قلق إنفلونزا الخنازير لدى عينة من طلبة جامعة الكويت

عثمان حمود الخضر(*)

ملخص: في إبريل 2009 قامت منظمة الصحة العالمية بدق ناقوس الخطر منذرة بوباء جديد، عرف بإنفلونزا الخنازير H1N1، بعدها سرعان ما انتشر الوباء في معظم دول العالم مسبباً حالة من الهلع بين سكانه. وتسعى الدراسة الحالية إلى تصميم أداة لقياس القلق من مرض إنفلونزا الخنازير وتقدير خصائصه السيكومترية، وتعرف الفروق بين الجنسين في القلق من هذا المرض. استخدمت الدراسة 342 طالباً وطالبة من جامعة الكويت (164 طالباً و178 طالبة). بلغ متوسط أعمارهم 21,3 سنة، (ع=4,1) سنة. معظمهم غير متزوجين (ن=292)، ويقطنون المحافظات الست بنسب متقاربة. تكون المقياس في صورته النهائية من 20 بنداً، شملت بنوداً ذات مكونات انفعالية وسلوكية واتجاهية، حللت عاملياً واستخلصت أربعة عوامل، استأثرت بنحو 56 % من التباين، وهي على النحو الآتي: العامل الأول حظي بـ 37% من التباين، وشمل 7 بنود ذات مكون انفعالي. العامل الثاني حظي بـ 7,4% من التباين، وتكون من 6 بنود ذات مكون سلوكي. أما العامل الثالث الذي حظي بـ 6,2% من التباين فقد تكون من 6 بنود ذات طابع انفعالي وسلوكي. وأخيراً، حصل العامل الرابع على 5,1% من التباين، وتكون من 5 بنود ذات طبيعة مشتركة بين العوامل السابقة. لغرض هذه الدراسة، استخدمت الدرجة الكلية في تحليل النتائج، وحظي المقياس بخصائص سيكومترية جيدة، مما جعله مناسباً للاستخدام في هذه الدراسة. لم تظهر فروق جوهرية بين الجنسين في متوسط الدرجة على هذا المقياس، كما لم توجد فروق ذات دلالة في القلق من هذا المرض بين المتزوجين وغير المتزوجين، ولا بين ساكني المحافظات الست من المشاركين في الدراسة. وفي الختام نوقشت الجوانب النظرية والتطبيقية لهذا المقياس وكيفية الاستفادة منه.

المصطلحات الأساسية: القلق، الصحة النفسية، مرض إنفلونزا الخنازير.

(*) قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، الكويت.

المقدمة:

في إبريل 2009 قامت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) بدق ناقوس الخطر منذرة بوباء جديد عرف بإنفلونزا الخنازير H1N1، سرعان ما انتشر الوباء في معظم دول العالم مسبباً حالة من الهلع بين سكانه، اضطرت بعدها منظمة الصحة العالمية إلى رفع حالة الإنذار إلى أقصى مستوى، وهو المستوى السادس، الذي يعني أن المرض أصبح وباء عالمياً عالي الانتشار؛ فقد وصل عدد حالات الوفيات بسبب هذا المرض إلى (15174) حالة حتى شهر فبراير 2010، موزعة على 211 دولة ومنطقة في العالم (انظر الإحصائية اليومية في موقع منظمة الصحة العالمية). مما حدا وزارة التربية أن تفرض إجراءات مشددة لمنع انتشار المرض بين طلاب المدارس، منها تأخير البدء بالعام الدراسي حتى اتضاح الرؤية نحو هذا المرض وحتى وصول التطعيمات المناسبة له.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك أكثر من 300 مرض معدٍ ظهر خلال مائة العام الماضية (Jones, et. al., 2008)، ويعد مرض إنفلونزا الخنازير أحد هذه الأمراض الفيروسية التي تصيب الجهاز التنفسي سواء لدى الحيوان أو الإنسان، وله إمكانية الانتقال من شخص إلى آخر بوساطة الرذاذ عن طريق السعال والعطس أو لمس الأسطح الملوثة بإفرازات الأنف ولعاب المصاب. ويصاحب الإصابة بالفيروس ارتفاع في درجة الحرارة، والتهاب في الحلق، ورعشة وتعب عام، وصداع، وآلام في الجسم، وأحياناً غثيان وإسهال.

الإطار النظري للدراسة:

يمكن النظر إلى القلق باعتباره انفعالاً مفيداً في حفظ الكائن الحي وتحسين توافقه مع بيئته؛ فالقلق من الإصابة بمرض ما يدفع الفرد إلى الاحتراز منه، كما أن قلق الطالب من الرسوب في الامتحان يدفعه إلى الدراسة. لكن القلق إذا ظل في مستويات مرتفعة لمدة طويلة فربما ينبئ باضطراب نفسي، وفي المقابل، إذا ظل القلق في مستويات منخفضة فربما يشير ذلك إلى تكيف غير سوي للفرد.

القلق في صورته الحادة اضطراب عصابي، يأتي على شكل اضطراب قلق عام، أو اضطراب القلق والاكتئاب المختلط، أو الهلع، أو القلق الرهابي، أو الرهاب الاجتماعي، وغيرها. ويمكن النظر إلى القلق من إنفلونزا الخنازير على أنه حالة من الخوف والتوتر النفسي مصحوبة بانشغال ذهني واستجابات سلوكية خشية

الإصابة بالمرض أو بمضاعفاته. وأقرب تصنيف للقلق من إنفلونزا الخنازير هو أنه اضطراب قلق رهابي phobic anxiety disorder، حيث يرى أحمد عكاشة (2003،156) أنه "إذا كان الخوف من المرض ينشأ – في الأغلب، وبشكل متكرر – من التعرض المحتمل للعدوى أو التلوث، أو ببساطة الخوف من الإجراءات الطبية (الحقن، العمليات،....إلخ) أو الأماكن الطبية (عيادات جراحات الأسنان، المستشفيات.. إلخ)، فالتشخيص يكون رهاباً محدداً". ويرى أن من الموضوعات المنتشرة لمرض الرهاب المحدد هو الخوف من الإصابة بالإيدز، أو التلوث البيئي أو الإشعاعي.

