بالعلاج من أمراض جسمية، فإنه يمكن أن يرتبط بشكل مباشر بالمكون الجسمي العضوي في القلق، وهو جانب مهم، فكثيراً ما يظهر القلق على شكل أعراض جسمية وشكاوى عضوية (Goldberg, 1982).

ويرتبط بانخفاض متوسطات القلق لدى الذكور في المرحلة الثانوية والجامعة حصولهم على متوسط أعلى من الإناث في التقدير الذاتي للصحة الجسمية وكذلك النفسية، ويعني ذلك أن انخفاض القلق يرتبط بالتقدير المرتفع للصحة الجسمية والنفسية، والعكس بالعكس. وعلى الرغم من أن هذه النتيجة متوقعة فإنها – من ناحية أخرى – دليل على صدق مقياس جامعة الكويت للقلق.

وتتعدد العوامل المؤثرة في معدلات القلق لدى العينات من دول مختلفة، ومن بين هذه العوامل: أسلوب الحياة، وبعد «المحافظة – التقدمية»، والأدوار التقليدية للعائلة بين المحافظة والتحرر، ومدى وجود جماعات الأقلية، بالإضافة إلى عوامل موقفية كثيرة (انظر: Al-Issa, 1998).

ومن علامات الفروق الشائقة بين الجنسين أيضاً حصول طالبات الثانوي على متوسط أعلى من نظرائهم في المتغيرين: استخدام دواء منوم، وتدخين السجائر. ومن ناحية أخرى فقد حصل الذكور في المستويين الثانوي والجامعة على متوسطات أعلى في تعاطي المخدرات وشرب الخمر. ومن الممكن الربط في هذا المجال لدى الذكور بين كل من: تعاطي المخدرات، وشرب الخمر، وعدد الأصدقاء المقربين، وهذه المتغيرات الثلاثة يرتفع فيها متوسط الذكور عن الإناث في المستويين: الثانوي والجامعة. وتشير دراسات كثيرة إلى أن الإدمان أو التعاطي (أو الاعتماد والاعتياد) يرتبط بالسياق الاجتماعي ارتباطاً وثيقاً (انظر: سويف، ٢٠٠١).

وتتسق الفروق بين الجنسين التي عرضت في الفقرة السابقة مع معاملات الارتباط المستخرجة من العينات الأربع، حيث أسفرت الدراسة عن ارتباط سالب بين القلق وكل من: التقدير الذاتي للصحة الجسمية، والصحة النفسية، ومدى كفاية النوم، ومن ناحية أخرى كان الارتباط موجباً بين القلق والعلاج من أمراض جسمية. وتعد هذه النتائج مؤشرات ولو جزئية للصدق الاختلافي والاتفاقي لمقياس جامعة الكويت للقلق.

وتتفق العينات الأربع كذلك في نتيجة مفادها أن الارتباط غير دال إحصائياً بين القلق ورتبة المولد، ونتائج الدراسات السابقة متضاربة في هذا المجال (انظر مقدمة هذا البحث)، وبين القلق والنوم أثناء النهار سواء أكان في وجوده من عدمه أم في الساعات التي ينامها من يقول «نعم» في هذا المجال، ويبدو أن المتغير الأخير لا يميز كثيراً بين الأفراد، كما أن القلق لم يرتبط بتعاطي المخدرات، ولا يتفق ذلك مع النتائج التي تربط بين التعاطي أو الاعتماد والاضطرابات النفسية ومنها القلق، ولكن طرفا من نتائج هذه الدراسة يشير إلى أن تعاطي المخدرات ليس هو المجال المستهدف للاعتماد أو الاعتياد لدى الطلاب اللبنانيين، بل إنه شرب الخمر، وقد ارتبط المتغير الأخير بالقلق في عينة طالبات الثانوي فقط.

كما ارتبط القلق بالتدين ارتباطاً سلبياً في عينة طلبة الجامعة فقط؛ أي أن زيادة التقدير الذاتي للتدين ترتبط بانخفاض القلق، ولم يكن الارتباط دالاً في بقية العينات، ومن الممكن أن يكون هذا الارتباط متأثراً بتنامي التوجهات الدينية لدى طلبة الجامعة الذكور اللبنانيين، مع ملاحظة أنهم يمثلون – بشكل عشوائي – معظم الديانات والاعتقادات الموجودة في لبنان، من المسلمين والمسيحيين والدروز والأرمن وغيرهم، مع غلبة كبيرة لأعداد المسلمين والمسيحيين (انظر فقرة العينة). وتجدر الإشارة إلى أن الارتباط بين التدين والقلق لم يكن دالاً لدى بقية العينات؛ أي طلاب الثانوي من الجنسين وطالبات الجامعة.

