

اضطراب الهلع وعلاقته بجودة الحياة لدى عينة من المدخنين وغير المدخنين

د/فاطمة السيد حسن خشبه د/بدوية محمد سعد السيد

• مستخلص البحث:

يهدف البحث إلى فحص طبيعة العلاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة وتكونت العينة من ٤٦٨ من الذكور المدخنين وغير المدخنين بواقع ٣٠٨ مدخنا ، ١٦٠ غير مدخن وقد تراوحت أعمارهم ما بين ٢٥ – ٤٥ عاما ، واستخدمت الباحثتان مقياس اضطراب الهلع ومقياس جودة الحياة، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة، وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين في اضطراب الهلع وجودة الحياة، عدم وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي التدخين في اضطراب الهلع وبعض أبعاد جودة الحياة، عدم وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي التعليم في جودة الحياة، عدم وجود فروق في اضطراب الهلع وجودة الحياة ترجع إلى اختلاف العمر، وجود فروق في اضطراب الهلع ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر – ريف) وكمية التدخين (غير مدخن – أقل من علبة – علبة فأكثر)، عدم وجود فروق في جودة الحياة ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر – ريف) وكمية التدخين (غير مدخن – أقل من علبة – علبة فأكثر).

Panic Disorder and its relationship with quality of life at a sample of smokers and non-smokers

Abstract

To examine the nature of the relationship between panic disorder and quality of life. The sample consisted of 468 smoker and non-smoker male by 308 smokers & 160 non-smokers, aged between 25-45 years old. The two searchers employed the panic disorder standard and quality of life standard. Results There is a relationship between panic disorder and quality of life. There are differences between smokers and non-smokers concerning panic disorder and quality of life. There are no differences between high and low smoking in panic disorder and some dimensions of quality of life. There are no differences between high and low education in quality of life. There are no differences in panic disorder and quality of life which is due to age difference. There are differences in panic disorder due to the impact of interaction between stay (urban-rural area) And the amount of smoking (non smoker – less than a pack of cigarette- a pack or more). There are no differences in quality of life due to the impact of interaction between stay (urban- rural area) And the amount of smoking (nonsmoker- less than a pack of cigarettes- a pack or more).

• المقدمة:

بعد القلق أساس الاضطراب والأمراض النفسية ، كما أنه المحور الرئيسي لكل اختلالات الشخصية واضطرابات السلوك ، ولكنه في الوقت ذاته الركيزة الأولى لكل الانجازات البشرية ، لذا فقد أصبح القلق بسبب التعبير الحضاري والاجتماعي المستمر والتقدم العلمي والتكنولوجي وصعوبة الفرد التكيف معهم . هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية بل والأمراض السيكوسوماتية. (أيهاب الببلاوي ، ٢٠٠١ : ٣١)

وهناك العديد من المؤشرات التي تدل على انتشار ظاهرة القلق كظاهرة بين الأفراد منها : انتشار التدخين كما أن تزايد معدلات التدخين في اتجاه تصاعدي.

« ازدحام المدن والتلوث البيئي وما تبعهما من ارتفاع في معدل التوتر والضغط
« انتشار تعاطى المخدرات.
« الضغوط النفسية.
« ارتفاع معدل الجريمة في المجتمع . (فاروق عثمان ، ٢٠٠١ : ١٤)

ويعرف القلق بأنه حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده ، وينطوي على توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة . (زينب شقير ، ٢٠٠٢ : ٣٢٠)

وللقلق أنواع متعددة منها : قلق الامتحان ، القلق الاجتماعي ، قلق الموت ، قلق الحرب ، قلق التفاوض ، قلق الجراحة ، اضطراب القلق المعمم ، اضطراب الوسواس القهري ، اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، الرهاب ، وأخيرا اضطراب الهلع وهو محور البحث الحالي .

ويعرف اضطراب الهلع بأنه نوبات متكررة من القلق الشديد (الهلع) لا تقتصر على حالة خاصة أو مجموعة من الظروف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها وتباين الأعراض البارزة من فرد لآخر كما هو حال اضطرابات القلق الأخرى ، ولكن الشائع البداية المفاجئة للخفقان وألم بالصدر وإحساس بالاختناق ، والدوار وإحساس باللاواقعية وتبدد الشخصية أو تغير إدراك الواقع ، كما يترتب على ذلك دائما خوف من الموت أو فقدان السيطرة على النفس والجنون ، وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط وإن كانت تطول عن ذلك في بعض الأحيان ، كما يتباين معدل وقوع هذه النوبات ومسارها وأثناء النوبة يعيش الفرد تجارب متسارعة من الخوف ومن الأعراض التي يحدثها الجهاز العصبي المستقل وكثيرا ما يلي نوبة الهلع خوف مستديم من الإصابة بنوبة أخرى . (منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٩ : ١٤٩)

وتعتبر جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ونسبي يختلف من فرد لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية وذلك وفقا للمعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها ، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل متعددة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير واتخاذ القرار واتخاذ القرار ، والقدرة على التحكم ، وإدارة الظروف المحيطة ، والصحة الجسدية والنفسية والظروف الاقتصادية ، والمعتقدات الدينية ، والقيم الثقافية والحضارية التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق سعادتهم في الحياة

وتتمثل مقومات جودة الحياة في المعافاة الكاملة بدنيا وعقليا ، ونفسيا واجتماعيا . (رغداء نعيسة ، ٢٠١٢ : ١٤٦)

وتتأثر جودة الحياة بحدوث حدث أي خلل أو اضطراب في حياة الفرد سواء كان نفسيا أو بدنيا أو اجتماعيا ... الخ .

ويعد اضطراب الهلع من الاضطرابات التي تتحمل تأثيرا سلبيا على جودة الحياة حيث أجريت بعض من الدراسات لبحث طبيعة العلاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة مثل : دراسة (Rubin, H.C., et al (2000) والتي أشارت إلى أن مرض الهلع يعانون من تدهور صحى عام وقصور فى أداء وظائفهم الحياتية والاكتئاب وكذلك دراسة (Davidoof, J., et al (2012) والتي أسفرت عن معاناة مرض الهلع من الاستخدام المتكرر للخدمات الصحية والقصور المهني والمشاكل الزوجية حتى بعد علاجهم تكون جودة الحياة لديهم أقل من المعدلات المجتمعية وكذلك دراسة (Carrera,M.el al., 2006) والتي بينت تدنى وانخفاض جودة الحياة لدى مرضى الهلع .

وإذا كان اضطراب الهلع من الاضطرابات التي تؤثر على حياة الحياة فهناك ما يؤثر على كليهما وهو كون الفرد مدخنا أم لا ، حيث يؤدي التدخين فور وصوله إلى الدم إلى إحداث العديد من التغيرات فى الجسم كارتفاع ضغط الدم ، زيادة ضربات القلب ، سرعة التنفس ، الشعور بالبرودة فى الأقدام ، استرخاء العضلات ، بالإضافة إلى أنه يجعل الفرد عرضه للإصابة بالسعال ، فكل ما سبق ذكره يجعل الفرد مهيباً للإصابة باضطراب الهلع (سمير أبو حامد ، ٢٠٠٩ : ٤٦) (Bollinger , L.C. et al., 2007 : 2)

بالإضافة إلى أنه يتسبب فى حدوث ٧١٪ من سرطان الرئة ، ٧٢٪ من أمراض الجهاز التنفسي المزمنة ، وحوالي ١٠٪ من أمراض القلب والأوعية الدموية ووفاة ما لا يقل عن ٦ ملايين شخص سنويا على مستوى العالم فما فى ذلك ٦٠٠٠٠٠ من غير المدخنين الذين يموتون من التعرض لدخان التبغ (التدخين السلبي) (خالد حفنى ، ٢٠١٠ : ١)

وتشير فوقيبة رضوان (٢٠٠٦ : ١٨٣ - ١٨٤) أن التدخين يعد عدوان مباشرا على أسرة المدخن حيث تمثل ميزانية التدخين ٢,٧٪ من ميزانية الأسرة المصرية وهذا فى حد ذاته إهدار لاقتصاد الأسرة فضلا عن تغييب المدخن عن عمله يتأثر بذلك أداءه وإنتاجه مما يؤدي إلى أضرار اجتماعية واقتصادية تشكل عبئا خطيرا على الاقتصاد القومى .

وقد أجريت بعض من الدراسات التي تناولت تأثير التدخين على اضطراب الهلع مثل دراسة (Amering , M., et al (1999) والتي أشارت إلى أن التدخين يعد عاملا مسببا لاضطراب الهلع كما أنه يؤدي إلى زيادة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية لدى مرضى الهلع وكذلك دراسة (Zvolensky , M., et al (2002) والتي ذكرت أن التدخين يؤثر على اضطراب الهلع بسبب الآثار السلبية وخاصة فيما يتعلق بالإعاقة الوظيفية والانفعالية والعاطفية والجسدية ، كما أشارت إلى زيادة معدل الهلع لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين وكذلك دراسة (Kalman , D.,et al 2005) والتي بينت أن التدخين وبصفة يومية يعد منبأ ببدائية حدوث نوبات الهلع .

وتعارض نتائج الدراسات ذكرها مع دراسة (Morisette , S.B., et al (2006) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين فى اضطراب الهلع وكذلك دراسة (Freire , R.C. et al (2007) والتي أسفرت عن عدم وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين فيما يتعلق بشدة اضطراب الهلع .

فمثل هذا التعارض والتناقض في نتائج الدراسات يفتح الباب لإجراء مزيداً من الدراسات . كما أجريت دراسات تناولت كذلك التدخين وجودة الحياة مثل دراسة Srivasta, S., et al 2009 والتي أشارت إلى انخفاض ذي دلالة في وجود الحياة المتعلقة بالصحة لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين وكذلك دراسة (2009) Tavafian, S., et al والتي أسفرت عن أن متوسط درجات المسح الصحي المستخدم لقياس جودة الحياة لدى مدخني الغليون كانت أقل مقارنة بغير المدخنين على الأبعاد السبعة من الثمانية وكانت الحالة الصحية سيئة إلى حد كبير مقارنة بغير المدخنين وكذلك دراسة (2014) Coste, J. et al والتي أشارت إلى ارتباط التدخين بجودة الحياة المتعلقة بالصحة مع وجود فروق وذلك وفقاً لنمط وكمية التدخين وتعارض نتائج هذه الدراسات مع دراسة سارة أشواق (٢٠٠٩) والتي أسفرت عن عدم وجود علاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة وسلوك التدخين وكذلك دراسة (2014) Roxanis, L., et al والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين على الأبعاد الرئيسية لجودة الحياة ومع ذلك فإن التدخين كان له تأثيراً دالاً على بعدين هما الرضا عن الصحة العامة والنوم ، حيث سجل المدخنين درجات منخفضة مقارنة بغير المدخنين فهذا التعارض يفتح باباً لإجراء مزيداً من الدراسات .

وبالرغم من وجود العديد من الدراسات في البيئة الأجنبية عن اضطراب الهلع وجودة الحياة إلا أن البيئة العربية تكاد تخلو من أي دراسة تناولت اضطراب الهلع وعلاقته بجودة الحياة لدى عينة من المدخنين وغير المدخنين في حدود علم الباحثان ، بالرغم من أن اضطراب الهلع من الاضطرابات التي أخذت نسبة انتشاره في تزايد بسبب التزايد المستمر في أعداد المدخنين ، فلقد ذكر خالد حنفي وآخرون (٢٠١٠ : ١) أن مصر تعد من أكثر الدول استهلاكاً للتبغ في العالم العربي حيث ارتفع عدد مستهلكي السجائر من ٣٩,٢ مليار سيجارة عام ١٩٩٠ إلى ٣٩,٢ مليار عام ٢٠٠٧ .

بالإضافة إلى ضغوط الحياة والتي يتعرض لها الأفراد بصفة مستمرة وكذلك المتطلبات التي تفرضها طبيعة الحياة التي يعيشها الأفراد في مختلف مراحل حياتهم ، وما تحمله من طموحات وآمال وما يواجهها من صعوبات فكل ذلك يجعل الفرد عرضة للإصابة باضطراب الهلع ، كما أن معظم الدراسات التي أجريت عن اضطراب الهلع وجودة الحياة تم إجراؤها على عينات صغيرة إكلينيكية وغير إكلينيكية مثل دراسة (2001) S.J , k., et al ودراسة 2000 Rubin., H. C., et al كما أن الدراسات التي تناولت اضطراب الهلع مع جودة الحياة لم تتطرق إلى عينة البحث باستثناء دراسة Melo - Neto (2008) V. L., et al ، مما يستدعي مزيداً من الدراسات بسبب الآثار السلبية الناجمة عن اضطراب الهلع وخاصة إذا كان الفرد مدخناً . لذا فإن البحث الحالي يلقي الضوء على طبيعة العلاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة لدى عينة من المدخنين وغير المدخنين وكذلك معرفة الفروق بينهم في اضطراب الهلع وجودة الحياة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية .

• مشكلة البحث :

في ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في التساؤلات التالية
 « هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث ؟

- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المدخنين ومتوسط درجات غير المدخنين في اضطراب الهلع لدى عينة البحث ؟
- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المدخنين ومتوسط درجات غير المدخنين في جودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث ؟
- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرتفعي التدخين ومتوسط درجات منخفضة التدخين في اضطراب الهلع لدى عينة البحث ؟
- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرتفعي التدخين ومتوسط درجات منخفضة التدخين في جودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث ؟
- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في اضطراب الهلع ترجع إلى اختلاف العمر ؟
- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في جودة الحياة ترجع إلى اختلاف العمر ؟
- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في المجموعات الثلاثة للبحث على مقياس الهلع ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر - ريف) وكمية التدخين (غير مدخنين- أقل من علبة- علبة فأكثر) ؟
- « هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في المجموعات الثلاثة للبحث على مقياس جودة الحياة ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر-ريف)كمية التدخين (غير مدخن- أقل من علبة- علبة فأكثر) ؟

• هدف البحث :

- « معرفة طبيعة العلاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة لدى عينة البحث
- « معرفة الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث .
- « معرفة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي التدخين في اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث .
- « معرفة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي التعليم في جودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث .
- « الكشف عما إذا كانت الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة في اضطراب الهلع وجودة الحياة راجعة إلى اختلاف العمر .
- « التحقق مما إذا كانت الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة في المجموعات الثلاثة على مقياس اضطراب الهلع ومقياس جودة الحياة راجعة إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر-ريف) وكمية الدخين (غير مدخن- أقل من علبة- علبة فأكثر)

• أهمية البحث :

- يكتسب البحث الحالي أهمية ما يلي :
- « يقدم البحث مقياسا لاضطراب الهلع .
- « تقديم إطار نظري عن اضطراب الهلع وجودة الحياة .
- « يعتبر البحث الحالي محاولة لتوضيح العلاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة لدى عينة البحث حيث خلت البيئة العربية من دراسة تناولت هذه المتغيرات معا .
- « العينة ولعل اختيار الباحثان لتلك العينة يرجع إلى ما يلي :

تعد فئة المدخنين من فئات المجتمع التي لا يمكن إغفالها أو تجاهلها بسبب التزايد المستمر في أعداد المدخنين وما يسببه من آثار سلبية لا تقع على المدخن فقط وإنما أيضا على من حوله وكذلك المجتمع الذي يعيش فيه الفرد .

فيشير خالد حنفي (٢٠١٠ : ١) أن عدد الوفيات الناجمة عن التدخين في مصر حوالى ١٧٠٠٠٠ حالة وفاة سنويا وأكثر من ٩٠% من هذه الوفيات من المدخنين الذكور ، كما أن غالبية الوفيات ناجمة عن سرطان الرئة وغيره من أمراض السرطان ، والسكتات الدماغية وأمراض القلب والجهاز التنفسي ، كما تقدر النفقات السنوية لعلاج الأمراض الناتجة عن التدخين ٤,٣ مليار جنيه مصرى

- « الفئة العمرية وهى من ٢٥ - ٤٥ وتعد هذه المرحلة العمرية من عوامل الخطورة التي تزيد من احتمال إصابة الفرد باضطراب الهلع
- « الاستفادة من النتائج التي ستوصل إليها البحث فى إعداد برامج إرشادية لتخفيف من حدة اضطراب الهلع وتحسين جودة الحياة .

• مصطلحات البحث :

• اضطراب الهلع :

يعرف اضطراب الهلع بأنه نوبات حادة وقوية من الخوف الشديد تحدث بشكل مفاجئ دون سبب عضوى يعانى الفرد خلالها العديد من الأعراض المتمثلة فى ضيق التنفس ، الشعور بالتنميل فى الجسم ، زيادة ضربات القلب آلام فى المعدة ، رعشه فى الجسم ، صعوبة النوم أثناء الليل ، الإحساس بالدوار ، والحزن ، جفاف الحلق ، صعوبة فى تركيز الانتباه ، الخوف المفاجئ من الموت ، برودة فى أجزاء الجسم ، التصبب عرقا ، فقدان السيطرة على النفس ، الخوف من الشعور بالوحدة ، الصداع والزغلة مع تشويش الرؤية ، الخوف من ارتكاب أفعالا جنونية ، عدم القدرة على التعبير عما فى النفس ، آلام بالصدر ، نوبات البكاء دون سبب واضح ، الهبات الساخنة ، صعوبة النوم أثناء الليل ، الاستيقاظ مرات متعددة أثناء النوم ، عدم القدرة على الانتهاء من الأعمال ، الشعور بالإغماء ، وفقدان الشهية ويتحدد بالدرجة المرتفعة على المقياس .

• جودة الحياة :

هى الإحساس الايجابى بحسن الحال كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستوى رضا الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام وكذلك سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدره وذات قيمة ومعنى بالنسبة له

لتحقيق استقلاليتها في تحديد وجهة ومسار حياته ، وإقامته لعلاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين واستمراره فيها ، كما ترتبط بكل من الإحساس العام بالسعادة والطمأنينة النفسية ، وتحدد بالدرجة المرتفعة على المقياس. (Ryff , C. et al , 2006: 85 : 95)

• الإطار النظري للبحث:

• اضطراب الهلع Panic disorder :

اشتق مقطع الهلع من كلمة بان Pan اليونانية وتعنى إله الخصوبة عند اليونانيين ، والذي يبدو سعيدا ، لكن في صورة رجل قبيح له قرون وأذان وأرجل عنزة ، وعندما يكون في حالة مزاجية سيئة ، فإنه يستمتع بإلقاء الرعب والفرع على المسافرين حين غفلتهم . جدير بالذكر أن التجارب والخبرات المفزعة كانت موجودة منذ القدم ، لكن لم يتم الوصول إلى تعريف لها إلا حديث عندما توصلت الأبحاث والممارسات العيادية إلى تعريف اضطراب الهلع كنوع منفصل من اضطراب القلق. (Kandall , P. C 8 Hammen , C. 1998 : 178)

وظهر مصطلح اضطراب الهلع Panic disorder في مراجع الطب النفسي الحديث مؤخرا وذلك لوصف حالة مرضية غامضة كانت تصيب نسبة كبيرة من الناس من مختلف الأعمار ، وبالعودة إلى وصف الحالة في الماضي فإنها تشبه حالة مرضية لاحظها الطبيب دا كواستا Da Costa على الجنود أثناء الحرب الأهلية الأمريكية ، وكذلك وصفها سيجموند فرويد بأنها حالة تتميز بتفاعل القلق والخوف مع سرعة ضربات القلب وسرعة التنفس وضيق الصدر. (لطفي الشربيني ، ٢٠٠٩ : ٣) ، (Sadock , B. J. & Sadock , V. , A . 2008 : 240)

ويعرف اضطراب الهلع بأنه شعور بالخوف الشديد مصحوبا بعدم القدرة على التنفس مع وجود ألم بالصدر والإحساس بالاختناق ، بالإضافة إلى الخوف من الإصابة بالجنون(1 : 1998 : Deer , T. M.)

ويذهب كل من Davison & Neale 1998 : 136 إلى أن اضطراب الهلع هو عبارة عن نوبات مفاجئة وغير قابلة للتفسير مليئة بالأعراض المتناقضة وإجهاد في عملية التنفس وزيادة ضربات القلب مع الشعور بالاختناق والحمول والدوار والعرق والارتعاش وترقب حذر لما هو مكروه مع الشعور بالكرب الدائم والملازم للفرء .

ويذهب عبدالكريم الحجاوى (٢٠٠٤ : ٢٧) إلى أن اضطراب الهلع يتميز بحدوث نوبات متكررة وغير متوقعة من الخوف الحاد والشديد والتي تبقى عادة أقل من ساعة أو قد تستمر لعدة ساعات في الحالات النادرة ، كما أن هذا الاضطراب ليس له سبب عضوى .

وتشير زينب شقير (٢٠٠٥ : ١٠) إلى أن اضطراب الهلع هو حالة من القلق أو عصاب يتميز بتكرار النوبات الهلعية والتي تحدث بشكل مفاجئ بحيث لا يمكن التنبؤ بها ، أو تحدث في مواقف معينة مثل موقف قيادة السيارة ، وتستمر النوبة عادة عدة دقائق وتكون إحساسا بالرعب والتوجس الحاد والمفاجئ مع أعراض من قبيل اللهاث أو صعوبة التنفس والخفقان وألم بالصدر والإحساس بالاختناق والدوار والبكاء والارتعاش ومشاعر عدم الواقعية أو الخوف من الموت أو الإصابة بالجنون.

ويعرف كذلك بأنه تكرار نوبات غير متوقعة تشتمل على رد فعل تجاه قلق شديد مصاحب بأعراض جسمية مثل زيادة ضربات القلب ، سرعة التنفس ، قصر التنفس أو صعوبة فيه بالإضافة إلى الثقل والضعف والدوخة ويصاحب هذه النوبات شعور بالرعب الكامل والخطر الوشيك أو الموت والرغبة الملحة فى الهروب من هذا الموقف وعادة ما يصاحب هذا بأفكار من فقدان الاتزان والسيطرة بالإضافة للجنون أو الموت كما أن مثل من يمرون بهذه النوبات يهتمون اهتماما بالغا بمعدل نبضات القلب فهم غالبا ما يعتقدون بأنهم ستنتابهم أزمة قلبية .

• نوبة الهلع :

تحدث نوبة الهلع فجأة وبسرعة وتصل ذروتها فى الشدة عادة خلال ١٠ دقائق أو أقل وتستمر النوبة لمدة دقائق ولكنها يمكن أن تطول لساعات وتصاحب بإحساس قوى ممثل فى عدم الاتزان والتحكم . إن النوبة الأولى تحدث تلقائيا وبدون توقع وعبر الوقت تصح مرتبطة ببعض المواقف المحددة مثل دخول محل مزدحم ، ركوب قطار فيسعى الفرد إلى تجنب مثل هذه المواقف أملا فى منع تكرار حدوث النوبات . (Nevid , J.S . et al., 2000 : 172)

وقد تظهر نوبات الهلع فى العديد من اضطرابات القلق مثل اضطراب الهلع ، الرهاب الاجتماعى ، الرهاب النوعى ، اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، ولتحديد المؤشرات التشخيصية الفارقة لنوبة الهلع فمن المهم وضع الموقف الذى تبدو فيه نوبات الهلع فى الاعتبار ، لذا فإن هناك نوعان من العلاقات النموذجية بين ظهور أول نوبة للهلع والمثيرات الموقضية:

« نوبات الهلع غير المتوقعة (لا توجد مؤشرات على أنها ستحدث حيث لا ترتبط نوبة حدوث الهلع بمثيرات موقضية ، بمعنى أنها تظهر بلا مقدمات وظهور نوبات الهلع غير المتوقعة من متطلبات تشخيص اضطراب الهلع .
« نوبات هلع متعلقة بالموقف (توجد دلائل على حدوث) حيث يظهر الهلع غالبا وينمط ثابت إبان التعرض لمنبه موقضى أو توقعه وغالبا ما تكون نوبات الهلع هى السمة المميزة للرهاب الاجتماعى والنوعى). (ديفيد- بارلو وآخرون ، ٢٠٠٦ : ٦-٧)

• معدلات انتشار اضطراب الهلع:

تعددت الآراء حول معدلات انتشار اضطراب الهلع فالبعض يرى أن نسبة انتشاره ١.٥% من المجموع الكلى للسكان. (Sue,D.,et al.,2005: 275)

وتشير دراسة نعمان على وعبد المحسن على (٢٠٠٦) والتي أجريت على عينة بلغ قوامها ٣٤٢ فردا أن نسبة انتشار اضطراب الهلع فى أقارب الدرجة الأولى للمرض ١٤.٩% مقابل ٣.١% فى أقارب الدرجة الأولى من الأصحاء .