وللقلق من إنفلونزا الخنازير ثلاثة مكونات رئيسة؛ فهناك مكون انفعالي يظهر – مثلاً – في الشعور باحتمال الإصابة بالمرض، أو الخوف من الموت بسببه؛ ومكون سلوكي يظهر في عدم الاختلاط بالآخرين أو عدم مصافحتهم خوفاً من الإصابة بالمرض، أو المبالغة الزائدة في تنظيف اليد بالمعقمات. كما أن هناك مكوناً اتجاهياً، يتمثل في الاعتقاد بأن هذا المرض أكثر خطورة من أنواع الإنفلونزا الأخرى، أو أنه لا يمكن السيطرة على انتشاره، في حين يرى مصري حنورة (1998) أن القلق يمكن تقسيمه إلى ثلاثة أبعاد هي: القلق الوجداني، والقلق المعرفي، والقلق الفسيولوجي.

وليس كل قلق يشعر به الفرد ناتجاً من مخاوف متصلة مباشرة بالإصابة بالمرض، لكن هناك قلقاً مرتبطاً بأمور متصلة بالمرض كالتطعيم من المرض مثلاً. وهذا – بحد ذاته – يمكن أن يؤثر سلباً على مناعة الجسم ويخفض درجة فاعلية الجرعة التطعيمية. وقد قام كل من "بدرسن، زكريا، وبوفبجيرج" (Pedersen, Zachariae, and Bovbjerg, 2009). بمراجعة 13 دراسة حاولت فحص التأثيرات النفسية للضغوط الناتجة من خبرة التطعيم على الاستجابات الجسمية، مستخدمة 1158 مفحوصاً، وخلصوا إلى وجود علاقة دالة عكسية بين الضغوط النفسية والاستجابات الجسمية السلبية للتطعيم من الإنفلونزا. كما أظهرت دراستهم أن الاستجابات الجسمية كانت أكثر وضوحاً بما يخص التطعيم من مرض إنفلونزا الخنازير H1N1 مقارنة بمرض إنفلونزا الطيور A/H3N2. ويبدو أن الأمراض المعدية التي تنتشر بين البشر تأخذ اهتماماً أكثر من قبلهم، وتثير القلق أكثر من الأمراض التي تنتشر أساساً بين الحيوانات كمرض إنفلونزا الطيور مثلاً A/H5N1 (Jones and Iverso, 2008).

إن تقيد العامة بالتعليمات الخاصة بالوقاية من المرض والصادرة عن الهيئات الصحية مرهون بمدى إدراك العامة لفاعلية هذه التعليمات، ومدى احتمال إصابتهم بالمرض، ومدى قناعتهم بأن المرض يحمل في طياته مخاطر كبيرة على صحتهم، وأن المرض من الصعب علاجه، وبمدى قناعتهم بأن السلطات تزودهم بمعلومات كافية عنه، يمكن الوثوق بها للسيطرة عليه (Rubin, Amlot, Page, and Wessely, 2009). إن العامة قد لا تأخذ تحذيرات السلطات الصحية على محمل الجد إذا أدركت أن هذه التحذيرات مبالغ فيها أو غير واضحة (Slovic, 1987).

لقد سأل كل من "توزي وغسوالدو ورومانو وكايون" (Tozzi, Gesualdo, Romano, and Caione, 2009) 27 ألف امرأة إيطالية عبر الإنترنت عما إذا كن مستعدات لتطعيم أبنائهن ضد مرض إنفلونزا الخنازير، ووجدوا أن 12,8% أجبن بالإيجاب، في حين رفض 42,8% منهن ذلك، وتردد 44,4% منهن في الإجابة. ويبدو أن المخاوف من آثار التطعيم من إنفلونزا الخنازير ليست محصورة لدى عامة الناس فقط، بل هي ظاهرة موجودة حتى بين العاملين في المؤسسات الصحية؛ فقد استخدم كل من "التوفيق وأنتوني وعبد" (Al-Tawfiq, Antony, and Abed, 2009) 244 مفحوصاً يعملون في مؤسسات صحية في مهن مثل الطب والتمريض، منهم 51 سعودياً و114 عربياً من جنسيات مختلفة، والبقية من جنسيات أخرى غير عربية، ووجدوا أن 64% من أفراد العينة يعتقدون بأهمية التطعيم، لكن 35% منهم لا يعتقدون بأنهم في خطر من الإصابة بالمرض، كما أن 67% منهم يعتقدون بأن التطعيمات من المرض ليست آمنة.

لكن الدراسات الخاصة بإدراك المخاطر وعلاقتها بالصحة تشير إلى أن هناك علاقة ضعيفة بين قلق الأفراد من تهديد ما واحتمال الموت أو الإعاقة منه (Frost, Frank, and Maiback, 1997; Young, Norman, and Humphreys, 2008)، كما يتفاوت مستوى القلق من منطقة إلى منطقة بحسب إدراك أهل هذه المنطقة للمخاطر المحتملة. فعند دراسة 3436 فرداً من كل من أوروبا وآسيا، وجد "دي زوات" (DeZwart, 2007) أن إدراك الأوروبيين لمخاطر مرض الإنفلونزا أعلى من نظرائهم الآسيويين، على الرغم من أن المخاوف – بشكل عام – كانت في حدود المتوسط.

ومع قلة الدراسات التي حاولت رصد موضوع القلق من الأمراض المعدية،

فإنها عانت ضعفاً في الأطر النظرية التي تساعدنا على الفهم؛ فقد قام كل من "لبين وأرو" (Leppin and Aro, 2009) بمراجعة 28 دراسة إمبيريقية نشرت في الفترة بين 2003 و2007؛ وذلك لمعرفة الأطر والنماذج النظرية المستخدمة في دراسات إدراك المخاطرة Risk Perception المتصلة بالأمراض الوبائية التي تسببها الفيروسات، وخلصت مراجعتهما إلى أن معظم هذه الدراسات غير متجانسة، ولم تؤسس على أسس نظرية رصينة. كما يعتقد كل من "روو وهاوكس وهوفتن" (Rowe, Hawkes, Houghton, 2008) أنه لا توجد نظرية تساعدنا على التنبؤ بدقة باستجابة العامة للمخاطر المحتملة للأمراض المعدية التي هي مهمة بالطبع لتقدم البحوث في هذا المجال، كما تساعد صانعي القرار على وضع السياسات الصحية المناسبة لتجنب المرض.

أهمية البحث:

لا شك أن متغيرات الموقف الذي يعيشه الفرد تحمل في طياتها تهديداً، كما تحمل فرصاً، وتعتمد قدرة الفرد على مواجهة هذه التهديدات والتوافق السليم معها. أحد التهديدات التي تواجه الإنسان – خاصة في هذا العصر – كثرة وتتابع الأمراض المعدية التي لا تؤثر سلباً على صحة الفرد الجسمية فقط، بل على صحته النفسية أيضاً. والدراسة التي بين أيدينا تحاول رصد مدى القلق الذي يسببه مرض جديد عرف بمرض إنفلونزا الخنازير، الذي لا تكاد تجد دراسة نفسية حوله بسبب حداثته. لذا تعد هذه المحاولة من الدراسات الأولية في هذا المجال، كما تأمل أن تكون مثالاً جيداً لتفاعل الباحثين النفسيين مع قضايا مجتمعهم.