وعند إجراء تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ بالقلق باستخدام بقية متغيرات الدراسة اتضح أن القلق لدى الفرد يدل عليه تقديره الذاتي لصحته النفسية، ثم العلاج من أمراض نفسية كما يحدده هو، وذلك لدى عينتي طلاب الثانوي والجامعة. ومن الممكن تفسير هذه النتيجة على ضوء العلاقة الوثيقة بين القلق وكل من التقدير الذاتي للصحة النفسية (سلباً)، وكون الفرد يعالج من أمراض نفسية (إيجاباً). وبعد هذين المتغيرين كان الجنس الأنثوي والعلاج من أمراض جسمية المنبئان بالقلق لدى طلاب الثانوي، ويعكس ذلك العلاقة الوثيقة بين

القلق وكل من النوع (الجنس) الأنثوي والعلاج من أمراض جسمية، وقد سبق تفصيل القول عن هذه العلاقة في مقدمة هذا البحث. في حين كان المنبئان التاليان لدى طلاب الجامعة هما مدى كفاية النوم (سلباً) وتدخين السجائر. ويمكن تفسير ذلك على ضوء العلاقة الوثيقة بين القلق ومشكلات النوم أو اضطراباته (أحمد عبدالخالق، ٢٠٠٣)، كما قد يعكس تدخين السجائر درجة ما من التوتر لدى الشخص.

وحيث إن هذه المتغيرات الواردة في هذه الفقرة (انظر جدول ٩) هي المتغيرات المسهمة في التنبؤ بالقلق بمستوى دال إحصائياً فمن الممكن أن نوصي باستخدامها في الدراسات المستقبلية عن متعلقات القلق، وبخاصة أن قياس هذه المتغيرات لا يتطلب سوى عدد قليل من العبارات، شريطة أن يقدم الباحث لدراسته بتعليمات جيدة تحث على التعاون الصادق وصولاً إلى دقة الاستجابات.

وأخيراً تجدر الإشارة إلى حدود هذه الدراسة، فعلى الرغم من أن عينات كبيرة الحجم قد استخدمت (٥٩٩ و٩٠٤) من طلاب الثانوي والجامعة من الجنسين على التوالي) فإن اختيارها كان من مدينة بيروت فقط، ولا تمثل مدينة بيروت بطبيعة الحال مدارس دولة لبنان وجامعاتها، ولذا فإن الحاجة ماسة إلى اختيار عينة ممثلة لمختلف المناطق.

Prevalence Rates of Anxiety, its Correlates and Predictors Among Lebanese Students

Prof. Ahmed M. Abdel-Khalek
Kuwait University

Dr. Najwa El-Yahfoufi
The Lebanese University

Abstact

A sample of 1,503 male and female secondary school and university students from Lebanon responded to the Kuwait University Anxiety Scale (KUAS), as well as to a social and demographic sheet, and self-ratings of physical and mental health and religiosity. Males attained significantly higher mean scores than females on the following items: number of close friends, self-ratings of physical and mental health, drug abuse, and alcohol consumption. On the other hand, females had significantly higher mean scores than their male counterparts on the scale of anxiety. Anxiety scores were significantly and negatively correlated with self-ratings of physical and mental health, and sleep sufficiency, while anxiety scores were significantly and positively correlated with treatment from physical diseases. Among secondary school students, the variables of self-rating of mental health (-ve), treatment from mental diseases, female sex, and treatment from physical diseases were predictors of anxiety. Among university students, the self-rating of mental health (-ve), treatment from mental diseases, sleep sufficiency, and cigarette smoking were predictors of anxiety. Prevalence rates of anxiety ranged from 5.0% to 5.7%.

المراجع

١ – الأنصاري، بدر محمد (٢٠٠٢). مقياس جامعة الكويت للقلق. دراسة لارتباطاته ومعاملات صدقه وثباته على عينات من طلاب جامعة الكويت. **مجلة كلية الآداب**، جامعة الإسكندرية، إصدار خاص، ١-٤٧.

٢ – الحويلة، أمثال هادي وعبدالخالق، أحمد محمد (٢٠٠٢). مدى فاعلية تمرينات الاسترخاء العضلي في تخفيض القلق لدى طالبات الثانوي الكويتيات. **دراسات نفسية**، ١٢(٢)، ٢٧٣-٢٩٤.

