

القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا (Covid 19) وعلاقته

بالسلوك الصحي لدى منسوبي جامعة بغداد

أ.م.د. سيف محمد رديف / وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

مركز البحوث النفسية

استلام البحث: ٢٠٢١/ ٢ / ٥ قبول النشر: ٢٠٢١/٣/٦ تاريخ النشر: ٢٠٢٢/٤ / ٣

<https://doi.org/10.52839/0111-000-073-024>

ملخص البحث العربي

هدف البحث الى تعرف العلاقة بين القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا (Covid 19) وعلاقته بالسلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد ، وكذلك التعرف على الفروق في القلق الصحي والسلوك الصحي تبعاً لمتغيرات (الجنس ، والمهنة ، والعمر) ، ولتحقيق أهداف البحث تم بناء مقياس لقياس القلق الصحي وأُعتُمِدَ مقياس السلوك الصحي المعد من قبل (Renner&Schwarzer,2005) ، تم تطبيق المقياسين على عينة بلغ عددها (١١٥٠) ، بواقع (٢٧٧) تدريسياً و (٢٠٦) موظف ، أما الطلبة فقد بلغ عددهم (٦٦٧) تم اختيار العينة بطريقة التطبيق الالكتروني من عدد من الكليات في مجمع الجادرية ، وبعد معالجة البيانات احصائياً توصل البحث الى ان عينة البحث لديهم قلق صحي مرتبط بفايروس كورونا بمستوى متوسط ، وسلوك صحي بمستوى مرتفع ، كما تبين ان هناك علاقة طردية دالة احصائياً بين القلق الصحي والسلوك الصحي ، كما أسفرت النتائج الى عدم ظهور فروق دالة احصائياً في القلق الصحي بحسب متغيرات (الجنس ، المهنة ، والعمر) ، في حين ظهر وجود فرق دال احصائياً في السلوك الصحي تبعاً لمتغير (العمر) ولصالح الفئات العمرية الاعلى موازنة بالفئات الاقل عمراً ، وفيما يتعلق بالفروق في السلوك الصحي حسب متغير المهنة (تدريسي ، طالب ، وموظف) فقد أظهرت النتائج فروقاً دالة لصالح عينة التدريسيين.

Health Anxiety Related to Coronavirus (Covid 19) and Its Relationship to Health Behavior among Baghdad University Employees

Asst. prof. Saif Mohammed Radeef

Psychological research center

Abstract

The aim of the research is to identify the relationship between health anxiety associated with Coronavirus (Covid 19) and its relationship to health behavior among Baghdad University employees, as well as to identify the differences in health anxiety and health behavior according to the variables (gender, occupation, and age). To achieve the objectives of the research, a scale was designed to measure the health anxiety in addition to the adoption of the health behavior scale prepared by (Renner & Schwarzer, 2005). The two scales were applied to a sample of (277) academics and (206) employees, while the number of students was (667). The sample was chosen by electronic application from a number of colleges at Al-Jadiriya Complex. After statistically processing the data, the researcher concluded that the research sample has health anxiety related to the Coronavirus at an average level and health behavior at a high level. There were no statistically significant differences in health anxiety according to the variables (sex, profession, and age), while there was a statistically significant difference in health behavior according to the age in favor of the older age groups compared to younger age groups. As for the differences in the Health behavior in terms of the profession (academics, student, and employee), the results showed there are significant differences in favor of the sample of academics.

مشكلة البحث وأهميته :

يمثل القلق الصحي (HA)، الذي لا يزال يُعرف رسمياً باسم (Hypochondriasis) مأزقاً غامضاً لمقدمي الرعاية الصحية من مختلف التخصصات ، يحدث القلق كرد فعل طبيعي على تصور أن موقفاً أو حافزاً معيناً يمثل تهديداً أو خطراً ، إذا كان هناك شك في قدرة الفرد على التعامل مع التهديد المتصور وإدارته (Beck & Emery,1985).

بالنسبة لأولئك الذين يعانون من المخاوف الصحية المتزايدة سريريًا ، فإن المخاوف بشأن الإصابة بأمراض أو أمراض خطيرة أو الإصابة بها تصبح مشكلة في كل مكان ، حيث لا يكون المصابون عادةً منفتحين على التفسيرات النفسية للأعراض الفسيولوجية ، بدلاً من ذلك ، يتم البحث عن التفسيرات الطبية والفسيولوجية بشكل خاطئ ويقوة من قبل المرضى القلقين على الصحة لأنهم يواجهون صعوبة في تصديق أو دمج الواقع الطبي بأنه لا يوجد شيء خطأ في ما يتعلق بسلامة صحتهم ، وأنهم ، في الواقع ، يبدو أنهم غالبًا غير قادرين على قبول أن شكاواهم الجسدية هي إلى حد كبير وظيفة تخيلات مفرطة النشاط ، أو ، في حالة الأعراض الفعلية (Meeke,2011,P.5).

لذا يعد القلق الصحي سمة نفسية مستمرة ، أي نمط مستقر نسبيًا من الإدراك والسلوك ، القلق الصحي الشديد له مجموعة واسعة من الخصائص المعرفية والسلوكية والعاطفية على سبيل المثال ، يكون الأفراد المصابون بهذه الحالة عرضة للتفاعل مع المحفزات المرتبطة بالمرض وهم أكثر عرضة من غيرهم لتفسير الأعراض الجسدية كمؤشر للمرض، الأفراد الذين يعانون من القلق الصحي الشديد يستخدمون أيضًا رعاية صحية ويكون لديهم سلوك صحي مبالغ فيه أكثر من غيرهم (Axelsson, 2018) .

الخوف والقلق هما استجابتان تكيفيتان في وجود الخطر، ومع ذلك ، عندما يكون التهديد غير مؤكد ومستمرًا ، كما في جائحة فيروس كورونا الحالي (كوفيد -١٩) ، يمكن أن يصبح الخوف والقلق مزمنًا ومرهقًا لدى الكثير من الافراد ، ولتحديد التنبؤ بالخوف والقلق من الفيروس التاجي ، تم اجراء مسح عبر الإنترنت لعدد من الافراد بلغ عددهم (439) بعد ثلاثة أيام من إعلان منظمة الصحة العالمية تفشي فيروس كورونا جائحة (أي بين ١٤ و ١٧ مارس ٢٠٢٠)، وباستخدام أنموذج الخوف من فيروس كورونا (FCQ) الذي تم تطويره حديثا والذي يتكون من ثمانية أسئلة تتعلق بأبعاد مختلفة من الخوف (على سبيل المثال ، القلق الذاتي ، وسلوكيات السلامة، والقلق الصحي ، وعدم تحمل عدم اليقين) وجد أن هناك أربعة مبنئات لـ FCQ هي : القلق الصحي ، الاستخدام المنتظم لوسائل الإعلام ، استخدام وسائل التواصل الاجتماعي ، وإحتمالية تعرض الأحياء للمخاطر، وتوصلت الدراسة الى أن القلق الصحي يبنى بزيادة الخوف من فيروس كورونا والعامل النفسي المحتمل الآخر هو عدم اليقين ، والذي يمكن تعريفه على أنه "تصرف الفرد عدم القدرة على تحمل الاستجابة المكروهة التي يسببها المدرك عدم وجود معلومات بارزة أو رئيسية أو كافية ودعمها التصور المرتبط بعدم اليقين (Mertensa&Others,2020).

لذا وجد أن المزيد من التعرض لوسائل الإعلام مرتبط بزيادة الخوف والقلق بالنسبة لتفشي فيروس كورونا ، المزيد من التعرض لمعلومات التهديد (على سبيل المثال ، قراءة نشرات الأخبار حول وفيات جديدة ، منشورات على وسائل التواصل الاجتماعي) ستزيد الخوف من الفيروس ، لذا من المهم النظر فيما إذا كان التهديد شخصياً ذا صلة سواء بالنفس أو لأحبائهم فأنا نتوقع المزيد من القلق والخوف إذا كان الشخص يدرك تهديداً شخصياً أكبر (Stussi, Brosch, & Sander, 2015).

وفي دراسة استقصائية شملت (٤٤ ألف) مشارك تم إجراؤها في بلجيكا في بداية أبريل ٢٠٢٠ ، تبين أن عدد الأشخاص الذين زاد القلق الصحي (٢٠٪) والاضطراب الاكتئابي (١٦٪) بشكل كبير مقارنةً بمسح أُجري في عام ٢٠١٨ (أي ١١٪ و ١٠٪) زيادة في نسبة الانتشار ، على التوالي (Sciensano, 2020). ويُقدر العبء الاقتصادي لاضطرابات القلق في الولايات المتحدة وحدها بنحو (42.3) مليار دولار سنوياً ، وهو ما يمثل بشكل مثير للقلق ثلث إجمالي فاتورة الصحة العقلية في البلاد البالغ (148) مليار دولار ، وبالنظر إلى القلق الصحي فهو يمثل (٤٠٪) من المرضى في أجنحة الأمراض العصبية و (٢٦٪) من المرضى في طب الأسرة (Meeke, 2011, P.7).

تسببت جائحة فيروس كورونا الحالي (COVID-19) في ضغوط نفسية وجسدية كبيرة وارتفاع معدلات الإصابة والوفيات في جميع أنحاء العالم منذ أنتشار في ديسمبر ٢٠١٩ (Wang&Others, 2020). أظهرت الدراسات السابقة للأوبئة والأوبئة السابقة

(على سبيل المثال ، إيبولا ٢٠١٤/٢٠١٦ ، H1N1 2009/2010 ، إنفلونزا الطيور ٢٠٠٦ ، السارس ٢٠٠٣) أن القلق والمخاوف الصحية والسلوك الصحي يرتفع في مثل هذه الأوقات (Saadation, et. al, 2010).

وجدت الدراسات الحديثة بين الطلاب وعامة السكان في الصين أن حوالي ٢٥-٣٥٪ من المستجيبين يعانون من أعراض القلق أو الإجهاد النفسي أثناء جائحة (COVID-19) وإن أكثر من نصف المستجيبين من عموم السكان الصينيين لديهم مخاوف بشكل عام بشأن الجائحة ، أو أن أفراد الأسرة يمكن أن يصابوا بالفايروس (Zhang & Ma, 2020).

تم إجراء استطلاع عبر الإنترنت في عموم السكان الألمان بلغ عددهم (1615) في منتصف مارس ٢٠٢٠ ، والذي تضمن استبيانات حول القلق المرتبط بـ SARS-CoV-2 ، القلق الصحي والسايبركونديريا (أي البحث المفرط عن المعلومات عبر الإنترنت) والتنظيم الانفعالي ، أبلغ المشاركون عن زيادة كبيرة في القلق من الفيروس في الأشهر الأخيرة ، خاصة بين الأفراد الذين يعانون من القلق الصحي المتزايد، كما أظهرت الدراسة ارتباطاً إيجابياً بين السايبركونديريا مع القلق من الفيروس (0.48 r) ، وتبين وجود علاقة سلبية بين الحصول على معلومات حول الوباء والقلق الصحي من الفيروس والتنظيم الانفعالي (-0.18 r) ، وخلصت

الدراسة أن القلق الصحي والسايبركوندريا (Cyberchondria) يعلمان كعوامل خطر ، في حين أن المعلومات حول الوباء وتنظيم العاطفة التكيفية قد تمثل عوامل مؤقتة للقلق أثناء جائحة الفيروس (Jungmann & Witthöft,2020).

أما دراسة (الوهيبيية ، ٢٠٢٠) التي هدفت الى دراسة مستوى القلق النفسي المرتبط بجائحة كورونا لدى الاسر العمانية والبحرينية والمقيمين ، فقد توصلت الى ان مستوى القلق جاء متوسطا وان الاناث هم أكثر قلقا من الذكور ، كما تبين ان الذين أعمارهم (٤٠ سنة وأقل) هم أقل قلقا من الاعمار الاكبر كما أتضح ان اصحاب المؤهل العلمي المتدن (الثانوي فأقل) أكثر قلقا من ذوي المؤهل التعليمي الاعلى (الوهيبيية،٢٠٢١،ص٢١٩).

وفيما يتعلق بدور استراتيجيات المواجهة في القلق الصحي وفي تطوير الأساليب الوقائية والتدخلية الممكنة في التعامل مع الفايروس، أظهرت الدراسات السابقة وجود ارتباطات إيجابية بين استراتيجيات تنظيم الانفعالي السلبية مثل الاجترار والتهويل من جهة والقلق الصحي المرتبط بالفايروس من جهة أخرى (Görgen et al.2014).

أن مستوى أعلى من إعادة التقييم المعرفي يمكن أن يتنبأ بكيفية التعامل في سياق البحث عن الأوبئة ، يتم استخدام مصطلح "المواجهة" بشكل متكرر ، حيث يوجد تداخل كبير بين تعريف المواجهة (تغيير الجهود المعرفية والسلوكية لإدارة مطالب خارجية / داخلية محددة) وتنظيم الانفعال (العمليات التي يؤثر بها الأفراد على المشاعر التي لديهم ، ومتى تكون لديهم ، وكيف يختبرون هذه المشاعر ويعبرون عنها (Gross,1998,p.275) .

كذلك فيما يتعلق بالاستراتيجيات الفردية (مثل القبول والإلهاء) ، إذ إن مفهوم المواجهة كجانب من جوانب تنظيم المشاعر في التعامل مع الوباء ، نجد أن استراتيجيات التأقلم المتجنبة (أي الإنكار والتجنب) ترتبط بالشكاوى النفسية ، بينما ارتبطت استراتيجيات المواجهة النشطة (على سبيل المثال ، التخطيط والتفسير الإيجابي والقبول) بالرفاهية الذاتية (Main et al., 2011).