ومن الخطأ أن تركز جهود الباحثين على دراسة الجوانب الصحية والبيولوجية للأمراض المعدية دون دراسة ما تفرزه من مشكلات نفسية على الفرد والمجتمع. وإذا كان من حق الأطباء والمختصين في الشأن الصحي أن يركزوا اهتمامهم على ماهية المرض وأسبابه وما يؤدي إليه من آثار صحية على جسم المصاب – بحكم اختصاصهم – فإن من حق المختصين النفسيين أن يدرسوا ما تؤدي إليه هذه الأمراض من آثار نفسية على المصاب والمحيطين به.

ولم يكن فيروس مرض إنفلونزا الخنازير هو الفيروس الأول الذي تتعرض له البشرية ولن يكون الأخير، فقد تعرض الإنسان لنحو 300 فيروس معد خلال مائة العام الماضية فقط، ولا تعتمد قدرة الإنسان على التصدي لهذه الأمراض على ما

لديه من معرفة ومهارة طبية فحسب، بل على قدرته على تحليل آثاره النفسية والمجتمعية أيضاً؛ فنجاح السياسات الصحية التي تفرضها المنظمات الصحية في العالم يعتمد على مدى إدراك الفرد لهذه الأمراض، وعلى مدى التهديد البدني والنفسي الذي يشعر به، وعلى مدى كفاءته في تحصين ذاته منها بدنياً ونفسياً. وترجو هذه الدراسة أن تعين نتائجها المسؤولين عن وضع السياسات الصحية على فهم الجوانب النفسية لهذه الأمراض، وتضمينها في معادلة المواجهة ضدها.

الدراسات السابقة:

تعد الدراسات التي تناولت مرض إنفلونزا الخنازير – من الجوانب النفسية – محدودة للغاية؛ نظراً لحداثة المرض الذي لم يظهر إلا في إبريل 2009. لكن هناك دراسات تناولت تأثيرات أمراض فيروسية معدية من الجانب النفسي كمرض إنفلونزا الطيور، وسارس، والإيدز.

ومن الدراسات التي تناولت مرض إنفلونزا الخنازير، دراسة كل من "غودويل وشمسل وفلكس ولين" (Goodwin, Shamsul, Felix, & Lynn, 2009) التي استطلعت 328 فرداً من ماليزيا وأوروبا قاموا بتعبئة استبانة عن طريق الإنترنت أو ورقياً؛ وذلك لمعرفة التغيرات المحتملة في استخدام وسائل النقل، وشراء بعض المواد المرتبطة بالمرض كالكمامات، ومدى إدراك خطر المرض والقلق منه، ومعدل استهلاك لحوم الخنازير. وخلصت الدراسة إلى أن 26% من العينة كانوا قلقين كثيراً من الإصابة بالمرض، في حين خفض 36% منهم من معدل استخدامهم لوسائل النقل الجماعي، كما ألغى 39% منهم حجوزات الطيران لديهم، و8% قاموا بشراء مواد تحضيرية للمرض كالكمامات، وتوقف 7% عن أكل لحوم الخنزير، وجميعها مؤشرات للقلق من الإصابة بالمرض، على الرغم من أن الماليزيين أظهروا قلقاً أكثر وضوحاً من الأوروبيين.

وفي دراسة هدفت إلى معرفة إذا ما كان انتشار مرض إنفلونزا الخنازير قد غير من سلوكيات الأفراد في كل من إنجلترا واسكتلندا وويلز، أجرى كل من "روبن وأملت وبيج ووسلي" (Rubin, Amlot, Page, & Wessely, 2009) مقابلة هاتفية عشوائية مع 997 راشداً، أعمارهم فوق 18 عاماً، ووجدوا أن 38% منهم قد قاموا فعلياً بإحدى التوصيات الخاصة لتجنب المرض، مثل غسل اليدين أو تجنب الأماكن المزدحمة، كما رصدوا بعض الأفكار المعرفية المصاحبة للخشية من الإصابة

بالمرض، مثل أن دورة المرض ستستمر طويلاً، وأن السلطات المعنية بمكافحة المرض يمكن الوثوق بها. كما وجدوا أن الأقليات العرقية كانت أكثر استجابة لتوصيات السلطات المعنية بمكافحة المرض من الأكثرية العرقية.

أما "جونز وساليث" (Jones and Salathe, 2009) فقد قاما بجمع بيانات من 6249 فرداً من خلال الإنترنت حول إدراك خطر إنفلونزا الخنازير خلال فترة رفع منظمة الصحة الدولية مستوى الإنذار إلى المستوى الخامس (28 إبريل –5 مايو 2009)، ووجدا أن الحالة الانفعالية تتوسط الاستجابات السلوكية للعينة، وأن تحليل المحتوى أظهر أن القلق من إنفلونزا الخنازير، والقلق من إنفلونزا الطيور، والقلق من الإرهاب، جميعها تتحد في عامل واحد.

وفي السياق نفسه، هناك بعض الدراسات التي تناولت مرض إنفلونزا الطيور، منها دراسة ماجدة علي (2007) حول الاتجاه نحو مرض إنفلونزا الطيور وعلاقته بالقلق لدى عينة مكونة من 94 طالباً وطالبة من الدفعة الثانية في قسم علم النفس بكلية الآداب بسوهاج بجمهورية مصر العربية، استخدمت فيها الباحثة مقياساً من إعدادها أسمته "استبانة الاتجاه نحو مرض إنفلونزا الطيور"، كما استخدمت قائمة القلق لعبدالخالق، وخلصت دراستها إلى وجود ارتباط دال بين الاتجاهات السلوكية والمعرفية والانفعالية المكونة للمقياس، لكن الدراسة لم تجد علاقة بين مقياس الاتجاهات وقلق الحالة والسمة، كما لم تعثر على فروق دالة بين الجنسين في كل من الاتجاهات السلوكية والانفعالية والمعرفية، لكنها وجدت فروقاً دالة بين الجنسين على الدرجة الكلية لاستبانة الاتجاهات.