٣ – الخواجة، جاسم محمد (١٩٩٥). دراسة علاقة الصدمات الحياتية بسمة القلق والاكتئاب باستخدام قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهوبكنز – ٢٥. **مجلة كلية الآداب**، جامعة المنوفية، ٢٢، ١٨٩-٢٠٨.

٤ – رندل، جوناثان (١٩٨٤). **حرب الألف سنة حتى آخر مسيحي: أمراء الحرب المسيحيون والمغامرة الإسرائيلية في لبنان**، ترجمة بشار رضا، بيروت (دون دار نشر).

٥ – سبيلبيرجر، جورستش، لوشين، فاج، جاكوبز (١٩٩٢). **دليل تعليمات قائمة القلق (الحالة والسمة)**، تعريب وإعداد: أحمد محمد عبدالخالق. القاهرة، الأنجلو المصرية، ط٢.

٦ – سويف، مصطفى (٢٠٠١). **مشكلة تعاطي المخدرات (بنظرة علمية)**. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مكتبة الأسرة.

٧ – شيهان (١٩٨٨). **مرض القلق**، ترجمة: عزت شعلان، مراجعة: أحمد عبدالعزيز سلامة. الكويت، عالم المعرفة.

٨ – الضبع، صالح (٢٠٠٢م/ ١٤٢٢هـ). العلاقة بين مستوى التدين والقلق العام لدى عينة من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض. **مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإسلامية**، ١٤، ٢٠٧-٢٣٤.

٩ – عبدالخالق، أحمد محمد (١٩٩١). الدافع للإنجاز لدى اللبنانيين. **بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر**، المنعقد في كلية التربية، جامعة عين شمس في المدة من ٢-٤ سبتمبر ١٩٩١، ٣٣-٤٨.

١٠ – عبدالخالق، أحمد محمد (١٩٩٣). **أصول الصحة النفسية**، ط٢. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١١ – عبدالخالق، أحمد محمد (١٩٩٤). الدراسة التطورية للقلق. **حوليات كلية الآداب**، جامعة الكويت، الحولية ١٤، الرسالة ٩٠.

١٢ – عبدالخالق، أحمد محمد (٢٠٠٣). اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب: دراسة تنبؤية. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، ١٣ (٤١)، ١-٢٧.

١٣ – عبدالخالق، أحمد محمد وحافظ، أحمد خيري (١٩٨٦). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات سعودية ذهانية وعصابية. **مجلة كلية الآداب**، جامعة الإسكندرية، ٣٤، ١٨١-١٩٨٠.

١٤ – عبدالخالق، أحمد محمد وحافظ، أحمد خيري (١٩٨٨). حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، جامعة الكويت، ١٦ (٣)، ١٨١-١٩٦.

١٥ – عبدالخالق، أحمد محمد والصبوة، محمد نجيب والعنزي، فريح عويد (١٩٩٥). **القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي**. الكويت: الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات.

١٦ – عبدالخالق، أحمد محمد والنيال، مايسة أحمد(٢٠٠٢)، ترتيب المولد وعلاقته بالانبساط والعصابية وسمة البلوغ وحجم الأسرة. **دراسات عربية في علم النفس، ١(٣)، ١١ - ٣٣.**

١٧ – عبدالخالق، أحمد محمد ودويدار، عبدالفتاح محمد والنيال، مايسة أحمد وكريم، عادل شكري وعبدالغني، السيد محمد (١٩٨٩). الفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. **بحوث المؤتمر**

الخامس لعلم النفس في مصر، القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٩٧-١١٣.

١٨ - عثمان، فاروق (١٩٩٣). أنماط القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي والجنس والبيئة لدى طلاب الجامعة أثناء أزمة الخليج. **مجلة علم النفس**، ٤، ٣٨-٥٣.

١٩ - غلاب، عبدالرحيم والدسوقي، محمد (١٩٩٤). دراسة نفسية مقارنة بين المتدينين جوهرياً والمتدينين ظاهرياً في الاتجاه نحو العنف وبعض خصائص الشخصية. **دراسات نفسية**، ٤ (٣)، ٣٣٧-٣٧٥.

٢٠ - الليل، محمد (١٩٩٧). علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في المملكة العربية السعودية. **مجلة علم النفس**، ٤٢، ٣٢-٤٥.