يشير الأنموذج السلوكي المعرفي الذي سيتم التحدث عنه في الاطار النظري للبحث الحالي والذي يعد من أبرز التوجهات النظرية في تفسير القلق الصحي إلى أن السلوكيات الصحية مثل البحث عن الطمأنينة والفحص الجسدي والاعتماد على إشارات السلامة وسلوكيات التجنب واللجوء الى نظام غذائي متوازن عوامل مهمة في التخفيف من القلق الصحي ، ومع ذلك ، هناك بحث محدود يبحث في آثار هذه السلوكيات في تأثيره على القلق الصحي وهنا تكمن أهمية البحث الحالي ، ومع هذا وجدت دراسة أجريت من قبل Salkovskis (1986, & Warwick) أن الطمأنينة من الاخصائيين الطبيين أدت إلى انخفاض فوري ولكن مؤقت في القلق الصحي ، تلاه زيادة القلق وسلوكيات البحث عن الطمأنينة، كما أن المعدل المرتفع لاستخدام الخدمات الصحية بين الأفراد الذين يعانون من القلق الصحي يدعم أيضاً وجهة النظر القائلة بأن طلب الطمأنينة هو سمة مركزية

لهذه المشكلة ، كما هو الحال مع الحالات الأخرى التي يكون فيها القلق بارزاً ، فإن السمة الشائعة للمرض هي تجنب المواقف والأفكار المتعلقة بالمرض والموت. يجد العديد من الأفراد أنفسهم يتجنبون أنشطة مثل زيارة الأصدقاء المرضى ، أو قراءة القصص أو مشاهدة الأفلام عن المرض أو الموت ، وقراءة النعي في الجريدة ، وحضور الجنازات في حين أن العرض الأنموذجي للذين يعانون من القلق الصحي ينطوي على الاستخدام المفرط للسلوكيات الصحية مثل نظام الرعاية الصحية ، والحرص على تناول الاغذية الصحية ، هناك حاجة إلى مزيد من البحث لتقييم تأثير فحص الجسم بحثاً عن الأعراض ، والحصول على الطمأنينة بشأن الصحة ، وسلوكيات التجنب في تطوير القلق الصحي وما يتبعه من سلوكيات السلامة الصحية (Furer, Walker & Stein,2007) .

أثار COVID-19 ، والتدابير الصحية المتخذة لمواجهة ، مشكلات نفسية كبيرة فإن نسبة كبيرة من الأفراد الخاضعين للحجر الصحي خلال تلك الجائحة أبلغوا عن تعرضهم للضيق ، وهناك من عانى من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب ، ألا أن القليل من الابحاث تناول التأثيرات على نمط الحياة أو السلوكيات الصحية ، مع التركيز بدلاً من ذلك على أعراض اضطرابات الصحة العقلية (Arora&Grey,2020,p.1156).

وفيما يتعلق بالتغيرات في الصحة العقلية الناتجة عن تدابير مكافحة الجائحة ، وجد أن من المهم أيضاً أن نأخذ في الحسبان أن السلوكيات الصحية مرتبطة بشدة بالصحة العقلية فقد شهدت الأبحاث الحالية على الطبيعة المتبادلة للتفاعلات بين الرفاه الجسدي والأمراض المزمنة ، مع السلوكيات الصحية الرئيسية مثل التدخين والنشاط البدني وتقليل استهلاك الكحول والنظام الغذائي والسمنة أصبح من الواضح أن مثل هذه السلوكيات لها تأثير على الصحة العقلية (Arora&Grey,2020,p.1156).

ففي إحدى الدراسات المهمة ، تم الإبلاغ عن انتشار أعراض الاكتئاب بين الأشخاص الذين لا يتبنون سلوكيات صحية بنسبة (٢.٧) مرة عن أولئك الذين يتبنون سلوكيات صحية (Harrington et al.2010)، علاوة على ذلك ، تم تحديد النشاط البدني وحده كعامل وقائي مهم في تقليل خطر الإصابة بالاكتئاب (Mammen and Faulkner, 2013).

وفي دراسة أخرى واسعة النطاق ، تم الكشف عن أن النشاط البدني واستهلاك الكحول والتدخين ومؤشر كتلة الجسم وانتظام التفاعل الاجتماعي كلها مرتبطة بنتائج محددة للصحة العقلية (مثل الاكتئاب والقلق والتوتر) خلال فترة جائحة كورونا (Arora & Grey, 2020) .

وفيما يتعلق بتأثير جائحة COVID-19 على السلوكيات الصحية لطلاب الجامعات وأعضاء الهيئة التدريسية ، فضلا عن فحص العوامل التي تؤثر على السلوكيات الصحية للطلاب أثناء تفشي الفايروس كالاجهاد والقلق والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، أجريت دراسة في إحدى جامعات تاييلاند أشتملت على (٤١٦) من الطلبة أغلبهم من الطالبات بنسبة (٧١.٩٠٪) تبين ان معظم الطلاب لديهم مستوى إجهاد وقلق

مرتفع من الفايروس وسلوك صحي جيد ، كان حاصل الشدائد والتوتر والقلق من العوامل الهامة للتعقب بالسلوكيات الصحية للطلاب الجامعيين بنسبة تباين مفسر (٣٧.٢٪) (Suksatan et al.2021,p.727).

ذكر (Degeng&Hulaikah) أن القدرة على مواجهة المشاكل والتغلب على العقبات هي قدرة الشخص على الاستجابة للأحداث في أوقات الشدائد ، وإن القدرة على مواجهة العقبات البشرية والتغلب عليها ترتبط ارتباطاً مباشراً بصحتهم الجسدية والعقلية لأن القوة العقلية والتحكم في النفس يؤثران على مقاومة الجسم المناعية والفرد (Degeng&Hulaikah,2020).

ان اهمية السلوك الصحي جعلت منه هدفا لنظريات ونماذج تفسيرية كثيرة محاولة لفهم هذا السلوك مثل (نموذج المعتقدات الصحية Beker، ونظرية الفعل المعقول أو المبرر Ajzen&Fishbein، ونظرية الدافعية للحماية Rogers) وغيرها ذلك ان السلوك الصحي سلوك معقد ومتفاعل مع الكثير من المفاهيم النفسية كمفهوم الاتجاهات وكفاءة الذات والدعم الاجتماعي والكثير من المفاهيم الاخرى (زعطوط، 2005، ص٥) الا أن دراسة السلوك الصحي مع مفهوم القلق الصحي لم يتم التطرق له على المستوى المحلي والعربي كما تم الإشارة في مشكلة البحث ، وخاصة في ظل ظروف أنتشار وباء كورونا ، اذ أننا نلاحظ لجوء اغلب الناس الى التركيز على العناية بالسلامة الصحية وقد يتجه البعض الى حد المبالغة في تأكيد سلوكيات السلامة الصحية بسبب الخوف والقلق الشديد من الوقوع بالاصابة بالفايروس ، وقد يتعرض الكثير منهم الى مخاطر صحيحة نتيجة الاستخدام الخاطى لبعض المكملات الغذائية او الاعشاب أو الادوية الطبية في أعتقاد منهم أنهم بذلك يحافظون على صحتهم أو أنهم يجنبون أنفسهم الوقوع ضحية الفايروس ، وهذا كان الدافع الاساس لدى الباحث لدراسة القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا وعلاقته بالسلوك لدى شريحة من مجتمعنا العراقي وهم منتسبو جامعة بغداد من تدريسيين وموظفين وطلبة.

ومن خلال ما تقدم فإن مشكلة البحث الحالي تتضح في الكشف عن العلاقة بين القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا والسلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد (تريسيين وموظفين وطلبة) كونها شريحة واسعة من المجتمع العراقي وعينة يتيسر الحصول عليها وخاصة وأن الدراسة أجريت للمدة (٢١-٤ الى ١-٥ / ٢٠٢٠) وهي ذروة تفشي وباء كورونا في العراق .

أهداف البحث : هدف البحث الحالي الى تعرف الاتي :

١. قياس القلق الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد .
٢. تعرف دلالة الفرق في القلق الصحي تبعا لمتغير الجنس (ذكر ، انثى).
٣. التعرف على دلالة الفروق في القلق الصحي تبعا لمتغير (العمر).
٤. التعرف على دلالة الفروق في القلق الصحي تبعا لمتغير (المهنة).
٥. قياس السلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد .
٦. تعرف دلالة الفرق في القلق الصحي تبعا لمتغير الجنس (ذكر ، انثى).

٧. التعرف على دلالة الفروق في القلق الصحي تبعاً لمتغير (العمر).
٨. التعرف على دلالة الفروق في القلق الصحي تبعاً لمتغير (المهنة).
٩. تعرف العلاقة الارتباطية بين القلق الصحي المرتبط بفيروس كورونا والسلوك الصحي .
- حدود البحث :** تحدد البحث الحالي بتدريسي وموظفي وطلبة جامعة بغداد / الجادرية للعام الدراسي (٢٠٢٠-٢٠٢١) الدراسات الصباحية ومن كلا الجنسين (ذكور ، إناث) ومن التخصصات العلمية والانسانية .

تحديد المصطلحات :

أولاً : تعريف القلق الصحي Health Anxiety (ساوندلاند اندوز) : حالة تتميز بالخوف المستمر والمفرط ، أو الانشغال بالتعرض لحالة صحية خطيرة ، هذا الخوف أو الانشغال يؤدي إلى ضائقة كبيرة سريريا أو ضعف في إحدى الوظائف ، وعادة ما يكون مصحوباً بانشغال بالأعراض الجسدية أو خوف شديد من الموت ويمكن أن يكون الاقتناع بالمرض قوياً ، لكن ليس وهمياً (Sunderland& Andrews,2013).

ونظرياً يعتمد الباحث تعريف (ساوندلر وأندوز) تعريفاً نظرياً للقلق الصحي .

أما إجرائياً : فيعرفه الباحث : بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من أجابته على مقياس القلق الصحي المرتبط بفيروس كورونا والمعد لهذا الغرض.

ثانياً : السلوك الصحي Health Behaviour :

١. تعريف (Guten&Harris,1979) : كل سلوك يصدر عن الفرد بغض النظر عن وضعه الصحي الحالي كما يدركه من أجل حماية وتنمية الصحة أو المحافظة عليها سواء كان هذا السلوك فعالاً أم لا لتحقيق هذه الغاية (زعطوط، 2005، ص٢٣).
٢. تعريف (Kasl&Cobb,1996): كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه قبل ظهور أعراضه (Fischer,2002,p.23).
٣. تعريف السلوك الصحي (Taylor,2003): كل نشاط يقوم به الفرد لتنمية صحته أو استدامة العافية مثل الغذاء الصحي والنشاط الرياضي والامتثال للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج والابتعاد عن عوامل الخطر والسلوك الممرض (Taylor,2003).
- ونظرياً يعتمد الباحث تعريف (تايلور ، ٢٠٠٣) تعريفاً نظرياً للسلوك الصحي .
- أما إجرائياً : فيعرفه الباحث : بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب من أجابته على مقياس السلوك الصحي المتبنى في البحث الحالي.

الاطار النظري للبحث

أولاً : التفسير النفسي لمفهوم القلق الصحي

في هذه الفقرة سيتم التطرق بالتفصيل الى أهم وأبرز النظريات التي فسرت مفهوم القلق الصحي ، وهي النظرية السلوكية المعرفية والتي عادة ما يتم الاعتماد عليها في البحوث والدراسات الاجنبية في تفسير هذا المفهوم ، وعلى هذا الاساس أعتمد الباحث هذه النظرية في بحثه .

النظرية السلوكية المعرفية :

منذ الثمانينيات أصبح من الشائع تحليل القلق الصحي بناءً على النظرية المعرفية ، والتي تؤكد على دور معالجة المعلومات والمعتقدات فيما يتعلق بالإدراك والعاطفة ، أفترض المنظرون المعرفيون عمومًا بأن المشكلة تمكن في التنشيط المعرفي لفكرة ما مثل "جسدي ضعيف وقابل للمرض" من المرجح أن يؤدي إلى زيادة التركيز على العمليات والوظائف الجسدية ، وأن هذه المشكلات قد تتجم الافتراضات المختلة عن تجارب الحياة المبكرة ، وأن القلق الصحي متلازم مع هذا النوع من الافتراضات المختلة ، ويوضح الشكل (1) نموذجًا سلوكيًا معرفيًا نموذجيًا لمدى شدة القلق الصحي الذي أقترحه

(Hedman, Linde, Leiler, Andersson, Axelsson, and Ljótsson) ، يشترط النموذج أن تبدأ حلقة

القلق الصحي من واحد أو عدة محفزات (A) ؛ إما داخلي (على سبيل المثال ، صداع) أو خارجي

(على سبيل المثال ، متعلق الصحة) اي الطرف الصحي العام في المجتمع ، وينظر إلى هذا المحفز بطريقة

تثير القلق أو الخوف على الصحة (B) استجابة عاطفية تتضمن تغيرات فسيولوجية مثل زيادة معدل ضربات

القلب وزيادة قوة العضلات، ويتم تكريس الاهتمام بشكل متزايد للتهديدات المتعلقة بالصحة ، مثل الحاضرين في