وقام كل من الشهري وعبدالفتاح وحفناوي (Al-Shehri, Abdel-Fattah, and Hifnawy, 2006). بدراسة هدفت إلى معرفة طبيعة مخاوف الطلاب تجاه مرض إنفلونزا الطيور، واستخدمت 514 طالباً من المدارس الثانوية في الطائف بالمملكة العربية السعودية، وخلصت إلى أن 70% من العينة تتلقى معلوماتها عن المرض من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة، وأن 65% تتوقع حدوث إصابات بهذا المرض في المملكة. وكانت الطالبات (71%) أكثر قلقاً من الإصابة بالمرض من الطلاب (59%).

وهناك دراستان تمتا في هونج كونج؛ الأولى قام بها كل من "تام ولي ولي"

(Tam, Lee, & Lee, 2007) باستخدام استبانة تقيس اتجاهات الممرضات نحو مرض سارس وإنفلونزا الطيور وإدراكهن لمخاطرهما. وقد وزعت الاستبانة على 999 ممرضة؛ أفصح 72,7% منهن عن احتمال إصابتهن بالمرض، في حين عبر 84% منهن عن استعدادهن للعناية بالمصابين به. ووجدت الدراسة أن أكثر الممرضات عرضة للمرض هن اللاتي يعملن بأجنحة المرضى المصابين بهذه الأمراض (44,1%)، كما أنهن أقل احتمالاً لتجنب التعامل مع المرضى، وأقل ميلاً إلى تغيير عملهن، إذا طلب منهن التعامل مع مريض مصاب، ولديهن اتجاه إيجابي نحو الأمراض المعدية، مقارنة بأقل الممرضات عرضة للمرض (55,9%)، ممن يعملن في المستشفى نفسه، لكن للعناية بمرضى مصابين بأمراض أخرى غير معدية. أما الدراسة الثانية، فقد أجراها "فلدنج وآخرون" (Fielding, at. el., 2005) حيث أجروا اتصالاً هاتفياً مع 986 ربة منزل في هونج كونج لمعرفة إدراكهن لمخاطر إنفلونزا الطيور من خلال شراء الدجاج الحي، وأظهرت الدراسة قلقاً بين 33%–39% من العينة من ملامسة الدجاج المشترى.

من جانب آخر، قام "كوه وآخرون (Koh, et al., 2005) بدراسة حول إدراك المخاطر المحتملة للإصابة بمرض "سارس" على حياة الفرد الشخصية والأسرية باستخدام "مقياس تأثير الأحداث" على 10511 موظفاً يعملون في معاهد صحية في سنغافورة خلال مرحلة انتشار هذا المرض. وخلصت الدراسة إلى أنه على الرغم من أن 76% من العينة لديهم احتمال عال لإصابتهم بالمرض (غالبيتهم أطباء وممرضات)، فإن 69,5% منهم يتقبلون الأمر باعتباره جزءاً من طبيعة عملهم. كما عبر 56% منهم عن ازدياد في معدلات القلق لديهم وارتفاع شعورهم بضغوط العمل.

لقد تطرقنا هنا لثماني دراسات، اثنتان منها تمتا في البيئة العربية، والبقية معظمها في جنوب شرق آسيا التي ينظر إليها على أنها حاضنة لمعظم الأمراض الفيروسية المعدية. وهناك بعض الدراسات التي تمت في أوروبا، تناولت دراستان منها مرض إنفلونزا الخنازير، في حين تناولت الدراسات الأخرى مرضي سارس وإنفلونزا الطيور. ويمكن ملاحظة أن معظم هذه الدراسات حديثة، لكنها اعتمدت طرقاً إحصائية بسيطة انحصرت في نسبة تكرارات المستجوبين، كما استخدم بعضها عينات كبيرة من خلال الإنترنت، وهذه الوسيلة وإن كانت سريعة في الحصول على العينة المقصود، فإنها – في الغالب – عينة غير ممثلة للمجتمع.

أهداف البحث:

تسعى هذه الدراسة إلى تصميم أداة لقياس القلق من إنفلونزا الخنازير وتقدير خصائصه السيكومترية، ومعرفة الفروق في القلق من إنفلونزا الخنازير بين الجنسين، وبين المتزوجين وغير المتزوجين، وبين قاطني المحافظات الست في الكويت.

فروض الدراسة:

نادرة هي الدراسات التي تمت في موضوع القلق من إنفلونزا الخنازير؛ نظراً لحداثة المرض، وعليه، من الصعب توجيه فروضها، لذا تتبنى الدراسة الفروض الصفرية التالية:

1 – لا توجد فروق جوهرية بين الجنسين في القلق من إنفلونزا الخنازير.

2 – لا توجد فروق جوهرية بين المتزوجين وغير المتزوجين في القلق من إنفلونزا الخنازير.

3 – لا توجد فروق جوهرية بين قاطني المحافظات الست في القلق من إنفلونزا الخنازير.

طريقة البحث:

العينة:

اختيرت العينة من طلاب جامعة الكويت وقوامها 342 (164 طالباً و178 طالبة)، جميعهم كويتيون، 85,4% منهم غير متزوجين، و14,6% متزوجون، بلغ متوسط أعمارهم (21,3) عاماً بانحراف معياري مقداره 4,1 أعوام. توزعت العينة على المحافظات الست لدولة الكويت وفقاً للتالي: العاصمة (الكويت) (77)، حولي (49)، الفروانية (60)، الجهراء (58)، الأحمدي (60)، ومبارك الكبير (38). وأخذت العينة من خلال التطوع الذاتي في المقررات الدراسية المختلفة وفي كافتيريا الجامعة وساحتها.

الأدوات:

مقياس القلق من إنفلونزا الخنازير:

استخدمت الدراسة "مقياس القلق من مرض إنفلونزا الخنازير" الذي قام بتصميمه الباحث لتحقيق أهداف هذه الدراسة. تكون المقياس في صورته الأولية

من 30 بنداً، عرضت على سبعة محكمين من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الكويت، وبناء على ملاحظاتهم حذف ما لزم من البنود أو عدل أو أضيف إليها، ومن ثم وصل عددها إلى 26 بنداً؛ تغطي ثلاثة أبعاد رئيسة، هي:

– البعد الانفعالي من القلق تجاه إنفلونزا الخنازير: ومن أمثلته " أشعر بالقلق من احتمال إصابتي بهذا المرض"، و" أخاف أن يتسبب هذا المرض بموتي".

– البعد السلوكي للقلق من إنفلونزا الخنازير: ومن أمثلته " لا أختلط بالآخرين خوفاً من هذا المرض"، و"أبتعد عن مصافحة الآخرين حتى لا ينتقل إليَّ المرض".

