معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية وعلاقتها بالاضطراب النفسي لدى عينة من المسنين الكويتيين

أ. د. أحمد محمد عبدالخالق

كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

ج م ع

الملخص

أجابت عينة من المسنين الكويتيين (ن=٣٦٦): ١٥١ رجلاً، و٢١٥ سيدة، ممن تراوحت أعمارهم بين ٦٠، و٩٠ سنة - في جلسات فردية - عن قائمة الشكاوى والأمراض الجسمية، ومقياس جامعة الكويت للقلق (المختصر)، ومقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (المختصر)، والمقياس العربى للأرق. وتراوحت معدلات الانتشار لدى الجنسين بين ٥,٣٪، ٦٥,٦٪، وحصلت النساء على معدلات أعلى جوهرياً من الرجال في سبعة شكاوى وأمراض؛ هي: الضغط، وآلام العظام، وضعف البصر، وصعوبة الحركة والمشى، وسرعة التعب، ومشاكل الغدة، والسمنة، في حين كان معدل الرجال أعلى في: "مشاكل القلب"، وقد ارتبط التقدم في العمر ارتباطاً دالاً موجباً بتسع شكاوى وأمراض، في حين ارتبط ارتفاع مستوى التعليم ارتباطاً دالا سلبياً بسبع شكاوى وأمراض، إشارة إلى أن ارتفاع مستوى التعليم يساعد على اتباع السلوك الصحى. واشترك القلق والاكتئاب في ارتباطهما ارتباطات دالة بكل من: سرعة التعب، ومشاكل الجهاز الهضمي، ومشاكل التبول، وصعوبة الحركة والمشى، ومشاكل المرارة، كما اشترك الأرق مع القلق والاكتئاب في ارتباطه الدال بثلاث شكاوى. وخلصت هذه الدراسة إلى الحاجة الماسة إلى تقديم برنامج للمسنين، يركز على الارتقاء بالصحة، أي: اتباع السلوك الصحى وأسلوب الحياة الذى يتجنب غير الصحى.

استهدفت هذه الدراسة - بوجه عام - بيان معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية لدى عينة من المسنين الكويتيين من الجنسين، كما وردت على لسانهم، فضلاً عن استكشاف العلاقة بين هذه الشكاوى والأمراض الجسمية والاضطراب النفسي: القلق، والاكتئاب، والأرق، وصولا إلى تحسين نوعية حياتهم.

ويعد موضوع نوعية الحياة Quality of life من بين الموضوعات المهمة في عدد من فروع العلوم الاجتماعية والطبية، ولهذا المفهوم مؤشرات موضوعية كالثروة، والممتلكات، والخدمات الصحية، والأمان، وخصائص البيئة، ومؤشرات ذاتية تشير إلى تقويم الأشخاص لعناصر حياتهم، ومدى رضاهم عنها، وسعادتهم بها. وقد بدأ الاهتمام بنوعية الحياة في مجال الطب، حيث أسهم التقدم التكنولوجي في إطالة أعمار المرضى، مع انخفاض في نوعية حياتهم.

وإن أكثر المحددات المفردة أهمية لنوعية حياة الشخص المسن هي الصحة Health، ففي السن المتقدم، تؤثر الجوانب الصحية في كافة مجالات الحياة، بما في ذلك البحث عن المساعدة وتقبلها. وعلى الرغم من أن الدراسات بينت تدهور الصحة بمرور العمر، فإن كثيرا من الأشخاص المتقدمين في العمر ما يزالون يقدرون صحتهم بشكل إيجابي. كما دل عدد من الدراسات أيضا على أن التقديرات الذاتية للصحة لدى الراشدين المسنين، هي مقاييس صادقة للحالة الصحية الموضوعية للمستجيب، فضلا عن أنها تتسق مع تقديرات الطبيب (Chan, Pang, Ee, Ding, & Choo, 1998).وبينت دراسات كثيرة دقة قياس الصحة بعبارة واحدة يجاب عنها على أساس مقياس تقدير ذاتي (انظر: Haseen, Adhikari & Soonthorndhada, 2010).

وبحث "وانج" (Wang, 1999) منبئات أسلوب الحياة الذي يدعم الصحة Health promotion lifestyle، لدى ثلاث مجموعات إثنية من المسنات الريفيات في تايوان (ن = ٣٩١)، ممن تراوحت أعمارهن بين ٦٥، و ٩١ سنة. وأظهرت النتائج أن من بين منبئات أسلوب الحياة الذي يدعم الصحة لدى هذه العينات : العمر، والتعليم، وظروف الحياة، وعدد المشكلات الصحية المزمنة، وإدراك فوائد أسلوب الحياة الذي يدعم الصحة.

وبينت البحوث كذلك أن المحددات الاجتماعية للصحة لدى كبار السن تشتمل على ثلاثة محددات على النحو الآتي: المركز الاجتماعي الاقتصادي، وخصائص الأسرة، والدعم الاجتماعي. كما بينت البحوث الانتشارية المتعددة أن

هناك علاقة موجبة بين الدعم الاجتماعي وكل من الصحة الجسمية والنفسية لدى كبار السن (Rueda & Artazcoz, 2009).

ومن ناحية أخرى فقد درست منبئات سوء الصحة، إذ وجد "شان" وزملاؤه (Chan et al., 1998) أن من بين العوامل التي تؤثر تأثيراً سلبياً في إدراك الصحة لدى المسنين الذين يعيشون في مجتمع "سنغافوره" ما يأتي: السن فوق ٧٠ عاماً أو أكثر، والدخول إلى المستشفى حديثاً، والمتابعة الطبية المنتظمة، والإعاقة السمعية، ووجود حالة طبية مزمنة (كضغط الدم، ومشكلات الجهاز العضلي، والهيكل العظمي، ومرض القلب)، وإعاقة المناشط في الحياة اليومية، وتاريخ السقوط على الأرض، والخضوع لعلاج طبي منتظم، ومواجهة مشكلات مادية. كما حددت "حسين" وزملاؤها (Haseen et al., 2010) منبئات الصحة السيئة على النحو الآتي: المرض المزمن، والمكانة الوظيفية المنخفضة، والأعراض النفسية، والظروف الاجتماعية السيئة.

ودرس "زنج، وجو، وبيرسار، وهونيج، وكرستاكس" (Zeng, Gu, Purser, Hoenig & Christakis, 2010) العلاقة بين العوامل البيئية وصحة المسنين ومعدلات وفاتهم في الصين (ن = ١٥،٩٧٣)، وأظهرت النتائج أن معدلات الدخل، والمشاركة في قوة العمل، والأمية، ارتبطت ارتباطاً دالاً إحصائياً بالصحة الجسمية والنفسية ومعدلات الوفاة لدى المسنين، كما أظهرت هذه الدراسة أيضاً أن تلوث الهواء يزيد من العجز في مناشط الحياة اليومية Disability in activities of daily living، ومن الإعاقة المعرفية، والأمراض، وأن زيادة سقوط الأمطار تعد وقائية، وتقلل من العجز في مناشط الحياة اليومية، ومن العجز المعرفي، وأن انخفاض درجة الحرارة الموسمية تزيد من العجز في المناشط اليومية، ومن الوفاة، في حين أن زيادة درجة الحرارة الموسمية تزيد من الإعاقة المعرفية والعجز، وأن العيش في المناطق كثيرة التلال، ينقص من العجز في المناشط اليومية، ومن المشكلات الصحية.

كما درست "بينيت" (Bennett, 1998) التغيرات التتبعية الطولية

Longitudinal في الصحة الجسمية والنفسية لدى المسنين الرجال الذين ترملوا حديثا (قبل الترمل، وبعد أربع سنوات منه)، وقورنوا بعينة ضابطة مناظرة لهم في العمر شملت الرجال الذين لا يزالون متزوجين. وأظهرت النتائج تفاعلاً جوهرياً بين الزمن الذي حدث فيه الترمل، والحالة الزواجية، فقد أظهر الرجال الذين ترملوا حديثاً تدهورا في الصحة النفسية، والحالة المعنوية، والوظائف الاجتماعية، في حين كشف كل من المتزوجين والأرامل عن تدهور في الصحة الجسمية خلال فترة السنوات الأربع. ولهذه النتائج أهميتها، إذ بينت أن آثار الترمل على الصحة الجسمية والنفسية للرجال، أكثر منها للنساء.

وقد نشرت بحوث عربية كثيرة على المسنين (انظر على سبيل المثال: أبو سوسو، ١٩٩٠؛ خليفة، ١٩٩١؛ عاشور، ٢٠٠١؛ عبد المعطى، ٢٠٠٥؛ عودة، ١٩٨٦؛ مبروك، ٢٠٠١، ٢٠٠٢؛ النيال وعلي، ١٩٩٥؛ يوسف ومبروك، ٢٠٠٥، ٢٠٠٦).