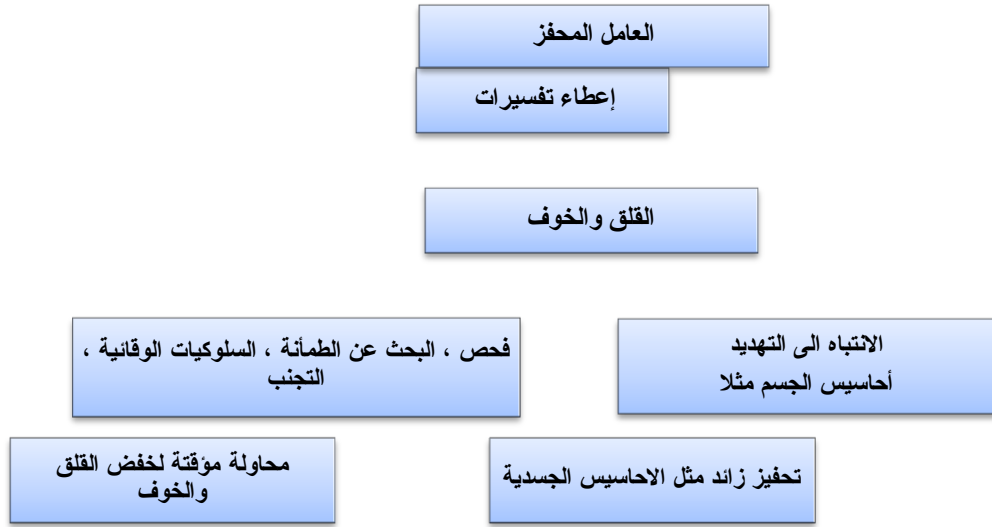
الجسد (C). هذا يؤدي إلى المزيد من المحفزات

(مثل الأحاسيس الجسدية) يُنظر إليها على أنها تهديدات ، وأن تكون التهديدات أكثر حدة (D) ، وهذا بدوره

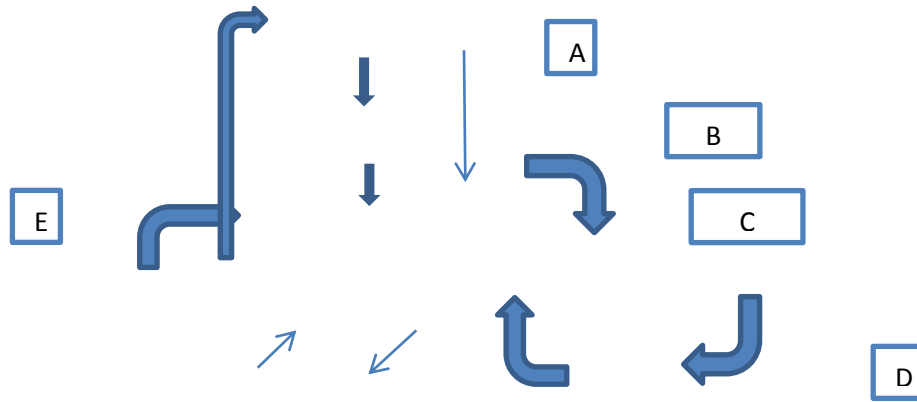
تؤدي إلى استجابات سلوكية (E) ، والتي تستمر لأنها تقلل من القلق والخوف على المدى القصير ، ولكنها

تساهم أيضًا في الحفاظ على مستويات عالية من القلق الصحي بمرور الوقت

(Axelsson,2018,PP.10-11). (Axelsson,2018,P.11).



شكل (١)



النموذج السلوكي المعرفي للقلق الصحي

وفقاً للنموذج (الشكل ١) ، هناك دليل تجريبي لدعم المطالبة أن الأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من القلق الصحي هم أكثر عرضة من غيرهم للنظر إلى المنبهات المرتبطة بالمرض على أنها تهديدات لصحتهم الشخصية ، ويتوجه انتباههم إلى هذه المحفزات ، لذا فالأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من القلق الصحي أيضاً يميلون إلى امتلاك تصور متحيز للإشارات المتعلقة بالصحة ، مثل إيقاع قلبهم ، كذلك يكون هؤلاء الأفراد أكثر إدراكاً من غيرهم لآي إشارات أو تعليمات شفوية بسيطة تصدر من الحضور لجسدهم أو وضعهم الصحي وخاصة إذا كانوا من ذوي الخبرة هذه الإشارات تكفي للحث على زيادة كبيرة في عدد الأحاسيس الجسدية ، وتكون هذه التأثيرات أكثر وضوحاً عند الأفراد ذوي المستويات الصحية العالية للقلق ، أن

سلوكيات القلق الصحي يمكن أن تؤدي إلى المدى القصير انخفاض في القلق الصحي ، وقد يكون ذلك على مدى فترات زمنية أطول قليلاً ، لكن سرعان ما يعاد القلق ارتفاعاً (Axelsson,2018,P.11).

لذا هناك دليل قاطع على وجود تشوهات معرفية وانتباه مفرط للمنبهات الجسدية في حالة القلق الصحي الشديد ، وأن سلوكيات القلق الصحي تحافظ على الحالة بمرور الوقت ومن هذه السلوكيات (الخوف ، الاهتمام بالتهديد على سبيل المثال ، أحاسيس الجسم ، محفزات مكثفة على سبيل المثال ، الأحاسيس الجسدية ، سلوك التحقق الجسدي ، البحث عن الطمأنينة ، السلوكيات الوقائية ، التجنب تخفيض مؤقت القلق والخوف) ومع ذلك ، ليس من الواضح تمامًا سبب حدوث هذه التأثيرات لسلوكيات القلق الصحي (Craske,et al,2008) .

قام بارسكي (٢٠٠١) وبارسكي وويشاك (١٩٩٠) وكيلنر (١٩٨٦ ، ١٩٨٧) بنشر أعمال رائدة تحدد نماذج من القلق الصحي، تقترح هذه النماذج السلوكية المعرفية أن هذا الاضطراب ينطوي على الميل إلى إساءة تفسير الأعراض الجسدية، كما تؤكد هذه النماذج عمومًا على دور التشوهات الإدراكية والمعرفية حيث يُنظر إلى سلوكيات القلق الصحي كعواقب ثانوية ، ويتلخص نموذج (بارسكي ، ٢٠٠١ ب ؛ بارسكي وويشاك ، ١٩٩٠) الحسي الجسدي للقلق الصحي على النحو التالي : تؤدي الأحداث التي تهدد الحياة شخصيًا إلى دفع الأفراد المستعدين للشك في إصابتهم بالمرض، يقودهم هذا الشك إلى الاهتمام بشكل انتقائي بالأحاسيس الجسدية الحميدة والمعلومات الصحية التي تؤكد شكوكهم وتجاهل الأدلة غير المؤكدة ، وهكذا تتضخم هذه الإحاسيس الجسدية الحميدة وتُنسب بشكل خاطئ إلى المرض المفترض او المزعوم ، مما يعزز قناعاتهم المرضية (Barsky & Ahern,2004,PP.1464-1465).

ويؤكد كيلنر (١٩٨٦ ، ١٩٨٧) أهمية تجارب الطفولة ، مثل المرض في الأسرة ، والذي قد يعزز تركيز الفرد على الأعراض الجسدية ، يجادل (كيلنر) وغيره من المنظرين الإدراكيين بأنه إذا استمر القلق الصحي ، فسيصبح الشخص أكثر قلقًا ، مع زيادة ميل الشخص إلى التركيز على الأعراض الجسدية ، وبالتالي يقوى الخوف من المرض، بهذه الطريقة ، تتطور الحالة الى مراق مرضي (Furer, Walker & Stein,2007) .

ولعل أكثر النماذج المعرفية التي يتم الاستشهاد بها حول القلق الصحي هو النموذج الذي اقترحه بول سالكوفسكي وزملاؤه في جامعة أكسفورد

(Salkovskis & Warwick, 1986, 2001؛ Warwick & Salkovskis, 1990, 2001)، يؤكد هؤلاء الباحثون ، ومعهم (كيلنر) على أهمية تاريخ تعلم الشخص في تطوير المعتقدات غير القادرة على التكيف المتعلقة بالمرض والأعراض الجسدية والسلوكيات المتعلقة بالصحة ، يقترح (سالكوفسكي) أن التجارب السابقة مع المرض والافتراضات السلبية العامة حول الصحة قد تهيئ الفرد لتطوير القلق الصحي عندما يقترن بحدث صحي حرج ومتسارع وتفسيرات سلبية لهذا الحدث، ويشدد على أن التفسير الخاطئ للأعراض الجسدية أو المعلومات الصحية يمكن أن يؤدي إلى زيادة الاستثارة الفسيولوجية ، وبالتالي يؤدي إلى زيادة الأعراض

الجسدية ، تشمل العوامل التي تحافظ على القلق الصحي ضرورة تركيز الأشخاص بشكل انتقائي على المعلومات التي تؤكد مخاوفهم الصحية ، وزيادة قدرة الافراد على اكتشاف التغيرات الصغيرة في العمليات الفسيولوجية الطبيعية ، وسلوكيات البحث عن السلامة (السلوك الصحي) ، بما في ذلك التحقق من الأعراض الجسدية والبحث عن الطمأنينة وتجنب المواقف المخيفة (Furer, Walker & Stein,2007) .

يرى ريف وهيلر ومارجراف (١٩٩٨) بنموذج القلق الصحي الذي يدمج الجوانب المعرفية والعاطفية والسلوكية والفسيولوجية ، يقترح هؤلاء أن المكونات المعرفية للنموذج تشمل التفسير الخاطئ للأعراض الجسدية ، والاعتقاد بأن الصحة الجيدة تتميز بغياب الأعراض الجسدية ، ونظرة إلى الذات على أنها ضعيفة وغير قادرة على تحمل الإجهاد، كما يساهم الانتباه الانتقائي للأعراض الجسدية في هذه التفسيرات الخاطئة ، لذا تؤدي المعتقدات حول الضعف والمرض إلى تجنب النشاط البدني، وهذا بدوره يؤدي لتقليل اللياقة البدنية ، ونقص القدرة على التحمل المرتبط بعدم النشاط ، وزيادة احتمالية إصابة الفرد بمشاكل جسدية (Rief, Hiller, & Margraf,1998,P.594).

ثانيا : التفسير النفسي لمفهوم السلوك الصحي

أولا : أنموذج المعتقدات الصحية : في أوائل الخمسينات من القرن الماضي كان أنموذج الاعتقاد الصحي (Health belief model) أحد النماذج الأكثر استخداما في تفسير السلوك الصحي ، ويعود هذا الانموذج الى كل من (Champion & Skinner) ، تم تطوير هذا الانموذج من قبل علماء النفس الاجتماعي في خدمة الصحة العامة الامريكية ، تفسير بسبب أعراض الناس للمشاركة في برامج الوقاية الصحية ، ثم تم توسيعه ليشمل استجابة الناس للأعراض وسلوكيات استجابتهم للمرض ، من المفاهيم الاساسية لهذا الانموذج والتي تنتبأ بأخذ الناس الاجراءات الوقائية من الحالات المرضية أو الكشف عنها أو السيطرة عليها وهي (القابلية للتأثر ، ومدى خطورة أو جدية المرض ، والفوائد والعوائق أمام السلوك ، والكفاءة الذاتية) ، اذ درس (Hochbaum,1958) التصورات حول ما اذا كان الافراد يعتقدون انهم معرضون لمرض السل ومعتقداتهم حول الفوائد الشخصية للاكتشاف المبكر ، وتبين ان من بين الافراد الذين أظهروا معتقدات في كل من قابليتهم للاصابة بالسل والفوائد الاجمالية من الاكتشاف المبكر ، كان (82%) منهم على الاقل لديهم أشعة سينية طوعية للصدر ، اذ عدّ هؤلاء الافراد أنفسهم معرضين للاصابة ، وان هذا التوقع سيكون له عواقب وخيمة على الحياة ، وأعتقدوا أن مسار العمل الصحي سيكون مفيدا في تقليل قابليتهم للاصابة بالمرض ، وبالتالي فمن المرجح ان يتخذوا الاجراءات الصحية التي يعتقدوا انها ستقلل المخاطر (Glanz,et.al,2008,p.45-46) . ويمكن تلخيص هذا الانموذج بالجدول أدناه :

جدول (١)

المفاهيم والتعريفات الرئيسية لانموذج المعتقدات الصحية

التطبيقات	تعريف المفاهيم	المفاهيم النظرية
تحديد المجتمع المعرضين للخطر	الايمان أو الاعتقاد بفرص التعرض لخطر الاصابة بحالة أو مرض .	مفهوم القابلية المتصورة
تحديد عواقب المخاطر	الايمان أو الاعتقاد بمدى خطورة الحالة وعواقبها .	الشدة المتصورة (شدة المرض)
تحديد الاجراءات التي يجب اتخاذها (كيف وأين ومتى) توضيح الاثار الايجابية المتوقعة أو المرجوة من السلوك الصحي	الايمان او الاعتقاد بفاعلية الاجراءات الموصى بها (من قبل الدولة مثلا) لتقليل المخاطر .	الفوائد المرجوة
العمل على تحديد وتقليل العوائق المتصورة من خلال بث الطمأنينة وتصحيح المعلومات الخاطئة .	الايمان أو الاعتقاد بالتكاليف المادية والنفسية للأخذ بالنصائح الصحية.	العوائق المتصورة
توفير معلومات أرشادية وتعزيز الوعي الصحي	أستراتيجيات العمل أو المواجهة المتخذة من قبل الفرد.	التحرك أو الفعل
توفير التدريب والارشاد في تنفيذ الاجراءات الموصى بها ، وتقديم التعزيز اللفظي ، وتعزيز السلوكيات المرغوبة وتقليل القلق	الثقة في قدرة الفرد نفسه على اتخاذ الاجراءات المناسبة.	الكفاءة الذاتية

.(Glanz,et.al,2008,p.48)

ثانيا : إنموذج التصرف المعقول ونظرية السلوك المخطط :

طور هذه النظرية كل من (Ajzen&Fishbein,1980) والتي تمخضت عن دراسات علم النفس الاجتماعي التي بحثت العلاقة بين المواقف والسلوك ، يفترض هذا الانموذج أن معظم السلوكيات بما في ذلك السلوكيات الصحية تخضع للتحكم الارادي ، وأن نية الشخص لأداء سلوك ما تعد أفضل مؤشر متفرد لأداء السلوك ، وأن هذه النية تخضع لمحددتين أساسيين هما (التقييم العام للشخص لأداء السلوك) والمعيار الذاتي وهو (التوقعات المتصورة للآخرين المهمين فيما يتعلق بالفرد الذي يؤدي السلوك المعني) ونقصد بالاشخاص المهمين مثل المتخصصين كالاطباء والاشخاص الموثوق بهم عند الفرد ، لذا بشكل عام فإن الناس سيكون لديهم نوايا قوية للقيام بعمل معين إذا قاموا بتقييمه بشكل إيجابي وإذا اعتقدوا أن الآخرين المهمين يعتقدون أنه يجب عليهم أو يمكنهم القيام به ، ويرى (أجزين) ان أداء العديد من السلوكيات غير خاضعة لرغبة الشخص فهي تتطلب مهارات أو موارد أو تعاوناً لتنفيذها بنجاح ، لذا فإن نظرية السلوك المخطط هي محاولة لتوسيع نظرية الفعل أو التصرف المعقول ، وذلك لتشمل السلوكيات التي لا تخضع تماماً للسيطرة الارادية مثل الاقلاع عن التدخين ، لذا فهو أضاف مفهوماً جديداً هو (التحكم السلوكي المدرك) والتي من المفترض أن يكون لها تأثير على النية لأداء فعل ما (Ajzen&Fishbein,1980).