– البعد الاتجاهي نحو القلق من إنفلونزا الخنازير: ومن أمثلته "هذا المرض أكثر خطورة من أنواع الإنفلونزا الأخرى"، و"لن نستطيع إيقاف انتشار هذا المرض".

وبعد إجراء التحليل العاملي – كما سنلاحظ في قسم النتائج – احتفظ بـ20 بنداً شكلت الصيغة النهائية للمقياس. كما أظهر التحليل العاملي بعداً رابعاً هو خليط من الأبعاد الثلاثة السابقة.

وحددت خيارات كل بند وفقاً لتقسيم ليكارت الخماسي؛ حيث راوحت الخيارات بين 1 (لا أوافق بشدة) و5 (أوافق بشدة). وأقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي 20، وأعلى درجة هي 100. وتشير الدرجة العالية إلى زيادة في قلق الفرد من مرض إنفلونزا الخنازير. ومزيد من التفاصيل حول هذا المقياس سيتطرق له في قسم النتائج.

الإجراءات:

جمعت البيانات خلال الفترة بين شهري نوفمبر وديسمبر من عام 2009، وهي الفترة التي أظهرت الإحصاءات أن المرض كان في قمة انتشاره. وقد شارك جميع أفراد العينة المذكورة بشكل تطوعي، وطبق المقياس في مكان مناسب في جلسة واحدة. وبعد التدقيق في الاستمارات المطبقة، استبعدت بعض الاستمارات غير المكتملة.

جمع البيانات وتحليلها:

جمعت البيانات خلال الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي 2009–2010، وتشمل البيانات الديمغرافية التالية: العمر، الجنس، الجنسية، الحالة الاجتماعية،

ومحافظة السكن. بالإضافة إلى الدرجة على مقياس القلق من مرض إنفلونزا الخنازير. وبعد جمع البيانات وحصرها أدخلت في الحاسب الآلي الشخصي، ثم حللت إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS-17.0). وقد أجري التحليل الإحصائي التالي: المتوسط، والانحراف المعياري، واختبار (ت)، واختبار (ف)، والتحليل العاملي.

النتائج:

يوضح جدول (1) تحليلاً عاملياً للبنود العشرين لاستبانة قلق إنفلونزا الخنازير؛ حيث استخدمت طريقة المكونات الرئيسة وتدوير العوامل تدويراً متعامداً بطريقة فاريماكس لاستخراج العوامل بعد التدوير. واعتبر العامل دالاً إحصائياً عندما يكون جذره الكامن أكبر من 1، في حين حدد محك التشبع الجوهري للبند بالعامل بأنه أكثر من 0,4، وقد استخرجت أربعة عوامل دالة إحصائياً استوعبت 56% من التباين؛ شمل العامل الأول 7 بنود استوعبت 37,8% من التباين، وجميعها ذات بعد انفعالي (القلق الانفعالي من إنفلونزا الخنازير)، أما العامل الثاني الذي شمل 6 بنود فاستوعب 7,4% من التباين، كانت جميعها ذات بعد سلوكي (القلق السلوكي من إنفلونزا الخنازير)، وتكون العامل الثالث من 5 بنود، استوعبت 6,2% من التباين، وشملت بنوداً انفعالية وسلوكية. وأخيراً العامل الرابع الذي تكون من 5 بنود استوعبت 5,1% من التباين وشمل بنوداً ذات أبعاد مختلطة (انفعالية – سلوكية – توجهية)، علماً بأن هناك ثلاثة بنود تشبعت بعاملين هي: 6 و16 و18، وفي حالة الرغبة في استخراج الدرجة الفرعية لكل عامل، يمكن إلحاق البند بالعامل الأكثر تشبعاً به (بند 6 يلحق بالعامل الأول، والبند 16 بالعامل الأول، والبند 18 بالعامل الرابع). ويتضح من الجدول أن علاقة كل بند بالدرجة الكلية – بعد استبعاد البند – كانت جوهرية عند مستوى دلالة 0,1. وعند إعادة العملية الإحصائية بطريقة التدوير المائل "أوبلمن"، توصل الباحث لنتيجة مطابقة جداً لما ذكر. ولأغراض هذا البحث، سيتعامل بالدرجة الكلية للمقياس والدرجات الفرعية للقلق الانفعالي والقلق السلوكي. علماً بأن الدرجة الكلية للمقياس راوحت بين 20 و82، بمتوسط قدره 45,1، وانحراف معياري 14,2.

جدول (1)
معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية بعد استبعاد البند ومصفوفة التحليل العاملي لمقياس القلق من إنفلونزا الخنازير

رقم البند	البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية بعد استبعاد البند	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
1	أشعر بالقلق من احتمال إصابتي بهذا المرض.	,65**	,71			
2	لا أختلط بالآخرين خوفاً من هذا المرض.	,57**		,61		
3	أشعر بالتوتر عند سماع أخبار عن هذا المرض.	,64**	,77			
4	أستخدم الكمام الواقي في الأماكن المزدحمة.	,44**		,75		
5	خوف الناس من هذا المرض يزيدني قلقاً.	,55**	,68			
6	أشعر بالقلق من انتشار هذا المرض.	,70**	,67		,42	
7	أتابع باهتمام ما تنشره وسائل الإعلام عن المرض.	,61**			,61	
8	أبتعد عن أماكن الازدحام حتى لا تنتقل لي العدوى.	,65**		,63		
9	أخاف أن يتسبب هذا المرض بموتي.	,63**	,56			
10	أبتعد عن مصافحة الآخرين حتى لا ينتقل إلي المرض.	,51**		,69		
11	هذا المرض أكثر خطورة من أنواع الإنفلونزا الأخرى.	,49**				,40
12	أتحاشى تقبيل الآخرين حتى لا ينتقل إليَّ المرض.	,61**		,66		

تابع/ جدول (1)
معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية بعد استبعاد البند ومصفوفة التحليل العاملي لمقياس القلق من إنفلونزا الخنازير

رقم البند	البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية بعد استبعاد البند	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
13	أستخدم معقمات لتطهير اليد من الجراثيم.	,45**			,79	
14	أشعر بالخوف عند سماع اسم هذا المرض.	,58**	,50			
15	أحرص على اتباع إرشادات الوقاية من هذا المرض.	,52**			,72	
16	تزعجني الأخبار عن المصابين بهذا المرض.	,48**	,50		,45	
17	لن نستطيع إيقاف انتشار هذا المرض.	,39**				,72
18	لا ألمس الأشياء التي يلمسها الآخرون قبلي.	,55**		,42		,61
19	يجب منع التجمعات ووقف الدراسة حتى لا ينتشر المرض.	,49**				,62
20	أشعر بالقلق عندما يعطس شخص ما بقربي.	,56**				,52

* حذفت التشبعات التي تقل عن ,40 ** دال عند مستوى دلالة ,01

من جانب آخر، حسب معامل ألفا كرونباخ للمقياس؛ حيث وصل إلى ,91، وهو يعكس مستوى عالياً من الثبات، وينطبق ذلك على عينة الذكور والإناث. كما حسب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق على عينة قوامها 38 طالباً وطالبة بعد أسبوعين من التطبيق الأول، ووجد أن معامل الارتباط بين التطبيقين هو ,75 .