وتجدر الإشارة إلى أن الشكاوى والأمراض الجسمية التي نعرض لها في هذه الدراسة، هي شكاوى وأعراض حقيقية إلى حد بعيد، ومثالها: السكر، وضغط الدم، ومشاكل القلب...، وغيرها، وذلك كما جاءت على لسان عينة من المسنين الكويتيين من الجنسين. وتتعلق مثل هذه الشكاوى والأمراض الجسمية غالبا بالتقدم في السن، ولاترتبط في غالب الأحوال مع "اضطراب الأعراض الجسدية" Somatic symptom disorder والاضطرابات المرتبطة بها، كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والأمراض العقلية.

ويتصف هذا الاضطراب بوجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسمية، التى تسبب الضيق الشديد، ويترتب عليها اختلال الحياة اليومية، مع زيادة الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات المرتبطة بالأعراض الجسمية، أو المتعلقة بالقلق على الصحة بشكل مفرط وغير مسوغ، وغير متناسب مع خطورة الأعراض (American Psychiatric Association, 2013: 309-327). ويشمل اضطراب

الأعراض الجسدية ستة تصنيفات فرعية على النحو الآتي: (١) اضطراب مرض القلق، (٢) والاضطراب التحولي Conversion، (٣) والعوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية، (٤) واضطراب التصنع Factitious، (٥) وأعراض جسدية أخرى محددة، (٦) وأعراض جسدية غير محددة.

وكما تختلف الشكاوى والأمراض العضوية أو الجسمية لدى المسنين، وهي موضوع هذه الدراسة، عن " اضطراب الأعراض الجسدية"، فإنها تختلف كذلك عن الاضطراب الذهانى الذى يرجع إلى حالة طبية عامة، وتتصف الاضطرابات الأخيرة بوجود أعراض نفسية تعد نتيجة لحالة طبية عامة، ومثال ذلك: الاكتئاب المترتب عن الإصابة بالصرع، واضطرابات المزاج الناتجة عن نقص إفراز الغدة الدرقية أو زيادتها، أو التغيرات في الشخصية الراجعة إلى الصرع في الفص الصدغي، وأمراض الأعصاب (كالتصلب المتعدد، والصرع، والصداع النصفى أو الشقيقة، وعدوى الجهاز العصبى المركزى)، واضطرابات الأيض، والمناعة (APA, 2013: 115 - 118).

ووضع عبدالخالق (Abdel-Khalek, 2003 b) قائمة الأعراض الجسمية، وتشتمل على ٦٠ بندا، يشير كل منها إلى شكوى أو عرض جسمي محدد، وتتسم هذه القائمة بثبات مرتفع، وصدق تلازمي وتمييزي مرتفع كذلك. وفي دراستين تاليتين، ظهر أنه من الصعب التفريق بين القلق والاكتئاب عن طريق الأعراض الجسمية كما تقاس بهذه القائمة في عينة غير إكلينيكية، ومع ذلك فقد أمكن التنبؤ بالاكتئاب عن طريق أعراض جسمية محددة (Abdel-Khalek, 2003 a, 2004 a).

وأجرت اليماني وعبدالخالق (٢٠٠٤) دراسة هدفت إلى التمييز بين مرضى القلق ومرضى الاكتئاب بوساطة قائمة الأعراض الجسمية، وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين العينتين من المرضى في الدرجة الكلية للقائمة، ولكن متوسط مرضى القلق كان أعلى جوهريا من مرضى الاكتئاب في عرضي: سرعة التنفس، والحساسية للأطعمة، في حين كان

مرضى الاكتئاب أعلى جوهريا من مرضى القلق في الأعراض الستة الآتية: آلام الأسنان، واضطراب النوم، وغصة في الحلق، واضطراب الكلام، واحتباس الصوت، والعمى أو الصمم أحيانا.

كما درس عبدالخالق والنيال (٢٠٠٦) الأعراض والشكاوى الجسمية بالقائمة السابقة نفسها، وعلاقتها بالضيق من الموت، لدى عينة مصرية من طلاب الجامعة والموظفين، واستخرجت ارتباطات دالة موجبة بين قائمة الأعراض الجسمية وكل من: قلق الموت، واكتئاب الموت، ووسواس الموت، واستخرج عامل واحد سمي: الضيق من الموت والأعراض الجسمية، وعقب الباحثان على هذه النتيجة بأن الأعراض والشكاوى الجسمية مقدمة للمرض أو دليل عليه، والمرض يرتبط كذلك بالموت، فإذا ازداد المرض أمكن أن يفضي إلى الموت؛ أي أن : الحالة الصحية للفرد يمكن أن ترتبط بانشغاله بالموت. وأكدت دراسة أخرى هذه النتيجة نفسها على عينتين من الكويت وأمريكا، باستخدام قائمة الأعراض الجسمية في صيغتيها العربية والإنجليزية، خلصت إلى أن الأشخاص الذين يتمتعون بالصحة الجسمية أقل انشغالا بالموت (Abdel-Khalek & Lester, 2009).

وهدفت دراسة عبدالخالق (٢٠٠٩) إلى تحديد معدلات انتشار الأعراض الجسمية لدى عينة كويتية من الجنسين (ن=١٨٨٩)، تراوحت أعمارهم بين ١٦ و ٦٠ عاما. وتراوحت معدلات الانتشار بين ٨,٢٪ و ٣٨,٨٪ لدى الجنسين، وكان أعلى معدلات الانتشار التي اشتكى منها قرابة ثلث أفراد العينة (من ٣١,١٪ إلى ٣٨,٨٪) في سبعة أعراض، هي بالترتيب: سرعة التعب والإرهاق، والصداع، والتوتر، والأرق أو قلة النوم، وتساقط الشعر، وآلام أسفل الظهر، وصعوبة الاستغراق في النوم. وارتفع معدل الانتشار لدى الإناث مقارنة بالذكور، وهو ما يشير إلى أهمية دراسة الفروق بين الجنسين في مجال الأعراض الجسمية.

قارن "كسلي وجولدبيرج وسيمون" (Kisely, Goldberg & Simon, 1997)

الأعراض الجسمية التي لها أساس عضوي واضح، وتلك التي لا أساس عضويًا لها، وشملت العينة في هذه الدراسة الدولية ٥٤٤٧ مريضا في عيادات الرعاية الأولية، واستمدت من ١٤ دولة، وأظهرت النتائج أن وجود الأعراض الجسمية - بصرف النظر عن أسبابها - يرتبط بزيادة المشكلات الاجتماعية والمرضية الطبية النفسية، وفي حالة الأعراض الجسمية التي لا يمكن تفسيرها طبيا كانت هناك علاقة خطية واضحة، بينما في حالة الأعراض المفسرة طبيا ارتفعت المرضية الطبية النفسية بشكل حاد عند وجود أكثر من ١١ عرضا، واتسم المرضى الذين اشتكوا من خمسة أو أكثر من الأعراض الجسمية التي لا يمكن تفسيرها طبيا بأنهم كانوا - بمستوى دال - أصغر عمرا، ولديهم معدل مرتفع من الاضطراب النفسي، ويزداد لديهم خطر الاستخدام الضار للكحول، وقرروا مزيدا من العجز الاجتماعي، أكثر من المرضى الذين ظهر تفسير طبي لأعراضهم الجسمية، كما أن المرضى الذين كان لديهم زيادة في الأعراض الجسمية - في كلتا المجموعتين - كانت لديهم معدلات مرتفعة من المشكلات الاجتماعية والمرض النفسي المصاحب.

ودرس "ترنتيني، وكسفير، وشاشا موفتس، وداروكا، وهيراكاتا، وفليك" (Trentini, Xavier, Chachamovich, da Rocha, Hirakata & Fleck, 2005) تأثير الأعراض الجسمية في قائمة "بيك" للاكتئاب لدى كبار السن في البرازيل، واتضح أن كبار السن لهم درجات أعلى جوهريا من الراشدين في المقياسين الفرعيين: الأعراض الجسمية والأدائية، ولكن لم تظهر فروق جوهرية بين المجموعتين في المقياس الفرعي للجوانب المعرفية الوجدانية.