ثالثاً: أنموذج دافع الحفاظ على الصحة :

قام بوضع هذا الانموذج روجرز (Rogers) يقوم هذا الأنموذج على التمثيل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة ، واتخاذ القرارات للقيام بأجراءات ملائمة بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي ، ويقوم هذا الانموذج على الافتراضات الآتية :

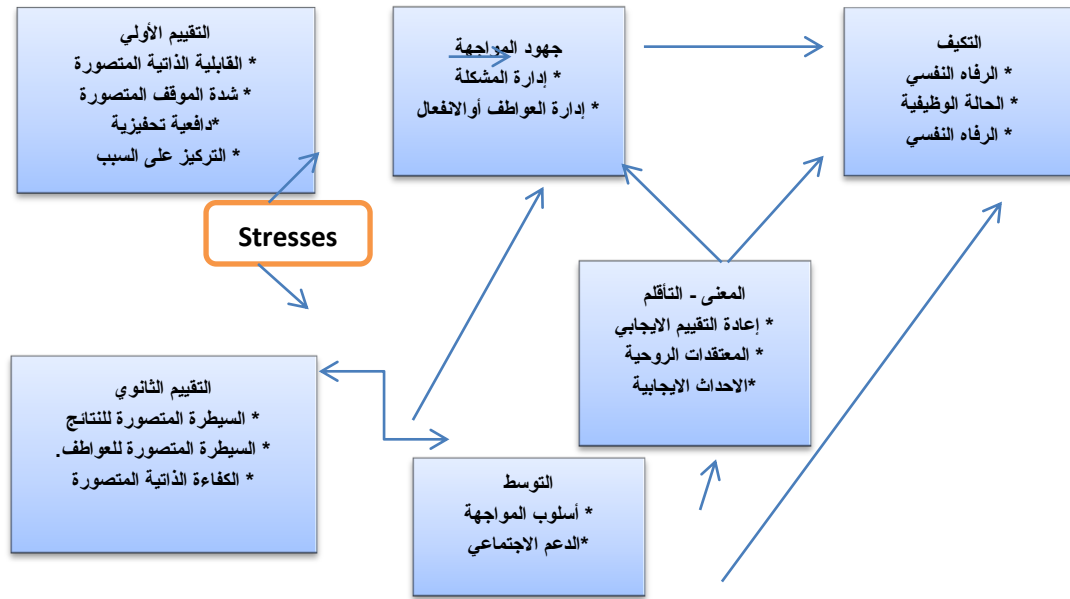
- أ- الدرجة المدركة للخطورة المتعلقة بتهديد الصحة.
 - ب- مدى إحصالية الاصابة بهذه التهديدات.
 - ت- الفاعلية الذاتية المدركة للقيام بأجراء ما في سبيل الوقاية او ازالة التهديد الصحي المدرك.
 - ث- توقعات الكفاءة الذاتية ، اي الكفاءة الذاتية لصد الخطر.
- وتسهم هذه العوامل الاربعة في تشكيل سلوك صحي ما (خمان ، 2017 ، ص٤٢).

رابعا : أنموذج التعامل مع الضغوط والمواجهة :

إن الطرائق التي يتعامل بها الأفراد المصابون بالمرض أو المعرضون للإصابة بالمرض يمكن أن يكون لها تأثير مهم على نتائج صحتهم النفسية والجسدية، كما يمكن أن يكون للدعم من الأصدقاء والعائلة ومقدمي الرعاية الصحية في مواجهة الإجهاد آثار عميقة على النتائج النفسية والجسدية ، أن ردود الفعل على الضغوطات يمكن أن تعزز أو تؤثر سلباً في الممارسات الصحية ، وتؤثر على الدافع لممارسة العادات التي تعزز الصحة. لقد اتخذت القضايا المتعلقة بالإجهاد والتكيف أهمية متزايدة للصحة العامة في السنوات الأخيرة .

انموذج التعامل مع الضغوط يمثل إطار عمل لتقييم عمليات التعامل مع الأحداث المجهدة ، تُفسَّر التجارب المجهدة على أنها تعاملات بين الأشخاص والبيئة ، حيث يقوم الشخص بتقييم التهديدات أو الأضرار المحتملة (التقييم الأولي) ، وكذلك قدرته على تغيير الموقف وإدارة ردود الفعل العاطفية السلبية (التقييم الثانوي)، جهود المواجهة الفعلية ، التي تهدف إلى إدارة المشكلة والتنظيم الانفعالي ، تؤدي إلى نتائج عملية المواجهة (على سبيل المثال ، الرفاه النفسي ، والوضع الوظيفي ، والالتزام) (Glanz,et.al,2008,p.212).

تشير التوجهات الحديثة لنظرية المواجهة إلى أنه يجب أيضاً الأخذ بنظر الاعتبار الحالات النفسية الإيجابية للشخص خلال فترة الإجهاد ، (Folkman & Moskowitz, 2000) ، على سبيل المثال ، قد يسهل الشعور الإيجابي من معالجة المعلومات ذات الصلة بالذات ، ويكون بمثابة حاجز ضد العواقب الفسيولوجية الضارة للإجهاد ، والحماية من الاكتئاب، ويلخص الشكل (2) المفاهيم الرئيسية لنموذج التعامل مع الضغوط والعلاقات المتبادلة بين هذه المفاهيم ، قد تكون الحالات النفسية الإيجابية نتيجة لعمليات المواجهة القائمة على المعنى ، ويمكن أن يؤدي التقييم الإيجابي الى التأقلم (Glanz,et.al,2008,p.216).



شكل (٢)

أنموذج المواجهة والتعامل مع الضغوط الصحية

(Glanz,et,al,2008,p.216).

وفيما يأتي شرح تفصيلي للنموذج أعلاه :

التقييم الأساسي (الأولي): هو حكم الشخص على أهمية الحدث لكونه إجهادًا ، أو إيجابيًا ، أو يمكن التحكم فيه ، أو صعبًا ، عادة ما يتم تقييم المشاكل الصحية في البداية على أنها مهددة أو ضغوط سلبية ، هذا التقييم

يقوم على تقييمان أساسيان هما تصورات القابلية للتهديد وتصورات شدة التهديد ، ووفقاً لنموذج التعامل مع الضغوط والمواجهة ، فإن تقييم المخاطر الصحية وشدة التهديد يدفع إلى بذل جهود للتعامل مع الضغوطات ، على سبيل المثال ، قد تكون المرأة التي ترى نفسها معرضة لخطر الإصابة بسرطان الثدي متحمسة للحصول على تصوير الثدي بالأشعة السينية (التأقلم المركّز على المشكلة) وقد تسعى للحصول على دعم اجتماعي للتعامل مع مخاوفها بشأن التهديد (التأقلم الذي يركز على العاطفة أو الانفعال) ، ومع ذلك ، فإن التصورات المتزايدة للمخاطر يمكن أن تولد مزيداً من الضيق والتوتر أيضاً. من بين النساء اللواتي لديهن تاريخ عائلي للإصابة بسرطان المبيض ، فإن أولئك اللاتي يعتبرن أنفسهن أكثر عرضة للإصابة به هن أكثر عرضة لتجربة الأفكار السلبية والاضطراب النفسي (Schwartz,et.al, 1995) ، كما يمكن أن يؤدي تقييم الشدة الشديدة والحساسية الزائدة أيضاً إلى سلوكيات التجنب والهروب ، إذ يمكن أن يكون لهذا التأثير المتناقض سلوك يتمثل في تقليل الالتزام بممارسات تعزيز الصحة ، مثل الالتزام بإرشادات فحص سرطان الثدي الموصى بها (Lazarus & Folkman,1984).

التقييمات الأولية الأخرى تنطوي على الأهمية التحفيزية والتركيز السببي للضغط ، أو المشكلة الصحية عندما يتم تقييم عامل الضغط على أنه مرتبط بالذات ، أي إدراك الذات على أنها المسؤولة عن الضغوطات (التركيز على السببية الذاتية) مما ينتج عن ذلك توليد الشعور بالذنب والاكتئاب ، وليس القلق (Smith, et.al, 1993).

التقييم الثانوي: التقييم الثانوي هو تقييم لموارد وخيارات التكيف لدى الشخص ، على عكس التقييمات الأولية التي تركز على الإجهاد- التوتر والتأقلم والسلوك الصحي، الأمثلة الرئيسية للتقييمات الثانوية هي القدرة المتصورة على تغيير الموقف (على سبيل المثال ، السيطرة المتصورة على التهديد) ، والقدرة المتصورة على إدارة ردود الفعل العاطفية للفرد تجاه التهديد (على سبيل المثال ، السيطرة المتصورة على المشاعر) ، والتوقعات حول فعالية موارد التأقلم (على سبيل المثال ، التعامل مع الكفاءة الذاتية).

وقد لوحظ ان هناك ارتباطات إيجابية بين تصورات السيطرة على المرض والتكيف النفسي عبر مجموعة متنوعة من الأمراض. وتشمل هذه الأمراض السرطان ، وأمراض القلب ، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، علاوة على ذلك ، فإن السيطرة المتصورة على المرض قد تحسن الرفاهية الجسدية عن طريق زيادة احتمالية أن يتبنى الشخص السلوكيات الصحية الموصى بها. على سبيل المثال ، يرتبط التحكم المتصور في النتائج الصحية ارتباطاً إيجابياً بالسلوكيات الجنسية الآمنة (Glanz,et.al,2008,p.217).

تلعب المعتقدات حول قدرة الفرد على أداء السلوكيات اللازمة لممارسة السيطرة (أي الكفاءة الذاتية) دوراً رئيسياً في أداء مجموعة متنوعة من السلوكيات الصحية. على سبيل المثال ، تتنبأ معتقدات الكفاءة الذاتية بالنجاح في محاولات الإقلاع عن التدخين ، فضلاً عن الحفاظ على التمارين وأنظمة النظام الغذائي (Bandura, 1997).

جهود المواجهة: وفقاً لأنموذج التعامل مع الضغوط ، فان نتائج التقييمات الأولية والثانوية يتمخض عنها نوعين من المواجهة : (١) إدارة المشكلة و (٢) التنظيم العاطفي ، ويشار الى إدارة المشكلة أيضا باسم التأقلم الذي يركز على المشكلة ، وتوجه استراتيجيات إدارة المشكلة لتغيير الموقف المجهد ، وتتضمن أمثلة التأقلم المركّز على المشكلة: المواجهة النشطة وحل المشكلات والبحث عن المعلومات ،على النقيض من ذلك ، فان جهود التأقلم التي تركز على العاطفة أو الانفعال التي تكون موجهة نحو تغيير الطريقة التي يفكر بها المرء أو يشعر به حيال الموقف المجهد ، وتتضمن هذه الاستراتيجيات السعي للحصول على الدعم الاجتماعي والتنفيس عن المشاعر ، فضلاً عن التجنب والإنكار . يشير الأنموذج بأن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة تكون أكثر تكيفاً مع الضغوطات التي يمكن تغييرها ، في حين أن الاستراتيجيات التي تركز على العاطفة تكون أكثر تكيفاً عندما يكون عامل الضغط غير قابل للتغيير أو عندما يتم استخدام هذه الاستراتيجية جنباً إلى جنب مع استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة (Glanz,et.al,2008,p.218) .