وفي دراسة بعدية منفصلة وغير منشورة على 241 طالباً وطالبة من جامعة الكويت، قام الباحث بالتحقق من الصدق التلازمي لهذا المقياس عن طريق ارتباطه

مع مقياس العصابية الخاص استخبار إيزنك للشخصية (20 بنداً – صيغة الراشدين) التي صممها كل من إيزنك وإيزنك (Eysenck, Eysenck, 1975)، وعربها عبدالخالق (1991)، ووجد أن معامل الارتباط ر= 32, وهو دال عند مستوى دلالة 01,. ويتضح من ذلك أن المقياس يتمتع بالمواصفات السيكومترية اللازمة لاستخدامه.

من جانب آخر، يوضح جدول (2) المتوسطات (م)، والانحرافات المعيارية (ع)، وقيم "ت" لعينتي الذكور والإناث، والمتزوجين وغير المتزوجين، وقاطني المحافظات الست من العينة في القلق من إنفلونزا الخنازير. كما يوضح الجدول، أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين الجنسين، وبين المتزوجين وغير المتزوجين، ولا بين ساكني المحافظات الست من المشاركين في الدراسة في القلق من مرض إنفلونزا الخنازير.

جدول (2)
المتوسطات (م)، والانحرافات المعيارية (ع)، وقيم "ت" بحسب الجنس والحالة الاجتماعية للقلق من إنفلونزا الخنازير

المتغير	ن	م	ع	المعامل	دلالة ت
الذكور الإناث	164 178	43,7 46,4	14,1 14,1	ت=1,8	.162
غير متزوجين متزوجون	292 50	44,6 47,9	13,7 16,4	ت=1,5	.078
العاصمة حولي الفروانية الجهراء الأحمدي مبارك الكبير	77 49 60 58 60 38	45,2 41,1 46,9 46,6 44,8 47,7	13,6 11,9 16,0 14,7 13,7 15,4	ف=1,4	.49

ولما كان المكونان الانفعالي والسلوكي أشد وضوحاً وتمايزاً بين المكونات الأربعة التي ظهرت في التحليل العاملي، فقد استخدما في التحقق من الفروق بين الجنسين وفي الحالة الاجتماعية. ويوضح جدول (3) المتوسطات (م)، والانحرافات

المعيارية (ع)، وقيم "ت" بحسب الجنس والحالة الاجتماعية لبنود المكونين الانفعالي والسلوكي لقلق إنفلونزا الخنازير، كل بحسب بنوده التي تشبع بها. وباستثناء الفروق الجوهرية بين الجنسين في المكون الانفعالي التي بدت أعلى جوهرياً لدى الإناث، كانت جميع الفروق الأخرى غير دالة.

جدول (3)
المتوسطات (م)، والانحرافات المعيارية (ع)، وقيم "ت" بحسب الجنس والحالة الاجتماعية للمكونين الانفعالي والسلوكي لقلق إنفلونزا الخنازير

المتغير	ن	المكون الانفعالي				المكون السلوكي			
		م	ع	ت	دلالة	م	ع	ت	دلالة
الذكور الإناث	164 178	16,2 18,1	6,2 6,2	2,9	.01	10,8 10,5	4,4 4,1	.63	.53
غير متزوجين متزوجون	292 50	16,9 18,2	6,1 7,2	1,3	.18	10,4 11,5	4,2 4,4	1,6	.10

المناقشة:

سعت هذه الدراسة إلى التحقق من الفروق المحتملة بين الجنسين، وبين المتزوجين وغير المتزوجين، وبين قاطني المحافظات الست في القلق من مرض إنفلونزا الخنازير، وذلك بتصميم أداة مناسبة لقياس القلق من المرض وتقدير خصائصه السيكومترية. وقد أظهرت النتائج أن المقياس ذو مواصفات سيكومترية جيدة؛ فقد احتوى على 20 بنداً غطت أربعة عوامل، استوعبت جميعها 56 % من التباين. وهذا المقياس، وإن كان قد صمم خصيصاً لقياس القلق من إنفلونزا الخنازير، فإن بالإمكان استخدامه –بعد إجراء بعض التعديلات البسيطة على بنوده– مع أنواع أخرى من الأمراض الفيروسية المعدية التي لن تتوقف عن الظهور في المستقبل. ويرجو الباحث أن يكون المقياس معيناً للباحثين لفتح مجالات بحثية جديدة؛ إذ من الممكن القيام بعدة دراسات نفسية يربط من خلالها بين القلق من المرض ومجموعة من المتغيرات النفسية، كقلق الحالة والسمة، والتفاؤل والتشاؤم، والتفاؤل المفرط، والصحة النفسية، والوسواس القهري. كما

يمكن أن توسع الدراسات المستقبلية نوعية العينة المستخدمة لتشمل جنسيات مختلفة، وطبقات اجتماعية واقتصادية متنوعة، وفئات عمرية متباينة.