وقام مجموعة من الباحثين الألمان بدراسة انتشارية (وبائية) للأعراض الجسمية التي تسببها مشكلات نفسية لدى عينات كبيرة الحجم من مرضى السرطان، والعظام، والقلب، والرئة، بالإضافة إلى عينة ضابطة من الأصحاء تزيد على الألف، وظهر أن المرضى بأمراض مزمنة ارتفع لديهم - بمستوى دال إحصائيا - معدل الاضطرابات النفسية بالمقارنة إلى مجموعة الأصحاء، حيث

كان الاكتئاب والقلق والاضطرابات جسدية الشكل هي الأكثر انتشارا في عينة المرضى (A Group of German Researchers, 2007).

وإذا كانت الشكاوى والأمراض الجسمية متضمنة المشكلات الصحية، فقد أجرى كاظم والأنصاري (٢٠٠٩) دراسة لتحديد نسب انتشار المشكلات الصحية لدى الكويتيين والعمانيين من طلاب الجامعة، وتمثلت أبرز المشكلات الصحية في العينة الكويتية في: التاريخ المرضي، ومشكلات الدم، والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، في حين كانت أبرز المشكلات الصحية في العينة العمانية: مشكلات الفم والأسنان والرقبة، والتاريخ المرضي، ومشكلات الأنف والأذن. وكان متوسط العينة الكويتية أعلى من نظيره في العينة العمانية في أربع مشكلات متعلقة بالدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، ومشكلات الجهاز البولي التناسلي (لدى الذكور)، ومشكلات الأعصاب والدماغ، مما يشير إلى فروق ثقافية، كما كان متوسط الإناث أعلى من الذكور في عدة مشكلات صحية: عامة، وفي الجلد، والبصر، والقلب والرئة، والمعدة، والأعصاب والدماغ، والعظام، والدم، والغدد الصماء.

وتعقيبا على هذه الدراسات يلاحظ أن البحوث الأجنبية كثيرة، في حين أنها أقل بكثير على المستوى العربي، كما تجدر التفرقة في هذه الدراسات بين الشكاوى والأمراض الجسمية لدى المسنين، واضطراب الأعراض الجسدية، والاضطراب الذهانى الذي يرجع إلى حالة طبية عامة، ويجب التفرقة كذلك بين المرضى في مستشفيات الرعاية الأولية، أو مستشفيات الأمراض العقلية (مع ظهور مشكلة الأمراض المصاحبة)، أو لدى الجمهور العام في عمر معين كعينة المسنين في هذه الدراسة.

تساؤلات الدراسة

استهدفت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١ - ما معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية لدى عينة من المسنين الكويتيين؟

٢ - ما الفروق بين الجنسين في الشكاوى والأمراض الجسمية؟

٣ - ما العلاقة بين الشكاوى والأمراض الجسمية وكل من التقدم في السن والتعليم؟

٤ - ما العلاقة بين الشكاوى والأمراض الجسمية والاضطراب النفسي : القلق والاكتئاب والأرق؟

أهمية الدراسة

نظراً لتزايد معدلات الأعمار في المجتمع الكويتى، فإن شريحة المسنين يتزايد عددها عاماً بعد عام، نتيجة لتحسن برامج الرعاية الصحية، وزيادة وعى المواطنين واهتمامهم بصحتهم. ومن البدهى أن تتوازى زيادة معدلات الأعمار مع تزايد الشكاوى والأمراض الجسمية لدى المسنين، فضلاً عن الاحتمال القوى لتأثير هذه الشكاوى والأمراض الجسمية في الحالة النفسية للمسن، وهو ما قد يؤدى إلى الاضطراب النفسى.

ومن ناحية أخرى، فمن المؤكد أن هذه الشريحة العمرية قد بذلت قصارى جهدها في بناء المجتمع الكويتى، ومن ثم؛ فمن الأهمية بمكان أن تدرس الحالة الجسمية والنفسية لهم بوجه عام، بهدف التوصل إلى حقائق واقعية، يمكن أن تبنى عليها برامج الرعاية الطبية: الجسمية والنفسية للمسنين في المجتمع الكويتى، وهو ما يستحقونه من مجتمعهم في هذه المرحلة من العمر.

المنهجية

العينة: يشتمل مجتمع الدراسة على المسنين الكويتيين في المرحلة العمرية من ٦٠ عاماً فما بعدها، وقد استخدمت عينة متاحة من المتطوعين قوامها ٣٦٦ فردا (١٥١ رجال، و٢١٥ نساء)، تراوحت أعمارهم بين ٦٠، و٩٠ (م = ٦٧,٥ سنة، ع = ٦,٥ للرجال، م = ٦٥,٩ سنة، ع = ٦,٦ للنساء)، وكانوا جميعا يحملون الجنسية الكويتية، ويتقنون القراءة والكتابة بأنفسهم. وقد اختيرت هذه

العينة المتاحة من أماكن مختلفة، من مثل: الديوانيات، والمقاهي الشعبية، والمختاريات، وجمعيات النفع العام، والمستوصفات، والمنازل.

المقاييس:

استخدمت الأدوات التالية:

١ - قائمة الشكاوى والأمراض الجسمية: اعتمد تكوين هذه القائمة على سؤال مفتوح وجه إلى عينة من الجنسين قوامها ٧٥ مسنا (من غير عينة الدراسة الأساسية)، وكان عنوان هذا السؤال مفتوح النهاية على النحو الآتي:"ما أهم المشكلات التي تواجهها في الفترة الأخيرة، وتحتاج إلى مساعدة فيها؟". وأورد المبحوثون عددا كبيرا جدا من المشكلات، أدخلت عليها الإجراءات الآتية: حذف المكرر، واختصار البنود، وقسمة البنود المركبة إلى مكوناتها، ثم صنفت هذه القائمة إلى خمسة أبعاد على النحو الآتي: الأمراض الجسمية، والاضطرابات النفسية، والمشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية، والحاجات المطلوبة. وحسبت تكرارات كل بند، واستبعدت البنود ذات التكرار المنخفض، ثم روجعت هذه القائمة من عدد من المتخصصين في علم النفس، وأدخل عليها بعض التعديلات (انظر: عبد الخالق، ٢٠١٢).

وتعرض هذه الدراسة لقائمة الشكاوي والأمراض الجسمية فقط، وتشتمل هذه القائمة على ١٤ مشكلة صحية ومرضاً (انظر الجدول رقم٢). ووصل ثبات إعادة التطبيق لهذه القائمة بعد أسبوع إلى 0.94 على عينة من المسنين (ن=٢٠) وفيما يختص بصدق هذه القائمة، فمن الواضح أنه لا يستخرج منها درجات كلية أو درجات للسمات، ذلك أن التركيز هنا ينصب على البنود (الأمراض العضوية) المفردة كما قررتها مجموعة أخرى من المسنين (غير مجموعة هذه الدراسة)، وكما يدركها أفراد العينة الأساسية، فالشكوى أو المرض إما أن يكون موجوداً وإما أن يكون غير موجود؛ ومن ثم يفترض أن صدق مثل هذه القوائم يعتمد على المحتوى (Aiken, 1991: 353)، كما أن

مراجعة المختصين في علم النفس للصيغة المبكرة لهذه القائمة، وإبداء آرائهم في بنودها، يعد نوعاً من أنواع صدق المفهوم (انظر: Aiken & Groth - Marnat, 2006: 101).

٢ - مقياس جامعة الكويت للقلق: هذا المقياس من تأليف عبدالخالق (Abdel-Khalek, 2000)، والمقياس أداة بحثية تهدف إلى تقدير سمة القلق في جمهور المراهقين والراشدين، ويشمل هذا المقياس عشرين عبارة موجزة، تجاب على أساس أربعة بدائل تبدأ من ١ (نادرا) إلى ٤ (دائما). واستخرج من المقياس ثلاثة عوامل: معرفية وسلوكية وجسمية. وتراوحت معاملات الثبات بين ٠,٨٨ و ٠,٩٢ (ألفا)، وبين ٠,٧٠ و ٠,٩٣ (إعادة التطبيق)، مشيرة إلى اتساق داخلي واستقرار مرتفع للمقياس، كما تراوح الصدق المرتبط بالمحك (خمسة محكات) بين ٠,٧٠ و ٠,٨٨، ويعد مرتفعاً، وكانت هذه المحكات الخمسة على النحو الآتي: قائمة سمة القلق (سبيلبرجر وزملائه)، وقائمة "بيك" للقلق، ومقياس القلق المشتق من قائمة "ديروجاتوس" وزملائه، وقائمة "كوستيللو، وكومرى"، وقائمة "كراون، وكرسب".

وكان تشبع المقياس بعامل عام للقلق قدره ٠,٩٣، و ٠,٩٥، في تحليلين عامليين مستقلين، كما تمت البرهنة على الصدق التمييزي للمقياس، باستخدام عينة من مرضى القلق، وحصلت الإناث على متوسطات أعلى جوهرياً في القلق من الذكور.