ويرى كل من (Sadock , B.J. & Sadock , V. A ., 2008 : 240) أن نسبة انتشاره هى ١ : ٤ أما عن نوبات الهلع فهى من ٣% : ٥.٦% وترتفع معدلات انتشاره من ضعفين إلى ثلاث أضعاف ولعل ذلك يرجع إلى قلة تشخيص اضطراب الهلع لدى الرجال وعدم القاء الضوء عليه مما أدى إلى هذا التوزيع غير المتكافئ .

كما أن الرجال غالباً ما تقاوم الاعتراف بحقيقة أنهم يعانون من اضطراب نفسى بالإضافة إلى أنهم يرفضون فكرة قبول العلاج ولا يحبون التحدث عن مشاعرهم وبالتالي لا يريدون أن يعبروا عن عمق مخاوفهم وضعفهم أمام الآخرين ، كما أنهم متوافقون مع فكرة ربط المرض النفسى بالمرأة والتي غالباً ما تكون فى حالة صراع دائم وترفض التصالح مع ذاتها وتتعرض عليها الحياة ويسيطر عليها الخوف من الأماكن المفتوحة. (Gluck,S., 2013:1) (Cohen,E., 2013:1)

ويذهب محمد عبدالرحمن (٢٠٠٠ : ٣٥) إلى أن نسبة المصابين باضطراب الهلع غير المصحوب بالأجواء فوبيا من ١,٥% : ٣,٥% من المجموع الكلى للسكان ، أما إذا اقترن اضطراب الهلع برهاب الأماكن المفتوحة (Agoraphobia) فقد ترتفع إلى أكثر من ٥% من المجموع الكلى للسكان .

• المرحلة العمرية للإصابة :

تبدأ الإصابة باضطراب الهلع فى العشرينات وترتفع معدلات حدوثه فى سن الثلاثة والعشرون لذا فمن النادر أن يبدأ قبل سن الخامسة عشر أو بعد سن الأربعين ويصبح أقل انتشار بعد منتصف الأربعينيات ، كما يتضاعف انتشاره من سن ٢٥ : ٤٠ أما بعد الخامسة والستون فإن معدل انتشاره يقل إلى حوالى ١,١٢% مقارنة بمن هم فى عمر ١٨ - ٤٥ عاماً. (Sua,D.,et al.,2005 : 275)

• الأعراض :

جاء فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع أن نوبة الهلع هى فترة غير متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة ، تحدث فيها أربعة على الأقل من الأعراض المفاجئة التالية وتصل إلى ذروتها خلال عشر دقائق وهذه الأعراض هى :

- ◀ خفقان سريع للقلب وضربات قوية أو زيادة فى معدل ضربات القلب
- ◀ التعرق، الارتعاش أو ارتعاد، الإحساس بانقطاع التنفس أو ضيق النفس
- ◀ شعور بالصدمة، ألم فى الصدر أو عدم الراحة، قئ أو آلام فى البطن.
- ◀ الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء.
- ◀ عدم الواقعية (الشعور بعدم الواقع) أو فقدان الشعور بالذات (الإحساس بالانفصال عن الذات)، الخوف من الموت، والإحساس بالحدز
- ◀ الخوف من فقدان التحكم فى النفس أو التعرض للجنون.
- ◀ الإحساس بالقشعريرة أو اندفاع الدم الحار. (APA , 2000 , P.432)

ويحدث للفرد فى معظم حالات اضطراب الهلع بعض أعراض رهاب من الأماكن المفتوحة وهى :

- ◀ الخوف من التواجد فى أماكن يصعب الهروب منها حيث يتعذر المساعدة وقت حدوث النوبة .
- ◀ الشعور بالخجل والارتباك الاجتماعى . ولهذا يحدث تخوف من السفر أو التواجد فى مكان مزدحم ، حيث يكون بحاجة إلى رفيق عندما يكون بعيداً عن البيت ، وتكون نوبات الهلع مصاحبة بدرجات متفاوتة من العصبية وانقباض نفسى من النوبات ، ويتركز انقباض الشخص على الخوف من حدوث نوبة أخرى . (عبدالكريم الحجاوى ، ٢٠٠٤ : ٢٧١)

• النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:

• النظرية البيولوجية: نظريات النواقل العصبية:

ترجع معظم النظريات البيولوجية الحديثة عن اضطراب الهلع إلى الصدفة في اكتشاف أن الأدوية المضادة للاكتئاب تقلل نوبات الهلع لأنها تؤثر على مستويات النواقل العصبية مثل :

« النورابنفرين والذي له دور رئيس في اضطراب الهلع وازداد هذا الدليل قوة حين وجد أنه ضعيف التنظيم لدى مرضى الهلع خاصة في منطقة جذع المخ والتي تسمى الموضع الأزرق (Locus Ceruleus, Hoeksema, S.N., 2000: 128- 138)

« السيروتونين Serotonin وهو مادة كيميائية تعمل كناقل بين الخلايا العصبية ويمكن أن يؤدي النشاط الزائد للسيروتونين إلى التعرض للقلق .
« حامض الجاما -أمينوبوتيريك (GABA) Gamma-aminobutyric acid فعادة ما تقوم الأعصاب التي تحتوى على حامض الجاما -امينوبوتيريك فى الدماغ بتهدئه الأفراد ويعتقد العلماء أن نشاط الجاما ينخفض فى حالات القلق وكما يعتقد أن بعض العقاقير الموصوفة لحالات القلق تعمل على تحفيز عمل الأعصاب التي تحتوى على حامض الجاما أمينوبوتيريك. (كوام مكنزى -هلا أمان الدين-٢٠١٣ ، ص ٢٥)

• نظرية الإنذار الكاذب :

فترى أن المصابون باضطراب الهلع ربما يكونوا ذوى حساسية شديدة لثانى أكسيد الكربون وعندما يستشعر المخ بوجود كمية ضئيلة منه فى الدم فإنه يسجل ويعطى إشارة بالاختناق وهذا يثير ويحفز الجهاز العصبى المستقل لعمل استجابة كاملة للهروب. (Hoeksema , S.N., 2000:184)

• الحقن باللاكتات الصوديوم Sodiom Lactate

يرى أصحاب النظرية البيولوجية أن حقن الجسم باللاكتات الصوديوم يحدث سلسلة من التغيرات والتفاعلات الكيميائية التي تعزز من حدوث نوبة هلع ، هذه التغيرات يفسرها مرضى الهلع بأنهم سيصابون بنوبة قلبية ، أما العاديين فيشعرون بإثارة بسيطة أو ضيق وعدم ارتياح خفيف . (Kendall , P.C) 179 : 1998 , C . & Hammen)

ولاكتات الصوديوم مادة كيميائية تساعد على التنفس السريع الضحل ، وخفضان القلب السريع وخلال دقائق من الحقن فإن ٦٠% : ٩٠% من مرضى اضطراب الهلع سيصابون بنوبة هلع بعكس الأفراد العاديين إذ أنه من النادر أن يحدث لهم نوبة هلع عند حقنهم بهذه المادة . (Rosenhan , D.L. & Seligman , M .E.P. 1995 , : 251)

• تدلى صمام القلب المترالى Mitral Valve prolapse:

لوحظ وجود تدلى فى صمام القلب المترالى لدى ٥٠% من مرضى اضطراب الهلع بينما نسبة وجوده فى عامة الناس هى ٥% فقط . (عبدالكريم الحجاوى ، ٢٧ : ٢٠٠٤)

وبالرغم من الاهتمام الكبير الذى ظهر بصفة رسمية فى الدراسات للربط بين تدلى صمام القلب المترالى واضطراب الهلع ، إلا أن هذه الدراسات قد أزالته أى اعتبار لهذه الارتباط حيث وجدت أن انتشار اضطراب الهلع لدى مرضى صمام القلب المترالى هو نفس انتشار اضطراب الهلع لدى الخاليين من تدلى صمام القلب المترالى. (Sadock , B.J. & Sadock V.A., 2008 : 241)

• المخ :

معظم الدراسات التى أجريت حول تصوير وظائف المخ لدى مرضى اضطراب الهلع استخدمت مواد خاصة مثيرة ومحفزة للهلع مثل اليوهيمين Yohimbine بالإضافة إلى إصدار الكترونات موجبة الشحنة عند التصوير بالأشعة المقطعية حيث تعمل على عدم تدفق الدم إلى المخ- فتؤدى إلى أعراض مثل الدوخة- أو إصدار أو ابتعاث فوتون واحد عند التصوير الكمبيوترى بالأشعة المقطعية لمعرفة تأثيرها على تدفق الدم. وأظهرت الدراسات التى أجريت لتصوير بنية المخ لدى مرضى الهلع باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسى عن وجود ضمور وضعف فى الفص الصدغى الأيمن. (Sadock , B.J & Sadock V.A., 2008 : 241)

• النظرية الوراثية :

أجريت دراسة حول تاريخ الهلع فى الأسر المصابة قتيين أن الربع تقريبا من أقارب الدرجة الأولى لمرضى الهلع لديهم أيضا تاريخ مرضى للهلع مقابل ٢٪ من عامة الناس . كما أن معدل إصابة التوائم المتماثلة قدر بـ ٢٤٪ مقابل ١١٪ للتوائم غير المتماثلة . وكذلك تبين أن الأقارب وبخاصة الإناث أكثر عرضة من الذكور للإصابة باضطراب الهلع المصحوب بالخوف من الأماكن المفتوحة، والذكور أكثر عرضة لأن يعانون إساءة استخدام المواد ، اضطراب الاعتماد

• النظرية المعرفية :

تشير النظرية المعرفية إلى أن الأفراد المعرضون لنوبة الهلع يميلون إلى:

◀ إعطاء انتباه شديد جدا لإحساساتهم الجسمية.

◀ سوء تفسير للإحساسات الجسمية أو بتفسيرها بطريقة سلبية.

◀ الانغماس فى التفكير الكارثى بطريقة متزايدة ومتضاعفة. Hoeksema,

(S.N., 2001 : 184 - 185)

فمريض اضطراب الهلع يسيء تفسير استجابات القلق العادية مثل زيادة ضربات القلب انقطاع النفس ، الدوخة كما لو أنها مؤشرات على حدوث كارثة ، فزيادة ضربات القلب تفسر على أنها نوبة قلبية والدوخة تفسر على أنها فقدان الاتزان والتحكم أو الجنون. (Rosenhan , D.L. & Seligman , M .E.P., 1995 : 252)

ورغم التأثير الكبير لهذه النظرية إلا أنها تعرضت للنقد وكانت الحجة تستند إلى أن بعض الأفراد قد تتنابهم نوبات الهلع أثناء النوم ، فمن غير المعقول أن الأفراد يكون لديهم القدرة على مراقبة حالتهم الداخلية وملاحظة عرضا محددًا ثم تفسيره بطريقة كارثية ثم تتنابهم نوبات الهلع كل ذلك أثناء النوم . إلا أن هذا النقد الكلام هو الآخر تعرض للنقد وكانت الحجة بأن التفسير السيء للإحساسات الجسدية لا يلزم بالضرورة أن يكون فى مجال الوعى ، حيث أن هذه العملية يمكن أن تكون آلية حتى أن المريض لا يشعر أنه يفعلها (Deer, T.M., 1998 : 17 -18)

• عوامل الخطورة :

هى مجموعة من العوامل التى تزيد من احتمال إصابة الفرد باضطراب الهلع وهى كالتالى :

« جنس المريض فالنساء يصبين باضطراب الهلع أكثر من الرجال وهذا يعنى أن كون المريض أنثى فإن ذلك يزيد من فرص تعرضها لنوبات الهلع أو إصابتها بنوبات هلع.

« انخفاض مستوى التعليم والحالة الاجتماعية والاقتصادية .

« الفئة العمرية من ١٨ - ٤٥ .

« تدخين السجائر وبكمية كبيرة وفى فترة مبكرة من العمر .

« وجود تاريخ من الطلاق أو الانفصال .

« تعرض الفرد لصدمات فى الطفولة أو حتى مشاهدة الذين شاهدوا ذلك فإن خطورة إصابتهم بنوبات الهلع يكون أكبر .

« التعرض للضغوط المستمرة.

« فقدان شخص عزيز

« استهلاك كميات كبيرة من الكافين ، النيكوتين ، والمنبهات الأخرى (Yates , W.R. 2009 : 97

• الهجرة :

فيشير (Tsusl , K. et al., 2001 : 127 - 128) من خلال الدراسة التى أجريت على عينة يابانية من أصل برازيلي أن بداية أعراض الهلع تحدث بعد فترة من الإقامة تصل إلى خمس سنوات وذلك بسبب معاناة المهاجرين من مشاكل فى المعيشة والعمل فى بلد أجنبى بالإضافة إلى الصراع النفسى الذى يمر به هؤلاء والذي ربما ينبع من الاهتمام والقلق بشأن ما إذا كانوا يودون العيش فى البرازيل أو اليابان فى المستقبل .

• المضاعفات :

أشارت العديد من الدراسات أن اضطراب الهلع له العديد من المضاعفات والتأثير على الأفراد كدراسة Carrera,M . et al., 2006 : 128 والتى أشارت إلى أن اضطراب الهلع له تأثيرات متعددة مثل انخفاض الجهد فى العمل والمشاركة ، التقصير فى الواجبات الوظيفية ، الأداء السئ فى العمل مقارنة بأصحاب الإعاقات أو الأمراض المزمنة ، صحة نفسية سيئة ، كما أنه يؤثر على علاقات الفرد بأصدقائه وإدراكه لذاته . وكذلك دراسة Qulity, L.C. et al., 2003 : 422-423 والتى أوضحت أن اضطرابات القلق المتمثلة فى اضطراب الهلع- الرهاب الاجتماعى - الوسواس القهرى تؤثر على العلاقات الأسرية والرومانسية بالإضافة إلى تأثيرها على وقت الفراغ والأنشطة اليومية فضلا على أنهم يعيشون حياة صارمة لذا فهم معاقين بصورة مستمرة فى مجالات الحياة وبصفة أساسية فى مجال العمل ودراسة Rubin, H.C. et al., 2000 : 218 والتى أشارت إلى أن ٣٥% من مرض اضطراب الهلع صحتهم النفسية متوسطة ويبدو عليهم تدهور صحى عام بالإضافة إلى معاناتهم من المستويات العالية من الإحباط وقصور فى أداء وظائفهم الحياتية والاكثاب وكذلك دراسة Davidoff, J. et

153-146:2012, al., والتي بينت أن مرض اضطراب الهلع يعانون من الاستخدام المتكرر للخدمات الصحية والقصور المهني والتعبية المالية والمشاكل الزوجية حتى أن مرض اضطراب الهلع مع علاجهم يكون جودة الحياة لديهم أقل من المعدلات المجتمعية.

وكذلك دراسة Melo-Neto, V.L., 2008: 52-54 والتي أشارت إلى معاناتهم من العديد من المشاكل النفسية والاجتماعية ، كما أن ٦٥٪ منهم يعانون من أمراض جسمية ١٥٪ من ضغط الدم ، ١٠٪ من الأمراض الجلدية ١٠٪ من الربو ، ١٠٪ من الصداع ، ٥٪ من التهاب المعدة ، بالإضافة إلى أن ٢٥٪ لديهم اكتئاب و٥٪ من الرهاب الاجتماعي .

وكذلك دراسة Sue, D. et al., 2005 : 277 والتي أشارت إلى أن المرضى يتطور لديهم الاكتئاب وفقدان الثقة بالنفس وضعف الروح المعنوية ، وكلما أصبحوا أكثر عزلة كلما أصبحوا أكثر سوءاً في تفسير النوبات وأكثر اكتئاباً ، كما أن ٢٠٪ من المرضى يذكرون محاولتهم في الانتحار ، كما أن ١٢٪ من المرضى الذين ينتابهم النوبات يتحدثون عن ذلك أيضاً .

• التشخيص :

يشخص اضطراب الهلع حسب ICD – 10 عند توافر المعطيات التالية :
◀ يعاني المصاب من نوبات هلع متكررة ، غير ثابتة الترافق بظرف أو شئ محدد ، وتحدث عادة بشكل تلقائي ، أي أن النوبة لا يمكن التنبؤ بحدوثها ولا يصاحب نوبة الهلع التعرض لظروف خطيرة أو مهددة للحياة .
◀ تتصف نوبة الهلع بما يلي :

✓ نوبة محددة بوضوح من الانزعاج والخوف ، تبدأ فجأة .
✓ تبدأ ذروتها خلال بضع دقائق وتستمر لعدة دقائق على الأقل مع توافر أربعة على الأقل من أعراض القلق المتمثلة في خفقان القلب- سرعة وصعوبة التنفس ، الارتعاش ، غثيان ، اختناق ، التعرق ، جفاف الحلق ، قلة النوم ، تميل الأصابع ، ألم في البطن ، الخوف من فقدان السيطرة
◀ غير ناجمة عن مرض عضوي جسمي أو عقلي ، ولا عن اضطراب المزاج أو اضطراب جسدي الشكل .

جدير بالذكر أن اضطراب الهلع يكون شديداً عند الإصابة بأربع نوبات على الأقل كل أسبوع ولمدة أربع أسابيع ويكون معتدل الشدة عند الإصابة بأربع نوبات خلال أربع أسابيع . (13- 12 : ICD – 10 , 1993)

• التشخيص الفارق :

◀ الاضطراب العقلي العضوي : وجود أسباب عضوية قد تحدث أعراضاً مشابهة مثل نقص السكر في الدم ، زيادة إفراز الغدة الدرقية ورم القواتم Pheochromocytoma فيجب ألا تشخص نوبات الهلع في حالة وجود هذه الأسباب .

◀ حالات الانسحاب لبعض المواد المنومة مثل الباربيتورات (يجب ملاحظة تاريخ التوقف عن تعاطي المادة .

- ◀ حالات التسمم الناتج عن الكافيين والامفيتامين فقد تحدث نوبات هلع (يجب ملاحظة تاريخ تعاطى المادة)
- ◀ الرهاب الاجتماعى : فقد يحدث للشخص نوبات هلع تبدأ عندما يكون فى موقف يكون فيه بؤرة اهتمام الآخرين ، بينما لا يحدث فى نوبات الهلع ذلك .
- ◀ الرهاب البسيط تحدث للشخص نوبات هلع قبل أو عند التعرض للمثير الذى يسبب الرهاب وتتفاوت شدة النوبة باقتراب المثير وابتعاده .
- ◀ (عبدالكريم الحجاوى ، ٢٠٠٤ : ٢٧٤)

• أنواع اضطراب الهلع :

- اضطراب الهلع بدون فوبيا الأماكن المفتوحة أوغير المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة : Panic Disorder Without Agoraphobia كلا من (١) ، (٢) :

- ◀ نوبات هلع متكررة غير متوقعة .
- ◀ نوبة هلع واحدة على الأقل يليها شهر أو أكثر يتضمن :
- ◀ انشغال التوقع نوبات أخرى .
- ◀ قلق من دلالات النوبة أو نتائجها مثل فقدان التحكم ، التعرض لنوبة قلبية ، التعرض للجنون .

◀ تغيرات سلوكية متعلقة بالنوبات .

◀ غياب فوبيا الأماكن المفتوحة .

- ◀ ألا تسبب نوبة الهلع التأثيرات الفسيولوجية المباشرة والمماثلة للتأثيرات المترتبة على تعاطى العقاقير (إساءة استخدام العقاقير أو المخدرات ، الأدوية)

وكذلك لا تسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة ، ومماثلة للتأثيرات الناجمة عن الإصابة بحالة مرضية .

- ◀ ألا تكون نوبة الهلع نتيجة لاضطراب عقلى آخر مثل الرهاب الاجتماعى مثل الخوف من الإحراج فى المواقف الاجتماعية ، الرهاب النوعى كالتعرض لموقف رهاب نوعى ، الوسواس القهرى مثل تعرض شخص لديه وسواس حول التلوث للقذارة ، اضطراب الضغوط التالية للصدمة كالاستجابة لمنبهات مرتبطة بمثير حاد للتوتر ، اضطراب قلق الانفصال مثل الاستجابة لتواجده بعيدا عن البيت والأقارب . (A P A . , 2000 : 440)

- اضطراب الهلع المصاحب لفوبيا الأماكن المفتوحة Panic Disorder with Agoraphobia ومعايير تشخيصه كالتالى : (١) ، (٢) معا :

- ◀ نوبة هلع متكررة غير متوقعة -نوبة واحدة على الأقل ، يليها شهر أو أكثر يتضمن :

✓ انشغالا مقاوما من حدوث نوبات تالية .

✓ قلقا حول دلالات النوبة أو مرتباتها (مثل فقدان التحكم ، التعرض لنوبة قلبية التعرض للجنون) .

✓ حدوث تغيير فى السلوك المتعلق بالنوبة .

- ◀ وجود مخاوف من الأماكن المفتوحة بمعنى القلق من التواجد فى مواقف أو أماكن قد يكون الهروب منها صعب أو محرجا أو قد لا تكون المساعدة

ممكنة فى حالة حدوث نوبة الهلع غير المتوقعة مثل الخوف من التواجد منفردا خارج المنزل ، التواجد وسط الزحام أو الوقوف فى صف أو الانتقال فى حالة أو قطار .(16: Barlow, D. H & Craske , M.G , 1993)

ملحوظة يتعين الأخذ فى الاعتبار التشخيصى بمخاوف نوعية إذا كانت هذه المخاوف محددة بموقف واحد أو عدد قليل من المخاوف .

« تجنب المواقف المثير لرهاب الأماكن المفتوحة على سبيل المثال الحد من الانتقالات.د. لا ترجع نوبة الهلع لتعاطى المواد (إساءة استخدام العقاقير أو المخدرات أو الأدوية)

« ألا تكون نوبة الهلع نتيجة لاضطراب عقلى وقد سبق توضيح النقطة .
« عند الحديث عن اضطراب الهلع بدون فوبيا الأماكن المفتوحة .(تيسير حسون ، ٢٠٠٤ : ١٠٩) (ديفيد -بارلو وآخرون ، ٢٠٠٦ : ٣٩)

• علاج اضطراب الهلع :

تتعدد طرق العلاج التى قدمت للمرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع ما بين :

« علاج نفسى متمثل فى العلاج المعرفة السلوكى ، حيث أن هذا النوع من العلاج قد حقق العديد من محاور النجاح وفى ما يقرب من ٥٠% إلى ٨٠% من الحالات .(محمد غانم ، ٢٠٠٦ : ٦٨)

« أو علاج سلوكى بجانب الدوائى حيث يتم تعليم المريض استرخاء العضلات شديدة التوتر عند ظهور الموقف الذى يثير الذعر .(حسين فايد ، ٢٠١٠ : ٦٤)

• جودة الحياة Quality of life :

حظى مفهوم جودة الحياة باهتمام الباحثين منذ بداية النصف الثانى من القرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الايجابى ، والذى جاء استجابة إلى أهمية النظرة الايجابية إلى حياة الأفراد بدلا من التركيز على الجانب السلبى من حياتهم . فالجانب الإيجابى هو الأكثر بروزا فى شخصية الإنسان من الجانب السلبى ، كما أن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متناقضين ، وإنما يتحرك السلوك الإنسانى بينهما طبقا لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك . (رغداء نعيمة ، ٢٠٠٢ : ١٥٠)

ويعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التى لم يتفق العلماء والباحثين على تعريف محدد ويرجع ذلك إلى :

« حداثة هذا المفهوم على مستوى تناول العلمى الدقيق .
« استخدامه فى العديد من العلوم بتعبيرات مختلفة ، فأحيانا يستخدم للتعبير عن مستوى الرقى فى الخدمات المادية والاجتماعية التى تقدم لأفراد المجتمع ، كما يستخدم كذلك للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم .

« إنه مفهوم غير مرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع معين من فروع العلم ، بل هو موزع بين العلماء والباحثين بمختلف اختصاصاتهم .(بشرى مبارك ، ٢٠١٢ : ٧٢٢) ، (أشرف عبدالقادر ، ٢٠٠٥ : ٩٣) ، (محمد الطيب ، سيد البهاص ، ٢٠٠٩ : ٦٢)

« يتغير هذا المفهوم بتغير الزمن وحالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها فالسعادة على سبيل المثال تحمل معانى متعددة للفرد نفسه فى المواقف المختلفة .

« تأثره بالمتغيرات الثقافية الخاصة بكل مجتمع مما أدى إلى وجود فروقا فى التعريف بين الثقافات المختلفة

« لا توجد نظرية محددة لجودة الحياة ينطلق منها التعريف، فترتب على ذلك أن العديد من الدراسات قد تناولته دون تعريف إجرائى معيناً واكتفت بتحديد المؤشرات الدالة عليه ، واكتفى البعض الآخر باعتبار المفهوم مؤشراً لمفاهيم أخرى كالصحة النفسية. (هشام عبدالله ، ٢٠٠٨ : ١١٤)

عادة ما يتم تعريف جودة الحياة فى ضوء بعدين أساسين هما :

• البعد الذاتى والبعد الموضوعى ويتضمن البعد الذاتى :

إدراكات الفرد لظروفه من خلال تقويم الجوانب النفسية ، كما يركز هذا التقويم على قياس الرفاهية النفسية أو الرضا عن الحياة والسعادة الشخصية كما يقيس كذلك المشاعر الإيجابية لدى الأفراد وتوقعاتهم للحياة .

• أما البعد الموضوعى :

فيركز على البيئة الخارجية ويتضمن الظروف الصحية والرفاهية الاجتماعية والعلاقات وظروف المعيشة والأمن والتعليم والسكن ووقت الفراغ والأنشطة . (سلاف مشرى ٤ : ٢٢٤) ، (مريم الشيراوى ، ٢٠١٣ : ٧١ - ٧٢)

فالبعد الذاتى والموضوعى يجعل تقدير درجة جودة الحياة لدى الفرد أمر ضروريا ، لأن الفرد الذى يسعى للتفاعل مع أفراد مجتمعه يحاول دائما أن يحقق مستوى أفضل فى المعيشة من خلال سعيه للحصول على مستوى جيد من الخدمات أو المحافظة على مستوى معيشى لا يقل عن الحياة التى كان يحيها سعيدا فى الماضى . (محمود منسى ، على كاظم ، ٢٠٠٦ : ٦٤)

وكثيرا من الباحثين ركزا فى تعريفه لجودة الحياة على البعد الذاتى فقط أو الموضوعى فقط أو الجمع بين البعدين وفيما يلى عرض لبعض التعريفات التى تناولت مفهوم جودة الحياة فيعرفها كل من (Frank, J. & Snoek, M.A., 24 : 2000) بأنها حسن توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والابداعية واثراء وجدانه يتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمة الإنسانية فيكون الناتج جودة الحياة وجودة المجتمع ويتم ذلك من خلال الأسرة ، المدرسة ، الجامعة ، بيئة العمل ، وكذلك من خلال التركيز على ثلاث محاور هامة هى : التعليم ، التثقيف ، التدريب ، كما أنها شعور الفرد بالرضا مع وجود ضروريات الحياة كالغذاء والمسكن الخ وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة مع خلو الجسم من العاهات الجسمية .

ويذهب محمود منسى ، على كاظم (٢٠٠٦ : ٦٥) إلى أن جودة الحياة هى الشعور الفرد بالرضا والسعادة مع قدرته على إشباع احتياجاته من خلال ثراء البيئة ورقى الخدمات التى تقدم له فى كافة المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت وكيفية الاستفادة منه .

ويراها 297 : Reine et al., 2003 بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة مع قدرته على إشباع حاجاتهم في ضوء ظروف الحياة الحالية كما أنها تتأثر بأحداث الحياة والعلاجات التي يتلقاها الفرد وكذلك بالتغير الذي يحدث في مشاعره ووجدانه ، كما أن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد .

ويشير محمد أبو حلاوة (٢٠١٠ : ٢٢٧) إلى أن جودة الحياة هي وعى الفرد بتحقيق التوازن بين كافة الجوانب النفسية والجسمية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الايجابي . فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي ، كما يعكسه الشعور بالرضا عن الحياة كنتاج لظروف الحياة المعيشية للأفراد أو الإدراك الذاتي للحياة ، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لأنه يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية أخرى وأهمية تلك الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى .

تذكرنا هذه الدليمة وآخرون (١٢٠٢ : ١١٣٠) بأن جودة الحياة هي الإدراك الحسية للفرد تجاه مكانية في الحياة من الناحية الثقافية ومنظومة قيم المجتمع الذي يعيش فيه وكذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته وثوابته ومعتقداته وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي .

وبالرغم من تعدد وتنوع التعاريف التي تناولت جودة الحياة إلا أن التعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية يعد أقرب التعاريف التي تصف وتوضح هذا المفهوم ، حيث تعرفه بأنه إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته وقيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية ومستوى استقلاليتها ، وعلاقاتها الاجتماعية واعتقاداته الشخصية وعلاقاتها بالبيئة بصفة عامة ، وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته . (W H O, 1997 : 1)

ويتضح من خلال التعريفات السابقة أنها جمعت بين المدخل الذاتي والموضوعي لجودة الحياة ورغم الاتفاق في وجهة النظر هذه ، إلا أنه يلاحظ أنها اختلفت فيما بينها حول مضمون كل تعريف من التعريفات السابقة يتضح أن جود الحياة مفهوم يرادف العديد من المصطلحات كالرضا عن الحياة ، السعادة ، الرضا الشخصي ، الاستمتاع بالحياة الرفاهية ، التوافق النفسي .

• النماذج والأبعاد والمظاهر المفسرة لجودة الحياة :

• نموذج فينتيجودت وآخرون .

قدم فينتيجودت وآخرون شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة ، واتخذوا من المفاهيم المتمثلة في السعادة ومعنى الحياة ، ونظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية وتحقيق الحاجات والعوامل الموضوعية إطارا نظريا تكامليا لتوضيح وتفسير جودة الحياة ويركز النموذج على ثلاث أبعاد هي :

• **جودة الحياة الذاتية :**

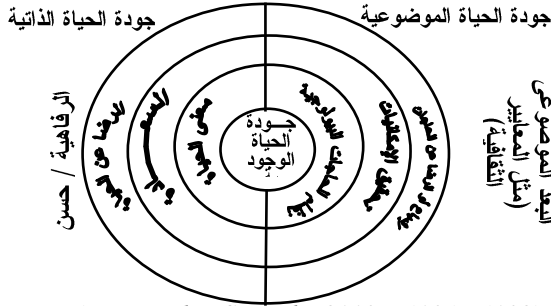
والتي تدور حول كيفية شعور الفرد بالحياة الجيدة التي يعيشها ومدة الرضا والقناعة عنها مع السعادة بها وتعكس جودة الحياة الذاتية تصور الأفراد وتقييمهم لحياتهم من الناحية الانفعالية والسلوكية والأدوار النفسية والاجتماعية والتي تعد من الأبعاد الهامة في الصحة النفسية .

• **جودة الحياة الوجودية:**

وتدور حول مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة منسجمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع احتياجاته البيولوجية والنفسية وكيف يمكن للفرد أن يتعايش ويتوافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع .

• **جودة الحياة الموضوعية :**

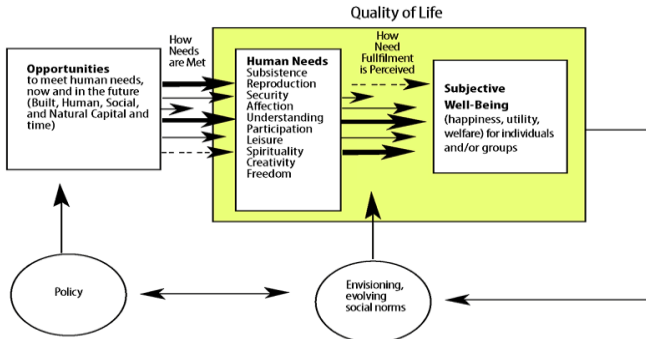
وتعنى الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى العالم الخارجي وهذه النظرة تتأثر بالثقافة التي يعيش فيها الأفراد وتكشف جودة الحياة عن نفسها في قدرة الفرد على التوافق مع قيم وثقافة المجتمع الذي يعيش في



(Ventgod t, S. et al., 2003 , 1031 - 1032)

• **نموذج كوستانزا وآخرون**

يقدم النموذج تصورا نظريا للتوفيق بين جودة الحياة الذاتية والموضوعية من خلال وصف وتحديد المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة وقد بنى هذا على فكرة التكامل بين الفرص والظروف المتاحة لإشباع حاجات الإنسان ويعكس الشكل التالي تفصيلا لهذه الحاجات ومدى إحساس الفرد أو الجماعة بإشباع هذه الحاجات .



ويوضح الشكل السابق جودة الحياة كمؤشر للتفاعل بين الاحتياجات البشرية والتقييم المدرك من الفرد عن مدى إشباع هذه الحاجات في ضوء الفرص المتاحة لتحقيقها. (Costanza , R., et al ., : 269)

• نموذج فينوهون: (Veenhonven , R., 2000 : 4-5)

	<i>Outer qualities</i>	<i>Inter qualities</i>
Life chances	Livability of environment	Life – ability of the person
Life results	Utility of life	Appreciation of life

ويعكس الشكل السابق أن جودة الحياة تتكون من فرص الحياة وتنقسم إلى بعدين هما الجودة الخارجية "المخرجات وغالبا ما يستخدم مصطلح جودة الحياة والهناء بهذا المعنى ، والجودة الداخلية "المدخلات" وتشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانيات وقدرات تعدده لمواجهة المشكلات الحياتية بشكل أفضل .

• نجاج الحياة وينقسم إلى :

« الفائدة أو المنفعة وهي تشير إلى جودة الحياة من خلال المحصلة ويمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة أي استغلال البيئة الخارجية وهي تمثل رؤية الحياة على أنها جيدة أكثر من كونها كذلك .
« تقويم أو تقدير الحياة وتشير إلى جودة الحياة كما يراها الفرد حيث التقرير الذاتي لها مثل الهناء الشخصي والرضا عن الحياة والسعادة .

• نموذج رايف

ترى رايف أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددتها في النموذج الذي عرف بنموذج العوامل الستة وهي كالتالي :

• تقبل الذات Self – acceptance:

ويشير إلى الاتجاه الإيجابي نحو معرفة وقبول السمات المكونة للذات سواء كانت سلبية أو ايجابية ، والشعور الايجابي بحياة الماضي

• العلاقات الإيجابية مع الآخرين Positive relation with others:

وتشير إلى رضا وثقة الفرد في علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ، قناعته برفاهية الآخرين ، قدرته على التعاطف والتودد لهم ، فهم الأخذ والعطاء والتعلم من الآخرين .

• الاستقلالية Autonomy:

وتعنى أن يكون الفرد قادراً على أن يقرر مصيره بنفسه ، معتمداً على ذاته ، قادراً على مقاومة الضغوط الاجتماعية ، يتصرف بشكل مناسب منظم في سلوكه ، يقيم ذاته بما يتناسب وقدرته الشخصية .

• الكفاءة البيئية Environmental Mastery:

وتعنى الكفاءة الذاتية للفرد ، قدراته على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته ، قدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه ، القدرة على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية وكذلك اختيار قيمة الشخصية والتصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه .

• الحياة الهادفة PurPose:

وتعنى امتلاك الفرد للمعتقدات التي تعطى معنى لحياته الماضية والحاضرة مع قدرته على وضع أهداف تجعل لحياته معنى مع السعى لتحقيق أهدافه في الحياة

• النمو الشخصي Personal growth :

ويعنى إحساس الفرد بالنمو والارتقاء المستمر وإداركه لتطوير ذاته ، الانفتاح للخبرات الجديدة ، الإحساس الواقعة بالحياة الشعور بتحسن ذاته (Ryff , C.D. ,1989:1072)، (Ryff,C.D.,& Keyes, L. M.,1995 : 727)

• نموذج جاكسون C. Jackson

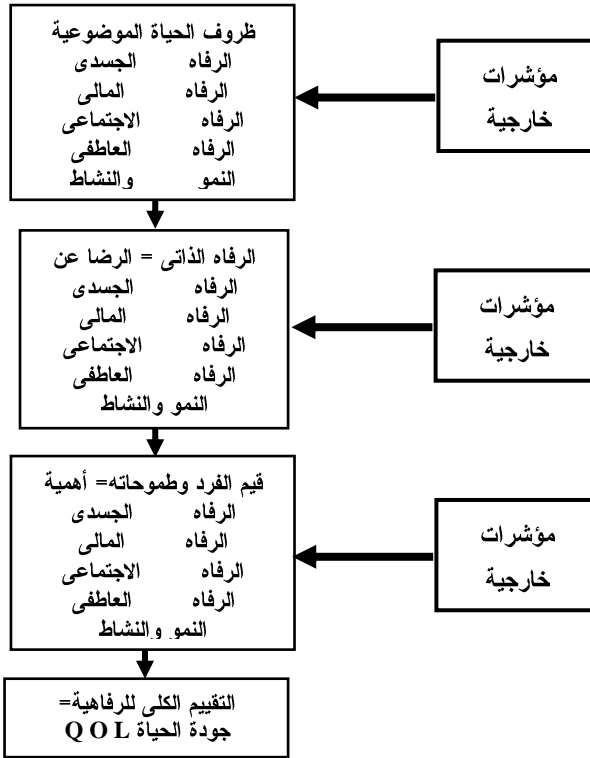
صاغ جاكسون نموذجاً لجودة الحياة تمثل فيما يسمى بـ Three B وهى الكينونة أو الوجودية Being الانتماء Belonging ، الصيرورة أو الحتمية Becoming .

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الوجود	١- الوجود البدنى ٢- الوجود النفسى ٣- الوجود الروحى	أ- المقدره البدنية على الحركة وممارسة الأنشطة الحركية ب- أساليب التغذية وأنماط الأطفمة المتوفرة أ- التحرر من القلق والضغط ب- الحالة المزاجية العامة للفرد لارتياح /عدم ارتياح وجود أمل فى المستقبل - التفاؤل ، أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ
الانتماء	١- الانتماء البدنى ٢- الانتماء الاجتماعى ٣- الانتماء المجتمعى	أ- البيت - المنزل الذى أقطن به ب- حيز الجيرة المحيط بالفرد أ-القرب من أعضاء الأسرة الذين يقطن معهم ب-وجود شبكة من العلاقات الاجتماعية القوية أ- توفير فرص الحصول على المساعدات المهنية المتخصصة سواء كانت خدمات طبية - اجتماعية ... الخ ب. الأمن المالى
الصيرورة	١. الصيرورة العملية ٢. الصيرورة الترويحية ٣. الصيرورة الارتقائية	أ- القيام بأشياء حول المنزل ب. العمل فى وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة أ- الأنشطة الترويحية الخارجية كالتنزه ب- الأنشطة الترويحية داخل البيت والمتمثلة فى وسائل الأعلام الترويحية أ- تحسين الكفاءة البدنية والنفسية ب. القدرة على مواكبة تغيرات وتحديات الحياة

(Jackson,C.www. health. bcu.ac.uk.)

• نموذج فيلس وبيرى

قدم Felce & Berry نموذجاً يتألف من ثلاث عناصر تشكل جودة الحياة ، كما يعكس التفاعل بين ظروف الحياة الموضوعية ، والرضا عن الحياة ، قيم الفرد ، طموحاته ، ويوضح الشكل التالى نموذج جودة الحياة طبقاً لوجهة نظرهما .



(Felce, D.& Perry , J., 1995 : 51-74)

• الأطر النظرية لجودة الحياة :

المنحى النفسى ويسعى الى ربط جودة الحياة بعدد من المفاهيم الأساسية المتمثلة فى الإدراك ، القيم، الاتجاهات ، الحاجات، الطموح ، ومستويات الرضا الخاصة بجوانب الحياة المختلفة. (أشرف عبدالقادر ، ٢٠٠٥ : ٩٥)

ويرى كل من محمد الطيب ، سيد البهاص (٢٠٠٩ : ٦٤ - ٦٦) أن المنحى النفسى بجودة الحياة يركز على :

« إشباع الحاجات الأساسية والضرورية لحياة الإنسان كالماء-الهواء- الطعام الخ حيث أن الإخلال فى إشباعها يؤدي بالضرورة إلى الإخلال بمقومات جودة.

« مقاومة العجز وذلك عن طريق التمسك بالأمل

« مقاومة الأثم والمعاناة وذلك عن طريق إدراك العوامل التى تسبب له الأثم والمعاناة والعمل على تجنبها .

• المنحى الاجتماعى :

ويشير إلى العديد من الجوانب أهمها

« جودة الحياة والسكان حيث يركز علماء الاجتماع عند دراستهم لجودة الحياة على المؤشرات الخارجية المتمثلة فى : معدل المواليد والوفيات ، ضحايا

الأمراض المختلفة ، نوع السكن ، مستوى التعليم ، مستوى واستيعاب وقبول الأفراد في مراحل التعليم المختلفة إضافة الى مستوى الدخل

◀ جودة الحياة والعمل وذلك عن طريق ربط مفهوم جودة الحياة بما يقوم به الفرد من عمل وهناك العديد من المؤشرات التي لها أبلغ الأثر في تحقيق هذا المفهوم إجرائيا مثل : أوضاع العمل ، العائد المادي ، ما يوفر العمل من فرص للحراك المهني ، نوعية الإشراف ، علاقة الزمالة.... الخ فهذه الأشياء لها أبلغ الأثر في رضا أو عدم رضا العامل عن عمله

◀ ضغوط العمل والتي تعد من أهم العوامل المؤثرة على بيئة العمل وعلى مدى قدرة الفرد على التوافق مع وظيفته. (هشام عبدالله، ٢٠٠٨ : ١٤٥)

• المنحى الفلسفى :

فجودة الحياة حسب المنظور الأنجلو سكسونى جاءت من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البرجماتية المشهورة والمتمثلة فى أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا ثبت نجاحها على المستوى العملى ، وهناك منحى فلسفى آخر ينظر إلى جودة الحياة على أنها السعادة المأمولة والتي لا يمكن تحقيقها إلا إذا حرر الفرد نفسه من الواقع وأطلق العنان لخياله يلتمس سعادة متخيلة ، ولذا فإن اندفاع الإنسان للحصول على السعادة وفق هذا المنظور لن تجعله يحصل إلا على البؤس والتعاسة . (محمد أبو حلاوة ، ٢٠١٠ : ٢٣٦)

• المنحى الطبى :

ويركز على الجانب البيولوجى ويقصد به سلامة الجسم من العيوب الخلقية والأمراض الحادة والمزمنة وسلامة الجسم لن تتأتى إلا من خلال النشاط الرياضى لأن الرياضة تمنع الفرد من الإصابة بالعديد من الأمراض ويتطلب أى نشاط رياضى أربعة عناصر هى: الهواء النقى-الماء-الطعام- اللياقة البدنية. (محمد الطيب ، سيد البهاص ، ٢٠٠٩ : ٧١-٧٢)

ويشير هشام عبدالله (٢٠٠٨ ، ص ١٤٦) أن المنحى الطبى يهتم بتعزيز ورفع مستوى جودة الحياة لتصبح هدفا واقعيا فى التعامل مع المرضى وذلك من خلال توفير الدعم النفسى والاجتماعى لهم .

• المنحى الإسلامى :

يكمن مفهوم جودة الحياة من وجهة النظر الإسلامية فى :

◀ علاقة الفرد بالخالق ويطلق عليها العبادات.

◀ علاقة الفرد بالآخر ويطلق عليها المعاملات.

◀ التكامل بين الحياة الدنيا والآخرة حيث تكون الأولى محلا لاختبار المسلم وتقدير مصيره إما إلى الجنة أو النار يقول تعالى " فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ * وَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ شَرًّا يَرَهُ " (الزلزلة ٧-٨) (نادية حسن ٢٠١٠ : ٢٩)

ويشير حمدى الفرماوى (١٩٩٩ : ٢٢٠- ٢٢٧) إلى أن السبيل لجودة الحياة يكمن فى ثلاثة أمور :

◀ مجاهدة النفس وذلك عن طريق استنهاض الإرادة والإنشغال بالإستقامة واستباق الخيرات والسمو والعضة .

« تمسك الإنسان بالكينونة وذلك عن طريق البعد عن الشهوات .
« استشراق الإنسان لأفق الحرية الأرحب فينبغي أن يعي أن الحياة لا تسير
على وتيرة واحدة والإيمان بذلك يجعله يعي جودة الحياة .

• التدخين :

يعد التدخين من الظواهر السلوكية الاجتماعية التي عرفها المجتمع
البشرى منذ قرون عديدة وانتشر بين سكانه لأغراض متنوعة ، حيث يصفه
البعض بأنه آفة العصر ويصفه آخرون بأنه إدمان ، بينما يكتفى البعض الآخر
بالإشارة إليه عادة ناشئة عن سلوك مكتسب . (محمد عابدين ، ب . ت : ١٥١)

• لحة تاريخية :

يعد سكان أمريكا الأصليون هم أول من دخن التبغ وتم التحقيق من ذلك
من خلال الاكتشافات الأثرية لجليونات تعود إلى ٣٠٠٠ سنة ويعتبر كريستوفر
كولومبس أول من تعرف على التبغ من الأوربيين عندما اكتشف أمريكا عام
١٤٩٢ حيث قام بتدخين الغليون الطويل الذي يسمى Tobago وبعدها قام بنقل
أوراق وبنور التبغ إلى أوروبا حيث زرع في البرتغال في منتصف القرن السادس
عشر . (سمير أبو حامد ، ٢٠٠٩ : ٩)

ومصطلح النيكوتين أخذ من اسم جون نيكوت سفير فرنسا في لشبونة والذي
يعد من الأوائل الذين دافعوا عن التبغ مؤكداً أن له العيد من الفوائد مثل
إعادة الوعي وعلاج الكثير من الأمراض . أما السيجارة والمعروفة بشكلها الحالي
فقد ظهرت في البرازيل عام ١٨٧٠ ومن الغريب أن أول إحصائية عن التدخين
ظهرت في عام ١٨٨٠ في الولايات ، حيث كان تعدد السكان خمسين مليوناً فقط
ثبت أنهم يدخنون ١.٣ بليون سيجارة سنوياً وعندما ازدادت عدد السكان في
الولايات المتحدة إلى ٢٠٤ مليون نسمة ارتفع عدد السجائر المدخنة يومياً إلى ٥٣٦
بليون سيجارة سنوياً . (عبدالباسط السيد ، ٢٠٠٧ : ٦٦- ٦٧)

• طرق التدخين المعروفة حالياً .