إن الدافع الأساسي في الصياغة الصفرية لفروض الدراسة، هو حداثة المرض وقلة الدراسات النفسية في هذا المجال؛ مما يجعلنا أكثر تحفظاً في توجيه هذه الفروض. وقد أكدت نتائج الدراسة جزئياً صحة توقعات الفروض، حيث جاءت معظمها غير دالة. **فالفرض الأول** للدراسة نص على أنه لا توجد فروق جوهرية بين الجنسين في القلق من إنفلونزا الخنازير. وعلى الرغم من أن الاتجاه العام لنتائج دراسات الفروق بين الجنسين في القلق تميل – بصورة عامة – إلى الإناث، فإنها لم تنسحب هنا على نتيجة هذه الدراسة عند استخدام الدرجة الكلية، ولكن ظهر فرق دال لصالح الإناث في المكون الانفعالي فقط. وتتفق الدراسة الحالية جزئياً مع دراسة ماجدة علي (2007) حول الاتجاه نحو مرض إنفلونزا الطيور وعلاقته بالقلق؛ حيث إنها لم تعثر في دراستها على فروق دالة بين الجنسين على كل من الاتجاهات السلوكية والانفعالية والمعرفية، غير أنها وجدت فروقاً دالة بين الجنسين على الدرجة الكلية لاستبانة الاتجاهات. ودراستها، وإن كانت حول الاتجاهات نحو مرض إنفلونزا الطيور، فإن مقياسها مشبع بدرجة كبيرة ببنود تقيس القلق من المرض. من جانب آخر، تعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من الشهري وعبدالفتاح وحفناوي (Al-Shehri, Abdel-Fattah, and Hifnawy, 2006). التي وجدت أن الطالبات (71%) أكثر قلقاً من الإصابة بالمرض من الطلاب (59%)، لكن ما يؤخذ عليها أنها استخدمت الفروق في نسب تكرارات من أفصح عن القلق من كلا الجنسين، ولم تعتمد على قياس الفروق في متوسطات القلق بين الجنسين.

وفي الفرض الثاني، توقعت الدراسة أنه لا توجد فروق جوهرية بين المتزوجين وغير المتزوجين في القلق من إنفلونزا الخنازير. وعلى الرغم من أن هناك من يرى أن المتزوجين، الذين لديهم – في الغالب – أبناء، سيكونون أكثر قلقاً من الإصابة بهذا المرض، ليس على أنفسهم فقط، بل على أبنائهم أيضاً، في حين أن غير المتزوجين سيكونون قلقين بدرجة أقل على أنفسهم بالتحديد، فإن نتيجة هذه الدراسة لم تؤيد ذلك. هذا على الرغم من أن نتائج الدراسة أظهرت فروقاً نظرية بين المتزوجين وغير المتزوجين في الدرجة الكلية (المتزوجون م=13,7؛ غير المتزوجين م= 16,4) إلا أنها فروق لم تكن دالة.

أما **الفرض الثالث**، فأوضح أنه لا توجد فروق جوهرية بين قاطني المحافظات الست في القلق من إنفلونزا الخنازير. وهناك من يعتقد أن هناك فروقاً ثقافية واجتماعية وتعليمية واقتصادية بين قاطني المحافظات الست من الممكن أن تنعكس على مستويات قلقهم من إنفلونزا الخنازير، لكن نتيجة هذه الدراسة لم تؤيد هذا الاعتقاد، ويبدو أنه حتى لو كانت مثل هذه التباينات في الخلفيات المذكورة موجودة، فإن الموقف النفسي من المرض واحد؛ نظراً إلى أن العينة المستخدمة هي من طلاب الجامعة وطالباتها الذين يشتركون في خبرات تعليمية واحدة على الرغم من تباين محافظاتهم. وربما نجد اختلافاً بين ساكني هذه المحافظات لو تم سحبها مباشرة من سكانها بصورة ممثلة لمجتمعها، فعينة الطلاب الجامعيين لا يمكن أن تمثل مجتمعها لأسباب موضوعية معروفة. كما أن وسائل الإعلام المختلفة تصل رسالتها إلى كل فرد في المجتمع مهما اختلفت خلفيته العلمية والثقافية، ولم يعد الإعلام ميزة تتمتع بها طبقة اجتماعية معينة؛ مما يسهم في تقليل أي تباين محتمل لأفراد المحافظات الست في مستوى القلق من الإصابة بإنفلونزا الخنازير.

إن كثيراً من الدراسات أشارت إلى أهمية أخذ الاحتياطات اللازمة لتجنب المرض، لكن قليلة هي الدراسات التي تساعدنا على رصد كيف يدرك الأفراد هذه الأمراض المعدية وكيف يفهمونها، وكيف يتصرفون حيالها، خاصة مع بداية انتشارها. ويجب ألا يعتمد فقط على التدخل الدوائي، بل تعد الاحترازات الشخصية والاجتماعية إجراءات مهمة لتقليل فرص الإصابة بالمرض.

القلق بصورة عامة يساعد الفرد على الاستعداد والتهيؤ للموقف الضاغط، ويدفعه إلى أخذ الاحتياطات اللازمة تجاهه، والتركيز على العنصر الأهم في الموقف. فالقلق المنخفض لدى الفرد من إنفلونزا الخنازير ربما عكس تكيفاً سلبياً تجاه المرض؛ فقد يعني أن الفرد غير مستعد لاتباع الإرشادات الصحية أو لأخذ التطعيم المناسب للمرض. مما قد يعني أن هناك فرصة أكبر لإصابة الفرد بهذا المرض.

هناك عدة اعتبارات تدفعنا إلى الحذر من تعميم النتائج؛ فعينة الطلاب لا تمثل المجتمع حتماً، لكن ربما مثلت مجتمع الطلاب الذي تماثل خصائصه عينة الدراسة. وهناك بعد آخر يجدر بنا الالتفات إليه، وهو أن هذه الدراسة تمت بين شهري نوفمبر وديسمبر 2009، وكانت قمة عدد الإصابات في الكويت بين شهري يوليو

وأغسطس 2009، ثم بدأ المرض بعدها بالانحسار، ويتوقع تبعاً لذلك أن يكون قلق العينة خلال شهري نوفمبر وديسمبر أقل من الأشهر التي سبقتهما. وعليه، فإن نتائج هذه الدراسة تعكس بعداً زمنياً محدداً. وعلى الرغم من أن المرض في اتجاه نحو التناقص، فإنه لا يعرف أسيتوقف كلية عن الانتشار أم سيتحول إلى نوع آخر من الفيروسات.

أخيراً، ربما يشاركني القارئ في أن الإعلام يسهم بشكل كبير في تضخيم الأحداث وإبرازها أحياناً بصورة أكبر من حقيقتها، وسواء قام الإعلام بذلك وهماً أم تعمداً من أجل الكسب الإعلامي، فإن من الواجب أن تضبط السياسات الإعلامية؛ بحيث لا تسهم في زيادة قلق أفراد المجتمع بصورة غير مبررة، أو أن تسخر من أجل التكسب المادي من قبل شركات تجارية تستغل فزع الناس بالتسويق لمنتجات صحية لا حاجة فعلية للمجتمع بها. إن وسائل الإعلام بالغت في استخدام المناشدات الانفعالية emotional appeals لإثارة الخوف fear arousal بدلاً من الأساليب الأكثر إقناعاً، مع اقتناعنا بأن مستوى معقولاً من المناشدة الانفعالية أمر مقبول مادام مبرراً من أجل تغيير الاتجاهات وتغيير السلوك، لكننا نؤكد ما جاء في نتائج الدراسات السابقة من أن المستوى العالي من المناشدة الانفعالية ليس أفضل في تغيير السلوك والاتجاهات من المناشدة الانفعالية متوسطة المستوى (Brooker, 1981).