واستخدم الأنصاري (٢٠٠٢؛ ٢٠٠٤) مقياس جامعة الكويت للقلق على عينات كويتية وعربية متعددة من طلاب الجامعة وطالباتها، وبرهن على المعالم القياسية الجيدة للمقياس، وقدم معايير كويتية وعربية له على عينات كبيرة الحجم. وطبق المقياس على ١٨ دولة عربية، وعينات من الولايات المتحدة، وبريطانيا، وألمانيا، وأسبانيا من طلاب الجامعة (Abdel-Khalek, 2007; Abdel-Khalek & Alansari, 2004).

ولما كانت بطارية المقاييس المطولة تثقل على المبحوث لا سيما المتقدم في السن، فقد اختيرت سبعة بنود من هذا المقياس، اعتمادا على أعلى ارتباط لها بالعامل العام، ووصل ارتباط هذه البنود السبعة ببقية البنود إلى ٠,٦٩ وهو دليل على صدق هذه البنود.

٣ - مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب: هذا المقياس صادر عن مركز الدراسات الوبائية Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)، التابع للمعهد القومي للصحة النفسية NIMH بالولايات المتحدة. وصمم هذا المقياس لتقدير الأعراض الاكتئابية الأساسية في الجمهور العام أي المجتمع، واشتقت بنوده من مقاييس تقرير ذاتي أطول تمت البرهنة على صدقها في دراسات سابقة، منها قوائم الاكتئاب لكل من: "بيك وصحبه، وداهلستروم وويلش، وجاردنر، وراسكين وصحبه، وزونج" (Radloff, 1977).

ويضم هذا المقياس عشرين عبارة، يشمل كل منها عرضا اكتئابيا نوعيا مصاغا بصيغة المتكلم مثل: "شعرت بالوحدة"، و"شعرت بالحزن". ويجاب عن كل منها باختيار بديل من أربعة بدائل (لا، قليلا، متوسط، كثيرا)، وتقدر الدرجات بين صفر، و٣. وتصف ستة عشر بندا الأعراض السلبية، ووضعت أربعة بنود في الاتجاه الإيجابي، لتجنب وجهة الإجابة أو تحيزها، ويركز المقياس على المكون الوجداني والحالة المزاجية المكتئبة.

وللمقياس في صيغته الإنجليزية اتساق داخلي مرتفع جدا، وثبات إعادة تطبيق مناسب، وتمت البرهنة على الصدق المرتبط بالمحك، وصدق التكوين، وللمقياس كذلك ثبات وصدق وتركيب عاملي متشابه عبر مدى واسع من الخصائص الديموجرافية المتنوعة في العينات التي اختيرت من الجمهور العام (Radloff, 1977). وذكر "ريهم" (Rehm, 1988) أن للمقياس خواص سيكومترية جيدة جدا، مع ميل إلى التركيز على الأعراض الوجدانية في حد ذاتها، ويبدو

أنه مناسب أكثر للهدف الذي وضع من أجله أصلا، وهو استكشاف العلاقات بين الأعراض الاكتئابية والخصائص الأخرى للمجتمع في العينات المسحية. كما ذكر "بيرنت" (Berndt,1990) أن هذا المقياس ربما كان أفضل مقياس تقرير ذاتي للاكتئاب من ناحية إجراءات تقنينه بوصفه سمة لدى الأسوياء.وأجري "هارنجسما، وإنجلز، وبيكمان، وسبنهوفن" (Haringsma, Engels, Beekman & Spinhoven, 2004) دراسة على هذا المقياس باستخدام عينة من المسنين في هولنده، أثبتت أن صدق المحك لهذا المقياس كان جيدا.

وقام الباحث الحالي بترجمة هذا المقياس إلى العربية، بعد الحصول على موافقة المعهد القومي للصحة النفسية بالولايات المتحدة، وروجعت الترجمة من قبل اثنين من المتخصصين في علم النفس (عضوا هيئة تدريس بجامعة الكويت)، ثم طلب من متخصص لغوي (عضو هيئة تدريس بقسم اللغة الإنجليزية) ليس لديه معرفة بالمقياس، أن يترجم الصيغة العربية ترجمة عكسية إلى الإنجليزية، وأجريت التصويبات اللازمة. وحسب ثبات هذا المقياس على عينات كويتية، ووصل معامل ألفا إلى ٠,٨٠ للذكور، وإلى ٠,٨١ للإناث، في حين وصل معامل إعادة التطبيق بعد أسبوع إلى ٠,٧٩، و٠,٧١، و٠,٧٥ لدى الذكور والإناث وللمجموعتين على التوالي، وكلها معاملات ثبات مرتفعة، وارتبط المقياس بقائمة "بيك" للاكتئاب في صيغتها العربية (Abdel-Khalek, 1998) وبمقياس الاكتئاب من قائمة "هوبكنز" للأعراض في صيغتها العربية، بمقدار ٠,٧٤، و٠,٨٣ على التوالي، ويشير هذان المعاملان إلى صدق مرتبط بالمحك مرتفع.

ومن الملاحظ أن استخدام مقاييس طويلة ذات بنود متعددة، لا سيما مع المتقدمين في السن، يجعل المبحوث يفقد اهتمامه بموضوع البحث، وقد يجبره على الإجابة العشوائية، ولذلك اختيرت خمسة بنود من مقياس الاكتئاب، على أساس أعلى ارتباط لها بالعامل العام، ووصل ارتباط هذه البنود الخمسة ببقية بنود المقياس إلى ٠,٦٢، ويشير إلى صدق مقبول لها.

٤ - المقياس العربي للأرق : وضع عبد الخالق (Abdel - Khalek, 2004) عبارات هذا المقياس بلغة عربية فصحى سهلة، واعتمد على مصادر متعددة من الدراسات السابقة، أهمها المحكات التشخيصية للأرق في دليل التصنيف الدولي لاضطرابات النوم (American Sleep Disorders Association, 1997)، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة (American Psychiatric Association, 1994). وقد بدأ تأليف هذا المقياس بوضع عدد كبير من العبارات، ثم عرضت على عدد من المحكمين. وبناء على ذلك، حذف عدد قليل من البنود، وعدلت صياغة بعضها الآخر. ثم أجريت دراسة استطلاعية حيث طبقت الصيغة المبدئية على مجموعتين صغيرتين من طلاب المدارس الثانوية والجامعة، وأدخلت تعديلات طفيفة، وللمقياس صيغتان متكافئتان: عربية وإنجليزية.

ويشمل مقياس الأرق في صيغته النهائية (١٢) عبارة، يجاب عن كل منها بخمسة بدائل من لا : (صفر)، إلى كثير جدا : (٤)، ويطلب من المبحوث أن يجيب عن كل عبارة تبعا لتقديره الشخصي، على أساس ما يشعر به من شدة Severity في أثناء الشهر الأخير. وتشير الدرجة العليا إلى وجود اضطراب الأرق بدرجة مرتفعة.

وتراوحت معاملات ثبات إعادة التطبيق لهذا المقياس بعد أسبوع بين ٠,٧٠ و ٠,٨٣، كما تراوحت معاملات الصدق المرتبط بالمحك على عينات متعددة بين ٠,٥٦، و ٠,٩٤، ووصل معامل ألفا لهذا المقياس إلى ٠,٨٨، و٠,٨٣ لدى الرجال والنساء المتقدمين في العمر (انظر: عبدالخالق، ٢٠٠٧؛ Abdel-Khalek, 2004b, 2008). وقد خصص رئيس تحرير المجلة التي نشر بها هذا المقياس بالإنجليزية افتتاحية العدد، للإشادة بالخواص الجيدة والواعدة لهذا المقياس، مع اقتراح بحوث مستقبلية بواسطته (Buysse, 2008).

ويبيّن الجدول رقم (١) معاملات ثبات المقاييس الأربعة المستخدمة في هذه الدراسة على عينة من المسنين.

الجدول رقم (١)

معاملات ثبات المقاييس

المقياس	عدد البنود	ألفا	إعادة التطبيق(*)
قائمة الشكاوى والأمراض الجسمية	١٤	–	٠,٩٤
مقياس جامعة الكويت للقلق (المختصر)	٧	٠,٧٣	٠,٨٥
مقياس الاكتئاب (المختصر)	٥	٠,٧٠	٠,٨٢
المقياس العربي للأرق	١٢	٠,٨٥	٠,٩٣

(*) كان الفاصل الزمني بين تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه أسبوعاً واحداً.