21 - Abbassi, A. (1999). Culture and anxiety: A cross-cultural study: (country of origin, gender, age, college students). **Dissertation Abstracts,** Section A: Humanities & Social Sciences, 59 (11-A), 4065.

22 - Abdel-Khalek, A. M. (1989). The development and validation of an Arabic form of the STAI: Egyptian results. **Personality & Individual Differences,** 10, 277-285.

23 - Abdel-Khalek, A. M. (1991). Death anxiety among Lebanese samples. **Psychological Reports,** 68, 924-926.

24 - Abdel-Khalek, A. M. (1998). Death, anxiety, and depression in Lebanese undergraduates. **Omega: Journal of Death &Dying,** 37, 289-302.

25 - Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. **Psychological Reports,** 87, 478-492.

26 - Abdel-Khalek, A. M. (2002a). Age and sex differences for anxiety in relation to family size, birth order, and religiosity among Kuwaiti adolescents. **Psychological Reports,** 90, 1031-1036.

27 - Abdel-Khalek, A. M. (2002b). Death, anxiety, and depression: A comparison between Egyptian, Kuwaiti, and Lebanese undergraduates. **Omega: Journal of Death & Dying,** 45, 277-287.

28 - Abdel-Khalek, A. M., & Rudwan, S. (2001). The Kuwait University Anxiety Scale: Reliability and criterion-related validity in Syrian college students. **Psychological Reports,** 89, 718.

29 - Al-Issa, I. (2000). Religion and psychopathology. In I. Al-Issa (Ed.), **Al-Junun: Mental illness in the Islamic world.** Madison, CT: International Universities Press, 3-42.

30 - Al-Issa, I., Bakal, D., & Fung, T. (Unpublished). Beck Anxiety Inventory symptom comparisons between students in Lebanon and Canada.

30 - Al-Issa I., & Oudji, S. (1998). Culture and anxiety disorders (pp. 127-151). In S.S. Kazarian and D.R. Evans (Eds.), **Cultural clinical psychology: Theory, research and pracitce.** New York: Oxford University Press.

32 - Allgulander, C., & Lavori, P.W. (1991). Excess mortality among 3,302 patients with "pure" anxiety neurosis. **Archives of General Psychiatry,** 48, 599-602.

33 - American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 4 th ed., Washington, DC: APA.

34 - Buunk, B.P. (1997). Personality, birth order and attachment styles as related to various types of jealousy. **Personality & Individual Differences,** 23, 997-1006.

35 - Cattell, R.B. (1966). Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. In C.D. Spielberger (Ed.), **Anxiety and behavior,** New York: Academic Press, pp. 23-62.

36 - Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). **The meaning and measurement of neuroticism and anxiety.** New York: Ronald.

37 - Chakrabarti, S., Biswas, D., Chattopadhyay, P. K., Saha, S. (1998). Family size and emotional adjustment in children: **Social Sciences International.** 14(1-2), 11-18.

38 - Clark, D.B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M., & Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. **Clinical Psychology Review,** 14, 113-137.

39 - Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. **Behavioral Science,** 19, 1-15.

40 - Eysenck, M. W. (1997). **Anxiety and cognition: A unified theory.** Sussex: Psychology Press; A member of the Taylor & Francis Group.

41 - Friedman, S. (2001). Culrural issues in the assessment of anxiety disorders. In M. M. Antony, S. S. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), **Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety.** New York: Kluwer Academic/ Plenum, 37-41.

42 - Gater, R., Tansella, M., Lorten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: Report from the World Health Organization collaborated study on psychological problems in general health care. **Archives of General Psychiatry,** 55, 405-413.

43 - Ginsburg, G. S., & Silverman, W. K. (2000). Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. **Journal of Anxiety Disorders,** 14, 57-67.

44 - Goldberg, R. J. (1982). **Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis and therapy for physicians and mental health clinicians.** New York: Medical Examination Pub. Co.

45 - Hollander, E., Simeon, D., & Gorman, J. M. (1994). Anxiety disorders. In R. E. Hales, S.C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), **The American Psyhiatric Press Textbook of Psychiatry.** Washington, DC: American Psychiatric Press, 2nd ed, 495-563.

46 - Kendall, P. C., Chansky, T.E., Kane, M.T., Kim, R.S., Kortlander, E., Ronan, K.R., Sessa, F. M., & Siqueland, L. (1992). **Anxiety disorders in youth: Cognitive-behavioral interventions.** Boston, M.A: Allyn & Bacon.