كما يجب أن تستمع منظمة الصحة العالمية لتلك الانتقادات التي اتهمتها بإصابة الأفراد بالهلع والذعر عقب رفع درجة الاستعداد إلى الدرجة الخامسة من إجمالي الدرجات الست، وهو مستوى لايعكس شراسة المرض ولايعبر عن أعداد المصابين. كما طالتها انتقادات حادة حول ضعف قدرتها على تسويق المصل المضاد لإنفلونزا الخنازير، والتعامل مع المخاوف التي تركزت حول أعراضه الجانبية، ومحاباتها للشركات المصنعة له. ولعل في كل ذلك دروساً يجب استيعابها لمواجهة أمراض فتاكة في المستقبل لن تتوقف عن مهاجمة الإنسان والحيوان؛ فرب ضارة نافعة.

المراجع:

أحمد عبد الخالق (1991). **استخبار إيزنك للشخصية** (كراسة التعليمات)، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

أحمد عكاشة (2003). **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

ماجدة خميس علي (2007). الاتجاه نحو مرض إنفلونزا الطيور وعلاقته بالقلق لدى عينة من طلاب الجامعة، المؤتمر الإقليمي لعلم النفس، 18–20 نوفمبر 2007، **رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية**: 563–597.

مصري حنورة (1998). **الشخصية والصحة**، الطبعة الأولى، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

Al-Shehri, A. S., Abdel-Fattah, M., & Hifnawy, T. (2006). Knowledge and concern about avian influenza among secondary school students in Taif, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12: 178-188.

Al-Tawfiq, J.A., Antony, A., & Abed, M.S. (2009). Attitudes towards influenza vaccination of multi-nationality health-care workers in Saudi Arabia. *Vaccine*, 27: 5538-5541.

Brooker, G. (1981). A comparison of the persuasive effects of mild humor and mild fear appeals. *Journal of Advertising*, 19(14): 29-40.

De Zwart, O., Veldhuijzen, I.K., Elam, G., Aro, A.R., Abraham, T., Bishop, G.D., & et. al. (2007). Avian influenza risk perception, Europe and Asia. *Emerging Infectious Diseases*, 13: 290-293.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder & Stoughton.

Fielding, R., Lam, W.T., Ho, E.Y., Lam, T.H., Hedley, A.J., & Leung, G.M. (2005). Avian Influenza Risk Perception, Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*. 11: 677-682.

Frost, K., Frank, E., & Maibach, E. (1997). Relative risk in the News Media: A quantification of misrepresentation. *American Journal of Public Health*, 87: 842 - 845.

Goodwin, R., Shamsul, H., Felix, N., & Lynn, B.M. (2009). Initial psychological response to influenza. *BMC Infectious Diseases*, 9: 166-169.

Jones, K.E., Patel, N.G., Levy, M.A., Storeygard, A., & Balk, D. (2008). Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, 451: 990 - 994.

Jones, J.H., & Salathe, M. (2009). Early assessment of anxiety and behavioral response to novel swine-origin influenza A(H1N1). *PloS One,* 4(12), e8032.

Jones, S.C., & Iverso, D. (2008). What Australians know and believe about bird flu: Results of a population telephone survey. *Health Promotion Practice*, 9(4): 735-825.

Koh, D., Lim, M.K., Chia, S.E., Ko, S.M., Qian, F., Ng. V., Tan, B.H., & et.al. (2005). Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Medical Care*, 43: 676-682.

Leppin A., & Aro., A.R. (2009). Risk perception related to SARS and avian influenza:

theoretical foundations of current behavioral research. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16: 7-29.

Pedersen, A. F., Zachariae, R., & Bovbjerg, D. H. (2009). Psychological stress and antibody response to influenza vaccination: a meta-analysis. *Brain, Behavior, & Immunity*, 27, 427-433.

Rowe, G., Hawkes, G., & Houghton, J. (2008). Initial UK public reaction to avian influenza: analysis of opinions posted on the BBC website. *Health, Risk & Society*, 10: 361-384

Rubin, G.J., Amlot, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety and behavior change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *British Medical Journal*, 339: 2651.

Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.

Tam, D.K., Lee, S., & Lee, S.S. (2007). Impact of SARS on avian influenza preparedness in healthcare workers. *Infection*, 35: 320-325.

Tozzi, A.E., Gesualdo, F., Romano, M., & Caione, D. (2009). Parental attitude toward influenza A(H1N1) vaccination in Italy. *Vaccine*, 27: 6807-6807.

World Health Organization. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en.

Young, M.E., Norman, G.R., & Humphreys, K.R. (2008) Medicine in the Popular Press: The influence of the media on perceptions of disease. PLoS ONE 3: e3552.

قدم في: فبراير 2010
أجيز في: أكتوبر 2010

Swine Flu Anxiety among a Sample of Kuwait University Students

Othman H. Alkheder*

The outbreak of the pandemic flu, Influenza A/H1N1 (Swine Flu), in April 2009 provided a major challenge to health services around the world and caused panic among populations. The present study aims to develop a scale for assessing Swine Flu anxiety and estimating its psychometric characteristics as well as assessing possible gender differences in this variable. A total of 342 students from Kuwait University (164 males & 178 females) participated in this study. Their average age was 21.3 years, (SD = 4.1), most were single (292) and living in the six Kuwaiti governorates at similar ratios. The scale consisted of 20 items covering three components: emotional, behavioral, and attitudinal. Factor analysis revealed four factors predicting 56% of the variance. The first factor (%37) consisted of 7 emotional items; The second one (%7.4) of 6 behavioral items; The third (%6.2) of 6 emotional and behavioral items; and the fourth (%5,1) of 5 items common to the other factors. For the purpose of this study, the total score was used for analyses. The scale proved to have good psychometric characteristics, which made it suitable for use in the current research. No significant differences were found between the two sexes in this measure, or between married and single participants. Also, no significant differences were found among those living in the six Kuwaiti governorates. The theory and application of this scale were discussed in the conclusion, and means of benefitting from it were considered.

Keywords: Anxiety, Health psychology, A/H1N1 (Swine Flu).

* Dept. of psychology, College of social sciences, Kuwait University, Kuwait.