ومن ملاحظة الجدول رقم (١)، يتضح أن معاملات ثبات المقاييس تتراوح بين ٠,٧٠، و ٠,٩٤ بطريقتي "ألفا" كرونباخ وإعادة التطبيق، وتشير هذه المعاملات إلى اتساق داخلي وثبات استقرار عبر الزمن، بين المقبول والمرتفع.

إجراءات تطبيق المقاييس: طبقت هذه المقاييس الأربعة تطبيقا فرديا، وذلك بعد التأكد من انطباق شروط اختيار العينة على المبحوث، وبعد الحصول على موافقته الشفهية على التطوع، وقام بتطبيق المقاييس باحثون مدربون قاموا بطمأنة المبحوث بأن إجاباته ستعامل بسرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وكان تعاون المبحوثين الذين تطوعوا للإجابة عن المقاييس ممتازاً، واستغرق تطبيق بطارية المقاييس ما بين ١٥، و٣٠ دقيقة للمبحوث الواحد.

التحليل الإحصائي

استخدمت مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، لحساب التكرارات والنسب المئوية للشكاوى والأمراض الجسمية، وتمثل هذه النسب المئوية معدلات الانتشار، وحسبت النسبة الحرجة للفروق بين النسب المئوية، كما حسبت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية في هذه القائمة وكل من: القلق والاكتئاب والأرق.

النتائج

يبين الجدول رقم (٢) معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (٢)

التكرارات والنسب المئوية لمعدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية لدى عينة الرجال (ن=١٥١) والنساء (ن=٢١٥) المسنين

الشكاوى والأمراض	رجال		نساء		النسبة الحرجة	الدلالة
	التكرار	٪	التكرار	٪		
١- السكر	٨٠	٥٣,٠	١١٤	٥٣,٠	٠,٠٠٨	-
٢- الضغط	٧٢	٤٧,٧	١٢٩	٦٠,٠	٢,٣٢٨	٠,٠٢٠
٣- آلام العظام	٦٧	٤٤,٤	١٤١	٦٥,٦	٤,٠٢٨	٠,٠٠٠١
٤- ارتفاع الكولسترول	٥٧	٣٧,٧	٩٤	٤٣,٧	١,١٤١	-
٥- ضعف البصر	٥٩	٣٩,١	١٠٨	٥٠,٢	٢,١٠٧	٠,٠٣٥
٦- صعوبة الحركة والمشي	٣٩	٢٥,٨	١٠٣	٤٧,٩	٤,٢٦٢	٠,٠٠٠١
٧- سرعة التعب	٦٧	٤٤,٤	١١٨	٥٤,٩	١,٩٧٨	٠,٠٤٨
٨- ضعف السمع	٢٣	١٥,٢	٤٦	٢١,٤	١,٤٨٢	-
٩- مشاكل القلب	٥١	٣٣,٨	٤٨	٢٢,٣	٢,٤٢٤	٠,٠١٥
١٠- مشاكل الغدة	٨	٥,٣	٣٧	١٧,٢	٣,٤١٢	٠,٠٠١
١١- مشاكل الجهاز الهضمي	٤٧	٣١,١	٦٠	٢٧,٩	٠,٦٦٦	-
١٢- السمنة	٢٣	١٥,٢	٥٥	٢٥,٦	٢,٣٧٧	٠,٠١٧
١٣- مشاكل المرارة	١٢	٧,٩	٢١	٩,٨	٠,٥٩٨	-
١٤- مشاكل التبول	٣٣	٢١,٩	٤٤	٢٠,٥	٠,٣٢١	-

ومن ملاحظة الجدول رقم (٢)، يتضح أن معدلات الانتشار لدى الرجال تتراوح بين ٥٣٪ (السكر)، و٥,٣٪ (مشاكل الغدة)، في حين أنها تتراوح لدى النساء بين ٦٥,٦٪ (آلام العظام) و٩,٨٪ (مشاكل المرارة). ومن ناحية أخرى فإن الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين، توجد في ثمانية شكاوى وأمراض،

وهى : الضغط، وآلام العظام، وضعف البصر، وصعوبة الحركة والمشى، وسرعة التعب، ومشاكل القلب، ومشاكل الغدة، والسمنة، وكانت النسبة المئوية للنساء أعلى من نظيرتها عند الرجال في هذه الأمراض والشكاوى الثمانية، باستثناء مشاكل القلب؛ إذ كان أعلى جوهرياً لدى الرجال أكثر من النساء. ولم تظهر فروق بين الجنسين في ستة أمراض وشكاوى، وهى : السكر، وارتفاع الكولسترول، وضعف السمع، ومشاكل الجهاز الهضمى، ومشاكل المرارة، ومشاكل التبول.

ومن المناسب فحص أعلى معدلات الارتباطات المتبادلة الدالة إحصائياً بين الشكاوى والأمراض الجسمية بعضها بعضا، ومن الملاحظ أن التشابه كبير بين الجنسين، ومن ثم حسبت معاملات الارتباط اعتمادا على العينة الكلية، ويبين الجدول رقم (٣) هذه الارتباطات.

الجدول رقم (٣)

أعلى معاملات الارتباط المتبادلة الدالة الإيجابية بين الشكاوى والأمراض الجسمية لدى الجنسين (ن= ٣٦٦)

أعلى الارتباطات*
١. السكر والضغط وارتفاع الكولسترول ومشاكل القلب.
٢. آلام العظام وصعوبة الحركة والمشى وسرعة التعب.
٣. السمنة وآلام العظام وصعوبة الحركة والمشى.
٤. مشاكل الجهاز الهضمى والمرارة.

* دالة عند مستوى ٠,٠١ وما بعده (اختبار الذيلين).

ومن قراءة الجدول رقم (٣) يتضح أن الشكاوى والأمراض الجسمية ترتبط معاً ارتباطات دالة ذات مغزي، ومثالها ارتباطات السكر والضغط وارتفاع الكولسترول ومشاكل القلب، وكذلك آلام العظام وصعوبة الحركة والمشى وسرعة التعب ....، وهكذا. ويبين الجدول رقم (٤) العلاقة بين التقدم في السن والشكاوى والأمراض الجسمية لدى الجنسين (ن=٣٦٦).

الجدول رقم (٤)

أعلى الارتباطات الدالة إحصائياً بين التقدم في السن والشكاوى والأمراض الجسمية لدى الجنسين (ن=٣٦٦)

التقدم في السن والأمراض	الارتباط
١. مشاكل التبول	٠,٣١٠**
٢.صعوبة الحركة والمشى	٠,٢٧٣**
٣. مشاكل القلب	٠,١٩٩**
٤. سرعة التعب	٠,١٧٣**
٥. ضعف السمع	٠,١٦٠**
٦.ضعف البصر	٠,١٢٣*
٧. الضغط	٠,١٢٣*
٨. آلام العظام	٠,١١٢*
٩. السكر	٠,١١٠*

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

ومن قراءة الجدول رقم (٤) يتضح أن تسعا من الشكاوى والأمراض الجسمية ترتبط ارتباطاً إيجابياً أكثر من غيرها بالتقدم في العمر. ويعرض الجدول رقم (٥) لأعلى الارتباطات بين مستوى التعليم والشكاوى والأمراض الجسمية، ومن ملاحظة هذا الجدول، يتضح أن جميع الارتباطات سلبية، تشير إلى أن انخفاض مستوى التعليم يرتبط بتزايد عدد من الشكاوى والأمراض الجسمية، والعكس صحيح، وعلى الرغم من الدلالة الإحصائية لهذه المعاملات فإن القيمة الإكلينيكية والتنبؤية لها ليست مرتفعة، وتكرر ذلك في كل معاملات الارتباط تقريباً، وسوف تناقش هذه المسألة في القسم الأخير من هذه الدراسة.

الجدول رقم (٥)

أعلى الارتباطات الدلالة إحصائياً والسلبية بين مستوى التعليم والشكاوى والأمراض الجسمية لدى الجنسين (ن=٣٦٦)

الشكاوى والأمراض الجسمية	الارتباط بمستوى التعليم
١. صعوبة الحركة والمشى	-٠,٣٦١
٢. آلام العظام	-٠,٢٥٣
٣. مشاكل التبول	-٠,٢٤٥
٤. سرعة التعب	-٠,٢٠٧
٥. الضغط	-٠,١٣٨
٦. ارتفاع الكولسترول	-٠,١٣٨
٧. السكر	-٠,١٣٦

* دال عند مستوى ٠,٠١

ويبين الجدول رقم (٦) الشكاوى والأمراض الجسمية التى ترتبط بالقلق.