يتم تدخين التبغ بطريق متنوعة هي :

• السجارة :

وهي من الطرق الأكثر شيوعاً بين مختلف الفئات وتم تصنيعها للمرة
الأولى عام ١٨٤٣ وأضيف الفلتر إليها عام ١٩٣٠ .

• السيكار :

وكان يدعى Cohiba وقد عرف عن سكان أمريكا الجنوبية بتدخينهم
السيكار ، وحالياً يتألف من ثلاث طبقات ، ويختلف لونه وورقته الخارجية من
الأصفر الفاتح إلى البني الغامق

• الغليون :

ويعود استخدامه إلى حوالي ثلاث آلاف سنة في أمريكا الشمالية وكانت
الغلايين القديمة مصنوعة من الضخار ورم من الخشب .

- **الشيخة :**
ويعتبر عنصر الشباب هو المدخن الأول للأركيلة أو الشيخة بالمعسل .
- **التخين أو النقع :**
ويتم عن طريق وضع التبغ فى الفم بين اللثة وباطن الخد أو الشفة السفلى لفترة ، حيث يمتص الجسم التبغ تدريجيا إما عن طريق أغشية الفم أو عبر البلع . (سمير أبو حامد ، ٢٠٠٩ : ١٠-١٢)
- **استنشاق مسحوق التبغ:**
المعروف بـ السعوط أو شمه أو مضغه وهناك شكل خاص من التدخين يعرف بالتدخين السلبي وهو الناجم عن استنشاق غير المدخن للدخان المنبعث من المدخنين . (محمد عابدين ، ب ت : ١٥١)
- **مكونات التبغ أو الدخان :**
- **النيكوتين :**
مادة شبه قلووية سامة جدا يكفى وضع قطرتين إلى ثلاث قطرات من محلول النيكوتين النقى على لسان إنسان لقتله .
- **أول أكسيد الكربون :**
هو غاز سام موجود فى عوادم السيارات عن احتراق الفحم غير الكامل حيث يؤثر على الجسم عن طريق حرمان الخلايا من الكميات الكافية من الأكسجين .
- **القطران :**
وهو مادة تسبب السرطان وتعمل على تعطيل تبادل الغازات فى الرئتين فينتج عن ذلك تلف جدران الشرايين مما يؤدي إلى تراكم السوائل فيها فيترسب الكوليسترول عليها وهو ما يعرف بتصلب الشرايين . (محمد غانم ، ب ت : ٢٢)
- **الزيفخ :**
مادة كيميائية سامة تستعمل فى إبادة الحشرات .
- **أوكسيدات النيتروجين:**
والتي تؤثر فى القصبات الهوائية وتؤدي إلى تزايد إفرازات الغشاء المخاطى وتغير نوعيته .
- **غاز النشادر الكاوى :**
ويؤدى إلى تكوين الطبقة الصفراء على سطح اللسان فيؤدى غدد التدوق الموجودة على سطح اللسان ويزيد من إفراز اللعاب ويهيج السعال . (عبدالله الأثر، ب ت : ٦-٧)
- **المهيجات :**
حيث تؤثر على الإفرازات القصبية وعلى الرئة ومعظمها مواد تم إضافتها لإعطاء طعم ونكهة للسيكاره وتسهيل احتراقها كالأمونيا ، الالديهايد ، الفينول والاكرويين . (سمير أبو حامد، ٢٠٠٩ : ١٣)

• أسباب التدخين :

- ◀ يلجأ العديد من الأفراد إلى التدخين كوسيلة للتخفيف من التوتر والقلق الناجم عن مواجهة ضغوط الحياة اليومية أو الإثارة أو الاسترخاء أو المتعة أو نتيجة لتكوين سلوك العادة (عادة تلقائية) حيث يدخن الفرد دون وعى .
- ◀ قد يلجأ الفرد في حالة التعب والاجهاد إلى التدخين من أجل اكتساب بعض النشاط والحفاظ على الأداء الوظيفي والتغلب على الملل .
- ◀ مسانيرة الرفاق والانتماء لهم والتقدير لما يفعلونه.
- ◀ تدخين الأخوة والأقارب، تدخين أحد الأبوين.
- ◀ الإحساس بالسخرية من قبل الأقران المدخنين .
- ◀ تكوين اتجاه ايجابي نحو التدخين مثل أنه ممتع جدا ، يقلل من الخوف والقلق وغيرها من الاعتقادات الخاطئة. (فوقية رضوان ، ٢٠٠٦ : ١٧٩ - ١٨٣)
- ◀ التمدن والتأثر بكل ما هو غربي ورغبة في الشعور بالحرية وعدم وجود وعى بخطورة التدخين، والدعاية عن السجائر بمختلف وسائل الإعلام فضلا عن سهولة الحصول على كافة منتجات التبغ
- ◀ يعتبره البعض وسيلة لتحقيق الذات والتمرد على النفس وعلى الأسرة وعلى المجتمع .
- ◀ الشعور بالإحباط بسبب اخفاق الفرد في تغير واقعة وقد يعتبره البعض وسيلة للتعويض عن الخجل والتخلص من عقدة النقص أو معاناة الفرد من البطالة .
- ◀ التجمعات والسهرات والحفلات وعدم الاستغلال الأمثل لوقت الفراغ .
- ◀ حب الفضول واستطلاع لمعرفة مدى ما يثيره التدخين من متعة .(صفاء القبندى- ٢٠٠٩ : ٢ - ٣)

• آثار التدخين

للتدخين العديد من الآثار فيشير رجب الشريف (٢٠١٤ : ٨) إلى أن التدخين يتسبب في شحوب الجلد ، فقدان المرونة ، التجاعيد المبكرة ، انفجار الأوردة الصغيرة ، إصفرار الأسنان ، سقوط الشعر ، هشاشة عظام اللثة ، الرائحة الكريهة للضم مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والزوجية ، ضعف القدرة الجنسية نتيجة ارتضاع هرمون الإدرينالين في الدم ، ضيق التنفس ، انخفاض قدرة الفرد على الشم .

ويرى محمد عابدين (ب ت : ١٦٢) أن التدخين يتسبب في أمراض الجهاز التنفسي والرئة ، وانتشار السرطان في مختلف أنحاء الجسم (في الرئة ، والشفاه ، الضم ، اللسان ، الحنجرة ، المرئ ، المثانة .. الخ) الذبحة الصدرية ، اضطرابات النوم ، ومشاكل في القلب ، كما يقلل من لياقة المدخن البدنية ، تنمية السلوك الإسقاطي والتبريدى .

ويذكر عبد الله القصير (٢٠١١ : ١١) أن التدخين ل أضرار خلقية حيث لوحظ أن غالبية المدخنين يتميزون بعبوس الوجه ، الثورة لاتفه الأسباب فقد يقدم المدخن على تطليق زوجته ، ضرب أولاده دون سبب ، إساءة معاملة جيرانه ، التقصير في كثير من الواجبات والعبادات . ضرر التدخين لا يقتصر على المدخن فحسب بل يمتد إلى من حوله .

فيذهب عبدالباسط السيد (٢٠٠٩ : ٩٨) إلى أن التدخين يسبب له العديد من الآثار تتجسد في زيادة معدلات السُّقَط والإجهاض والوفيات ، تضاعف نسبة الولادات غير المتكاملة ، زيادة معدل التشوهات العقلية ، تضاعف معدل الأورام السرطانية في مرحلة الطفولة ، زيادة احتمالية الإصابة بالربو ، زيادة نسبة النزلات الشعبية ، زيادة نسبة الإصابة بالسعال زيادة احتمالية إصابة ربات البيوت بسرطان الرئة خاصة إذا كان من في البيت يدخن أكثر من ٢٠ سيجارة يوميا .

ويشير سمير أبو حامد (٢٠٠٩ : ٢٨) إلى أن التدخين يتسبب في حدوث الوفاة حيث يصل العدد السنوي للمتوفين في العالم بسبب التدخين والمشاكل الصحية المرتبطة به إلى أكثر من خمسة ملايين فرد ومن المتوقع أن يزداد هذا العدد إلى عشرة ملايين فرد بحلول عام ٢٠٢٠ فضلا على أن ٧٠٪ منهم من الدول الفقيرة .

• الدراسات السابقة :

• دراسة Hollified, M., et al 1997 :

سعت الدراسة إلى تحديد وتشخيص الإعاقات الوظيفية لدى مرضى اضطراب الهلع ، وخاصة التنوع في الإعاقات الذي تفسره المتغيرات الديموجرافية والعيادية حيث أجريت الدراسة على مجموعة من الحالات خضعوا لفحص مبدئي في ثلاث عيادات للرعاية الأولية وقد اشتمل الفحص العيادي على مقابلة تضمنت استبيان مكون من سؤالين :

« هل أصبت بنوبة خلال الستة أشهر الماضية عندما شعرت بالخوف أو القلق أو

عدم الارتياح كلية ؟

« هل أصبت بنوبة مفاجئة من ضربات القلب السريعة وغير المنتظمة خلال

الستة أشهر الماضية ؟

فألهدف من الاستبيان والفحص المبدئي هو إيجاد :

« مجموعة من المرضى مروا بنوبة هلع أو أكثر تميزت بوجود أربعة أعراض على الأقل خلال الستة أشهر الماضية.

« مجموعة من الحالات ذات الرعاية الأولية لم يمروا بنوبة من الهلع بقصد

عقد مقارنة بينهم ، وقد أكمل مقابلة المرحلة الثانية ١٧٢ حالة وجد بينهم

٢٤ حالة لديها أعراض نوبات الهلع في الماضي ، ولكن ليس خلال الستة أشهر

الماضية فهؤلاء تم استبعادهم من الدراسة ، أما ١٤٨ حالة المتبقية فد وجد أن

٨٧ منهم مروا بنوبة هلع أو أكثر خلال الستة أشهر الماضية ، و ٦١ حالة كان

لديهم اضطراب نفسى ولم تتناهم نوبات هلع خلال الستة أشهر الماضية ،

كما تم استبعاد مرضى الاضطراب النفسى الأولى ، ومرضى اضطراب

استخدام المواد ، وفي النهاية بلغ عدد من أجريت عليه الدراسة ٦٢ حالة من

ذوى اضطراب الهلع . ٦١ حالة بدون اضطراب الهلع ، وقد استخدم الباحثون

مقابلة عيادية صممت طبقا لمعايير الدليل التشخيصى والاحصائى

« الاستبيان الصحى ذا الشكل المصغر والمكون من ٣٦ عنصرا يقيس إدراك

المرضى لصحتهم وجودة الحياة المرتبطة بها والوظائف الحياتية ، كما تم

انتقاء تسع متغيرات مستقلة لقياس التنوع فى الإعاقة والعجزهى (العمر ، النوع، العرق، سنوات التعليم ، اضطراب الهلع الحالى ، الاكتئاب الرئيسى ، المرض الجسدى أو العضوى مثل : الأمراض المزمنة ، العصابية ، المركز أو الموقع الذى أخذت منه الحالة) .

وأسفرت النتائج عن :

« إن مرضى اضطراب الهلع لديهم نسبة عالية من الإعاقة مقارنة ببقية الحالات . حيث يعانون بدرجة عالية من الإعاقة الوظيفية .

« إن المتغيرات التسع كانت مسئولة عن ٥٤ ٪ من التنوع فى الإعاقة والعجز وكان أكثرها تأثيراً خمس متغيرات هى : قلة سنوات التعليم ، المستوى المرتفع من العصابية ، وجود الاكتئاب الرئيسى ، تقدم العمر ، وجود اضطراب الهلع .

« أما بالنسبة للمقياس الفرعى للصحة النفسية فإن المتغيرات كانت مسئولة عن ٧٧٪ من التنوع فى النقاط وكان أكثرها تأثيراً المعدل المرتفع من العصابية ووجود الاكتئاب الرئيسى ، أما بالنسبة للمقياس الفرعى للوظائف الجسمية فكانت المتغيرات التسع مسئولة عن ٤٨٪ من التنوع فى النقاط وكان أكثرها تأثيراً التقدم فى العمر، قلة سنوات التعليم ، وجود الاكتئاب الرئيسى ، وجود اضطراب الهلع ، العرق .

« الحالات المصابة باضطراب الهلع أكثر قابلية وعرضة للمستويات المرتفعة من الإعاقة مع تقدم العمر ، كما يغلب عليهم بوضوح التدهور فى الوظائف الجسمية خاصة مع تقدم العمر وهذا يعنى أن العجز أو الإعاقة فى الصحة العامة ترتبط باضطراب الهلع والعمر ، كما أن انخفاض مستوى التعليم عامل مسئول عن تدهور أو تدنى جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع.

• دراسة Rubin , H .C.,et al ., 2000 :

انطلقت هذه الدراسة من فرض وضعه الباحثون ينص على: أن المرضى المصابون باضطراب الهلع بدرجة معتدلة أو متوسطة سوف تنخفض أو تنعدم لديهم جودة الحياة مقارنة بالأفراد العاديين ، كما أن أعراض اضطراب الهلع سوف تؤثر بطريقة مباشرة على عينة بلغ قوامها ٦٥ حالة (٣٩ من النساء ، ٢٦ من الذكور) الذين انطبق عليهم الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث ، والثالث المعدل فيما يتعلق باضطراب الهلع ، ومجموعة ضابطة تاريخياً ثم الحصول عليها من قاعدة بيانات قد صنعها أحد العلماء ومماثلة لهم فى العمر والنوع . واستبعد الباحثون الحالات التى تعانى من رهاب الأماكن المفتوحة ، الأمراض النفسية الشديدة ، سوء استخدام المواد ، أو الذين يلتقون علاجا لاضطراب الهلع ، كما أن العينة التى أجريت عليها الدراسة طلب منها إيقاف أى دواء يكون له تأثير على العقل ، وبناء على ذلك قد أصبح أفراد العينة خالين من تعاطى أى أدوية قبل التشخيص والفحص بفترة أسبوعين على الأقل ، استخدم الباحثون قائمة الحساسية للقلق (تايلور 1992 Taylor)، ومقياس Spielberg لقياس حالة وسمة القلق ومقياس شيهان Sheehan لقياس مقدار الإعاقة أو العجز ومقياس جودة الحياة واستبانة بيك للاكتئاب .

وأُسفرت النتائج عن : أن جودة الحياة تقل لدى الذين يعانون من اضطراب الهلع بدرجة معتدلة عند مقارنتهم فى السن والنوع مع المجموعة الضابطة كما أن الذين يعانون من اضطراب الهلع بدرجة متوسطة يعانون من نقص جودة الحياة كما يعانون من بعض الأمراض الجسمية والنفسية ، إن انحدار مقياس جودة الحياة كما يحددها مقياس جودة الحياة يرتبط عكسيا مع نقاط مقياس الإعاقة والعجز الفرعى بالنسبة للعمل والوظائف الأسرية والنقاط الكلية للإعاقة ، كما أن نقاط أو درجات مقياس جودة الحياة الكلية ترتبط عكسيا مع عدد نوبات الهلع وعدد النقاط الكلية لمقياس بيك للاكتئاب وكذلك ومقياس pielberger لقياس سمة وحالة القلق.

• دراسة SJ , K . et al., 2001 :

اضطراب الهلع هو حالة مزمنة قد تحمل تأثيرا سلبيا كبيرا على جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع ، ومع ذلك لم يجرى أى تحقيق فى العلاقة بين جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع وخصائصها السريرية ، وفى ضوء ما سبق هدفت الدراسة إلى مقارنة جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع مع المجموعة الضابطة (العاديين) باستخدام مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذى يتضمن الأبعاد التالية الصحة البدنية ، النفسية ، العلاقات الاجتماعية والبيئية ، بالإضافة إلى استكشاف العلاقة بين العوامل السريرية فى المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع وجودة حياتهم حيث أجريت الدراسة على ٦٤ مريضا من ذوى اضطراب الهلع ، ٢٧ من العاديين الأصحاء واستخدم الباحثون معامل الارتباط وتحليل الانحدار المتعدد وقد أسفرت النتائج عن :

◀ أن الدرجة الكلية وكذلك الدرجة الكلية لكل بعد باستثناء البعد البيئى على مقياس جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع كانت منخفضة مقارنة بالمجموعة العادية .

◀ أظهرت الخصائص السريرية المتمثلة فى الخوف الحاد من الأماكن المفتوحة ، الاكتئاب الحاد ، وعدد من الأعراض أثناء نوبة الهلع وتواتر نوبة الهلع ارتباطا دالا مع جودة الحياة بشكل عام ومعظم الأبعاد الفرعية لمقياس جودة الحياة .

◀ كشف تحليل الانحدار أن الاكتئاب الحاد وعدد من الأعراض أثناء نوبة الهلع والخوف الحاد من الأماكن المفتوحة فى وجود أشخاص مرافقين من العوامل المؤثرة بشكل مباشر على جودة الحياة . الاستنتاج : أن جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع الأكثر فقرا مقارنة بالأصحاء والعاديين .

• دراسة Carrera, M .et al., 2005 :

وجد الباحثون فى الدراسات السابقة التى تناولت جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع بالمقارنة مع المجموعة الضابطة أن مرضى اضطراب الهلع ذكروا إعاقة أكثر فى جودة الحياة ، وعلى أى حال فإن مؤشرات إعاقة جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى كانت الأقل دراسة ، لذا فإن هذه الدراسة كان لها هدفان:

« فحص جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع مقابل غالبية السكان، تحديد ووصف الإعاقة الوظيفية لدى مرضى اضطراب الهلع مقابل غالبية السكان.

« تحديد ووصف الإعاقة الوظيفية لدى مرضى اضطراب الهلع وخاصة التنوع فى الإعاقة أو موضحة بالمتغيرات السكانية والسريرية ودرجة الحدة ، أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٨٥ مريضا (٣٣ مريض من الذكور – ٣٥ مريضة من الإناث) ومجموعة ضابطة مكونة من ٨٥ من العاديين ، ثم التجانس بين المجموعتين فى السن والعمر والنوع والمستوى التعليمى ، وقد تم قياس درجة الإعاقة طبقا للمقاييس الثلاثة لجودة الحياة (الإصدار الأسباني) والمكون من ٣٦ بندا ويشتمل المقياس على إدراك الصحة العامة ، الصحة النفسية ، والوظائف الجسمية ، وقد استخدم الباحثون تحليل الانحدار المتعدد لإنشاء نماذج من الإعاقة على عينة المرضى . وقد أسفرت النتائج عن:

« أن مرضى اضطراب الهلع لديهم نسبة مرتفعة من الإعاقة مقارنة بالمجموعة الضابطة .

« أن أعراض الاكتئاب وتكرار النوبة ، وعمر بداية وأخر نوبة كل ذلك يعد مسئولا عن ١٥-٤٢% من التنوع فى الإعاقة .

« أن المتغيرات الديموجرافية مثل : (العمر ، النوع ، مستوى التعليم والحالة الزوجية أو الاجتماعية) وحدة الأزمة والقلق المرتقب لم تضيف شيئا للإعاقة .

« الاستنتاج : أن تكرار نوبات الهلع هو الأهم من غيره من الأعراض مثل حدة الأزمة ، القلق المرتقب حيث أنه هو الذى يسبب إعاقة فى الوظائف الجسمية أن بداية اضطراب الهلع تسهم فى تنوع الإعاقة فى الوظائف الجسمية والصحة النفسية ، وعلى أى حال فإن العوامل بالإضافة إلى الهلع وخاصة أعراض الاكتئاب تساهم بدرجة ملحوظة فى درجة الإعاقة التى تشاهد على مرضى اضطراب الهلع . تتعارض نتائج هذه الدراسة وخاصة فى الجزئية الخاصة بالمتغيرات الديموجرافية مع نتائج دراسة Hollified , M., at al 1997 والتي أشارت إلى أن المتغيرات التسع كانت مسئولة عن ٥٤% من التنوع فى الإعاقة أو العجز وكان أكثرها تأثيرا خمس متغيرات هم قلة سنوات التعليم ، المستوى المرتفع من العصابية ، وجود الاكتئاب الرئيسى ، تقدم العمر ، اضطراب الهلع .

• دراسة Altintas , E.B.R.U., et al., 2007

هدفت الدراسة إلى بحث تأثير جودة الحياة على اضطراب الهلع والاكتئاب والاستجابة للعلاج بعد ١٢ أسبوع من العلاج ، حيث أجريت الدراسة على ٧٠ مريضا من ذوى اضطراب الهلع تم تصنيفهم كالتالى : ٣٥ حالة (٢٥ أنثى ، ١٠ ذكور) بمتوسط عمرى ٣٩,٦ وانحراف معيارى ١٢,٥ فى مجموعة الهلع فقط ، ٤١ (٢٧ أنثى ، ١٤ ذكر) بمتوسط عمرى ٣٣,٢ وانحراف معيارى ١١,٥ فى مجموعة اضطراب الهلع المصحوب بالخوف من الأماكن المفتوحة ، و ٧٠ تم تصنيفهم

بالاكتئاب (٥٠ أنثى ، ٢٠ ذكر) بمتوسط عمري ٣٨.٤ وانحراف معياري ١١.٩ ، ٣٣ صنفوا على أنهم حالات ضابطة عادية ٢٣ أنثى ، ١٠ ذكور بمتوسط عمري ٣٤.٩ وانحراف معياري ١٠.٣ حيث أدرجوا في الدراسة على أنهم كمجموعة مقارنة واستخدم الباحثون مقابلة إكلينيكية طبقا للدليل التشخيصي والاحصائي ، مقياس هاميلتون للقلق ، ومقياس هاميلتون للاكتئاب ومقياس لاضطراب الهلع ومقياس جودة الحياة ، ومقياس الاغورا فوبيا بالإضافة إلى اختبار مان – وتني Man – Whitney واختبار كروسكال .

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

« أن جودة الحياة لها تأثير سيء بدرجة كبيرة على كل مجموعات المرضى مقارنة بالأصحاء .

« أن جودة الحياة كان لها تأثير سيء بدرجة كبيرة على مجموعة مرضى اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة مقارنة بمجموعة مرضى اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة .

« يوجد ارتباط سلبي ذا دلالة إحصائية بين درجات مقياس هاميلتون للقلق والاكتئاب ، اضطراب الهلع وجودة الحياة .

« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي اضطراب الهلع .