ركزت الدراسات التجريبية لانموذج التعامل مع الضغوط على مدى انخراط الفرد في مواجهة الظرف الصحي مقابل فك الارتباط ، عندما يُنظر إلى أحد عوامل الضغط على أنه يمثل تهديداً كبيراً ولا يمكن السيطرة عليه ، فقد يكون الشخص أكثر ميلاً لاستخدام استراتيجيات التأقلم غير المنجزة (فك الارتباط) ، أمثلة على فك الارتباط تشمل استراتيجيات الابتعاد ، والتجنب المعرفي (أي محاولة عدم التفكير في الضغوط) ، والتجنب السلوكي (على سبيل المثال ، عدم الذهاب إلى اختبارات المتابعة الصحية بسبب الخوف من أن نتيجة الفحص غير جيدة) ، والتشيت ، والإنكار ، كل من هذه الاستراتيجيات تصرف الانتباه بعيداً عن الضغوطات . قد يسمح هذا التحول المتعمد للأفراد بتقليل ضغوطهم الأولية عن طريق تجنب الأفكار والمشاعر حول الضغوطات ، في نهاية المطاف ، ومع ذلك ، قد يؤدي التجنب أو الإنكار إلى أفكار تطفلية يمكن أن تولد ضائقة متزايدة بمرور الوقت وتمنع الناس من تطوير استراتيجيات التأقلم الصحية . لهذا السبب ، غالباً ما يُعدّ التجنب أسلوب تكيف غير صحي ، على النقيض من ذلك ، عندما يتم تقييم عامل الضغط على أنه يمكن التحكم فيه ويكون لدى الشخص معتقدات إيجابية حول الكفاءة الذاتية ، فمن المرجح أن يستخدم استراتيجيات التأقلم ، التي تتضمن استراتيجيات المواجهة النشطة ، والتخطيط لحل المشكلات ، والبحث عن المعلومات ، والاستفادة من الدعم الاجتماعي (Schwartz,et.al, 1995).

وتستخدم استجابات التأقلم الشائعة الأخرى للتهديدات الصحية التأقلم القائم على المعنى ، والذي يمكن أن يحفز المشاعر الإيجابية . وتشمل هذه إعادة التفسير الإيجابي ، والقبول ، واستخدام الدين والروحانية (Carver, et.al, 1993).

إجراءات البحث

مجتمع البحث :

تألف مجتمع البحث الحالي من تدريسيي وموظفي وطلبة جامعة بغداد للعام الدراسي (2010-2021) ومن الكليات العلمية والانسانية ومن كلا الجنسين (ذكور ، اناث) وقد بلغ مجتمع البحث (6225) تدريسي وتدرسية بواقع (2858) و (3367) اناث ، أما الموظفين فقد بلغ عددهم (5805) بواقع (2690) ذكراً و (3115) اناثاً ، في حين بلغ مجتمع الطلبة (45936) بواقع (22054) ذكور و (23882) اناث .

عينة البحث :

اشتملت عينة البحث الحالي على تدريسيي وموظفي وطلبة جامعة بغداد ومن كلا الجنسين (ذكور-إناث) وبالبالغ عددهم (1150) ، بواقع (277) تدريسياً و (206) موظف ، أما الطلبة فقد بلغ عددهم (667) تم اختيار العينة عشوائياً بطريقة التطبيق الالكتروني من عدد من الكليات ، والجدول (٢) يوضح ذلك .

جدول (٢)

توزيع أفراد عينة البحث بحسب المهنة والعمر والجنس

المجموع	الجنس		العدد	العمر	المهنة
	أناث	ذكور			
277	3	2	5	18-27	تدريسي
	37	29	66	28-37	
	69	46	115	38-47	
	55	36	91	47-57	
206	13	10	23	18-27	موظف
	29	31	60	28-37	
	30	46	76	38-47	
	23	24	47	47-57	
667	492	95	587	18-27	طالب
	30	24	54	28-37	
	9	15	24	38-47	
	1	1	2	47-57	
1150	359	791	1150		المجموع الكلي

أداتا البحث:

لتحقيق أهداف البحث تطلب ذلك وجود أداتين إحداهما لقياس السلوك الصحي Health Behavior وأخرى لقياس القلق الصحي Health Anxiety ، لذا لجأ الباحث إلى اعتماد مقياس السلوك الصحي المعد من قبل (Renner&Schwarzer,2005) والذي يقيس السلوك الصحي كعامل عام ، وقد تم عرض المقياس للترجمة الى اللغة العربية من قبل ثلاثة أساتذة أثنتين منهما متخصصين في علم النفس ، أما الاستاذ الاخر فهو متخصص باللغة الانكليزية ، بعدها تم توحيد الترجمات الثلاث بنسخة موحدة ومن ثم اعادة ترجمة هذه النسخة الى اللغة الانكليزية ، واجراء مطابقة بين النسخة الاصلية والنسخة المحولة من العربية الى الانكليزية من قبل متخصص في اللغة الانكليزية ، وقد أكد التطابق التام بين النسختين ، كما عمد الباحث الى بناء مقياس القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا جمعت فقراته من تطبيق سؤال أستطلاعي مفتوح على عينة من تدريسيي وموظفي وطلبة جامعة بغداد بغداد بلغ عددهم (30 تدريسي) و (25 موظف) و (40 طالب) من مجمع جامعة بغداد (الجادرية) فضلا عن الاطلاع على مقياس القلق الصحي المعد من قبل (Salkovskis,Rimes,Warwick,&Clark,2002) .

وصف الاداتين وطريقة التصحيح :

يتألف مقياس السلوك الصحي من (18) فقرة تقابلها ثلاث بدائل للاجابة (نعم ، احيانا ، كلا) ، ولإيجاد الدرجة الكلية لكل فرد من أفراد عينة البحث تجمع الدرجات على الفقرات ال (18) ، إذ تم تحديد أوزان لبدائل الاستجابة تراوحت بين (1-2-3) ، علما ان جميع الفقرات هي باتجاه المفهوم ، أي قياس السلوك الصحي الايجابي.

أما مقياس القلق الصحي فيتألف من (24) فقرة تقابلها خمسة بدائل للاستجابة هي

(موافق بدرجة كبيرة ، موافق بدرجة متوسطة ، موافق ، غير موافق ، غير موافق تماما) تقابلها أوزان

(1-2-3-4-5) وتحسب الدرجة الكلية بجمع اجابات كل فرد على كل فقرة من الفقرات .

الإجراءات الإحصائية لتحليل الفقرات :

إن الهدف الأساس من تحليل الفقرات الحصول على بيانات يتم بموجبها الإبقاء على الفقرات الجيدة في المقياس (Eble,1972,p.392) . وتعد طريقة الاتساق الداخلي (علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس) اجراء مناسب في عملية تحليل الفقرات ، وبذلك لجأ الباحث إلى هذه الطريقة في تحليل فقرات مقياس التوجه السلوك الصحي ومقياس القلق الصحي ، كما عمد الباحث الى التحقق من الصدق العاملي لمقياس لمقياس السلوك الصحي بأستعمال التحليل العاملي التوكيدي ، في حين تم أستعمال التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس القلق الصحي ، وكما يأتي :

أولاً - علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (صدق الفقرة) Item validity : من مميزات هذا الأسلوب انه يعطي مقياساً متجانساً في فقراته (Nunnally , 1978 , p. 262) وقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون

Pearson لإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لـ (1150) استمارة أي العينة ككل ، وقد تبين ان جميع قيم الارتباط دالة احصائيا مقارنة بقيمة الارتباط الجدولية البالغة (0.06) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (1148) لكلا المقياسين والجدولين (٣-٤) يوضحان ذلك.

جدول (٣)

صدق الفقرات باستخدام أسلوب علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي

ت	معامل الارتباط	الدلالة	ت	معامل الارتباط	الدلالة	ت	معامل الارتباط	الدلالة
1	0.45	دالة	7	0.64	دالة	13	0.56	دالة
2	0.50	دالة	8	0.39	دالة	14	0.18	دالة
3	0.49	دالة	9	0.50	دالة	15	0.53	دالة
4	0.53	دالة	10	0.62	دالة	16	0.48	دالة
5	0.61	دالة	11	0.57	دالة	17	0.35	دالة
6	0.69	دالة	12	0.58	دالة	18	0.35	دالة

جدول (٤)

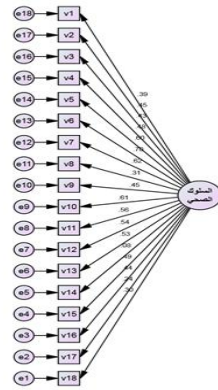
صدق الفقرات باستخدام أسلوب علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس القلق الصحي

ت	معامل الارتباط	الدلالة	ت	معامل الارتباط	الدلالة	ت	معامل الارتباط	الدلالة
1	0.48	دالة	9	0.62	دالة	17	0.26	دالة
2	0.45	دالة	10	0.54	دالة	18	0.43	دالة
3	0.45	دالة	11	0.43	دالة	19	0.44	دالة
4	0.58	دالة	12	0.48	دالة	20	0.54	دالة
5	0.56	دالة	13	0.56	دالة	21	0.63	دالة
6	0.53	دالة	14	0.60	دالة	22	0.60	دالة
7	0.60	دالة	15	0.50	دالة	23	0.60	دالة
8	0.37	دالة	16	0.54	دالة	24	0.60	دالة

ثانيا : التحليل العائلي Factor Analysis :

أ- مقياس السلوك الصحي : تم أستعمال التحليل العائلي التوكيدي لمقياس السلوك الصحي كونه مقياس أجنبي بني على بيئة مختلفة عن بيئتنا ، وتقوم فكرة التحليل العائلي التوكيدي على اختبار التطابق بين مصفوفة التغاير للمتغيرات الداخلة في التحليل والمصفوفة المحللة فعلاً من قبل الانموذج المفترض الذي يحدد علاقات معينة بين هذه المتغيرات (Maccallum & Austin,2000: 201) .

وبعد اجراء التحليل العائلي التوكيدي لمقياس السلوك الصحي كما في الشكل (٣) ، حصل الباحث على عدد من مؤشرات جودة التطابق التي تبين الى أي مدى يتطابق النموذج النظري الذي أقرحه (Salkovskis,Rimes,Warwick,&Clark,2002) مع بيانات عينة البحث الحالي ، والجدول (٥) يوضح أهم هذه المؤشرات .



شكل (٣)

مخطط التحليل العائلي التوكيدي لمقياس السلوك الصحي

جدول (٥)

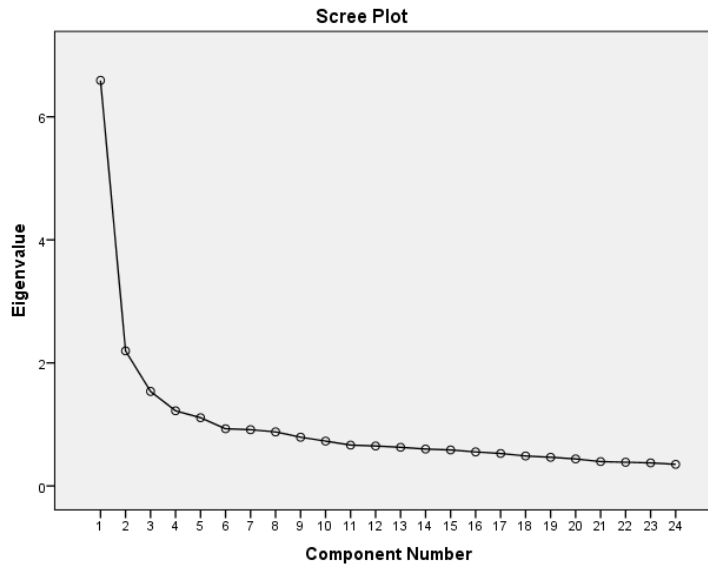
مؤشرات جودة التطابق لمقياس السلوك الصحي

ت	المؤشر	قيمة المؤشر	القطع
1	النسبة بين قيم χ^2 ودرجات الحرية df	4.84	اقل من (5)
2	جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA)	0.06	بين 0.05-0.08
3	مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	0.87	بين 0-1

4	مؤشر حسن المطابقة (GFI)	0.94	بين 0 - 1
5	مؤشر حسن المطابقة المعدل (AGFI)	0.92	بين 0 - 1
6	مؤشر هولتر Hoelter	287	200 فأعلى

ومن خلال (٥) يتضح ان مؤشرات جودة التطابق مطابقة لمؤشرات جودة التطابق المقبولة ، وبهذا عد مقياس السلوك الصحي صادقا بنائيا.

ب- مقياس القلق الصحي : تم أستعمال التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس القلق الصحي كون الباحث قام ببنائه ، وقد أجري التحليل العاملي بطريقة المكونات الاساسية Principal Component ، والتدوير المتعامد بطريقة الفارايماكس Varimax Rotation ، وقد أعتمد الباحث محك التشبع للفقرة على العامل (0.30) فأكثر معيارا لقبول الفقرة ، ويتم تفضيل الفقرة على عامل دون آخر بفارق (0.10) كأقل نسبة ، وقد تبين من النتائج أن جميع الفقرات قد تشبعت على عامل عام والذي يفسر ما مقداره (27.47) من التباين الكلي عدا الفترتين (2-17) اللتين تشبعتا على أكثر من عامل ، وبالتالي قام الباحث بأستبعادهما من المقياس ، والشكل (٤) والجدول (٦) يوضحان ذلك .



شكل (٤)

توزيع فقرات مقياس القلق الصحي على عواملها

جدول (٦)

مصفوفة العوامل لمقياس القلق الصحي

العامل الخامس	العامل الرابع	العامل الثالث	العامل الثاني	العامل الاول	تسلسل الفقرة في المقياس
-٠.326				0.476	١
	0.364	0.483	-٠.376	0.47	٢
	0.311	0.401	-٠.402	0.469	٣
				0.584	٤
-٠.464				0.563	٥
-٠.395				0.529	٦
				0.596	٧
			-٠.488	0.368	٨
				0.631	٩
			-٠.430	0.569	١٠
				0.431	١١
	0.391			0.451	١٢
		-٠.466		0.561	١٣
		-٠.428		0.602	١٤
0.344	-٠.341			0.51	١٥
	-٠.348			0.553	١٦
	0.449		0.488		١٧
0.312				0.404	١٨
			0.316	0.418	١٩
			0.426	0.532	٢٠
			0.348	0.627	٢١
		0.342	0.316	0.599	٢٢
				0.597	٢٣
	-٠.301		0.353	0.602	٢٤

1.11	1.22	1.54	2.20	6.59	الجزر الكامن
4.62	5.09	6.40	9.15	27.47	التباين المفسر

ثالثاً : الثبات بطريقة (ألفا) للاتساق الداخلي Alfa coefficient Internal Consistency :

تعتمد هذه الطريقة على اتساق أداء الفرد من فقرة لأخرى (ثورنبايك وهيجن ، ١٩٨٩ ، ص ٧٩) ولاستخراج الثبات بهذه الطريقة تم استخدام جميع استمارات البحث البالغ عددها (1150) استمارة ، ثم استخدمت معادلة ألفا وقد بلغ معامل الثبات للمقياسين ، فقد بلغ معامل ثبات الفا لمقياس السلوك الصحي (0.82) ولمقياس القلق الصحي (0.88).