الجدول رقم (٦)

الشكاوى والأمراض الجسمية التى ترتبط بالقلق لدى الجنسين (ن٣٦٦)

الشكاوى والأمراض الجسمية	الارتباط بالقلق
١. سرعة التعب	٠,٢٢٤**
٢. مشاكل الجهاز الهضمي	٠,١٦٥**
٣. مشاكل التبول	٠,١٥٥**
٤. صعوبة الحركة والمشي	٠,١٤٨**
٥. مشاكل الغدة	٠,١٢٩**
٦. مشاكل المرارة	٠,١٠٤*

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

ويعرض الجدول رقم (٧) الشكاوى والأمراض الجسمية التى ترتبط بالاكتئاب.

الجدول رقم (٧)

الشكاوى والأمراض الجسمية التى ترتبط بالاكتئاب لدى الجنسين (ن=٣٦٦)

الشكاوى والأمراض الجسمية	الارتباط بالاكتئاب
١. مشاكل التبول	٠,٢٩٨**
٢. سرعة التعب	٠,١٧٩**
٣. مشاكل الجهاز الهضمى	٠,١٦٧**
٤. صعوبة الحركة والمشى	٠,١٥٩**
٥. السمنة	٠,١٢٣**
٦. مشاكل القلب	٠,١١٨*
٧. مشاكل المرارة	٠,١١٧*
٨. آلام العظام	٠,١١٣*

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

ويبين الجدول رقم (٨) الشكاوى والأمراض الجسمية المرتبطة بالأرق.

الجدول رقم (٨)

الشكاوى والأمراض الجسمية المرتبطة بالأرق لدى الجنسين (ن=٣٦٦)

الشكاوى والأمراض الجسمية	الارتباط بالأرق
١. سرعة التعب	٠,٢١٧**
٢. مشاكل القلب	٠,١٩٥**
٣. صعوبة الحركة والمشى	٠,١٨٣**
٤. مشاكل التبول	٠,١٥٦**
٥. السمنة	٠,١٠٣*

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

وقد جمعت الشكاوى والأمراض الجسمية لكل فرد، وحسب ارتباطها بكل

من القلق والاكتئاب والأرق والتقدم في السن ومستوى التعليم كما يبين الجدول رقم (٩).

الجدول رقم (٩)

معاملات الارتباط بين مجموع الشكاوى والأمراض الجسمية وبعض المتغيرات لدى الجنسين (ن= ٣٦٦)

مجموع الشكاوى والأمراض الجسمية	معامل الارتباط*
القلق	٠,١٩٥
الاكتئاب	٠,٢٠٩
الأرق	٠,٢٢٥
التقدم في السن	٠,٢٣٢
مستوى التعليم	٠,٣٢٨

* جميع معاملات الارتباط < ٠,٠١

ويتضح من قراءة الجدول رقم (٩) أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا، بين مجموع الشكاوى والأمراض الجسمية في جانب، وكل من القلق، والاكتئاب، والأرق، والتقدم في السن، ومستوى التعليم في الجانب الآخر، وكل هذه الارتباطات إيجابية باستثناء الارتباط بين الشكاوى والأمراض الجسمية ومستوى التعليم.

مناقشة النتائج

على الرغم من تزايد أعداد المسنين في كل من العالم المتقدم والعالم الثالث، فإن البحوث النفسية العربية التى تستخدم عينات من المسنين مازالت قليلة، بالمقارنة إلى غيرها من العينات، لا سيما عينات طلاب الجامعة فالمراهقين، وتحاول هذه الدراسة سد جانب من الثغرة في هذا المجال، باستخدام عينة من المسنين الكويتيين من الجنسين، ممن تراوحت أعمارهم بين ٦٠، و٩٠ سنة. ولابد من الإشارة إلى الجهد الكبير المبذول في جمع البيانات من

هذه العينة كبيرة الحجم (ن=٣٦٦) في هذا العمر المتقدم، حيث كان تطبيق المقاييس يتم في جلسة فردية لكل حالة على حدة. وحققت هذه الدراسة أهدافها وأجابت عن أسئلتها بنجاح.

وفيما يختص بالتساؤل الأول المتعلق بمعدلات الانتشار (انظر الجدول رقم ٢)، فقد اختير أعلى خمس شكاوى وأمراض جسمية للتعليق عليها، وكشفت هذه الدراسة أن أعلى معدلات انتشار لدى الرجال مرتبة ترتيباً تنازلياً بدءا من الأعلى على النحو الآتي: السكر، والضغط، وآلام العظام، وسرعة التعب، وضعف البصر. في حين كانت أعلى معدلات الانتشار لدى النساء مرتبة ترتيبا تنازليا بدءا من الأعلى على النحو الآتى: آلام العظام، والضغط، وسرعة التعب، والسكر، وضعف البصر وفي حين كان مرض السكر هو الأول لدى الرجال، فإن آلام العظام كانت المرض الأول لدى النساء، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة "شان" وزملائه (Chan et al., 1998)، من أن وجود حالة مرضية مزمنة (كضغط الدم، ومشكلات الجهاز العضلى، والهيكل العظمى، ومرض القلب)، من بين منبآت سوء الصحة، ومن بين العوامل التى تؤثر تأثيراً سلبياً في إدراك الصحة لدى المسنين.

ومن الملاحظ أن إجابات الرجال والنساء تتطابق تماماً في أنواع الشكاوى والأمراض الجسمية الخمسة التى لها أعلى معدلات انتشار، وذلك على الرغم من الاختلاف بين هاتين العينتين في أمرين على النحو الآتى: (١) اختلاف ترتيب الشكاوى والأمراض، (٢) اختلاف النسب المئوية لمعدلات الانتشار، حيث كانت أعلى لدى النساء.

وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع الملاحظات العامة، التي تشير إلى أن من بين أهم مشكلتين من مشاكل الصحة الجسمية لدى كبار السن: السكر والضغط، كما يرى أصحاب هذه الملاحظة العامة أنهما لا يقتصران على كبار السن فقط، بل تصاب بهما شريحة من المجتمع الكويتى في عمر أقل من ستين عاماً (وهو الحد الأدنى للسن في عينة هذه الدراسة)، ويبدو أن أسلوب حياة

الدعة والسكون Sedentary life style يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمرض السكر، الذى يؤدى غالباً إلى عدة مضاعفات منها: ارتفاع ضغط الدم، الذى تسميه منظمة الصحة العالمية بالقاتل الصامت Silent killer.

ويتفق الرجال والنساء في أن ضعف البصر من الشكاوى المشتركة بينهما وهذا أمر بدهي، فمن المتوقع أن يصاحب التقدم في السن تدهور في معظم الحواس ومنها البصر وقد جاءت الشكوى من "سرعة التعب" في الترتيب الرابع لدى الرجال، والترتيب الثالث لدى النساء، ويمكن أن تعد هذه الشكوى من بين أعراض التقدم في السن، وتدهور الصحة البدنية، ولكن يرجح ألا تعد من بين زملة التعب المزمن Chronic Fatigue Syndrome (انظر: عبد الخالق والذيب، 2006، 2007).

وتنتج آلام العظام غالباً عن نقص الكالسيوم في الجسم، وما يرتبط بذلك من هشاشة العظام، وبخاصة عند النساء بعد توقف دورة الحيض، ومن اللافت للنظر أن آلام العظام أتت على رأس القائمة، بوصفها أعلى معدل انتشار لدى النساء في هذه العينة (٦٥,٦٪)، أي أن آلام العظام هى الشكوى الأولى لديهن، وهذه نتيجة لها دلالتها، وتؤكدها الملاحظات العامة، في حين أن آلام العظام جاءت في الترتيب الثالث (بعد السكر والضغط) لدى الرجال.

وفيما يتعلق بالتساؤل الثاني، فقد ظهر أن معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية تزداد - بوجه عام - لدى النساء بالنسبة للرجال (انظر الجدول رقم٢)، وتوجد الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين في ثمانية من ١٤ من الشكاوى والأمراض الجسمية، وكانت معدلات النساء أعلى في سبعة منها، في حين كانت النسبة المئوية للرجال أعلى جوهرياً من النساء في شكوى أو مرض واحد فقط، وهو "مشاكل القلب". وقد يعكس ارتفاع معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية لدى النساء بالنسبة إلى الرجال في نصف عددها (٧ من ١٤)، إلى ارتفاع القلق لدى النساء، ومن ثم ارتفاع القلق على الصحة Health anxiety، وقد وضع الباحثون نظريات مختلفة لتفسير القلق وتطور

سلوك الدور الجنسى لدى النساء، ومنها نظرية التعلم الاجتماعى (النمذجة Modeling والمحاكاة)، ونظرية التطور المعرفى، ونظرية مخططات النوع Gender schemas، هذا فضلاً عن تأثير الضغوط البيئية، وانخفاض تقدير الذات، والشكاوى المتصلة بالصحة الجسمية، وسلوك الألم (Abdel-Khalek & Alansari, 2004). كما أن ارتفاع معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية لدى النساء بالنسبة إلى الرجال، قد يعكس أسلوباً أو آخر من أساليب الاستجابة Response Styles، ومن اللافت للنظر ارتفاع معدلات الشكوى لدى النساء (انظر الجدول رقم ٣)، على الرغم من ارتفاع معدل أعمارهن بالنسبة للرجال بوجه عام.