• دراسة Simon , N. M., et al., 2002 :

سعت هذه الدراسة إلى فحص التأثيرات النسبية لاضطراب القلق الاجتماعي واضطراب الهلع على جودة الحياة ، بالإضافة إلى المقارنة بين المرضى من اضطراب الهلع والقلق الاجتماعي والعاديين في جودة الحياة ، حيث أجريت الدراسة على مجموعة من المرضى الذين شاركوا في التجارب السريرية في برامج اضطراب القلق العام بمستشفى Massachusetts بين عام ١٩٩٣ ، ٢٠٠٠ وقد بلغ عددهم ٦٦ مريضا وبلغ عدد مرضى القلق الاجتماعي ٣٣ مريضا (١٢ رجل ، ٢١ امرأة) ، ٣٣ مريضا باضطراب الهلع وتم التجانس بين المجموعتين في السن والنوع ، ولأن مجموعة القلق الاجتماعي لم تشتمل على أى مريض مصاب بالاكتئاب الرئيسي أو اضطراب الهلع ، لذا فقد تم استبعاد المرضى المصابين بالاكتئاب الرئيسي أو اضطراب القلق الاجتماعي من مجموعة اضطراب الهلع واستخدم الباحثون مقابلة طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث مع المرضى في كلتا المجموعتين وكذلك مقياس جودة الحياة المكون من ٨ مقاييس فرعية تقيس جودة الحياة البدنية والانفعالية ، وتشتمل على الحيوية (وهو مقياس يقيس مستوى الطاقة والإجهاد) والوظائف الاجتماعية والدور الانفعالي (الصعوبات في العمل أو الأنشطة اليومية بسبب المشاكل الانفعالية) والصحة النفسية (القلق والاكتئاب) والوظائف البدنية والدور البدني (صعوبات العمل الناجمة عن المشاكل البدنية والعضوية) الألم البدني والصحة العامة . وقد أسفرت النتائج عن : أن المرضى الذين ينشدون العلاج من ذوى اضطرابات القلق كانوا أكثر إعاقة في الصحة النفسية والوظائف الاجتماعية من العاديين (عموم السكان) كما أظهروا قدر كبيرا من الإعاقة في وظائف العمل وفي الأنشطة اليومية الأخرى نتيجة للمشاكل الإنفعالية لكن

الفروق لم تكن دالة حيث أن هذا المستوى من الإعاقة لا يمكن أن يساهم في وجود اضطرابات مرضية . وعلى أى حال فإن مرضى اضطراب القلق الاجتماعى لم يظهروا إعاقة على مقاييس الوظائف البدنية والحيوية . وعلى العكس من ذلك فمرضى اضطراب الهلع قد أظهروا إعاقة على المقاييس البدنية والنفسية ، كما أظهروا قدرا مرتفعا من الإعاقة فى الصحة النفسية والحيوية أكثر من ذوى اضطراب القلق الاجتماعى . كما أسفرت النتائج عن وجود تشابه بين المجموعتين حيث أن مجموعة القلق الاجتماعى لديها سن مبكر لبداية المرض والذي يتوافق مع الطبيعة المرضية للاضطراب مما يجعله قريبا نسبيا لاضطراب الهلع مع الأخذ فى الاعتبار أن المجموعتين متجانستين فى السن فبالتالى فإن البداية المبكرة لاضطراب القلق الاجتماعى تترجم إلى مدة أطول من المرض بالإضافة إلى أن مرضى القلق الاجتماعى لديهم معدلات أقل من اضطراب القلق المرضى العام مما يعكس معيار دخول مختلف .

• دراسة Carrera, M., et al., 2006 :

انطلقت هذه الدراسة من إيمانها بأن اضطراب الهلع مع وجود الحياة لم يلق الانتباه الملائم مقارنة بالاضطرابات النفسية الحادة كالفصام و الاضطراب ثنائى القطبية ، لأجل ذلك سعت هذه الدراسة إلى تحليل جودة الحياة وعلاقتها باضطراب الهلع لدى مرضى المرحلة الاولى من اضطراب الهلع ، ومقارنة ذلك بمجموعة ضابطة اجتماعية ، ثم استكشاف جودة الحياة لدى مرضى الهلع . أجريت الدراسة على ١٢٥ مريضا باضطراب الهلع (٣٩ ذكر ، ٨٦ أنثى) تراوحت أعمارهم ما بين ١٨ - ٦٤ عاما ، كما تم الاستعانة بطبيب نفسى فى مجال اضطرابات القلق لتقييم ويفحص المرضى ، واستبعد كل من كان يتعاطى علاجا نفسيا سابقا سواء كان نفسيا أو كيميائيا بالعقاقير لاضطراب الهلع أو الأجورا فوبيا ، وتم تشخيص الحالات وفقا لـ D S M - I V لاضطراب الهلع المصحوب أوغير المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة وكان محك الاستبعاد وجود الاضطرابات المرضية المؤثرة ، من هم تحت سن ١٨ عام ، ممن تلقى علاجا سابقا أو حاليا للهلع ، كما استبعد الحوامل والأميين ، أما بالنسبة للعينة الضابطة فقد تكونت من ١٢٥ فردا ، (٣٩ ذكر ، ٨٦ أنثى) وقد تم التجانس بين المجموعتين فى العمر والنوع ، وقد استخدم الباحثون استبانة للحصول على معلومات عن المتغيرات الديموجرافية الاجتماعية والعبادية وكذلك . لتشخيص الأعراض ، كما تم تقييم بعدين هما الصحة النفسية والجسمية وكل بعد يتكون من أربعة فروع أخرى ، وكذلك مقياس حدة الهلع ، ومقياس حالة وسمة القلق لسيلبيرج واستبانة بيك للاكتئاب وكذلك استخدم الباحثون ٢١ ، معامل فيشر ، اختبار مان - وتنى ، اختبار سبيرمان .

وقد أسفرت النتائج عن أن مرضى اضطراب الهلع (ممن هم فى المرحلة الأولى من المرض) أظهروا مستوى متدنى وسىء لجودة الحياة أكثر من غيرهم من الحالات العادية الضابطة ، بغض النظر عن وجود رهاب الأماكن المفتوحة . أن المتغيرات التى يمكن من خلالها التنبؤ بجودة حياة منخفضة لدى مرضى الهلع هى أعراض القلق والاكتئاب ، جدير بالذكر أن أفراد تلك العينة من المرضى انتشر لديهم تكرار الأزمات والتجنب والهروب من الأماكن المفتوحة .

• دراسة 2009, Barrera, T.L., & Noryon, P. J. :

والتي هدفت إلى فحص إعاقات جودة الحياة لدى الأفراد ذوي اضطراب القلق العام والرهاب الاجتماعي واضطراب الهلع ، أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٦٧ فردا كانوا قد تقدموا للعلاج بالعيادة الخارجية باضطراب القلق والتابعة لجامعة هوستون ، كل المشاركون تم تشخيصهم مبدئيا ١٧ منهم يعانون من اضطراب القلق العام ، ٢٣ من اضطراب الهلع المصحوب وغير المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة ، ٢٧ من الرهاب الاجتماعي ، مع ملاحظة أن الغالبية العظمى من أفراد العينة ٦٥٪ كانوا يعانون من القلق المرضى أو الاكتئاب . ومعايير الاستبعاد من الدراسة وجود الخرف أو أى حالة معرفية عصبية . المحاولات الحادة المستجيبة للانتحار ، سوء الاستخدام الحاد أو ادمان المواد ، وجد الباحثون أن ٤ من أصل ٦٧ من المشاركين كانوا مصابين بسوء استخدام المواد أو إدمانها ، إلا أنهم لم يستبعدوا من الدراسة لأن حدة الإصابة كانت تتراوح ما بين المنخفضة إلى المتوسطة ، وقد تكونت العينة من ٢٥ رجلا ، ٤٢ امرأة وتراوحت أعمارهم ما بين ١٦ : ٥٨ عاما بمتوسط عمري ٣٣ , ٨٣ وانحراف معياري ١٠,٠٢ ، ٦١,٢٪ من القوقاز ، ٤,١٣٪ من الهسبانيين ، ٤,٥٪ من الأمريكيين الآسيويين ، ٣٠٪ من الأمريكيين الأفارقة ، ٤,٥٪ من جنسيات أخرى ، ١,٥٪ من الأمريكيين الأصليين ، ١١,٩٪ لم تعرف جنسياتهم ، معظم المشاركين كانوا متزوجين ٤١,٨٪ ، ٣٥,٦٪ كانوا طلاب ، ٣٥,٦٪ حاصلون على درجة البكالوريوس أو ما يعادلها ، ٦٠٪ كانوا مهنيين أو خريجي المدارس المهنية ، ١٠,٤٪ حاصلين على الشهادة المهنية .

وقد أقر المشاركون باحتساء مشروبان من الكحول كل أسبوع ، واستخدم الباحثان مقابلة مقننة صممت لقياس اضطراب القلق وفقا D S M- IV استبانة القلق الحاد ومقياس جودة الحياة ومقياس اضطراب الهلع وفقا D S M IV- وقد أسفرت النتائج عن التأثير السلبي لاضطراب القلق العام والرهاب الاجتماعي واضطراب الهلع على جودة الحياة . تشابه درجة إعاقه جودة الحياة لدى مرضى اضطراب القلق العام ، الرهاب الاجتماعي ، اضطراب الهلع .

• دراسة 2008, Melo - Neto, N.L., et al. :

سعت الدراسة إلى مقارنة جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع أثناء العلاج والحالات العادية للربط بين العوامل الديموجرافية الاجتماعية والسريرية ودرجات جودة الحياة . وأجريت الدراسة على عينة مكونة من ٢٠ مريضا من مرضى اضطراب الهلع (٧ ذكور- ١٣ أنثى) ٢٠ من العاديين (٧ ذكور ١٣ أنثى) كمجموعة ضابطة حيث أجريت الدراسة فى معمل الفزع والتنفس التابع لمعهد الطب النفسى التابع للجامعة الفيدرالية بريودي جانيرو - البرازيل كل أفراد العينة أجريت لهم مقابلة إكلينيكية بواسطة إكلينيكي وقد استخدم الباحثون بالإضافة إلى المقابلة مقياس القلق لسبيليرج ، استبانة بيك للاكتئاب ، مقياس هاميلتون للقلق ، مقياس الوظائف العامة ، استخبار جودة الحياة . وأسفرت النتائج عن :

- ◀ بالنسبة للمتغيرات الديموجرافية الاجتماعية أوضحت النتائج ما يلي : عدم وجود فروق دالة ملحوظة بين المجموعتين ترجع إلى السن ، الجنس ، التعليم . الحالة الزوجية . دخل الفرد باستثناء الدخل الأسرى حيث كان مرتفعا بين أفراد المجموعة الضابطة . أن وجود فروق ذات دلالة احصائية فى الدخل الأسرى بين المجموعتين لا يفسر الدرجات المتدنية لمرضى الهلع .
- ◀ ٢٥% من المرضى لديهم اكتئاب رئيسى ، ١٥% لديهم اضطراب القلق العام ، ٥% لديهم رهاب اجتماعى .
- ◀ متوسط عمر ظهور مرض الهلع كان ٣١ سنة بانحراف معيارى ٨.٢ سنة .
- ◀ معظم مرضى اضطراب الهلع يعانون من التالى : ٦٥% منهم يعانون من أمراض جسدية ، ١٥% يعانون من ضغط الدم ، ١٥% من توهم المرض ، ١٠% من الأمراض الجلدية ، ١٠% من الربو ، ١٠% من الصداع ، ٥% من التهاب المعدة ، ٥% من الكبد فيروس C .
- ◀ أن مرض اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المفتوحة لديهم درجات متدنية على مقياس جودة الحياة خاصة فى بعد الصحة النفسية وليس فى البعد البدنى مما يفسر أن رهاب الأماكن المفتوحة عامل هام مسبب لتدهور الصحة النفسية وليس الوظائف البدنية .
- ◀ وجود ارتباط بين الدرجات المنخفضة للبعد النفسى والاجتماعى بجودة الحياة وكل من المشاكل النفسية والاجتماعية المتمثلة فى العلاقات الحميمية ، العلاقات الاجتماعية ، صعوبة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ، مشاكل العمل ، المنزل ، والرهاب الاجتماعى .
- ◀ هناك ارتباط بين الإعاقة فى البعد البيئى لجودة الحياة وكل من التدخين ، انخفاض الوظائف العامة ، ارتفاع الدرجات على مقياس حالة وسمة القلق ، المشاكل البيئية والمشاكل المتعلقة بصعوبة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية .

• دراسة Davidoff, J., et al, 201:

هدفت هذه الدراسة إلى بحث المعوقات المادية المحسوسة لجودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع وكذلك البحث فى إذا ما كان العلاج الحديث لاضطراب الهلع له فاعلية فى استعادة جودة الحياة ، فلقد قام الباحثون بعمل حصر للدراسات التى أجريت عن جودة الحياة لدى مرضى اضطراب من ١٩٨٠- ٢٠١٠ واستعراض ما فيها . وقد توصل الباحثون بعد مراجعة الدراسات إلى وجود معوقات مادية محسوسة لجودة الحياة لدى مرضى الهلع دائما ما تتسبب فى الاحساس المنخفض بالصحة والاستخدام المتكرر للخدمات الصحية والقصور المهنى والتعبية المالية بالإضافة إلى المشاكل الزوجية ، حتى أن العلاجات الحديثة أظهرت تقلص وسكون الأعراض مع تحسن فى جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع إلا أن جودة الحياة لديهم كانت أقل من المعدلات المجتمعية ، وعن سؤال طرحة الباحثون حول مقدار إعاقة جودة الحياة فى اضطراب الهلع . فأشاروا بأن اضطراب الهلع يؤثر على العديد من وجوه الحياة (الاجتماعية والمهنية والنفسية والعاطفية) حيث أسفرت الدراسات التى استعرضها الباحثون على :

« أن اضطراب الهلع يرتبط بالإعاقة ، وتبدو الإعاقة بدرجة خفيفة إلى متوسطة في العديد من أوجه الحياة ، كما أن المرضى من ذوى اضطراب الهلع وخاصة الذين لم يتقدموا للعلاج وجد أن لديهم جودة حياة منخفضة جدا ليس فقط لطول فترة اضطراب الهلع وتبعات ذلك ولكن وجد أن ذلك يكون حتى مع بداية المرض ، وعندما فحص تأثير اضطراب الهلع على جودة الحياة وجد أن الحالات غير قادرة على الانخراط فى الأنشطة الاجتماعية كما أن ١٢ ٪ منهم لم ينسجموا مع أزواجهم .

« إن مرضى اضطراب الهلع كانوا أكثر ميلا إلى إدمان الكحوليات وأقل استقلالية من الناحية المادية ، وأكثر استخداما للخدمات الصحية وخاصة فى أقسام الطوارئ بالمستشفيات حيث يشكون من ألم بالصدر .

« يعانى مرضى اضطراب الهلع من قصور وخلل وظيفى كما أن ٢٥- ٥٨ ٪ منهم عاطلين عن العمل ، ١٧-٢٧ ٪ منهم يتلقون إعانات اجتماعية ، كما أن معدل إنتاجية العمل لديهم ٥٦ ٪ مقارنة ٧٧ ٪ لدى المرضى الآخرين لأنهم يقضون ١٨ يوما متوقفين عن العمل كل عام نتيجة لهذا الاضطراب مما يسبب الخسارة له ولصاحب العمل ، وعن سؤال آخر تم طرحه ألا وهو كيف تتأثر جودة الحياة باضطراب الهلع لدى المرضى مقارنة بغيرهم ؟ فقد أوضح الباحثون وجود إعاقات نفسية وقصور فى الصحة النفسية لدى مرضى الهلع مقارنة بغيرهم فضلا عن وجود إعاقة كبيرة على مقياس الصحة النفسية الفردى متبوعا بقصور الأدوار والوظائف الاجتماعية والحيوية والصحة العامة.

• دراسة Ratnani, I., et. al., 2014 :

قد هدفت إلى دراسة العلاقة بين اضطراب الهلع المصاحب بحددة فى أعراض القلق وجودة الحياة لدى الأفراد الذين ينتابهم الصداع ، حيث أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها ١٠٠ من المرضى بواقع ٢٤ ذكرو ٧٦ أنثى وتراوحت أعمارهم ما بين ١٨- ٦٠ عاما ويشكون من الصداع مدة لا تقل عن ثلاث أشهر، وقد أجريت الدراسة فى الفترة من أبريل ٢٠١٢ : يوليو ٢٠١٢ فى العيادات الخارجية بمستشفى الرعاية الثانية ، كما تم استبعاد مرضى الفصام ، اضطراب ثنائى القطبية ، ضعف الإدراك ، غير القادرين على الردود اللفظية ، الأمراض المزمنة ، الذين يتناولون مضادات الاكتئاب والذهان أو الأدوية المضادة للقلق كما تم استبعاد أسباب الصداع الثانوى الناجمة عن الأمراض العضوية ، إصابات الرأس ، اضطراب الأوعية الدموية وقد قام الباحثون بإجراء مقابلة مع المفحوصين (جمع معلومات عن العمر ، الجنس ، الإقامة ، الدين ، الحالة الاجتماعية ، التعليم ، الوضع الاجتماعى والاقتصادى ، تسجيل مدة وخصائص الصداع (مثل آلام ممتدة ، مختلطة) بالإضافة الى التعرف على التاريخ العائلى لمرضى الصداع أو أى أمراض نفسية أخرى ، قد قسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات وفقا لشدة الأعراض:

« مجموعة القلق المعتدل ن = ٣٣ .

« مجموعة القلق من معتدل إلى متوسط ن = ٢٤ .

« مجموعة القلق من متوسط إلى حاد ن = ٤٣ .

وقد تمثلت أدوات الدراسة فى المقابلة ، مقياس اضطراب القلق ، مقياس هاميلتون للقلق، مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية ومقياس VAS لتسجيل شدة الصداع وتم معالجة البيانات إحصائيا عن طريق اختبار كروسكال ، مان-وتنى وأسفرت النتائج عن :

« أن تكرار اضطراب الهلع بين المرضى الذين يعانون من الصداع بلغ ٦٧% .
« أظهر الذين يعانون من الصداع اليومي واضطراب الهلع سواء المصاحب أو غير المصاحب برهاب الأماكن المفتوحة نقاط مرتفعة على مقياس هاميلتون لحدة القلق ،وكما أظهروا جودة حياة منخفضة مقارنة بغيرهم .

• تعقيب على الدراسات السابقة :

بعض من الدراسات أجريت على عينات إكلينيكية فقط مثل دراسة :
Barrera , T. L. & Norton ,P.J. 2009 و Hollified ,M.,et al., 1997
والبعض الآخر أجرى على عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية صغيرة مثل:
دراسة 2005 Carrera , M., et al., ودراسة 2000 Rubin , H.C., et al .
ودراسة 2007 Altinlas , E. B. R.U., et al., كل الدراسات السابق ذكرها لم تتطرق إلى عينة البحث عدا دراسة 2008 Melo – Neto , V. L., et al.,
العينات التى أجريت عليها الدراسات السابقة ذكرها كانت من الذكور والإناث .
خلو البيئة العربية من دراسة تطرقت إلى موضوع البحث الحالى .

• فروض البحث :

وفى ضوء ما سبق يمكن صياغة فروض البحث كالتالى :

« توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها بأبعادها .
« لا توجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) وبين متوسط درجات المدخنين ومتوسط درجات غير المدخنين فى اضطراب الهلع .
« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات المدخنين ومتوسط درجات غير المدخنين فى جودة الحياة بأبعادها .
« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات مرتفعى التدخين ومتوسط درجات منخفضى التدخين فى اضطراب الهلع .
« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات مرتفعى التدخين ومتوسط درجات منخفضى التدخين فى جودة الحياة بأبعادها .
« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات مرتفعى التعليم ومتوسط درجات منخفضى التعليم فى جودة الحياة بأبعادها .
« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات أفراد العينة فى اضطراب الهلع ترجع إلى اختلاف العمر .
« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات أفراد العينة فى جودة الحياة ترجع إلى اختلاف العمر .

« لا توجد فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة فى المجموعات الثلاث للبحث على مقياس الهلع ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر- ريف) وكمية التدخين (غير مدخن -أقل من علبة- علبة فأكثر)

« لا توجد فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة فى المجموعات الثلاثة للبحث على مقياس جودة الحياة ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر- ريف) وكمية التدخين (غير مدخن - أقل من علبة- علبة فأكثر) .

• إجراءات البحث :

• عينة البحث :

تكونت عينة البحث من (٤٦٨) ذكرا من المدخنين وغير المدخنين بواقع (٣٠٨) مدخنا ، (١٦٠) غير مدخن ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين ٢٥- ٤٥ عاما

• أدوات البحث :

• مقياس اضطراب الهلع :

قامت الباحثتان بتصميم مقياس اضطراب الهلع يتكون من ٣٩ بندا يجب عنها ضمن ثلاث بدائل هى دائما -أحيانا - نادرا وقد مرت مراحل إعداد المقياس بما يلى :

• المرحلة الأولى :

تم الاطلاع على بعض الكتب والمراجع المتخصصة للتعرف على أعراض اضطراب الهلع مثل ICD-10 - 1993 و D S M-I V 2000 ودراسات سابقة تناولت اضطراب الهلع ، كما تم الاطلاع على بعض المقاييس التى صممت لقياس اضطراب الهلع ، مثل مقياس الدلالة الإكلينيكية التشخيصية للهلع لزينب شقير(٢٠٠٥) استبانة معتقدات الهلع والخوف لأرون بيك وآخرون (٢٠٠٢) مقياس اضطراب الهلع (Shear, M.K., et al (1997)

« تم عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين فى مجال الصحة النفسية وعلم النفس لإجراء التعديلات المناسبة ومعرفة مدى ملائمة العبارة أو البند
« المرحلة الثانية : بعد إجراء التعديلات على بعض بنود المقياس طبق على عينة مكونة من ٦٠ فردا للتأكد من صلاحية المقياس للقياس

• مبررات إعداد المقياس :

قلة المقاييس التى تم إعدادها لقياس اضطراب الهلع غير المصاحب بالخوف من الأماكن المفتوحة سواء فى البيئة العربية أو الأجنبية رغم أن اضطراب الهلع أصبح من الأمراض النفسية التى باتت معدل انتشارها فى تزايد ملحوظ بسبب الضغوط التى يعانى منها أفراد المجتمع ، تزايد أعداد المدخنين والذى يعد عامل خطورة ومنبئ عن استعداد الشخص المدخن إلى الإصابة به .

• ويهدف هذا المقياس إلى :

« سد النقص فى الأدوات التى تتصدى لقياس الخاصية المراد قياسها وهى اضطراب الهلع .

« التأكد من مدى فعالية الأعراض الواردة فى DSM - IV .

« التعرف على وجود اضطراب الهلع لدى عينة البحث .

• الخصائص السيكومترية للمقياس :
• الصدق :

قامت الباحثتان بحساب معامل ارتباط كل عبارة بالمجموع الكلي للمقياس وبين الجدول التالي معاملات الصدق الداخلى لعبارات مقياس الهلع طبق المقياس على عينة بلغ قوامها ٦٠ فردا .

جدول (١) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية في مقياس الهلع (ن = ٦٠)

رقم العبارة	قيمة ر	مستوى الدلالة	رقم العبارة	قيمة ر	مستوى الدلالة	رقم العبارة	قيمة ر	مستوى الدلالة
١	٠.٥٩٦	٠.٠١	١٤	٠.١٧٤	٠.١٨٣	٢٧	٠.٦٧٩	٠.٠١
٢	٠.٥٠٥	٠.٠١	١٥	٠.٥٧٩	٠.٠١	٢٨	٠.٤٥٣	٠.٠١
٣	٠.٦١٩	٠.٠١	١٦	٠.٣٥٠	٠.٠١	٢٩	٠.٥١٠	٠.٠١
٤	٠.٥٥٢	٠.٠١	١٧	٠.٣١٠	٠.٠٥	٣٠	٠.٣٥٧	٠.٠١
٥	٠.٥١٠	٠.٠١	١٨	٠.٤٨٥	٠.٠١	٣١	٠.٣٨١	٠.٠١
٦	٠.٤٨٤	٠.٠١	١٩	٠.٥٢٣	٠.٠١	٣٢	٠.٦٠٠	٠.٠١
٧	٠.٥٢٠	٠.٠١	٢٠	٠.٥٢٧	٠.٠١	٣٣	٠.٤٧٠	٠.٠١
٨	٠.٣٠٤	٠.٠٥	٢١	٠.٤٩٣	٠.٠١	٣٤	٠.٣٠٠	٠.٠٥
٩	٠.٥٣٩	٠.٠١	٢٢	٠.٦٠٥	٠.٠١	٣٥	٠.٣٨٧	٠.٠١
١٠	٠.٢٨٧	٠.٠١	٢٣	٠.٣٥٣	٠.٠١	٣٦	٠.٤٤٥	٠.٠١
١١	٠.٢٢٢	٠.٠٨	٢٤	٠.٢٧٣	٠.٠٥	٣٧	٠.١٨٣	٠.١٦١
١٢	٠.٣٨٩	٠.٠٥	٢٥	٠.٥٣٥	٠.٠١	٣٨	٠.٣٧٦	٠.٠١
١٣	٠.٦١٤	٠.٠٥	٢٦	٠.٥٩١	٠.٠١	٣٩	٠.٤٧٠	٠.٠١

مستوى الدلالة عند (٠.٠١) = ٠.٣٢٥ ، (٠.٠٥) = ٠.٢٥٠

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، (٠.٠٥) وبالتالي فهي مقبولة ما عدا العبارات (١١) ، (١٤ ، ٣٧) فهي غير دالة وبالتالي يمكن حذفها ، وبذلك أصبحت الصورة النهائية للمقياس ٣٦ عبارة

• الثبات :

تم حساب الثبات باستخدام معامل ألفا لكرونباك وقد بلغ معامل الثبات ٠.٩٤ وهو معامل مرتفع ودال إحصائياً مما يدعو للثقة في صحة النتائج

جدول (٢) يوضح معاملات الارتباط لعبارات المقياس (ن = ٦٠)

معامل الارتباط بعد التصحيح	معامل الارتباط قبل تصحيح سبيرمان- براون	البيد الدرجة الكلية المقياس ككل
٠.٩٤	٠.٨٨٣	

وقد بلغ معامل الثبات للمقياس (٠.٩٤) وهو معامل دال إحصائياً يدعو للثقة في صحة النتائج.