47 - Koenig, H. G. (Ed.) (1998). **Handbook of religion and mental health.** San Diego, CA: Academic Press.

48 - Levin, J. S., & Chatters, L.M. (1998). Research on religion and mental health: An overview of empirical findings and theoretical issues. In H.G. Koenig (Ed.), **Handbook of religion and mental health.** San Diego: Academic Press, 33-50.

49 - Lief, H. (1967). Anxiety reaction. In A.M. Freedman, H.I. Kaplan, &

B.J. Sadock (Eds.), **Comprehensive textbook of psychiatry,** Baltimore: Williams & Wilkins, 857-870.

50 - Mackinaw-Koons, B., Vasey, M.W. (2000). Considering sex differences in anxiety and its disorders across the life span: A construct-validation approach. **Applied & Preventive Psychology,** 9, 191-209.

51 - Madu, S.N., & Adebayo, O.E. (1996). Anxiety and retirement among some workers in Nigeria and some consideration for counseling and psychotherapy. In S.N. Madu, P.K. Baguma, et al. (Eds.), **Psychotherapy in Africa: First investigations.** Vienna, Austria: World Council for Psychotherapy, 197-205.

52 - Maltby, J., Lewis, C.A., & Day, L. (1999). Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. **British Journal of Health Psychology**, 4, 363-378.

53 - Marks, I. (1978). **Living with fear: Understanding and coping with anxiety.** New York: McGraw-Hill.

54 - Martin, K.A., & Hall, C.R. (1997). Situational and intrapersonal moderators of sport competition state anxiety. **Journal of Sport Behavior,** 20, 435-446.

55 - Mayer-Gross, W., Slater, E., & Roth, M. (1960). **Clinical psychiatry.** London: Cassell.

56 - Okasha, A., Kamel, M., Sadek, A., Lotaif, F. (1977). Psychiatric morbidity among university students in Egypt. **British Journal of Psychiatry,** 131, 149-154.

57 - Plhakova, A., Osecka, L. (1994). [Sibling constellation of neurotic patients]. **Ceska a slovenska Psychiatrie,** 90, 112-117.

58 - Prothro, E.T. (1970). Arab-American differences in the judgment of written messages. In C.W. Churchill & A. M. Lutfiya (Eds.), **Readings in Arab Middle Eastern societies and cultures.** The Hague: Mouton.

59 - Reinherz, H.Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M.S., & Paradis, A. D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,** 39, 223-231.

60 - Ring, K., Lipinski, C.E., & Braginsky, D. (1965). The relationship of

birth order to self-evaluation, anxiety reduction and susceptibility to emotional contagion. **Psychological Monographs: General and Applied,** 79, No. 10 (Whole No. 603).

61 - Ross, C. E. (1990). Religion, and psychological distress. **Journal for the Scientific Study of Religion,** 29, 236-245.

62 - Sartorius, N. (1990). Cross-cultural and epidemiological perspective on anxiety. In N. Sartorius, V. Andreoli, E. Cassano, L. Eisenberg, P. Kielholz, P. Pancheri, & G. Raccagni (Eds.), **Anxiety: Psycho-biological and clinical perspectives.** New York: Hemisphere, 5-11.

63 - Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G.A. (1983). **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y).** Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

64 - SPSS, Inc. (1990) **SPSS: Statistical data analysis.** Chicago, IL: SPSS, Inc.

65 - Takriti, A., & Ahmad, T. (2000). Anxitety disorders and treatment in Arab-Muslim culture. In I. Al-Issa (Ed.), **Al-Junun: Mental illness in the Islamic world.** Madison: International Universities Press, (pp. 235-250).

66 - Templer, D. I., Spencer, D.A., & Hartlage, L.C. (1993). **Biosocial psychopathology: Epidemiological perspectives.** New York: Springer.

67 - Thorson, J. A. (1998). Religion and anxiety: Which anxiety? Which religion?. In H.G. Koenig (Ed.), **Handbook of religion and mental health.** San Diego, CA: Academic Press, 147-160.

68 - Wulff, D. M. (1997). **Psychology of religion: Classic and contemporary**, (2 nd ed.) New York: Wiley.

69 - Yang, B., Ollendick, T. H., Dong, Q., & Xia, Y. (1995). Only children and children with siblings in the People's Republic of China: Levels of fear, anxiety, and depression. **Child Development,** 66, 1301-1311.