وأسفرت أعلى معاملات الارتباط المتبادلة بين الشكاوى والأمراض الجسمية، عن زملات Syndromes، أولها تلك الزملة التى تجمع بين السكر والضغط وارتفاع الكولسترول ومشاكل القلب، والعنصران الأساسيان في هذه الزملة هما: السكر، والجهاز القلبى الوعائي Vascular، وقد يكون الأخير من مضاعفات السكر. وأما الزملة الثانية فتجمع بين آلام العظام، وصعوبة الحركة والمشى، وسرعة التعب، ومن الواضح أن هذه الزملة ترتبط بالهيكل العظمي، الذى ينجم عن مشكلاته سرعة التعب، وأما السمنة وآلام العظام وصعوبة الحركة والمشى، فهى الزملة الثالثة، وقد يكون العرضان الأخيران من الآثار الثانوية للسمنة. وشملت الزملة الأخيرة مشكلات الجهاز الهضمى والمرارة. ومن استقراء هذه الزملات يتضح الترابط المنطقى بين مكونات كل منها، وهو ما يشير إلى تركزها حول جهاز معين، كالجهاز القلبي الوعائي، أو الهيكل العظمي، أو الجهاز الهضمى، كما أن أحدها قد يعد أولياً والآخر ثانوياً، من مثل السكر (أولى)، ومضاعفاته كالضغط (ثانوي)، ومع ذلك فليس من الصواب الجزم بذلك، نظراً لأن الارتباط لا يعني العلّية Causality بالضرورة، بل إنه مجرد تغير مصاحب Co-variation.

وللتحقق من التساؤل الثالث في هذه الدراسة، فحصت علاقة التقدم في

العمر والشكاوى والأمراض الجسمية (انظر الجدول رقم ٤)، وكشف هذا التحليل أن التقدم في السن يرتبط ارتباطاً إيجابياً بتسع من الشكاوى والأمراض الجسمية التى تتصل بالجهاز: البولى، والعظمى، والقلبى على التوالى، هذا فضلاً عن ضعف الحواس (السمع والبصر) وتتسق هذه النتيجة مع دراسة "وانج" (Wang, 1999) من أن العمر من بين منبئات أسلوب الحياة الذى يدعم الصحة لدى المسنات.

ومن اللافت للنظر أن هناك ارتباطاً سلبياً بين مستوى التعليم وسبعة من الشكاوى والأمراض الجسمية (انظر الجدول رقم ٥)، وهو ما يعنى أن ارتفاع مستوى التعليم يمكن أن يساعد على تجنب مثل هذه الأمراض، أو على الأقل تأخير الإصابة بها، وتفسير ذلك على الأغلب، أن المسنين من ذوي التعليم الأعلى، يتبعون - أكثر من غيرهم من ذوي التعليم الأقل - السلوك الصحي الإيجابي، من مثل: تناول الغذاء المتوازن، والمحافظة على وزن مناسب للجسم، واتباع نصائح الأطباء، والاهتمام بالصحة، كما أنهم يدركون أهمية الرياضة البدنية ...، وغير ذلك من العادات والسلوكيات الصحية الإيجابية، ومن ناحية أخرى فإنهم يبتعدون غالبا عن السلوك الصحي السلبي، من مثل تدخين السجائر، والإدمان، والمواد أو الأغذية التى تسبب الضرر، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة "وانج" (Wang, 1999) إذ أسفرت دراسته عن أن التعليم من بين منبئات أسلوب الحياة الذى يدعم الصحة.

وللتحقق من التساؤل الرابع لهذه الدراسة، بحثت علاقة الشكاوى والأمراض الجسمية ببعض الاضطرابات النفسية، وهى القلق، والاكتئاب، والأرق (انظر الجداول أرقام: ٦، ٧، ٨). ويشترك القلق والاكتئاب في أن لهما علاقة دالة إحصائياً بالشكاوى والأمراض الجسمية الخمسة الآتية: سرعة التعب، والجهاز الهضمى، والتبول، وصعوبة الحركة والمشى، المرارة، في حين أن القلق وحده يرتبط بالغدة، ويستأثر الاكتئاب بعلاقة مع: السمنة، والقلب، وآلام العظام. ومن الواضح أن التشابه يغلب على الاختلاف في علاقة كل من القلق والاكتئاب بالشكاوى والأمراض الجسمية.

كما ارتبط الأرق بثلاث شكاوى وأمراض جسمية من تلك التى توجد في كل من القلق والاكتئاب، وهي : سرعة التعب، وصعوبة الحركة والمشى، ومشاكل التبول، ويتفق الأرق مع الاكتئاب فقط في ارتباطهما الدال إحصائياً بمشاكل القلب، والسمنة. ومن ثم فهناك قدر غير قليل من التشابه في العلاقة بين القلق والاكتئاب والأرق في جانب، والشكاوى والأمراض الجسمية في الجانب الآخر.

ومن الملاحظ أن جميع معاملات الارتباط تقريبا المستخرجة في هذه الدراسة دالة إحصائياً، أى لم تأت عن طريق المصادفة، ولكن غالبية هذه الارتباطات منخفضة على الرغم من دلالتها، ومن ثم فإن حجم التأثير Effect Size لها يعد صغيراً، ولذلك يجب ألا نبالغ في الاعتماد عليها، فإن استخدامها في التنبؤ يعد ضعيفاً، وتبعاً لما يذكره "كوهن" (Cohen, 1990, 1994) في مثل هذه الحالات، فيتعين التركيز على أهمية استخدام تحليل القوة Power analysis، بذكر حجم التأثير، بدلاً من بيان الاحتمال Probability والدلالة الإحصائية واعتماداً على ذلك، فإن انخفاض معاملات الارتباط على الرغم من دلالتها الإحصائية، يمكن أن يحد من تعميم النتائج، وهو ما يشير إلى الحاجة إلى دراسات أخرى في نفس الموضوع.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى تحديد معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية لدى عينة غير صغيرة الحجم من المسنين من الجنسين، كما ظهر أن معدلات النساء أعلى جوهريا من الرجال في سبع شكاوى وأمراض، وأن التقدم في العمر يرتبط جوهريا بعدد من الشكاوى والأمراض، وأن ارتفاع مستوى التعليم يرتبط باتباع السلوك الصحي، كما أن القلق والاكتئاب والأرق ترتبط بزيادة عدد من الشكاوى والأمراض العضوية. وتوصى هذه النتائج بأهمية توعية المسنين بضرورة اتباع السلوك الصحي، واتخاذ أسلوب الحياة الذي يتجنب السلوك غير الصحي. ومن الأهمية بمكان أن تدرس معدلات انتشار مؤشرات الصحة النفسية لدى المسنين، وذلك منوط بدراسة أخرى.

Prevalence Rates of Physical Complaints and Diseases and their Relation to Psychological Disorder Among Kuwaiti Elderly

Prof. Ahmed M. Abdel-Khalek
Faculty of Liberal Arts -Alexandria University
A.R.E.

Abstract

An elderly Kuwaiti sample (N = 366; 151 men and 215 women) with ages ranged from 60 to 90 took part in this study. They responded, individually, to the Physical Complaints and Diseases Checklist, the short forms of the Kuwait University Anxiety Scale and the Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale, as well as to the Arabic Scale of Insomnia. Prevalence rates ranged between 5.3%. and 65.6%. Women obtained a significantly higher rates on seven complaints than did their male counterparts, i.e., high blood pressure, bone pains, weak vision, difficulty of motion and walking, fatigue, problems in the gland, and obesity, whereas men obtained a higher rate on heart problems than did their female peers. Old age was significantly and positively correlated with nine complaints and diseases, whereas high education level was significantly and negatively correlated with seven complaints and diseases. Anxiety, depression and insomnia were significantly correlated with specific complaints and diseases. It was concluded that there is a need to develop a health promotion program for the elderly to foster positive health behavior and to help them to avoid unhealthy life styles.

المراجع

١ - أبو سوسو، سعيدة (١٩٩٠). الحاجات النفسية للمرأة المسنة. **مجلة علم النفس**، ٤(١٦)، ٦٠ - ٧١.