مقياس جودة الحياة لـ رايف Ryff تعريب نبيل الزهار وآخرون (٢٠٠٩) يتألف المقياس من ٨٤ مفردة بواقع ١٤ مفردة لكل بعد من الأبعاد الستة ويستجيب المفحوص عن طريق اختيار بديل من ستة بدائل وفق أسلوب ليكرت ، وقد قام نبيل الزهار وآخرون بتعريب المقياس وتعديل صياغة مفردات المقياس بما يتناسب

مع طبيعة المجتمع المصري ، كما تم تعديل طريقة الاستجابة على المقياس لتكون ثلاث بدائل بدلاً من ستة (دائماً - أحياناً - نادراً) ويحصل الفرد على ثلاث درجات ودرجتان ودرجة على الترتيب للمفردات المصاغة في الاتجاه الموجب والعكسي في الاتجاه السالب .

• الخصائص السيكومترية للمقياس :

صدق المقياس قامت معدة المقياس بالتحقق من صدقه من خلال :

• الصدق العاملي:

حيث طبق المقياس على عينة من الراشدين بلغ قوامها ١١٠٨ وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي تأييدا لنموذج العوامل الستة ما بين ٠.٢٤ و ٠.٨٥ .

• الصدق التلازمي:

تم حساب معاملات الارتباط بين المقياس ومقياس الرضا عن الحياة حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين ٠.٩٧ و ٠.٩٩ وقد قام معربوا المقياس بحساب الصدق في البيئة المصرية من خلال الصدق العاملي، حيث طبق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ قوامها ٥٠٠ تلميذ وتلميذة وقد أسفر التحليل العاملي عن ستة عوامل وحذف ١٤ مفردة حيث كان تشبعاتها أقل من ٠.٣ وأصبح المقياس في صورته النهائية مكونا من ٧٠ عبارة. وفي البحث الحالي قامت الباحثتان بحساب الصدق من خلال صدق الاتساق الداخلي حيث طبق المقياس على عينة بلغ قوامها ٦٠ فردا .و قامت الباحثتان بحساب معامل ارتباط درجة كل عبارة بالمجموع الكلي لعبارات كل بعد . ويبين الجدول التالي معاملات الصدق الداخلي لعبارات مقياس جودة الحياة.

جدول (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد التي تنتمي إليه في مقياس جودة الحياة (ن = ٦٠)

البعد الأول ثقيل الذات		البعد الثاني الكفاءة البيئة		البعد الثالث الحياة الهادفة	
رقم العبارة	قيمة ر	رقم العبارة	قيمة ر	رقم العبارة	قيمة ر
٢٥	٠.٠٤١	١	٠.٢٥١	٨	٠.٦٤٠
٣٣	٠.٢٨٩	٣	٠.٣٠١	٢٦	٠.٤٠٦
٣٥	٠.٣٠٣	٤	٠.٢٨٥	٢٩	٠.٦٥٨
٤١	٠.٢٧٤	١١	٠.٤٠٥	٣١	٠.٤١١
٤٥	٠.١٣١	١٢	٠.٢٥٧	٣٢	٠.٥٦٤
٦١	٠.٤٥٣	١٥	٠.٥٥٠	٣٤	٠.٤٧٤
٦٢	٠.٣٧٨	١٧	٠.٤٧٣	٣٦	٠.٢٦٠
٦٣	٠.٦٤٨	٢٢	٠.٢٦٣	٥٢	٠.٢٨٩
٦٥	٠.٥٠٤	٢٤	٠.٣٤٣	٥٥	٠.٤٧١
٦٧	٠.٤٥١	٢٧	٠.١٢٤	٥٦	٠.٢٧١
٦٨	٠.٥٣٤	٢٨	٠.٣٥٢	٥٧	٠.٣٧٤
٦٩	٠.٣٧٨	٣٠	٠.٣٠٥	٥٩	٠.٤٣٣
٧٠	٠.٤٦١			٦٠	٠.٤٦٩

مستوى الدلالة عند (٠.٠١) ، ٠.٣٢٥ = (٠.٠٥) ، ٠.٢٥٠ =

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، (٠.٠٥) وبالتالي فهي مقبولة عدا العبارات رقم (٢٥) - (٢٧-٤٥) .

تابع جدول (٤): معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد التي تنتمي إليه في مقياس جودة الحياة (ن = ٦٠)

البعد السادس الاستقلال الذاتي			البعد الخامس العلاقات الإيجابية مع الآخر			البعد الرابع التطور الشخصي		
مستوى الدلالة	قيمة ر	رقم العبارة	مستوى الدلالة	قيمة ر	رقم العبارة	مستوى الدلالة	قيمة ر	رقم العبارة
٠.٠٥	٠.٣٨٦	١٣	٠.٠٥	٠.٣٠٩	٢	٠.٠١	٠.٤٥٦	٣٧
٠.٠١	٠.٥٤٩	١٤	٠.٠٥	٠.٢٥٦	٥	٠.٠١	٠.٦٢٥	٣٨
٠.٠١	٠.٥٧٤	١٦	٠.٠٥	٠.٢٥٩	٦	٠.٠١	٠.٥٦٠	٤٠
٠.٠١	٠.٣٣٥	١٨	٠.٠١	٠.٤٢٦	٧	٠.٠٥	٠.٥٤١	٤٢
٠.٠١	٠.٤٥٣	١٩	٠.٧٦	٠.٠٤٠	٩	٠.٠١	٠.٦٦٠	٤٣
٠.٠١	٠.٣٣٩	٢٠	٠.٠١	٠.٣٣٩	١٠	٠.٠١	٠.٧٠٥	٤٤
٠.٠٥	٠.٣٠٣	٢١	٠.٤٣	٠.١٢٠	٣٩	٠.٠١	٠.٤٥٨	٤٦
٠.٠٥	٠.١٧٤	٢٣	٠.٠١	٠.٤٢١	٤٨	٠.٠١	٠.٥٢٦	٤٧
٠.٠١	٠.٤٢٧	٦٦	٠.٠٥	٠.٣١٢	٤٩			
			٠.٠١	٠.٤٠٨	٥٠			
			٠.٠٥	٠.٢٧٩	٥١			
			٠.٠١	٠.٤٨٢	٥٣			
			٠.٠٥	٠.٢٧٢	٥٤			
			٠.٠١	٠.٣٢٩	٥٨			

مستوى الدلالة عند (٠.٠١) = ٠.٣٢٥ ، (٠.٠٥) = ٠.٢٥٠

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، (٠.٠٥) وبالتالي فهي مقبولة ما عدا العبارة ورقم (٩ - ٣٩) فأمكن حذفها نظراً لعدم دلالتها، وبذلك أصبحت الصورة النهائية للمقياس ٦٥ عبارة. ثم قامت الباحثتان بحساب الصدق الداخلي لعبارات المقياس وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل عامل والدرجة الكلية للمقياس كما يتضح في الجدول التالي :

جدول (٥): معاملات ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية	الأبعاد
٠.٥٨٢ **	الأول
٠.٥٠٣ **	الثاني
٠.٥٣٦ **	الثالث
٠.٤٣٧ **	الرابع
٠.٤٤٠ **	الخامس
٠.٥٣٧ **	السادس

** مستوى الدلالة عند (٠.٠١) = ٠.٣٢٥ ، (٠.٠٥) = ٠.٢٥٠

• ثبات المقياس :

قامت معدة المقياس بحساب ثبات المقياس بطريقتين الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباك ، حيث قامت معدة المقياس بحساب ثبات المقياس باستخدام ألفا لكرونباك ، حيث تراوحت قيم معاملات الثبات ما بين ٠.٨٣ إلى ٠.٩١

• الثبات بطريقة إعادة الاختبار:

وقد تراوحت قيم معاملات الثبات للأبعاد ما بين ٠.٨١ ، ٠.٨٨ ، وللمقياس ككل (٠.٩٢) وقام معربوا المقياس بحساب الثبات بطريقتين طريقة ألفا لكرونباك وقد تراوحت قيم معاملات الثبات للأبعاد الستة ما بين ٠.٧٢ و ٠.٨٣

الثبات بطريقة إعادة الاختبار، حيث تراوحت قيم معاملات الثبات للأبعاد ما بين ٠.٧٦ و ٠.٨١ ، وللدرجة الكلية ٠.٨٣ وقامت الباحثتان بحساب الثبات باستخدام معامل ألفا لكرونباك وقد بلغ معامل الثبات ٠.٨٦٦ وهو معامل مرتفع ودال إحصائياً مما يدعو للثقة في صحة النتائج

جدول (٦): يوضح معاملات الارتباط لعبارات المقياس (ن = ٦٠)

معامل الارتباط بعد التصحيح	معامل الارتباط قبل تصحيح سبيرمان-براون	البعد الدرجة الكلية المقياس ككل
٠.٨٦	٠.٧٤٧	

وقد بلغ معامل الثبات للمقياس (٠.٨٦) وهو معامل دال إحصائياً يدعو للثقة في صحة النتائج

• الأساليب الإحصائية :

- ◀◀ معامل الارتباط الرتب لسبيرمان - براون . اختبارات .
- ◀◀ معامل ارتباط ألفا لكرونباك .
- ◀◀ تحليل التباين - اختبار شيفيه

• نتائج البحث ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها " . وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب معامل الارتباط بين اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث والتي يحددها الجدول التالي :

جدول (٧) : معاملات الارتباط بين بين اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث (ن= ٤٦٨)

معامل الارتباط	الالتواء	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد الأول
٠.١٧٤- **	٠.٠٠٦-	٥.١١	٢٦.٣٠	الأول
٠.١٣٦- *	٠.٣٢٧-	٤.٤١	٢٤.٢٣	الثاني
٠.١٨٦- **	٠.٢٧١-	٤.٨٠	٢٩.٧١	الثالث
٠.١١٠- *	٠.٥٢٦-	٣.٤٢	١٩.٠٧	الرابع
٠.١٠١- *	٠.٠٩٤-	٦.٥١	٢٨.٥٧	الخامس
٠.٢٣٢- **	٠.٠٥٥-	٣.٥٥	١٧.٧٥	السادس
٠.٣٠٢- **	٠.٥٠٩-	١٤.٠٣	١٤٥.٦٥	الدرجة الكلية

❖ دال عند مستوى ٠.٠٥ ❖ دال عند مستوى ٠.٠١ ❖ القيمة الجدولية ٠.١٠١ عند ٠.٠٥ ، ٠.١٤٢ عند مستوى ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بلغت - ٠.٣٠٢ ، وهو دال عند مستوى ٠.٠١ مما يدل على وجود علاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة بأبعادها لدى عينة البحث.

تتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (Hollifield, M., et al (1997) والتي أشارت إلى أن الحالات المصابة باضطراب الهلع أكثر قابلية وعرضة للمتسويات المرتفعة من الإعاقة وخاصة مع تقدم العمر، كما يغلب عليهم بوضوح التدهور في الوظائف الجسدية وخاصة مع تقدم العمر مما يعنى أن العجز أو الإعاقة في الصحة العامة ترتبط باضطراب الهلع والسن، ودراسة (Rubin, H.C., et al (2000) والتي أشارت إلى أن جودة الحياة تقل لدى مرضى اضطراب الهلع، ودراسة (S J, K., et al (2001) والتي أشارت إلى انخفاض جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع، وكذلك دراسة (Carrera, M., et al (2005) والتي أشارت إلى أن مرضى اضطراب الهلع لديهم نسبة مرتفعة من الإعاقة مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكذلك دراسة (Altintas, .B.R.U., et al (2007) والتي أسفرت عن أن جودة الحياة لدى مجموعة مرضى اضطراب الهلع المصحوب بالرهاب من الأماكن المفتوحة كانت أكثر سوءاً مقارنة بمرضى اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المفتوحة، وكذلك دراسة (Simon, N. M., et al (2002) والتي أشارت إلى أن مرضى الهلع كانوا أكثر إعاقة في الوظائف البدنية والدور البدني، والصحة النفسية وكذلك دراسة (Barrera, T. L .,& Norton, P. J., (2009) والتي أشارت إلى التأثير السلبي لاضطراب القلق العام، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الهلع على جودة الحياة وكذلك دراسة (Melo - Neto, V. L ., et al (2009) والتي أشارت إلى أن تشخيص اضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن المفتوحة هو عامل يرتبط بوضوح بالدرجات المتدنية للأبعاد الأربعة لجودة الحياة، كما أن اضطراب الهلع له تأثير سلبي على الوظائف الجسدية والنفسية، كما أن انخفاض المساعدات الاجتماعية أحد المؤشرات الدالة على انخفاض وتدهور جودة الحياة. وكذلك دراسة (Davidoff, J., et al (2012) والتي أسفرت عن وجود إعاقات نفسية وقصور في الصحة النفسية لدى المصابين باضطراب الهلع مقارنة بغير المصابين كما أن اضطراب الهلع يؤثر على العديد من وجوه الحياة (الاجتماعية، المهنية النفسية، العاطفية) كما أن اضطراب الهلع يرتبط بالإعاقة وتظهر الإعاقة بدرجة خفيفة الى متوسطة في العديد من أوجه الحياة. وكذلك دراسة (Ratnani, I., et al (2014) والتي أظهرت انخفاض جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع مقارنة بغيرهم. وتفسر الباحثان ذلك وهو وجود علاقة بين اضطراب الهلع وجودة الحياة لدى عينة البحث بسبب الآثار السلبية التي يسببها اضطراب الهلع وتزداد هذه الآثار مع وجود التدخين وقد سبق الإشارة إلى هذه الآثار في مقدمة البحث وكذلك في الاطار النظري للبحث .

• الفرض الثاني :

لا توجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات المدخنين ومتوسط درجات غير المدخنين في اضطراب الهلع .

وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب الفروق باستخدام اختبار (ت) بين متوسطى درجات مجموعة المدخنين ومجموعة غير المدخنين في اضطراب الهلع والتي يحددها الجدول التالي :

جدول (٨): نتائج اختبار النسبة التائية بين درجات مجموعة المدخنين ومجموعة غير المدخنين في اضطراب الهلع

البعد	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الفرق بين القياسين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة "ت"
الدرجة الكلية	غير المدخنين	١٦٠	٥٣,٢٣	١١,٧٣	٢٢,٣٥	١,٧٨	**١٢,٥٥
	المدخنون	٣٠٨	٧٥,٥٨	٢٠,٩١			

♦♦ دال عند مستوى ٠.٠١

♦ القيمة الجدولية عند مستوى (٠.٠٥) وبدرجات حرية ٤٦٦ = ١.٩١، وعند (٠.٠١) = ٢.٥٠

ويتضح من الجدول السابق : أن قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وأن متوسط درجات مجموعة المدخنين بلغ (٧٥.٥٨) في الدرجة الكلية، بينما بلغ متوسط الدرجات في مجموعة غير المدخنين (٥٣.٢٣) في الدرجة الكلية، وأن قيمة النسبة التائية المحسوبة (١٢.٥٥) للدرجة الكلية أكبر من الجدولية عند مستوى (٠.٠١) حيث تبلغ (٢.٥٠) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المدخنين في الدرجة الكلية، وهذا يعد مؤشراً على ارتفاع الهلع لدى المدخنين. وهذا يعني رفض الفرض الصفري تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات مثل:

دراسة (Amering , M.,et al 1999) والتي أشارت إلى أن التدخين عامل مسبب للإصابة باضطراب الهلع كما أنه يؤدي إلى زيادة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية لدى مرضى الهلع ، كما أن المدخنين كانوا أكثر قلقاً من غير المدخنين كما أشارت النتائج إلى أن ٨٧٪ ن = ٥٧ من إجمالي النسبة ٧٣ مريضاً مدخناً قد أقروا بأن اضطراب الهلع قد أثر على سلوك التدخين لديهم، حيث أن ١٩٪ منهم أقروا أنهم يدخنون أكثر بسبب اضطراب الهلع ن = ١٦ ، بينما ٥٥٪ ن = ٣١ قد أقروا سيققلون من التدخين لنفس السبب ، ٢٦٪ ن = ١٥ قد توقفوا عن التدخين بسبب اضطراب الهلع .

ودراسة (MC Cabe., et al. (2004) والتي أشارت إلى أن هناك علاقة بين التدخين واضطراب الهلع حيث أن المدخنين سجلوا درجات مرتفعة مقارنة بغير المدخنين على مقياس القلق العام واضطراب الهلع والاكتئاب وقد أشارت النتائج أن الاختلاف في درجات القلق بين المدخنين مقارنة بغير المدخنين كان ملحوظاً ، كما أن مجموعة الهلع كانوا أكثر ميلاً عن غيرهم في المجموعات الأخرى لأن يبلغوا عن شراهة التدخين (أكثر من ١٠ سجائر يومياً)،

ودراسة (Zvolensky, M.J., et al (2003) والتي أشارت أن التدخين يؤثر على اضطراب الهلع بسبب الآثار السلبية للتدخين لدى مرضى اضطراب الهلع وخاصة فيما يتعلق بالإعاقة الوظيفية والانفعالية والعاطفية والجسدية ، كما أشارت نتائج الدراسة إلى معاناة ذوي اضطراب الهلع من ارتفاع كبير في القلق الحاد وإعاقات اجتماعية أكثر من غيرهم، وكذلك تسجلهم درجات مرتفعة على مقياس حدة اضطراب الهلع مقارنة بغيرهم (غير المدخنين) . ودراسة

Goodwin , R. & Hamilton, S.P. (2002) والتي أشارت إلى وجود ارتباط بتدخين السجائر ونوبات الهلع ، فالتدخين المنتظم للسجائر يعد من عوامل الخطورة وبدرجة كبيرة للإصابة بنوبات الهلع وكذلك دراسة Kalman , D. (2005 . P. 110) et al والتي أشارت إلى أن التدخين وبصفة يومية ينبئ عن بداية حدوث نوبات الهلع وليس العكس وكذلك دراسة (Isensee, B.,et al (2003) التي أشارت إلى أن التدخين اليومي يزيد من خطر الإصابة فى وقت لاحق بنوبات الهلع أو اضطراب الهلع، كما أن نوبات الهلع واضطراب الهلع ازدادت مع زيادة حالة التدخين مقارنة بغير المدخنين ودراسة (Knuts, I . J . E) et al (2010) ، والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين فى القلق ، إلا أن المدخنين كان لديهم زيادة ملحوظة فى أعراض الهلع مقارنة بغير المدخنين .

وتعارض نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Freire, R.C. et al (2007) والتي أسفرت عن عدم وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين فيما يتعلق بشدة اضطراب الهلع ، ومع ذلك كان معدل انتشار الاكتئاب أكثر لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين ، وكذلك دراسة (Morissette , S . B ., et al 2006) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين فى اضطراب الهلع ، وتفسر الباحثان نتيجة الدراسة الحالية والتي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المدخنين مقارنة بغير المدخنين بأن ذلك راجع إلى أن التدخين له العديد من الآثار السلبية حيث تحتوى السجائر على عدة عناصر منها النيكوتين الذى يؤدي فور وصوله إلى الدم إلى إحداث مجموعة من التغيرات منها ارتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب ، سرعة التنفس، شعور بالبرودة فى الأقدام ، الدوخة والغثيان ،بالإضافة إلى استرخاء العضلات ،بالإضافة إلى أنه يجعل الشخص عرضة للسعال فجميع ما سبق يجعل الشخص أكثر عرضة لحدوث نوبات من الهلع ومن ثم الإصابة باضطراب الهلع . (سمير أبو حامد ، Bollinger , L.C.et al ., 2007: 21) (٤٦ : ٢٠٠٩

كما يشير (Knuts , I , J . E . e t al., (2010: 215) إلى أن تدخين السجائر يزيد من مخاطر تطور اضطراب الهلع ويرجعوا ذلك إلى احتواء السجائر على غاز أول أكسيد الكربون وهو محفز أساسى للهلع ، كما أنه يقلل من كفاءة كرات الدم الحمراء فى نقل الأكسجين .

• الفرض الثالث :

لا توجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات المدخنين ومتوسط درجات غير المدخنين فى جودة الحياة بأبعادها .

وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب الفروق باستخدام اختبار (ت) بين متوسطى درجات مجموعة المدخنين ومجموعة غير المدخنين فى جودة الحياة بأبعادها والتي يحددها الجدول التالي :

جدول (٩): نتائج اختبار النسبة التائية بين درجات مجموعة المدخنين ومجموعة غير المدخنين فى جودة الحياة بأبعادها

البيد	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الفرق بين القياسين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
١- تقبل الذات	غير المدخنين	١٦٠	٢٦.٤٩	٤.٧٤	٠.٢٨٦	٠.٤٩٨	٠.٥٧٣	٠.٥٦٧
	المدخنون	٣٠٨	٢٦.٢١	٥.٢٩				
٢- الكفاءة البيئية	غير المدخنين	١٦٠	٢٥.١٤	٣.٩١	١.٣٨٧	٠.٤٢٥	**٣.٢٦١	٠.٠١
	المدخنون	٣٠٨	٢٣.٧٥	٤.٥٨				
٣- عامل الحياة الهادفة	غير المدخنين	١٦٠	٣٠.٩٣	٤.١٧	١.٨٥٩	٠.٤٦٠	**٤.٠٤٠	٠.٠١
	المدخنون	٣٠٨	٢٩.٠٧	٤.٩٨				
٤- التطور الشخصي	غير المدخنين	١٦٠	١٩.٤٩	٣.٠٤	٠.٦٣٩	٠.٣٣٢	١.٩٣	٠.٠٦
	المدخنون	٣٠٨	١٨.٨٥	٣.٥٨				
٥- العلاقة الايجابية	غير المدخنين	١٦٠	٢٩.٤٤	٦.٦٧	١.٣١١	٠.٦٣٣	*٢.٠٧١	٠.٠٥
	المدخنون	٣٠٨	٢٨.١٣	٦.٤٠				
٦- الاستقلال الذاتي	غير المدخنين	١٦٠	١٧.٨٥	٣.٠٣	٠.١٣٨	٠.٣٤٦	٠.٤٠١	٠.٦٨٩
	المدخنون	٣٠٨	١٧.٧١	٣.٨٠				
الدرجة الكلية	غير المدخنين	١٦٠	١٤٩.٣٥	١٢.٥٦	٥.٦٢٣	١.٣٤٤	**٤.١٨٣	٠.٠١
	المدخنون	٣٠٨	١٤٣.٧٣	١٤.٣٨				

القيمة الجدولية عند مستوى (٠.٠٥) وبدرجات حرية ٣٠٣ = ١.٩٧، وعند (٠.٠١) = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) و أن متوسط درجات مجموعة المدخنين بلغ (١٤٣,٧٣) في الدرجة الكلية، بينما بلغ متوسط الدرجات في مجموعة غير المدخنين (١٤٩,٥٣) في الدرجة الكلية، وأن قيمة النسبة التائية المحسوبة (٤.١٨٣) للدرجة الكلية أكبر من الجدولية عند مستوى (٠.٠١) حيث تبلغ (٢.٦٠) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح غير المدخنين في الدرجة الكلية، وكذلك كانت دالة في بعدي عامل الحياة الهادفة، والكفاءة البيئية، في حين كانت دالة عند مستوى (٠.٠٥) في بعد العلاقة الايجابية مع الآخرين، وهذا يعد مؤشراً على ارتفاع جودة الحياة في الدرجة الكلية لدى غير المدخنين. بينما لا يوجد فروق دالة في أبعاد تقبل الذات، التطور الشخصي، الاستقلال الذاتي.