رابعاً: الوسائل الاحصائية :

معامل ارتباط بيرسون : استعمل لايجاد صدق الفقرات بعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية ، ويجاد العلاقة بين القلق الصحي والسلوك الصحي.

التحليل العاملي الاستكشافي : استعمل للتحقق من صدق البناء لمقياس القلق الصحي.

التحليل العاملي التوكيدي : استعمل للتحقق من مدى تطابق البنية العاملية لمقياس السلوك الصحي مع عينة ومجتمع البحث الحالي.

معامل ثبات الفا كرونباخ : استعمل للتحقق من ثبات مقياسي القلق الصحي والسلوك الصحي.

الوسط المرجح ومؤشر الاهمية النسبية : تم استعمالها لقياس القلق الصحي والسلوك الصحي.

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين : استعمل لتعرف الفرق في القلق الصحي والسلوك الصحي حسب الجنس.

تحليل التباين الاحادي : استعمل لتعرف الفرق في القلق الصحي والسلوك الصحي حسب (العمر ، والمهنة) .

اختبار شيفيه : استعمل لمتابعة الفرق في السلوك الصحي تبعاً للفئات العمرية المختلفة ، والفرق في السلوك الصحي تبعاً للمهن المختلفة.

نتائج البحث وتفسيرها

الهدف (١) : قياس القلق الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد ككل .

لتحقيق هذا الهدف تم تطبيق مقياس القلق الصحي على عينة قوامها (1150) من تدريسيي وموظفي وطلبة جامعة بغداد ، ومن ثم تم اعتماد مؤشر الاهمية النسبية لاجابات افراد عينة البحث على كل فقرة من فقرات مقياس السلوك الصحي ومن ثم استخراج متوسط الاهمية النسبية للمقياس ككل للحكم على مستوى القلق الصحي لعينة البحث ، والجدول (٧) يوضح ذلك :

جدول (٧)

قياس القلق الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد ككل بأستعمال مؤشر الأهمية النسبية

مستوى الأهمية IL	الأهمية النسبية RII	الوسط المرجح	الفقرة	تسلسل الفقرة في المقياس
مرتفع	0.64	3.22	اشعر ان هذا الفايروس سوف يقضي على اعداد هائلة من الناس	١
متوسط	0.40	2	اشعر أنه لا مفر من إصابة أفراد عائلتي بالفيروس	٣
متوسط	0.59	2.93	اشعر ان العالم سوف يتغير للأسوء جراء هذا الفايروس	٤
متوسط	0.58	2.91	اشعر ان هذا الفايروس سوف يضعف العلاقات الاجتماعية	٥
متوسط	0.58	2.88	اشعر ان هذا الفايروس سوف يجعل الناس أنانيين ويفكرون بأنفسهم فقط	٦
مرتفع	0.60	3	اشعر انه من غير الممكن التوصل للقاح او علاج فعال لهذا الفايروس بالوقت القريب مما يزيد من قلقي	٧
منخفض	0.39	1.94	اشعر انه لا فائدة من استعمال المطهرات والمعقمات للقضاء على هذا الفايروس	٨
متوسط	0.51	2.53	هذا الفايروس سوف يقضي على طموحات الناس وآمالهم	٩
منخفض	0.34	1.71	بالنهاية سوف يصاب جميعنا بهذا الفايروس	١٠
متوسط	0.48	2.41	اشعر ان هذا الفايروس سوف يعاود النشاط في كل عام	١١

متوسط	0.55	2.73	هذا الفايروس عقوبة من الله لذا فالعمل على مكافحته امر مستحيل	١٢
مرتفع	0.74	3.68	سوف يتسبب هذا الفايروس بالفقر لأغلب الناس في العالم	١٣
مرتفع	0.66	3.32	هذا الفايروس سوف يخلق بطالة في العالم لا يمكن معالجتها	١٤
متوسط	0.48	2.39	اشعر ان الحياة سوف لن تعود لطبيعتها بعد هذا الفايروس	١٥
متوسط	0.42	2.09	ارى ان دور العبادة (المساجد ، الكنائس ،الاديرة) سوف لن تعود مرة اخرى تعج بالناس بسبب هذا الفايروس	١٦
متوسط	0.58	2.91	اشعر ان هذا الفايروس سوف يحد من رغبة الاسر في زيادة الانتجاب وزيادة عدد الاطفال	١٨
مرتفع	0.76	3.81	اعتبر نفسي شخصا محظوظ ان تمكنت من النجاة من هذا الفيروس	١٩
مرتفع جدا	0.80	4	اشعر بالتوتر من مشاهدة مرضى كورونا وهم يعانون على اجهزة التنفس الاصطناعية	٢٠
مرتفع	0.62	3.12	مجرد التفكير بفايروس كورونا يزيد من قلقي وتوتري	٢١
متوسط	0.57	2.87	يرودني شعور انني سوف اصاب بالفايروس كلما خرجت او حاولت الخروج من البيت	٢٢
مرتفع	0.60	3.01	التفكير بفايروس كورونا اربك من قدرتي على التخطيط لمستقبلي (الدراسي ، العملي)	٢٣

مرتفع	0.63	3.14	بدأت اشعر بالقلق كلما قابلت الاشخاص الاخرين (الاصدقاء ، الاقارب ، الجيران) خوفا من الاصابة بالعدوى	٢٤
متوسط	0.57	2.85	متوسط الأهمية النسبية للقلق الصحي	

من الجدول أعلاه يتبين أن مستوى القلق الصحي متوسط لدى عينة البحث ، وذلك بحسب مؤشر متوسط الأهمية النسبية الكلي البالغ (0.57) وعلى وفق المعيار المعتمد (Akadiri,2011) . كما في الجدول أدناه .

جدول (٨)

معيار مؤشر الأهمية النسبية للمقياس الخماسي البديل والذي يبين مستوى القلق الصحي لعينة البحث

مستوى الأهمية Importance level	الأهمية النسبية RII	ت
Very High	$0.80 \leq RII \leq 1$	١
High	$0.60 \leq RII \leq 0.80$	٢
Moderately	$0.40 \leq RII \leq 0.60$	٣
low	$0.20 \leq RII \leq 0.40$	٤
Very low	$0 \leq RII \leq 0.20$	٥

كما عمد الباحث الى قياس القلق الصحي لكل من التدريسيين والطلبة والموظفين على حدة ، كما موضح في الجدول (٩) :

جدول (٩)

قياس القلق الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد (التدريسيين والطلبة والموظفين) بأستعمال مؤشر الأهمية النسبية

مستوى الأهمية IL	الأهمية النسبية RII	الوسط المرجح	العينة	ت
متوسط	56.8٠	2.84	التدريسيين	1
متوسط	57.2٠	2.86	الطلبة	2
متوسط	55.٨٠	2.79	الموظفين	3

من الجدول (9) يتضح أن مستوى القلق الصحي لدى عينة التدريسيين والطلبة والموظفين في جامعة بغداد بمستوى المتوسط.

الهدف (2) : تعرف دلالة الفرق في القلق الصحي تبعاً لمتغير الجنس (ذكر ، انثى).
ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين ، والجدول (10) يوضح ذلك :
جدول (10)

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لتعرف الفروق في القلق الصحي تبعاً لمتغير الجنس

العينة	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	التائية الجدولية	الدلالة
1150	ذكور	359	61.41	12.51	2.15	1.96	دال
	اناث	791	63.13	12.56			

ويتبين من الجدول (10) ان هناك فرق في القلق الصحي تبعاً لمتغير الجنس ولصالح الذكور، وذلك لان القيمة التائية المحسوبة أعلى من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (1148) .
الهدف (3) : التعرف على دلالة الفروق في القلق الصحي تبعاً لمتغير (العمر).
ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال تحليل التباين الاحادي One Way Anova ، والجدولين (11-12) يوضحان ذلك .

جدول (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس القلق الصحي تبعاً لمتغير (العمر)

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
18-27	615	63.58	13.21
28-37	180	61.74	11.38
38-47	215	61.49	11.65
47-57	140	61.04	12.21
الكلي	1150	62.59	12.57

جدول (13)

تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في القلق الصحي تبعا لمتغير (العمر)

الدلالة Sig	القيمة الفائنية F	متوسط المربعات M.S	درجة الحرية D.F	مجموع المربعات s.of.s	مصدر التباين s.of.v
غير دال	1.81	441.955	3	1325.865	بين المجموعات
		244.144	1146	280087.493	داخل المجموعات
		---	1149	181413.357	الكلي

وتشير النتيجة أعلاه الى أنه ليس هناك فرق دال احصائيا في القلق الصحي تبعا لمتغير (العمر) ، إذ بلغت القيمة الفائنية المحسوبة (1.81) وهي أقل من القيمة الفائنية الجدولية وبالباغة (2.60) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (3-1146) .

الهدف (4) : التعرف على دلالة الفروق في القلق الصحي تبعا لمتغير (المهنة).

ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال تحليل التباين الاحادي One Way Anova ، والجدولين (13-14) يوضحان ذلك .

جدول (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس القلق الصحي تبعا لمتغير (المهنة)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المهنة
11.79	62.53	277	تدريسي
13.12	63.02	667	طالب
11.68	61.29	206	موظف
12.57	62.59	1150	الكلي

جدول (14)

تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في القلق الصحي تبعا لمتغير (المهنة)

الدلالة Sig	القيمة الفائنية F	متوسط المربعات M.S	درجة الحرية D.F	مجموع المربعات s.of.s	مصدر التباين s.of.v
غير دال	1.51	237.834	2	475.669	بين المجموعات
		157.749	1147	180937.689	داخل المجموعات
		---	1149	181413.357	الكلي

وتشير النتيجة أعلاه الى أنه ليس هناك فرق دال احصائيا في القلق الصحي تبعا لمتغير (المهنة) ، إذ بلغت القيمة الفائنية المحسوبة (1.51) وهي أقل من القيمة الفائنية الجدولية وبالباغة (3) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (2-1147) .

الهدف (5) : قياس السلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد .

لتحقيق هذا الهدف تم تطبيق مقياس السلوك الصحي على عينة قوامها (1150) من تدريسيي وموظفي وطلبة جامعة بغداد ، ومن ثم تم اعتماد مؤشر الاهمية النسبية لاجابات افراد عينة البحث على كل فقرة من فقرات مقياس السلوك الصحي ومن ثم استخراج متوسط الاهمية النسبية للمقياس ككل للحكم على مستوى السلوك الصحي لعينة البحث ، والجدول (15) يوضح ذلك :

جدول (15)

قياس السلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد بأستعمال مؤشر الأهمية النسبية

ت	الفقرة	الوسط المرجح	الأهمية النسبية RII	مستوى الأهمية IL
١	يعتمد غذائي بشكل أساسي على النباتات (الخضر والفواكه)	2.15	0.72	مرتفع
٢	عندما ارغب في أكل الكعكة أو الشوكولاتة ،فاني أكل فقط القليل منه	2.12	0.71	مرتفع
٣	أتناول المكملات الغذائية (الفيتامينات ، البروتينات) بانتظام	2.03	0.68	مرتفع
٤	أتناول الطعام الطازج واتجنب الاطعمة واللحوم المصنعة	2.53	0.84	مرتفع

مرتفع	0.68	2.03	عندما أشرب الحليب أو أتناول منتجات الألبان اختر منتجات قليلة الدسم	٥
متوسط	0.65	1.94	أحرص على ضبط كمية السعرات الحرارية في طعامي الذي أتناوله	٦
متوسط	0.60	1.81	عندما ارغب في شرب المشروبات الغازية فأني أختارها بدون سكر	٧
مرتفع	0.69	2.08	أكل الوجبات السريعة	٨
متوسط	0.64	1.92	أتناول الطعام قليل الملح فقط	٩
مرتفع	0.68	2.05	أتجنب الأطعمة الغنية بالكوليسترول	١٠
مرتفع	0.86	2.57	أحرص على ان يكون طعامي غنيا بالفيتامينات المتنوعة	١١
مرتفع	0.68	2.03	لتحلية الطعام أستخدم المحليات الصحية	١٢
مرتفع	0.81	2.43	أزيل الدهون المرئية او الظاهرة على الطعام	١٣
مرتفع	0.71	2.14	اتناول اللحوم الحمراء بكثرة (الغنم ، البقر....الخ)	١٤
متوسط	0.53	1.59	أجري الفحوصات الطبية الدورية العامة باستمرار	١٥
متوسط	0.61	1.82	أمارس التمرينات الرياضية بشكل منتظم	١٦
مرتفع	0.83	2.48	أحرص على أخذ قسط مناسب من النوم (٨-٩) ساعات في اليوم	١٧
مرتفع	0.93	2.79	أحرص على قراءة تاريخ انتهاء المنتجات التي أشتريها	١٨
مرتفع	0.71	2.14	الأهمية النسبية للسلوك الصحي	

من الجدول أعلاه يتبين أن مستوى السلوك الصحي مرتفع لدى عينة البحث ، وذلك بحسب مؤشر متوسط الأهمية النسبية الكلي البالغ (0.71) وعلى وفق المعيار المعتمد (Akadiri,2011) كما في الجدول أدناه .