٢ - الأنصاري، بدر (٢٠٠٢). مقياس جامعة الكويت للقلق: دراسة لارتباطاته ومعاملات صدقه وثباته على عينات من طلاب جامعة الكويت. **مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٥٢**، ١ - ٤٧.

٣ - الأنصاري، بدر (٢٠٠٤). القلق لدى طلبة الجامعة: دراسة ثقافية مقارنة بين ثماني عشرة دولة عربية. **دراسات عربية في علم النفس، ٣** (٤)، ٨١ - ١٢٢.

٤ - خليفة، عبداللطيف (١٩٩١). **دراسات في سيكولوجية المسنين**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٥ - عاشور، عبد المنعم (٢٠٠١). **صحة المسنين: كيف يمكن رعايتها؟** القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.

٦ - عبدالخالق، أحمد (٢٠٠٧). معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين. **دراسات نفسية، ١٧**، ٢٤٧-٢٧٠.

٧ - عبدالخالق، أحمد (٢٠٠٩). معدلات انتشار الأعراض الجسمية لدى عينة كويتية من الجنسين. **دراسات نفسية، ١٩** (٤)، ٦٧٣-٦٨٩.

٨ - عبدالخالق، أحمد (٢٠١٢). إعداد القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية. **دراسات نفسية**، ٢٢(٤)، ٤٩٥ - ٥٠٦.

٩ - عبد الخالق أحمد، والذيب، سماح (٢٠٠٦). تكوين المقياس العربي لزملة التعب المزمن وخواصه السيكومترية. **دراسات نفسية**، ١٦ (٣)، ٥٢٥ - ٥٣٦.

١٠ - عبدالخالق، أحمد والذيب، سماح (٢٠٠٧). التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة. **دراسات عربية في علم النفس**، ٦(١) ٩٣-١٤٧.

١١ - عبدالخالق، أحمد، والنيال، مايسة (٢٠٠٦). الأعراض والشكاوى الجسمية وعلاقتها بالضيق من الموت. **دراسات عربية في علم النفس**، ٥(٣)، ٤٨٥-٥٠٠.

١٢ - عبدالمعطي، حسن مصطفى (٢٠٠٥). **سيكولوجية المسنين**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

١٣ - عودة، محمد (١٩٨٦). مشكلات مرضى الشيخوخة في المجتمع الكويتي: دراسة ميدانية لعينة من المسنين. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، ٦(٢٣)، ٤٨ - ٩٦.

١٤ - كاظم، مهدي والأنصاري، بدر (٢٠٠٩). المشكلات الصحية لدى طلبة الجامعة العمانيين والكويتيين: دراسة ثقافية مقارنة. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، ٣٥(١٣٢)، ٥٣ - ٩٤.

١٥ - مبروك، عزة (٢٠٠١). استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي للمسنين. ملخص رسالة دكتوراه (غير منشورة)، مجلة كلية الآداب (جامعة القاهرة)، ٦١(٢)، ٣٦٤-٣٦٥.

١٦ - مبروك، عزة (٢٠٠٢). مؤشرات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين. **دراسات نفسية**، ١٢ (٣)، ٣٩٧ - ٤١٥.

١٧ - النيال، مايسة وعلي، ماجدة (١٩٩٥). السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية لدى عينة من المسنين والمسنات: دراسة سيكومترية مقارنة. **مجلة علم النفس**، ٩(٣٦)، ٢٢ - ٤٠.

١٨ - اليماني، مريم، وعبد الخالق، أحمد (٢٠٠٤). التمييز بين مرضى القلق ومرضى الاكتئاب بوساطة الأعراض الجسمية. **دراسات نفسية**، ١٤(١)، ١٢٣-١٥٢.

١٩ - يوسف، جمعة سيد ومبروك، عزة عبدالكريم (٢٠٠٥). محددات الصحة الجسمية والنفسية لكبار السن. **دراسات عربية في علم النفس**، ٤(٤)، ١١- ٨٣.

٢٠ - يوسف، جمعة سيد ومبروك، عزة عبدالكريم (٢٠٠٦). **الصحة الجسمية والنفسية للمسنين**. القاهرة : دار غريب.

21 - Abdel-Khalek, A. M. (1998). Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory in four Arab countries. **Psychological Reports, 82**, 264-266

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

23 - Abdel-Khalek, A. M. (2003a). Can somatic symptoms differentiate anxiety from depression? **Bulletin of Alexandria, Faculty of Medicine**, 34, 289-302.

24 - Abdel-Khalek, A. M. (2003b). The Somatic Symptoms Inventory (SSI): Development, parameters, and correlates. **Current Psychiatry**, 10, 114-129.

25 - Abdel-Khalek, A. M. (2004a). Can somatic symptoms predict depression? **Social Behavior and Personality**, 32, 657-665.

26 - Abdel-Khalek, A. M. (2004b). Prevalence of reported insomnia and its consequences in a survey of 5,044 adolescents in Kuwait. **Sleep**, 27, 726-731.

27 - Abdel-Khalek, A. M. (2007, March). Anxiety levels in east and west: 18 Arab countries, Germany, Spain, U. K., and U.S.A. Paper Presented at the 15th European Congress of Psychiatry, held in Madrid, Spain, March 17-21, 2007.

28 - Abdel-Khalek, A. M. (2008). The development and validation of the Arabic Scale of Insomnia. (ASI). **Sleep and Hypnosis**, 10, 3-10.

29 - Abdel-Khalek, A. M., & Alansari, B. M. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. **Social Behavior and Personality**, 32, 649-655.

30 - Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2009). Death anxiety as related to somatic symptoms in two cultures. **Psychological Reports**, 105, 409-410.

31 - A Group of German Researchers (2007). How frequent are psychosomatic symptoms in the general population? Psychotherapy and psychosomatics, November, 17, Psychology/ Psychiatry News from Medical News Today, www.medworm.com <http://www.medworm.com>.

32 - Aiken, L.R. (1991). **Psychological testing and assessment** (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

33 - Aiken, L.R. & Groth - Garnat, G. (2006). **Psychological testing and assessment** (12th ed.). Boston: Pearson.

34 - American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Washington: APA.

35 - American Sleep Disorders Association (1997). **The international classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual** (2nd ed.), Rochester, MN: ASDA.

36 - Bennett, K. M. (1998). Longitudinal changes in mental and physical health among elderly, recently widowed men. **Mortality**, 3, 265 - 273.

37 - Berndt, D.J. (1990). Inventories and scales. In B. Wolman (Ed.) & G. Stricker (Co - Ed.), **Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods** (pp. 255 - 274). New York: Wiley.

38 - Buysse, D. J. (2008). Editorial: Assessing insomnia in epidemiological studies: What do we need? **Sleep and Hypnosis**, 10, 1 - 2.

39 - Chan, K. M., Pang, W. S., Ee, C. H., Ding. Y. Y., & Choo, P. (1998). Self-perception of health among elderly community dwellers in Singapore. **Annals of the Academy of Medicine, Singapore**, 27, 461 - 467.

40 - Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). **American Psychologist, 45**, 1304 - 1312.

41 - Cohen, J. (1994). The earth is round ($p < .05$). **American Psychologist**, 49, 997 - 1003.

42 - Haringsma, R., Engels, G.I., Beekman, A.T. F., & Spinhoven, Ph. (2004). The criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of self - referred elders with

depressive symptomatology. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 19, 558 -563.

43 - Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. **BMC Geriatrics**, 10, 1- 9.

44 - Kisely, S., Goldberg, D., & Simon, G. (1997). A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: Results of an international study. **Psychological Medicine**, 27, 1011 - 1019.

45 - Radloff L. W. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, 1, 385-401.

46 - Rehm, L. P. (1988). Assessment of depression. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds), **Behavioral assessment: A practical handbook** (3rd ed; pp. 314-364). New York: Pergamon.

47 - Rueda, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. **Ageing and Society**, 29, 625 - 647.

48 - SPSS Inc. (2009). **SPSS: Statistical data analysis: Base 18.0.User Guide.** Chicago, IL: SPSS.

49 - Trentini, C. M., Xavier, F. M., Chachamovich, E., da Rocha, N. S., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. (2005). The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27, 119 - 123.

50 - Wang, H. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among three ethnic groups of elderly rural women in Taiwan. **Public Health Nursing**, 16, 321 -328.

51 - Zeng, Y., Gu, D., Purser, J., Hoenig, H., & Christakis, N. (2010). Associations of environmental factors with elderly health and mortality in China. **American Journal of Public Health**, 100, 298 - 305.