ويعنى هذا رفض الفرض الصفري جزئياً وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Srivastava, S., et al 2009) والتي أشارت إلى انخفاض ذي دلالة فى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين، كما سجلت المدخنات مزيداً من الانخفاض فى جودة الحياة مقارنة بغير المدخنات، وكذلك دراسة (TavaFian, S., et al (2009) والتي أسفرت عن أن متوسط درجات المسح الصحى المستخدم لقياس جودة الحياة لدى مدخني الغليون كانت أقل من غير المدخنين على الأبعاد السبعة من الثمانى وكانت الحالة الصحية سيئة إلى حد كبير مقارنة بغير المدخنين، وفى النهاية فإن الدراسة تشير إلى أن تدخين الغليون يرتبط بشكل ملحوظ مع انخفاض جودة الحياة.

ودراسة (Coste, J., et al (2014) والتي أسفرت عن وجود علاقة مستقلة بين التدخين وجودة الحياة المتعلقة بالصحة مع وجود فروق كبيرة وذلك وفقا لنمط وكمية التدخين بين الجنسين ، شاملة علاقات أو ارتباطات صغيرة إيجابية للتدخين الخفيف أو العارض مثل (سيجارة يوميا) أو ارتباطات سلبية وارتباطات أكثر ضعفا ومقدمات أعلى لجودة الحياة السلبية لدى النساء أكثر من الرجال ، كما أن المدخنين السابقين من الجنسين قد تحسنت لديهم جودة الحياة بعد مرور سنتين إلى خمس سنوات من الإقلاع عن التدخين . وفى النهاية فإن الدراسة تشير إلى ارتباط بين التدخين وجودة الحياة المتعلقة بالصحة مع وجود فروق وذلك وفقا لنمط وكمية التدخين، وتتعارض نتائج هذه الدراسة والدراسات السابق ذكرها مع نتائج دراسات أخرى مثل دراسة سارة أشواق (٢٠٠٩) والتي أشارت إلى عدم وجود علاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة وسلوك التدخين، وكذلك دراسة Roxanis, L., et al (2014) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدخنين وغير المدخنين على الأبعاد الرئيسية لجودة الحياة، ومع ذلك فإن التدخين كان له تأثير دال على بعدين هما الرضا عن الصحة العامة والرضا عن النوم حيث سجل المدخنين درجات منخفضة مقارنة بغير المدخنين على البعدين السابقين ، كما أن درجات النساء المدخنات كانت منخفضة فى كلا البعدين أكثر من المدخنين الذكور وكذلك(Becoña , N.E., et al (2013) والتي أشارت إلى عدم وجود علاقة بين الاعتماد على النيكوتين وجودة الحياة المتعلقة بالصحة فى البعد البدنى والعكس فى البعد النفسى حيث سجل المعتمدين على النيكوتين نقاط سيئة فى البعد النفسى لجودة الحياة .

وفى النهاية فإن الدراسة تشير إلى عدم وجود فروق بين المدخنين وغير المدخنين فى جودة الحياة المتعلقة بالصحة عندما تم السيطرة على الأمراض النفسية والبدنية .

وتفسر الباحثان وجود فروق بين متوسط درجات المدخنين وغير المدخنين فى جودة الحياة بسبب الآثار السلبية الناجمة عن التدخين فلقد أشارت دراسة (Tomioka, H., et al 2014:1) والتي أشارت إلى أن التدخين هو السبب الرئيسى للوفيات فى سن مبكرة حيث يقتل التبغ ما يقرب من ٦ ملايين شخص كل عام ويسبب خسائر تقرب ما يربو على النصف تريليون دولار سنويا ، كما أن المدخنين دائما ما يذكرون أنهم أفقر فى جودة الحياة بصفة عامة .

كما أشارت دراسة (Tan,N.C. et al (2012) إلى أن المدخنين يعانون من اضطرابات واضحة فى النوم مقارنة بغير المدخنين حيث أن النيكوتين يزيد من يقظة الفرد المدخن مما يؤدي إلى انخفاض قدرته على التعامل مع الإجهاد فيجعل الفرد عرضة للاضطراب الانفعالى ، بالإضافة إلى أن استمرار التدخين يؤدي إلى زيادة السعال الليلي ، ضيق التنفس ، ويشير محمد عابدين(ب ت: ١٦٢) إلى أن التدخين يتسبب فى حدوث أمراض فى الجهاز التنفسى والرئة وسرطان فى مختلف أجزاء الجسم الأداء الوظيفى العام للجسم ... الخ ، فكل ما سبق ذكره من شأنه أن يعزز تأثير التدخين على جودة الحياة لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين .

• الفرض الرابع :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات مرتفعي التدخين ومتوسط درجات منخفضة التدخين في اضطراب الهلع. وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب الفروق باستخدام اختبار (ت) بين متوسطي درجات مرتفعي التدخين ومتوسط درجات منخفضة التدخين في اضطراب الهلع والتي يحددها الجدول التالي :

جدول (١٠): نتائج اختبار النسبة التائية بين درجات مرتفعي التدخين ومتوسط درجات منخفضة التدخين في اضطراب الهلع

البيد	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الفرق بين القياسين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	المنخفضون	١٦٣	٧٦.٩٥	٢١.٩٠	٢.٨٩	٢.٣٨	١.٢١	٠.٢٢٦
	المرتفعون	١٤٥	٧٤.٠٥	١٩.٦٩				غير دالة

القيمة الجدولية عند مستوى (٠.٠٥) وبدرجات حرية $303 = 1.97$ ، وعند (٠.٠١) = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق : أن قيمة (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وأن متوسط درجات مجموعة المنخفضين بلغ (٧٦.٩٥) في الدرجة الكلية بينما بلغ متوسط الدرجات في مجموعة المرتفعين (٧٤.٠٥) في الدرجة الكلية ، وأن قيمة النسبة التائية المحسوبة (١.٢١) للدرجة الكلية أقل من الجدولية عند مستوى (٠.٠١) حيث تبلغ (٢.٦٠) مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية . وهذا يعني قبول الفرض الصفري تتفق هذه النتيجة مع دراسة Lopes, F.I., et al (964 : 2002) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي التدخين ومنخفضي التدخين في اضطراب الهلع حيث بلغت نسبة اضطراب الهلع لدى مرتفعي التدخين الذين يدخنون أكثر من ١١-٢٠ سيجارة يوميا ٦٦.٦٧% مقابل ٣٣.٣% ومع ذلك لم يكن الفرق ذا دلالة إحصائية بالرغم من زيادة أعداد مرتفعي التدخين مقابل منخفضي التدخين ، تتعارض هذه النتيجة مع دراسة Cohen, P (2001) والتي أشارت إلى أن الذين يدخنون بشدة أكثر عرضة من ٦-٨ مرات لتطور الأوجورافوبيا ، ٥، ٥ مرات لتطور اضطراب القلق العام ، ٥-٦ مرات لتطور اضطراب الهلع مقارنة بنظائريهم الذين يدخنون أقل من ٢٠ سيجارة في اليوم أو لا يدخنون .

وكذلك دراسة Isensee, B., et al (2003) والتي أشارت إلى أن نوبات الهلع واضطراب الهلع تزيد مع زيادة نسبة التدخين . وتفسر الباحثتان هذه النتيجة بأن اضطراب الهلع يعد دافعا للتدخين للحد من التأثير السلبي له ، ويتفق ذلك مع دراسة Amering , M., et al (1999) والتي أشارت إلى أن ٧٣ مريضا أقرروا بأن اضطراب الهلع قد أثر على سلوك التدخين لديهم، حيث أن ١٩% أقرروا أنهم يدخنون أكثر بسبب اضطراب الهلع ، لأن المدخنين بغض النظر عن كمية التدخين يدخنون بقصد التخلص من القلق بحجة أن التدخين يزيل التوتر والقلق وهذه حجة واهية ، إذ سرعان ما ينخفض مستوى النيكوتين في الجسم ويترتب على ذلك حدوث تغيرات مزاجية منها سرعة الانفعال والعصبية والغضب (فوقية رضوان ، ٢٠٠٦ : ١٨٠)

• الفرض الخامس :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات مرتفعي التدخين ومتوسط منخفضي التدخين في جودة الحياة بأبعادها . ولتحقق من هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب الفروق باستخدام اختبار (ت) بين متوسطي درجات مرتفعي التدخين ومتوسط درجات منخفضي التدخين في جودة الحياة بأبعادها والتي يحددها الجدول التالي :

جدول (١١) : نتائج اختبار النسبة التائية بين درجات مرتفعي التدخين ومتوسط درجات منخفضي التدخين في جودة الحياة بأبعادها

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الخطأ المعياري للفرق	متوسط الفرق بين القياسين	الاحراف المعياري	المتوسط	العدد	القياس	البعد
٠.٠٥	٢.٠٦١	٠.٦٠١	١.٢٤	٤.٣٦	٢٦.٧٩	١٦٣	المنخفضون	١- تقبل الذات
				٦.١٣	٢٥.٥٥	١٤٥	المرتفعون	
٠.١٩٣ غير دالة	١.٣٠٤	٠.٥٢٣	٠.٦٨٢	٤.٢٢	٢٣.٤٣	١٦٣	المنخفضون	٢- الكفاءة البيئية
				٤.٩٥	٢٤.١١	١٤٥	المرتفعون	
٠.٩٨٨ غير دالة	٠.٠١٥	٠.٥٦٩	٠.٠٠٨	٣.٨٩	٢٩.٠٦	١٦٣	المنخفضون	٣- عامل الحياة الهادفة
				٥.٩٨	٢٩.٠٧	١٤٥	المرتفعون	
٠.٦٣٨ غير دالة	٠.٤٧١	٠.٤٠٩	٠.١٩٣	٣.٠٥	١٨.٩٤	١٦٣	المنخفضون	٤- التطور الشخصي
				٤.١١	١٨.٧٥	١٤٥	المرتفعون	
٠.٠٠١	٦.٧٤٠	٠.٦٨٣	٤.٦٠	٦.٨١	٣٠.٢٩	١٦٣	المنخفضون	٥- العلاقة الايجابية
				٤.٨٨	٢٥.٦٨	١٤٥	المرتفعون	
٠.٧٠٥ غير دالة	١.٢٥٩	٠.٤٣٤	٠.٥٤٦	٣.٧٣	١٧.٤٥	١٦٣	المنخفضون	٦- الاستقلال الذاتي
				٣.٨٧	١٨.٠٠	١٤٥	المرتفعون	
٠.٠٠١	**٢.٩٦	١.٦٢	٤.٨٠	١٠.٩٤	١٤٥.٩٨	١٦٣	المنخفضون	الدرجة الكلية
				١٧.١٦	١٤١.١٨	١٤٥	المرتفعون	

القيمة الجدولية عند مستوى (٠.٠٥) وبدرجات حرية = ٣٠٣ = ١.٩٧ ، وعند (٠.٠١) = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وأن متوسط درجات مجموعة المنخفضين بلغ (١٤٥.٩٨) في الدرجة الكلية ، بينما بلغ متوسط الدرجات في مجموعة المرتفعين (١٤١.١٨) في الدرجة الكلية ، وأن قيمة النسبة التائية المحسوبة (٢.٩٦) للدرجة الكلية أكبر من الجدولية عند مستوى (٠.٠١) حيث تبلغ (٢.٦٠) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المنخفضين في الدرجة الكلية ، وكذلك كانت دالة في العلاقة الايجابية مع الآخرين ، في حين كانت دالة عند مستوى (٠.٠٥) في بعد تقبل الذات ، وهذا يعد مؤشراً على ارتفاع جودة الحياة في الدرجة الكلية لدى المنخفضين . كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة في أبعاد (الكفاءة البيئية ، تقبل الذات ، عامل الحياة الهادفة ، التطور الشخصي) .

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Coste, J., et al (2014) والتي أشارت إلى وجود ارتباطات أو علاقات مستقلة بين التدخين وجودة الحياة المتعلقة بالصحة مع وجود فروق كبيرة وفقاً لنمط وكمية التدخين بين الجنسين شاملة ارتباطات أو علاقات صغيرة إيجابية للتدخين الخفيف أو العارض مثل سيجارة يومياً أو ارتباطات سلبية أكثر ضعفاً ومقدمات أعلى لجودة الحياة السلبية لدى النساء أكثر من الرجال كما تحسنت جودة الحياة المتعلقة

بالصحة لدى المدخنين السابقين سواء كانوا ذكورا أو إناث بعد مرور سنتين إلى خمس سنوات من الإقلاع عن التدخين ولعل ذلك يرجع إلى الآثار السيئة والضارة للتدخين على الفرد فمن المنطقي أن التخفيف منه أو حتى الإقلاع عنه من شأنه أن يعزز ويحسن من جودة الحياة، أما بالنسبة للأبعاد والتي أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في أبعاد (الكفاءة البيئية- تقبل الذات- عامل الحياة الهادفة- التطور الشخصي) بين متوسطي درجات مرتفعي ومنخفضي التدخين ويرجع ذلك إلى أن التدخين له آثار سلبية سيئة على مرتفعي ومنخفضي التدخين تؤدي إلى انخفاض في قدرة الفرد على التوافق مع بيئته ومع الآخرين وعدم الرضا عن الذات والصراع والعدوانية فهو أي المدخن يضر نفسه والآخرين المحيطين به . وبالتالي تلاشت الفروق بين مرتفعي ومنخفضي التدخين (صفاء القبندى، ٢٠٠٩: ٢)

كما أشار عبدالله القصير (٢٠١١: ١٢٦) إلى أن التدخين يجعل للمدخن رائحة فم كريهة والتي تجعل الآخرين ينفرون منه فضلا عن العصبية وشرود الدهن وحب التسلط كما أن نشاطهم الذهني يكون أقل مقارنة بغير المدخنين . وقد أشارت فوكية رضوان (٢٠٠٦: ١٨٣) إلى أن التدخين له آثار سيئة تنعكس على أداء الفرد وعمله وإنتاجه فيؤدي ذلك إلى أضرار اجتماعية واقتصادية تشكل عبئا خطيرا على الدخل والاقتصاد القومي .

• الفرض السادس :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات مرتفعي التعليم ومتوسط درجات منخفضي التعليم في جودة الحياة بأبعادها . ولتحقق من هذا الفرض قامت الباحثتان بحساب الفروق باستخدام اختبار (ت) بين متوسطي درجات مرتفعي التعليم ومتوسط درجات منخفضي التعليم في جودة الحياة بأبعادها والتي يحددها الجدول التالي :

جدول (١٢): نتائج اختبار النسبة التائية بين درجات مرتفعي التعليم ومتوسط درجات منخفضي التعليم في جودة الحياة بأبعادها

البيد	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الفرق بين القياسين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
١- تقبل الذات	المرتفعون	٢٠٩	٢٥.٤٥	٥.٣٠	٠.٩٩٤	٠.٥٩٤	١.٦٧٣	غير دالة
	المنخفضون	١١٩	٢٦.٤٥	٤.٩٢				
٢- الكفاءة البيئية	المرتفعون	٢٠٩	٢٣.٩٧	٤.٧٣	٠.٨٣٩	٠.٥٢٣	١.٦٠٤	غير دالة
	المنخفضون	١١٩	٢٤.٨١	٤.٢٣				
٣- عامل الحياة الهادفة	المرتفعون	٢٠٩	٣٠.٠٠	٥.٢٩	٠.٠٢٤	٠.٥٧٦	٠.٠٤٢	غير دالة
	المنخفضون	١١٩	٣٠.٠٣	٤.٤٨				
٤- التطور الشخصي	المرتفعون	٢٠٩	١٩.٤١	٣.٦٤	٠.٦٠٤	٠.٤٠٢	١.٥٠٢	غير دالة
	المنخفضون	١١٩	١٨.٨١	٣.٢٤				
٥- العلاقة الايجابية	المرتفعون	٢٠٩	٢٨.٦٨	٧.١٥	٢.٩٣	٠.٧٢٩	٤.٠٢	٠.٠١
	المنخفضون	١١٩	٢٥.٧٥	٤.٦٣				
٦- الاستقلال الذاتي	المرتفعون	٢٠٩	١٧.٤١	٣.٧٠	٠.٦٠٢	٠.٤٠١	١.٥٠	غير دالة
	المنخفضون	١١٩	١٨.٠٠	٣.٠٩				
الدرجة الكلية	المرتفعون	٢٠٩	١٤٤.٩٥	١٥.٢١	١.٠٧	١.٦٤٦	٠.٦٥٠	غير دالة
	المنخفضون	١١٩	١٤٣.٨٧	١٢.٦٤				

القيمة الجدولية عند مستوى (٠.٠٥) وبدرجات حرية ٣٠٣ = ١.٩٧، وعند (٠.٠١) = ٢.٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وأن متوسط درجات مجموعة المرتفعين بلغ (١٤٤.٩٥) في الدرجة الكلية، بينما بلغ متوسط الدرجات في مجموعة المنخفضين (١٤٣.٨٧) في الدرجة الكلية، وأن قيمة النسبة التائية المحسوبة (٠.٦٥٠) للدرجة الكلية أقل من الجدولية عند مستوى (٠.٠١) حيث بلغت (٢.٦٠)، (٠.٠٥) حيث بلغت (١.٩٧) مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية، وكذلك كانت غير دالة في جميع الأبعاد، في حين كانت دالة عند مستوى (٠.٠١) في العلاقة الايجابية بين الآخرين، وهذا يعد مؤشراً على ارتفاع جودة الحياة في هذا البعد لدى مرتفعي التعليم، وهذا يعنى قبول الفرض الصفري

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Carrera, M. et al (2005) والتي أشارت إلى أن المتغيرات الديموجرافية (كالعمر- النوع- ومستوى التعليم- والحالة الزوجية - وحدة الأزمة - والقلق المرتقب) لم تضيف شيئاً للإعاقاة، وتتعارض هذه النتيجة مع دراسة (Hollifield, M. et al., (1997) والتي أشارت إلى أن المتغيرات التسع كانت مسئولة عن ٥٤% من التنوع في الإعاقاة أو العجز وكان أكثرها تأثيراً خمس متغيرات منها قلة التعليم كما أشارت الدراسة إلى أن انخفاض مستوى التعليم عامل مسئول عن تدهور جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع، وتشير الباحثتان إلى أن عدم وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي التعليم يرجع إلى الأزمات والصراعات السياسية والفكرية والاقتصادية التي مر بها المجتمع المصري كثورة ٢٥ يناير ٢٠١١، ثورة ٣٠ يونيو ٢٠١٣ ولتى لم تكن قاصرة على فئة أو جيل بعينه، وما تبع هذه الأحداث من انخفاض في المستوى الاقتصادي وعدم انتظام العمل في العديد من المؤسسات والمدارس والجامعات فضلاً عن الكساد الاقتصادي وانعدام الأمن وانتشار أعمال العنف والبلطجة وبالإضافة إلى ما شهده المجتمع المصري من احتجاجات واعتصامات والمطالب الفئوية التي تعبر عن آراء أصحابها فكل هذه الظروف التي مر بها المجتمع المصري كان لها أبلغ الأثر في انخفاض مستوى الصحة النفسية والتي تعد مؤشراً على جودة الحياة وظهور العديد من الاضطرابات نفسية، وأخيراً يمكن القول إذا كانت فئات المجتمع (مرتفعي-متوسطي-منخفضي) التعليم تعيش نفس الظروف، فمن الطبيعي أن تتلاشى الفروق وتكون معدومة .

أما وجود فروق بين متوسط درجات مرتفعي التعليم ومتوسط درجات منخفضي التعليم في بعد العلاقات الايجابية مع الآخرين أحد أبعاد جودة الحياة لصالح مرتفعي التعليم فيرجع ذلك إلى الأثر الإيجابي للتعليم، وانعكاس هذا الأثر على سلوك الأفراد فكلما ارتقى الفرد في تعليمه كلما كان له أبلغ الأثر في علاقاته الايجابية مع الأخر والتي تتمثل في كيفية التحدث مع مختلف الأفراد، اللباقة، الفطنة، كيفية ادارة الحوار، كيفية التعامل مع الأخر، إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، ويمكن القول أنه كلما ارتقى الفرد في تعليمه كلما انعكس ذلك إيجابياً في قدرة الفرد على تحقيق مستوى مرتفع من التوافق الاجتماعي .

• الفرض السابع :

لا توجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات أفراد العينة في اضطراب الهلع ترجع إلى اختلاف العمر .

الجدول التالي يوضح نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس الهلع .

جدول (١٢): نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس الهلع

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٦٢.٩٦٣	٢	٣١.٤٨٢	٠.٠٧٠	٠.٩٣٢
داخل المجموعات الخطأ	٢٠٨٦٢٣.٥٩٢	٤٦٥	٤٤٨.٦٥٣		
التباين الكلي	٢٠٨٦٨٦.٥٥٥	٤٦٨			

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الفائية المحسوبة بلغت (٠.٠٧٠) وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية التي تساوي (٤,٦٠) عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعات في الهلع، وهذا يعنى قبول الفرض الصفري . تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Carrera, M., et al (2005) والتي أشارت إلى أن المتغيرات الديموجرافية (العمر، النوع، مستوى التعليم، والحالة الزوجية وحدة الأزمة والقلق المرتقب لم تضيف شيئاً للإعاقاة ويدعم هذه النتيجة دراسة (Niazi, S.& Adil A, (2008) والتي أجريت على عينة بلغ قوامها ١٥٠ بواقع ٧٥ رجلاً، ٧٥ امرأة تراوحت أعمارهم ما بين ١٨ - ٤٥ والتي أسفرت عن عدم وجود فروق في نوبات الهلع ترجع إلى العمر وتفسر الباحثان ذلك بأن راجع إلى طبيعة عينة البحث وما تتميز به من خصائص منها المرحلة العمرية التي أجرى عليها البحث، كون الغالبية العظمى من أفراد العينة من المدخنين، لا يوجد ضمن أفراد العينة (أطفال-مراهقين-مسنين)

• الفرض الثامن :

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات أفراد العينة في جودة الحياة ترجع إلى اختلاف العمر .

الجدول التالي يوضح نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس جودة الحياة .