جدول (16)

معياري مؤشر الأهمية النسبية للمقياس الثلاثي البديل والذي يبين مستوى السلوك الصحي لعينة البحث

مستوى الأهمية Importance level	الأهمية النسبية RII	ت
High	$0.66 \leq RII \leq 0.1$	١
Moderately	$0.33 \leq RII \leq 0.66$	٢
low	$0 \leq RII \leq 0.33$	٣

كما عمد الباحث الى قياس السلوك الصحي لكل من التدريسيين والطلبة والموظفين على حدة ، كما موضح في الجدول (17) :

جدول (17)

قياس السلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد (التدريسيين والطلبة والموظفين) بأستعمال مؤشر الأهمية النسبية

مستوى الأهمية IL	الأهمية النسبية RII	الوسط المرجح	العينة	ت
مرتفع	74	2.22	التدريسيين	1
مرتفع	70.33	2.11	الطلبة	2
مرتفع	71	2.13	الموظفين	3

من الجدول (17) يتضح أن مستوى السلوك الصحي لدى عينة التدريسيين والطلبة والموظفين في جامعة بغداد بمستوى المتوسط.

الهدف (6) : تعرف دلالة الفرق في السلوك الصحي تبعا لمتغير الجنس (ذكر ، انثى). ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين ، والجدول (18) يوضح ذلك :

جدول (18)

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لتعرف الفروق في السلوك الصحي تبعا لمتغير الجنس

العينة	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	التائية المحسوبة	التائية الجدولية	الدلالة
1150	ذكور	359	38.21	6.31	1.12	1.96	غير دال
	اناث	791	38.67	6.52			

وبتبيين من الجدول (18) انه ليس هناك فرق في السلوك الصحي تبعا لمتغير الجنس ، وذلك لان القيمة التائية المحسوبة أقل من القيمة التائية الجدولية البالغة (1.96) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (1148) .
الهدف (7) : التعرف على دلالة الفروق في السلوك الصحي تبعا لمتغير (العمر).
ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال تحليل التباين الاحادي One Way Anova ، والجدولين (19-20) يوضحان ذلك .

جدول (19)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس السلوك الصحي تبعا لمتغير (العمر)

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
18-27	615	37.81	6.47
28-37	180	37.72	6.02
38-47	215	39.42	6.62
47-57	140	41.30	5.78
الكلي	1150	38.52	6.46

جدول (20)

تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في السلوك الصحي تبعا لمتغير (العمر)

مصدر التباين s.of.v	مجموع المربعات s.of.s	درجة الحرية D.F	متوسط المربعات M.S	القيمة الفائية F	الدلالة Sig
بين المجموعات	1683.781	3	561.260	13.92	دال
داخل المجموعات	46195.175	1146	40.310		
الكلي	47878.957	1149	---		

وتشير النتيجة أعلاه الى أن هناك فرق دال احصائيا في السلوك الصحي تبعا لمتغير (العمر) ، إذ بلغت القيمة الفائية المحسوبة (13.92) وهي أعلى من القيمة الفائية الجدولية والبالغة (2.60) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (3-1146) .
ولمعرفة الفروق في السلوك الصحي تبعا للفئات العمرية المختلفة تم استعمال اختبار شيفيه للمقارنات البعدية ، والجدول (21) يوضح ذلك :

جدول (21)

قيم الفروق بين الاوساط وقيم شيفيه الحرجة لتعرف الفروق في السلوك الصحي تبعا للفئات العمرية المختلفة

المقارنات	العدد	المتوسط الحسابي	الفرق بين الوسطين	قيمة شيفيه الحرجة	الدلالة
18-27	615	37.81	0.09	1.50	غير دال عند 0.05
28-37	180	37.72			
18-27	615	37.81	1.61	1.40	دال عند 0.05
38-47	215	39.42			لصالح
18-27	615	37.81	3.49	1.66	دال عند 0.05
47-57	140	41.30			لصالح
28-37	180	37.72	1.71	1.79	غير دال عند 0.05
38-47	215	39.42			
28-37	180	37.72	3.58	2	دال عند 0.05
47-57	140	41.30			لصالح
38-47	215	39.42	1.88	1.93	غير دال عند 0.05
47-57	140	41.30			

تشير نتيجة الجدول اعلاه ان هناك فرق في السلوك الصحي بين الفئتين العمريتين (18-27، 38-47) ولصالح (38-47) ، وبين الفئتين (18-27، 47-57) ولصالح (47-57) ، وبين الفئتين (28-37، 47-57) ولصالح (47-57).

الهدف (8) : التعرف على دلالة الفروق في السلوك الصحي تبعا لمتغير (المهنة).

ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال تحليل التباين الاحادي One Way Anova ، والجدولين (22-23)

يوضحان ذلك .

جدول (22)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس السلوك الصحي تبعاً لمتغير (المهنة)

المهنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تدريسي	277	39.96	6.27
طالب	667	37.98	6.50
موظف	206	38.34	6.30
الكلي	1150	38.52	6.46

جدول (23)

تحليل التباين الاحادي للكشف عن دلالة الفروق في السلوك الصحي تبعاً لمتغير (المهنة)

الدلالة Sig	القيمة الفائتية F	متوسط المربعات M.S	درجة الحرية D.F	مجموع المربعات s.of.s	مصدر التباين s.of.v
دال	9.40	386.100	2	772.201	بين المجموعات
		41.070	1147	47106.756	داخل المجموعات
		---	1149	47878.957	الكلي

وتشير النتيجة أعلاه الى أن هناك فرق دال احصائياً في السلوك الصحي تبعاً لمتغير (المهنة) ، إذ بلغت القيمة الفائتية المحسوبة (9.40) وهي أعلى من القيمة الفائتية الجدولية والبالغة (3) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (2-1147) . ولمعرفة الفروق في السلوك الصحي تبعاً للمهن المختلفة تم أستعمال أختبار شيفيه للمقارنات البعدية ، والجدول (24) يوضح ذلك :

جدول (24)

قيم الفروق بين الاوساط وقيم شيفيه الحرجة لتعرف الفروق في السلوك الصحي تبعاً للمهن المختلفة

المقارنات	العدد	المتوسط الحسابي	الفرق بين الوسطين	قيمة شيفيه الحرجة	الدلالة
تدريسي	277	39.96	1.98	1.12	دال عند 0.05 لصالح تدريسي
طالب	667	37.98			

دال عند 0.05 لصالح تدريسي	1.44	1.61	39.96 38.34	277 206	تدريسي موظف
غير عند 0.05	1.25	0.36	37.98 38.34	667 206	طالب موظف

تشير نتيجة الجدول اعلاه ان هناك فرق في السلوك الصحي بين (تدريسي وطالب) ولصالح تدريسي ، وبين (تدريسي وموظف) ولصالح موظف .

الهدف (9): تعرف العلاقة الارتباطية بين القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا والسلوك الصحي .
لتحقيق هذا الهدف تم استعمال معامل ارتباط (بيرسون) Pearson لحساب معامل الارتباط بين الدرجات الكلية التي حصل عليها أفراد العينة على مقياس القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا والسلوك الصحي ، وقد تبين من النتائج أن هناك علاقة ارتباطية طردية دالة احصائيا بين القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا والسلوك الصحي اذ بلغت قيمة معامل الارتباط المحسوب (0.33) ، وهي أعلى مقارنة بقيمة ارتباط بيرسون الجدولية البالغة (0.06) عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (1148).

تفسير النتائج ومناقشتها :

تبين من النتائج ان عينة البحث لديهم قلق صحي مرتبط بفايروس كورونا بمستوى متوسط ، وتفسر هذه النتيجة وفق النظرية السلوكية المعرفية (سالكوفسكيس) أن الاحداث الصحية الحرجة والمتسارعة والتفسيرات سلبية لهذه الاحداث قد تهيئ الفرد لتطوير القلق الصحي ، وأن التفسير الخاطئ للمرض وطبيعة المعلومات الصحية يمكن أن تؤدي إلى زيادة الاستثارة والقلق الصحي ، وبالتالي يؤدي ذلك الى سلوكيات البحث عن السلامة (السلوك الصحي) ، لذا فان فايروس كورونا أثار في البداية حالة من الارباك والقلق بمستويات مختلفة ، وتضاربت الاخبار حول طبيعة هذا الفايروس ففي البداية شكك غالبية الناس في العراق بمدى صحة وجود هذا الفايروس ومدى الخطر الذي يلحقه بصحة الانسان ، لذا فمن المتوقع أن تاتي نتيجة البحث بان القلق الصحي متوسط كونها أجريت في بداية أنتشار الجائحة في بلدان محدودة في العالم ، ولكننا لا نغفل بان هناك من الافراد من شعر بحالة شديدة من القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا ، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (الوهيبية ، ٢٠٢٠) التي هدفت الى دراسة مستوى القلق النفسي المرتبط بجائحة كورونا لدى الاسر العمانية والبحرينية والمقيمين ، فقد توصلت الى ان مستوى القلق جاء متوسطا ، كما أشارت النتائج ان السلوك الصحي جاء بمستوى مرتفع ، ويرى الباحث أن ارتفاع مستوى السلوك الصحي في ظل ظروف أنتشار وباء كورونا أمر طبيعي، اذ أننا نلاحظ لجوء اغلب الناس الى التركيز على العناية بالسلامة الصحية وقد يتجه البعض الى حد المبالغة في تأكيد سلوكيات السلامة الصحية بسبب الخوف والقلق الشديد من الوقوع بالاصابة

بالفايروس ، لذا رأينا أغلب الناس بدأت تلجأ الى أستعمال المكملات الغذائية والفيتامينات المختلفة والغذاء الصحي في محاولة منهم لتقوية المناعة الجسدية ، وتفسر هذه النتيجة وفق أنموذج (المعتقدات الصحية) ان سبب استجابة الناس للاعراض وسلوكيات استجابتهم للمرض ، وسبب اتخاذ الناس الاجراءات الوقائية من الحالات المرضية أو الكشف عنها أو السيطرة عليها وهي (القابلية للتأثر ، ومدى خطورة أو جدية المرض ، والفوائد والعوائق أمام السلوك ، والكفاءة الذاتية) ، اذ درس (Hochbaum,1958) التصورات حول ما اذا كان الافراد يعتقدون انهم معرضون لمرض السل ومعتقداتهم حول الفوائد الشخصية للاكتشاف المبكر ، وتبين ان من بين الافراد الذين أظهروا معتقدات في كل من قابليتهم للاصابة بالسل والفوائد الاجمالية من الاكتشاف المبكر ، كان (٨٢%) منهم على الاقل لديهم أشعة سينية طوعية للصدر ، اذ عدّ هؤلاء الافراد أنفسهم معرضين للاصابة ، وان هذا التوقع سيكون له عواقب وخيمة على الحياة ، وأعتقدوا أن مسار العمل الصحي سيكون مفيدا في تقليل قابليتهم للاصابة بالمرض ، وبالتالي فمن المرجح ان يتخذوا الاجراءات الصحية التي يعتقدوا انها ستقلل المخاطر .

كما يمكن تفسير ارتفاع مستوى السلوك الصحي لدى عينة البحث وفق أنموذج (دافع الحفاظ على الصحة) الذي أفترحه روجرز (Rogers) في أن التمثيل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة ، واتخاذ القرارات للقيام بأجراءات ملائمة بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي ، ويقوم على عدد من الافتراضات هي (الدرجة المدركة للخطورة المتعلقة بتهديد الصحة ، مدى احتمالية الاصابة بهذه التهديدات، الفاعلية الذاتية المدركة للقيام بأجراء ما في سبيل الوقاية او ازالة التهديد الصحي المدرك، توقعات الكفاءة الذاتية ، اي الكفاءة الذاتية لصد الخطر) ، وتسهم هذه العوامل الاربعة في تشكيل سلوك صحي ما .

كما تبين من النتائج أن هناك علاقة ارتباطية طردية دالة احصائيا بين القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا والسلوك الصحي ،وتفسر هذه النتيجة وفق الانموذج السلوكي المعرفي إلى أن السلوكيات الصحية مثل البحث عن الطمأنينة والفحص الجسدي والاعتماد على إشارات السلامة وسلوكيات التجنب واللجوء الى نظام غذائي متوازن عوامل مهمة في التخفيف من القلق الصحي ، وأن العرض النموذجي للذين يعانون من القلق الصحي ينطوي على الاستخدام المفرط للسلوكيات الصحية مثل نظام الرعاية الصحية ، والحرص على تناول الاغذية الصحية .

لذا يرى الباحث أن اعتقاد الافراد بقدرتهم على السيطرة على الامراض يدفع بهم الى تبني سلوكيات صحية سليمة على العكس من الافراد الذين يعتقدون عكس ذلك ، وهذا ما أشار له أنموذج (التعامل مع الضغوط) الذي أكد وجود ارتباطات إيجابية بين تصورات السيطرة على المرض والتكيف النفسي عبر مجموعة متنوعة من الأمراض وتشمل هذه الأمراض السرطان ، وأمراض القلب ، وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، فإن السيطرة المتصورة على المرض قد تحسن الرفاهية الجسدية عن طريق زيادة احتمالية أن يتبنى الشخص السلوكيات الصحية الموصى بها .

ورأى أكسلسون (Axelsson, 2018) أن القلق الصحي سمة نفسية مستمرة ، أي نمط مستقر نسبياً من الإدراك والسلوك ، القلق الصحي الشديد له مجموعة واسعة من الخصائص المعرفية والسلوكية والعاطفية على سبيل المثال ، يكون هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للتفاعل مع المحفزات المرتبطة بالمرض كالأحداث الصحية ويستخدمون أيضاً رعاية صحية ويكون لديهم سلوك صحي مبالغ فيه أكثر من غيرهم . وقد أظهرت الدراسات السابقة للأوبئة والأوبئة السابقة

(على سبيل المثال ، إيبولا ٢٠١٤/٢٠١٦ ، H1N1 2009/2010 ، إنفلونزا الطيور ٢٠٠٦ ، السارس ٢٠٠٣) أن القلق والمخاوف الصحية والسلوك الصحي يرتفع في مثل هذه الأوقات (Saadation,et.al,2010) ، فقد أجريت دراسة في إحدى جامعات تايلاند أشتملت على (٤١٦) من الطلبة أغلبهم من الطالبات بنسبة (٧١.٩٠٪) تبين ان معظم الطلاب لديهم مستوى إجهاد وقلق مرتفع من الفايروس وسلوك صحي جيد ، كان حاصل الشدائد والتوتر والقلق من العوامل الهامة للتنبؤ بالسلوكيات الصحية للطلاب الجامعيين بنسبة تتباين مفسر (٣٧.٢٪) (Suksatan et al.2021,p.727) ، ويرى الباحث ان هذه النتيجة تدعم بقوة نتيجة الارتباط الطردي بين القلق الصحي والسلوك الصحي لدى عينة البحث .

ويفسر الباحث عدم ظهور فروق دالة احصائيا في القلق الصحي بحسب متغيرات (الجنس ، المهنة ، والعمر) الى ان حالة القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا حالة عامة وتثير القلق والخوف بشكل عام لدى الافراد على اختلاف جنسهم ومهنتهم واعمارهم كونها حدث مهدد للصحة وللوجود البشري . في حين ظهر وجود فرق دال احصائيا في السلوك الصحي تبعا لمتغير (العمر) ولصالح الفئات العمرية الاعلى موازنة بالفئات الاقل عمرا ، وهذه تعد نتيجة منطقية كون أنه كلما تقدم الانسان بالعمر يتوقع أن يكون أكثر عرضة للاصابة بالامراض مما يدفع به الى اتخاذ إجراءات وسلوكيات تدعم الصحة ، كأتباع الحمية الغذائية والابتعاد عن الاغذية الغنية بالدهون وغيرها .

وفيما يتعلق بالفروق في السلوك الصحي حسب متغير المهنة (تدريسي ، طالب ، وموظف) فقد أظهرت النتائج فروق دالة لصالح عينة التدريسيين ، ويرجع الباحث ذلك الى ان الشخص كلما ارتقى بمستواه التحصيلي والمعرفي كلما كان أكثر وعيا وأدراكا لاهمية الالتزام بسلوكيات صحية سليمة هذا في ظل الظروف الطبيعية فما بالك في أوقات الازمات الصحية كوباء كورونا ، كما يعتقد الباحث أن سعي عينة التدريسيين الجامعيين الى جمع معلومات عن هذا الفايروس وكيفية الوقاية منه وبمستوى أعلى من فئات الدراسة الاخرى (الطلبة ، والموظفين) يعزز من السلوك الصحي لديهم .

الاستنتاجات : ومن النتائج نستنتج الاتي :

١. يؤدي انتشار فايروس كورونا الى حالة من القلق الصحي تتباين بحسب عوامل عدة من اهمها هو مدى اعتقاد وإيمان الناس بمدى خطورة الوباء على الحياة ، وهذا القلق لا يختلف بحسب جنس الافراد او مهنتهم وأعمارهم فهو حالة عامة .

٢. في ظل ظروف الاوبئة ينزع الناس الى تبني سلوكيات صحية من شأنها وقايتهم من الاصابة بالوباء بحسب أعتقادهم .
٣. كلما زاد مستوى القلق الصحي لدى الافراد كلما أدى ذلك الى سعيهم الى اتباع سلوكيات صحية ، وتعتمد شدة ذلك بشكل أساس على الظرف الصحي العام الذي يعيشه الافراد.
٤. يتباين السلوك الصحي بحسب المرحلة العمرية للافراد ، فكلما زاد عمر الفرد كلما يتوقع أن يكون أكثر توجهها نحو أتباع سلوكيات صحية .
٥. يتأثر السلوك الصحي للفرد بمستوى تحصيله ، اذ أنه كلما ارتقى الفرد بمستوى تحصيله كان أكثر وعياً والتزاماً باتباع السلوك الصحي المناسب .

التوصيات : يوصي الباحث بالاتي :

١. ضرورة قيام المؤسسة الصحية باحاطة أفراد المجتمع بمعلومات واقعية عن مدى خطورة الوضع الوبائي بشكل دوري ومستمر عبر وسائل الاعلام الرسمية كي يكونوا على أستعداد دائم للتعامل مع الوضع الصحي وتجنب ان تكون هذه الرسائل مثيرة للقلق الشديد .
٢. ضرورة أن تاخذ المؤسسة الصحية على عاتقها تزويد الناس بمعلومات عن السلوكيات الصحية المناسبة التي من شأنها تعزيز مناعة الافراد في مواجهة الجائحة ، لتجنيب الناس حالة التششت والفوضى في أستعمال أعشاب معينة أو عقاقير دون معرفة طبية كافية .
٣. ان تاخذ المؤسسة الاعلامية الرسمية على عاتقها كشف الاخبار الزائفة التي تبث من وسائل اعلام غير دقيقة او وسائل التواصل الاجتماعي والتي من شأنها بث الرعب والقلق والخوف غير المبرر لدى الناس ، وأن يكون ذلك التنفيذ مدعماً بالادلة والدراسات العلمية الرصينة والموثوقة.
٤. إعداد برنامج خاص يبيث بشكل دوري قد يكون اسبوعياً مثلاً من قبل القنوات التلفزيونية الرسمية ، خاص بجائحة كورونا يحيط افراد المجتمع بكل ما يتعلق بهذا الفيروس ولللقاءات المضادة له ، وفيما اذا كان هناك فئات خاصة يحظر عليها أخذ اللقاح.
٥. قيام وزارة الثقافة بأصدار نشرات توعوية تتعلق بكيفية تجنب الاصابة بفايروس كورونا ، توزع على طلبة المدارس والجامعات والموظفين في مؤسسات الدولة المختلفة .

المصادر العربية والاجنبية :

١. خمان ، سعيدة (٢٠١٧) . السلوك الصحي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المصابين بالامراض المزمنة ، دراسة ميدانية بمستشفى بوقرة بولعراس - بكارية - ولاية تبسة. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية ، جامعة العربي بن مهدي ، الجزائر .
٢. زعطوط ، رمضان (٢٠٠٥). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمين بورقلة.رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الاداب والعلوم الانسانية ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر .
٣. الوهيبية ، خولة بنت سالم وشهاب ، ايمان عبد الجليل والشيبية ، أمل بنت سليم (٢٠٢١).مستوى القلق النفسي لجائحة كورونا لدى الاسر العمانية والبحرينية والمقيمين وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة الدراسات التربوية والنفسية ، مجلد (١٥) ، العدد (٢) ، جامعة السلطان قابوس ، عمان .

1. Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871–883.
2. Ajzen, I and Fishbein, M, (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.
3. Akadiri, O.P., (2011). *Development of a Multi–Criteria Approach for Selection of Sustainable Materials for Building Projects*, PhD Thesis University of Wolver Hampton, UK.
4. Akadiri, O.P., (2011): *Development of a Multi–Criteria Approach for Selection of Sustainable Materials for Building Projects*, PhD Thesis University of Wolver Hampton, UK.
5. Arora T., Grey I. (2020). Health behavior changes during COVID–19 and the potential consequences: A mini–review. *Journal of Health Psychology*. 25 (9): 1155–1163.
6. Axelsson, A. (2018). *Severe health anxiety: Novel approaches to diagnosis and psychological treatment*. Thesis For Doctoral Degree, Published by Karolinska Instituted.
7. Axelsson, A. (2018). *Severe health anxiety: Novel approaches to diagnosis and psychological treatment*. Thesis For Doctoral Degree, Published by Karolinska Instituted.
8. Bailer J., Rist F., Müller T., Mier D., Diener C., and Ofer J....Witthöft M. German validation of the short health anxiety inventory (SHA-I) *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 2013; 34(4):378–398.
9. Bandura, A, (1997). *Self–Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
10. Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1464–1470.

11. Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and the emotional disorders: A cognitive
12. Butterly, R, Adams, D, Brown, A, et al. (2006) Client perceptions of the MUSCSEL project: A community-based physical activity programme for patients with mental health problems. *Journal of Public Mental Health* 5(4): 45–52.
13. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43.
14. Carver, C. S., and others, (1993). "How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women with Early Stage Breast Cancer." *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375–390.
15. Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther* 2008; 46: 5– 27.
16. Fischer, G. F. (2002). *Traité de psychologie de la santé*, Paris: Dunod.
17. Folkman, S., and Moskowitz, J. (2000). "Positive Affect and the Other Side of Coping." *American Psychologist*, 55, 647–654.
18. Furer p, Walker J.R, Stein M.B. (2007). *Treating Health Anxiety and Fear of Death, A Practitioner's Guide*. Springer Science Business Media, LLC, 233 Spring Street, New York, NY 10013, USA.
19. Gørgen S.M., Hiller W., Witthöft M. (2014). Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: A latent variable approach. *International Journal of Behavioral Medicine*. 21(2):364–374.
20. Gross J.J. (1998). the emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*.; 2(3):271–299.
21. Harrington J, Perry IJ, Lutomski J, et al. (2010) Living longer and feeling better: Healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland. *European Journal of Public Health* 20(1): 91–95.

22. Holman, E. A., Garfin, D. R., & Silver, R. C. (2014). Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(1), 93–98.
23. Hulaikah M, Degeng I. The effect of experiential learning and adversity quotient on problem solving ability. *Int J Instr.* 2020; 13 (1):869–884.
24. Jungmann.M, S & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID–19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders.* 2020 Jun; 73: 102239. Published online 2020 May 20. 10.1016/j.janxdis.2020.102239.
25. Lazarus, R. S., and Folkman, S, (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer.
26. Main A., Zhou Q., Ma Y., Luecken L.J., Liu X. (2011). Relations of SARS–related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *Journal of Counseling Psychology.* 58(3):410–423.
27. Main A., Zhou Q., Ma Y., Luecken L.J., Liu X.(2011). Relations of SARS–related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *Journal of Counseling Psychology;* 58(3):410–423.
28. Mammen G and Faulkner G (2013) Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine* 45(5): 649–657.
29. Meeke, Heidi J. (2011). *Hypochondriasis (Health Anxiety) Reformulated: Similarities with Generalized Anxiety Disorder in A Routine Setting Single Case (Doctoral dissertation, Pacific University).*
30. Mertensa, b.G. Gerritsenb, L. Duijndama, S. Saleminkb, E& Engelhardb, I, M (2020). Fear of the coronavirus (COVID–19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders, Department of Medical*

- and Clinical Psychology, Tilburg University, Tilburg, the Netherlands b
Department of Clinical Psychology, Utrecht University, Utrecht, the Netherlands.
- 31.Parletta, N, Aljeesh, Y, Baune, BT (2016) Health behaviors, knowledge, life satisfaction, and wellbeing in people with mental illness across four countries and comparisons with normative sample. *Frontiers in Psychiatry* 7: 145.
- 32.Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects in hypochondriasis and somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587–595.
- 33.Saadatian–Elahi M., Facy F., Del Signore C., Vanhems P. (2010). Perception of epidemic’s related anxiety in the general French population: A cross–sectional study in the Rhône–Alpes region. *BMC Public Health*. 10:191.
- 34.Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C. & Clark, D.M. (2002): The health anxiety inventory: The development and validation of scales for the measurement of health anxiety & hypochondriasis. *Psychological Medicine*; 32:843–853.
- 35.Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C. & Clark, D.M. (2002). The health anxiety inventory: The development and validation of scales for the measurement of health anxiety & hypochondriasis. *Psychological Medicine*; 32:843–853.
- 36.Schwartz, M., and others,(1995). “Coping Disposition, Perceived Risk, and Psychological Distress Among Women at Increased Risk for Ovarian Cancer.” *Health Psychology*, 14, 232–235.
- 37.Sciensano (2020). COVID–19 gezondheidsenquête: Enkele voorlopige esultaten https://www.sciensano.be/sites/www.wiv-isp.be/files/report_final_nl_0.pdf.
- 38.Smith, C. A., Haynes, K. N., Lazarus, R. S., and Pope, L. K, (1993). “In Search of the ‘Hot’ Cognitions: Attributions, Appraisals, and Their Relation to Emotion.” *Journal of Personality and Social Psychology*, 65:916–929.

39. Stussi, Y. Brosch, T., & Sander, D (2015) Learning to fear depends on emotion and gaze interaction: The role of self-relevance in fear learning. *Biological Psychology*, 109, 232–238.
40. Suksatan W, Choompunuch B, Koontalay A, Posai V, Abusafia A.H (2021). Predictors of Health Behaviors among Undergraduate Students during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Predictive Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Vol.14, PP.727–734.
41. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 56–61.
42. Taylor, S. E. (2003). *Health psychology*, 5em Ed. New York: Mc Graw-Hill.
43. Van den Bulck, J., & Custers, K. (2009). Television exposure is related to fear of avian flu, an Ecological Study across 23 member states of the European Union. *European Journal of Public Health*, 19(4), 370–374.
44. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S....Ho R.C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(5).
45. Zhang Y., Ma Z.F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 17(7).