جدول (١٤): نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس جودة الحياة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٨٣٤.١٩٤	٢	٤١٧.٠٩٧	٢.١٢٨	٠.١٢٠
داخل المجموعات الخطأ	٩١١٥٤.٣٣٦	٤٦٥	١٩٦.٠٣١		
التباين الكلي	٩١٩٨٨.٥٣٠	٤٦٨			

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الفائية المحسوبة بلغت (٢.١٢٨) وهي أقل من القيمة الفائية الجدولية التي تساوي (٤.٦٠) عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعات في جودة الحياة، وهذا يعنى قبول الفرض الصفري وتتفق هذه

النتيجة مع دراسة (2005) Carrera, M., et al والتي أشارت إلى أن المتغيرات الديموجرافية (العمر- النوع- مستوى التعليم ، الحالة الزوجية) وحدة الأزمة والقلق المرتقف لم تضيف شيئاً للإعاقة) وتتعارض هذه النتيجة مع دراسة (1997) Hollifield , M., et al والتي أشارت إلى أن الحالات المصابة بالهلع كانت أكثر قابلية وعرضة للمستويات العالية من الإعاقة مع تقدم العمر ، أى أن العجز والإعاقة فى الصحة العامة ترتبط باضطراب الهلع والعمر، وكذلك دراسة (2013) Cerne, A., et al والتي أشارت إلى أن نقاط جودة الحياة ترتبط سلبيا مع التقدم فى العمر والاكتئاب وعدد الأمراض المزمنة وإيجابيا مع المستوى التعليمى الأعلى والعزوبية والدخل المادى المرتفع . وتفسر الباحثان ذلك بأنه راجع إلى طبيعة العينة وما تتمتع به من خصائص . كما أن أفراد العينة ينتموا إلى فئة الراشدين وبالتالي لم يوجد بينهم مسنين لذا فإن الباحثان لا ترى تعارض فى نتائج الدراسات السابق ذكرها والتي أشارت إلى جودة الحياة تتأثر سلبيا مع التقدم فى العمر حيث أن المقصود بالتقدم فى العمر مرحلة الشيخوخة ، وتؤيد الباحثان ما ذكره العارف بالله الغندور (١٩٩٩ : ٢٤) والذي يرى أن المتغيرات الديموجرافية مثل : معدلات المواليد- الوفيات - المستويات التعليمية لأفراد المجتمع- العمل- الدخل ... الخ تختلف من مجتمع إلى آخر كما تختلف من جماعة إلى أخرى داخل المجتمع الواحد وإذا فرض أن هذه المتغيرات السابق ذكرها سوف تؤثر على جودة حياة الأفراد داخل المجتمع ، فسوف يظل هذا التأثير نسبى .

• الفرض التاسع :

لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس الهلع ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر- ريف)، وكمية التدخين (غير مدخن - أقل من علبة- علبة فأكثر). الجدول التالي يوضح نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس الهلع .

جدول (١٥) : نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث

للدراسة على مقياس الهلع					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
كمية التدخين	٥٠٩٥٢.٠٧٢	٢	٢٥٤٧٦.٠٣٦	٧٧.٣٣٤	٠.٠١
الإقامة	٢٦٩.٩٣٩	١	٢٦٩.٩٣٩	٠.٨١٩	٠.٣٦٦
التفاعل بين الكمية والإقامة	٣٠٤٢.٠٠١	٢	١٥٢١.٠٠٠	٤.٦١٧	٠.٠١٠
الخطأ	١٥٢١٩٥.٣٤٤	٤٦٢	٣٢٩.٤٢٧		
التباين الكلى	٢٣٦٩١٨٤.٠٠٠	٤٦٨			

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الفائية المحسوبة بلغت (٧٧.٣٣٤) وهي أكبر من القيمة الفائية الجدولية التي تساوي (٤.٦٠) عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعات في كمية التدخين وعدم وجود فروق دالة ترجع إلى الإقامة ، في حين كانت قيمة (ف) لحساب التفاعل (٤.٦١٧) وهي دالة مما يدل على ظهور تفاعل دال إحصائيا بين كمية التدخين والإقامة ، وللكشف عن اتجاه هذه الفروق

استخدم الباحثان اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات وجدول التالي يوضح نتائج هذا الاختبار.

جدول (١٦): نتائج اختبار شيفيه لتحديد اتجاه الفروق بين المجموعات في الهلع

ريف			المجموعات		
علبة فأكثر	أقل من علبة	غير مدخن	غير مدخن	أقل من علبة	حضر
٦٨.٥٦ = م	٧٧.٩٤ = م	٥٤.١٨ = م	٥١.٦٨ = م	٧٦.٠٢ = م	
*٢٠.٨٢	*٢٣.٧٢	—			
٢.٨٩	—				
—				٧٧.٦١ = م	علبة فأكثر

♦♦ دالة عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من جدول السابق أن اتجاه الفروق بالنسبة للهلع كما يلي :

◀ عند المقارنة بين غير المدخن وأقل من علبة كانت الفروق دالة عند مستوى (٠.٠١) لصالح أقل من علبة، وعند المقارنة بين غير المدخن وعلبة فأكثر كانت الفروق لصالح علبة فأكثر، في حين لم تظهر فروق بين أقل من علبة وعلبة فأكثر، وقد تم تفسير ذلك عند مناقشة نتائج الفرض الثاني والرابع.

◀ أما عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في المجموعات الثلاثة للبحث على مقياس الهلع ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة (حضر- ريف) وكمية التدخين (غير مدخن- أقل من علبة-علبة فأكثر) فهذا يعني رفض الفرض الصفري .

◀ وتتفق هذه النتيجة مع ما ذكره Eaton, W. W. 2012 : 181 من وجود فروق كبيرة في اضطراب الهلع و زهاب الأماكن المفتوحة (الأجورافوبيا) لدى من يقطن الريف والحضر لصالح من يقطن المناطق الريفية عن الحضرية.

◀ ويدعم هذا نتائج دراسة Chockalingam , K., et al 2013 والتي أشارت إلى أن معدل انتشار تعاطي التبغ في المناطق الريفية أعلى عن المناطق شبه الحضرية والحضرية حيث بلغت نسبة الانتشار ٢٣.٧٪، ٢٠.٩٪، ١٩.٤٪ على التوالي ، كما أن نسبة انتشار تدخين التبغ ١٤.٣٪، ١٣.٩٪، ١٢.٤٪ على التوالي ، وقد أوضحت النتائج أن انتشار تعاطي التبغ يكون في سكان المناطق الريفية والأحياء الفقيرة، والذكور والفئات العمرية الأكبر سناً في منطقة جنوب الهند.

◀ وتفسير الباحثان ذلك بسبب ما يتمتع به المجتمع الريفي من عادات وتقاليد وخاصة في المناسبات وما يحدث فيها من تدخين الغالبية العظمى من الذكور من باب المجاملات أو لأن الفرد مدخناً بطبعه أو من باب إثبات الرجولة والتقليد، مما يسبب ارتفاع معدل التدخين والمدخنين فيترتب على ذلك احتمال الإصابة باضطراب الهلع نظراً لأن التدخين يعد من عوامل الخطورة التي تزيد من احتمال إصابة الفرد المدخن باضطراب الهلع.

• الفرض العاشر :

لا توجد فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في المجموعات الثلاث للبحث على مقياس جودة الحياة ترجع إلى أثر التفاعل بين

الإقامة (حضر - ريف)، وكمية التدخين (غير مدخن - أقل من علبة - علبة فأكثر).

الجدول التالي يوضح نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس جودة الحياة.

جدول (١٧): نتائج اختبار تحليل التباين لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعات الثلاث للدراسة على مقياس جودة الحياة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
كمية التدخين	٤٤٩٤.٠١٢	٢	٢٢٤٧.٠٠٦	١٢.٠٢٥	٠.٠١
الإقامة	١٨.٨٩٣	١	١٨.٨٩٣	٠.١٠١	٠.٧٥١
التفاعل بين الكمية والإقامة	٥٤٩.٧٨٣	٢	٢٧٤.٨٩٢	١.٤٧١	٠.٢٣١
الخطأ	٨٦٣٣٢.٢٢٥	٤٦٢	١٨٦.٨٦٦		
التباين الكلي	١٠٠٢٠٠٤٦.٠	٤٦٨			

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الفائية المحسوبة بلغت (١٢.٠٢٥) وهي أكبر من القيمة الفائية الجدولية التي تساوي (٤.٦٠) عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعات في كمية التدخين، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعات في جودة الحياة ترجع إلى الإقامة لأن القيمة الفائية المحسوبة بلغت (٠.٧٥١) وهي أقل من القيمة الفائية التي تساوي (٤.٦٠) وكذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعات في جودة الحياة ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة وكمية التدخين لأن القيمة الفائية المحسوبة بلغت (١.٤٧١) وهي أقل من القيمة الجدولية التي تساوي (٤.٦٠) وتفسر الباحثان وجود فروق في جودة الحياة ترجع إلى كمية التدخين بأنه قد سبق الإشارة إلى ذلك أثناء عرض النتائج الخاصة بالفرض الثالث، أما عن عدم وجود فروق في جودة الحياة ترجع إلى الإقامة فيفسر ذلك في ضوء أن جودة الحياة تعد ظاهرة ذاتية تتأثر بصورة جوهرية بخبرات الفرد، وتتفق هذه النتيجة مع طبيعة المجتمع المصري حيث لم يعد هناك فروقا كبيرة بين من يقطن الحضر والريف ويرجع ذلك لما يلي: بعض القرى أصبحت إلى حد ما تتمتع بكثير من الخدمات التي توجد في المدينة. أن الغالبية العظمى ممن يقطن الريف يقضون معظم أوقاتهم في المدينة حيث العمل والترفيه. التفاعل الدائم بين من يقطن الحضر والريف، فكل ما سبق كان له أثر في تلاشي الفروق بين الاثنين. أما عن عدم وجود فروق بين متوسطات المجموعات الثلاثة على مقياس جودة الحياة ترجع إلى أثر التفاعل بين الإقامة وكمية التدخين على مقياس جودة الحياة فبالرجوع إلى نتائج الدراسات السابقة لم تجد الباحثان دراسة مباشرة قد تناولت أثر التفاعل بين الإقامة وكمية التدخين على جودة الحياة مما يفتح الباب أمام الباحثين لدراسة هذا الأثر وتفسر الباحثين ذلك في ضوء ما سبق ذكره عند عرض نتائج وتفسير الفرض الثالث وكذلك ما تم ذكره أثناء تفسير هذا الفرض.

• توصيات :

- ◀ توجيه البرامج الإرشادية للحد من الآثار السلبية الناجمة عن اضطراب الهلع والتدخين .
- ◀ التركيز في برامج الصحة النفسية على فئة من يعاني من اضطراب الهلع لتحسين إدراك جودة الحياة لديهم .
- ◀ تفعيل دور الإعلام المسموع والمرئي في رفع مستوى الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع بصفة عامة والمدخنين بصفة خاصة حول التدخين وآثاره على الفرد والمجتمع .
- ◀ تفعيل دور مراكز الشباب في مكافحة التدخين من خلال برامج وندوات عن مضار التدخين .
- ◀ سن القوانين التي تحجّم من انتشار التدخين مع ضرورة عمل جهات رقابية للتأكيد من تفعيل القوانين .

• بحوث مقترحة:

- ◀ اضطراب الهلع وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لدى المرأة العاملة وغير العاملة .
- ◀ فاعلية برامج إرشادية للتخفيف من حدة اضطراب الهلع وأثره على بعض المتغيرات النفسية .
- ◀ فاعلية برنامج إرشادي لتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرضى الهلع المدخنين .
- ◀ اضطراب الهلع وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية دراسة عبر ثقافية .
- ◀ أثر التدخين على كل من اضطراب الهلع، والاكتئاب وجودة الحياة لدى عينة من المدخنين من الجنسين .

• أولاً : المراجع العربية :

• القرآن الكريم .

- أرون بيك ، دينيس غرينبير ، جان سكوت ، مارك وليامز (٢٠٠٢) : العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية ، ترجمة حسن مصطفى عبدالمعطي ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- أشرف أحمد عبدالقادر (٢٠٠٥) : تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة ، ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة ، من الاثنين - الأربعاء ، ١٤ - ١٦ فبراير ، ص ٨٩ - ١٢٨ .
- إيهاب البيلوي (٢٠٠١) : قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
- بشرى عناد مبارك (٢٠١٢) : جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج ، مجلة كلية الآداب ، جامعة بغداد ، العدد ٩٩ ، ص ٧١٤ - ٧٧١ .
- تيسير حسون (٢٠٠٧) : المرجع السريع إلى الدليل التشخيص والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، دمشق .
- حسين فايد (٢٠١٠) : المضطربون سلوكياً ، الرياض ، دار الزهراء للنشر والتوزيع .
- حمدي على الفرماوى (١٩٩٩) : جودة الحياة في جوهر الإنسان ، المؤتمر الدولي السادس لجودة الحياة ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ٢١٥ - ٢٢٦ .
- خالد حنفي ، أشرف صلاح الدين صلاح ، هايدى محمد عمر ، مريم عزت الملاح ، دينا بكر ، فرانك جى شالويكا (٢٠١٠) : اقتصاديات ضرائب التبغ في مصر ، الاتحاد الدولي لمكافحة السل وأمراض الرئة ، باريس ، فرنسا .

- ديفيد هـ - بارلو (٢٠٠٦) : مرجع اكلينيكي فى الاضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلى ، ترجمة : صفوت فرج ، محمد نجيب الصبوة ، مصطفى أحمد تركى ، جمعه سيف يوسف ، هبه إبراهيم القشيشى ، حصة عبدالرحمن الناصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- رجب الشريف (٢٠١٤) : التدخين ، مجلة النفس المطمئنة ، ع ١٠٨ ، ص ص ٢ - ٨ .
- رعد على نعيسة (٢٠١٢) : جودة الحياة لدى طلبة جامعتى دمشق وتشرين ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد ٢٨ ، العدد الأول ، ص ص ١٥٤ - ١٨١ .
- زينب محمود شقير (٢٠٠٢) : الشخصية السوية والمضطربة ، ط ٢ ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- زينب محمود شقير (٢٠٠٥) : مقياس الدلالات الإكلينيكية التشخيصية للهلع ، ط ١ ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- سارة بهلول أشواق (٢٠٠٩) : سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين ، الكحول ، سلوك قيادة السيارات ، قلة النشاط البدنى) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير فى علم نفس ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ، جامعة الحاج لخضر - باتنة ، العراق .
- سلاف مشرى (٢٠١٤) : جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابى (دراسة تحليلية) ، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية ، جامعة الوادى ، العدد ٨ ، سبتمبر ، ص ص ٢١٥ - ٢٣٦ .
- سمير أبو حامد (٢٠٠٩) : صحتك فى سؤال وجواب (٢) : التدخين آفة العصر من الألف إلى الياء ، ط ١ ، دمشق ، خطوات للنشر والتوزيع .
- صفاء القبندى (٢٠٠٩) : ظاهرة انتشار التدخين بين الطلاب (أسبابها وعلاجها) ، مجلة الباحثان ، العدد الحادى عشر ، السنة الثالثة ، ص ص ١ - ٤ .
- العارف بالله محمد الغندور (١٩٩٩) : أسلوب حل المشكلات ونوعية الحياة دراسة نظرية ، المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى (جودة الحياة توجه قومى للقرن الواحد والعشرين) ، جامعة عين شمس ، ص ص ١ - ١٧٧ .
- عبدالباسط محمد السيد (٢٠٠٧) : سلسلة الوصول إلى الصحة المثل (٥) : التدخين وعلاجه بالأعشاب (من القديم إلى الحديث) ، ط ١ ، الهرم ، الجزيرة ، مكتبة ألفا للتجارة والتوزيع .
- عبدالكريم الحجاوى (٢٠٠٤) : موسوعة الطب النفسى ، ص ١ ، الأردن ، عمان ، دار أسامة للنشر والتوزيع .
- عبدالله بن صالح القصير (٢٠١١) : البيان فى أضرار الدخان ، ط ٢ ، شبكة الألوكة .
- عبدالله بن عبدالحميد الأثرى (ب . ت) : التدخين بين الطب والدين ، دار ابن حزيمة .
- فاروق السيد عثمان (٢٠٠١) : القلق وإدارة الضغوط النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربى .
- فوقية حسن رضوان (٢٠٠٦) : الإعاقة الصحية ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث ،
- كوادم كنزى (٢٠١٣) : كتاب طبيب العائلة : القلق ونوبات الذعر ، ترجمة : هلا أمان ، الرياض ، دار المؤلف .
- لطفى عبدالعزيز الشربيني (٢٠٠٩) : الإشارات النفسية فى القرآن الكريم ، مجلة شبكة العلوم النفسية والعربية ، العدد ٢٣ ، ص ص ١ - ٥ .
- محمد أديب العسالى (٢٠٠١) : دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين فى الرعاية الصحية الأولية ، دمشق ، سوريا ، وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية .
- محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١) : جودة الحياة : المفهوم والأبعاد ، المؤتمر العلمى السابق ، جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية ، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ ، فى الفترة من (١٣ - ١٤) ابريل ، ص ص ٢٢١ - ٢٥٣ .

- محمد السيد عبدالرحمن (٢٠٠٠) : علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب - الأعراض - التشخيص والعلاج ، الجزء الأول ، القاهرة ، دار قباء للنشر والتوزيع .
- محمد حسن غانم (٢٠٠٦) : الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المآل والمسار) ط١ ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- محمد عبدالظاهر الطيب ، سيد أحمد البهاص (٢٠٠٩) : الصحة النفسية وعلم النفس الايجابي ، ط ١ ، القاهرة ، مكتب النهضة المصرية .
- محمد عبدالقادر عابدين (د.ت) : التدخين ، طبيعته ، وانعكاساته على الطلبة والمجتمع ، وسبل الوقاية منه ، مجلة الجامعة ، عدد ٦ - أ ، ص ص ١٤٠ - ١٧٦ .
- محمود عبدالحليم منسى ، على مهدي كاظم (٢٠٠٦) : مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة ، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة ، جامعة السلطان قابوس ، مسقط ١٧ - ١٩ ديسمبر ، ص ص ٦٣ - ٧٨ .
- مريم عيسى الشيراوى (٢٠١٣) : السلوك التكيفى وعلاقته بجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنيا ، مجلة الطفولة العربية ، العدد ٥٤ ، ص ص ٦٧ - ٩٦ .
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) : المرجع العاشر للتصنيف الدولي للأمراض : تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الأوصاف السريرية الإكلينيكية والدلائل الإرشادية التشخيصية ، ترجمة وحدة الطب النفسى بكلية الطب جامعة عين شمس ، الإسكندرية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط .
- ناهده عبد زيد الدليمى ، إيمان مخيل حسن ، إيمان عامر عز الدين ، آية كاظم عباس (٢٠١٢) : تقدير الذات وعلاقته بجودة الحياة لطالبات جامعة بابل ، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية ، المجلد ٢٠ ، العدد ٤ ، ص ص ١١٢٦ - ١١٤٢ .
- نبيل عيد الزهار ، فوزى عزت على ، أحمد فوزى جنىدى (٢٠٠٩) : البنية العاملية لجودة الحياة النفسية لنموذج لنموذج رايف Ref ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد ٦٣ ، المجلد التاسع عشر ، ص ص ٤٦٣ - ٤٩٠ .
- نعمان سرحان على ، على حيدر على (٢٠٠٦) : دراسة عائلية لاضطراب الهلع فى العراق ، المجلة العربية للطب النفسى ، المجلد ١٧ ، العدد ٢ ، نوفمبر ص ٢ .
- هشام إبراهيم عبدالله (٢٠٠٨) : جودة الحياة لدى عينة من الراشدين فى ضوء بعض المتغيرات الديميدجرافية ، مجلة دراسات تربوية واجتماعية ، مصر ، المجلد الرابع عشر ، العدد الرابع ، أكتوبر ص ص ١٣٧ - ١٨٠ .

• ثانيا : المراجع الأجنبية :

- Aitintas , E.B.R .U ., Uguz ,S., levent , B., & Seydaoglu , G . (2007) . Quality of life in panic disorder with or without agoraphobia and depression a 12 weeks follow - up study . European Neuropsychopharmacology , 17 , Supplement 4 S 523 .
- American Psychiatric Association (2000) . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text Revision , Fourth Edition , Weshinton , DC. Author .
- Amering , M., Bankier , B., Berger , P., Griengl , H., Windhaber , J., & Katschnig , H. (1999) . Panic Disorder and Cigarette Smoking Behavior . Comprehensive Psychiatry , Vol 40 , No 1 , 35-38.
- 4- Barlow . D.H. (1993). Clinical Handbook of psychological Disorder , Second Edition , the Guilford press , New york.
- Barrera , T.L., Norton , P.J . (2000) . Quality of life impairment in generalizes anxiety disorder , Social phobia and panic disorder . Journal of Anxiety Disorder , 23 , 1086 -1090.

- Becoña, E., Vázquez ,I., Míguez , d . C., Del Río , E . F., López-Durán, A.I., Martínez , U., & Piñeiro, B. (2013) . Smoking habit Profile and health – related quality of life . *Psicothema* , Vol 25, No 4 , 421 – 426 .
- Bollinger , L.C., Burns , U.M., Bush, C., Califano , J.A. , Chenault , K. I., Curtis , J. L., Dimon , J., Dotan , P.R., Ganzi, V.F., Kough, D.R., & Kessler , D.A. (2007). Tobacco : The Smoking Gun . National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University , New Your
- Carrera M., Herrán, A., Ayuso - Mateos, J .L, Biddle, DS, Ramírez, ML, Ayestarán, A., Hoyaela, F., Rodriguez -. Cabo, B., y Vázquez-Bearquero, J .L. (2006) Quality of life in early phases of panic disorder : predictive factors . *journal of Affective disorder* , 127 -134 .
- Carrera , M., Herrán, A., Biddle, S., Ayestarán, A., Ramírez, ML, Hoyuelo, JL, y Barquero, V. (2005). Quality if life in patients with panic disorder predictive variables of impairment . *Europen* .
- Cerne , A., Rifel , J., Potar – Pavlic , D. Svab, I ., Šelic , P., & Kersnik , J. (2013) Quality of life in Patients with depression , panic syndrome , other anxiety syndrome , alcoholism and chronic so matic diseases : a longitudinal study in Slovenian primary care patients . *Wien klin wochenschr the central European Journal of Medicine* .
- Chockalingam , K., Vedhachalam , C., Rangasamy , S., seker , G., Adinarayanan , S., Swaminathan , S., & Menon , P.A (2013) : Prevalence of tobacco use in urban , semi urben and Rural Areas in and around Chennai city, India . *Pos one* , Volume 8 , Issue 10 , P. 1 – 9 .
- Cohen V, P. (2001) Smoking May lead to Anxiety Disorder in Adolescent and young Adults . *Nida Notes* , Vol 16, No1 , 1 .
- Cohen , E. (2013): Panic disorder and man : Courageous Conauerors or just Brave faces faces. Available at : <http://www.huffingtonpost.com.july8,2:30>.
- Costanza , R., Fisher , B , , Ali , S., Beer , C., Bond , L., Boumans , R., Danighelis , N. L. Dickinson , J., Elliott, C., Farley , J. Gayer , D.E. Glenn , L.M., Hudspeth , T., Mahoney , D., Mccahill , L., Mcintosh , B., Reed , B., Rizvi , S.A., Rixxo , D.m., Simpatico , T.,& Snapp , R. (2007) . Quality of life : An approach integrating opportunities , humen needs , and subjective well – being . *Ecological Economics* , 61,267 –276
- Coste ,J., Quinauis , L., Dalmeida ,S., & Audureau, E. (2014) . Smoking and Health – Related Quality of life in the General Population . Independent Relationships and large differences According to patterns and Quantit of smoking and to Gender . *Plos one*, Volume 9 , Issue 3/eg 1562, 1-15.
- Davidoff, J , , Christensen , S, . Khalili , D.N. Nguyen , J. , & Ishak,W .W. (2012) . Quality of life in panic disorder : Looking beyond symptom remission . *Qual life Res* , 21 , 945-959 .
- Davison, G.C., & Neale , J . M (1998) . *Abnormal psychology* , Seventh Edition , John wiley & Sons , New york .
- Deer, T. M. (1998) . Anxiety sensitivity in the Elderly : A Risk factor for Anxiety symptoms and panic Disorder , Submitted in partial fulfillment

- of requirements of the Degree of master of science , finch university of health sciences .
- Eaton, W.W (2013) Public Mental Health , oxford university press , Inc , New Yourk.
 - Felce, D. & Perry , J. (1995) . Quality of life its Definition and Measurement . Research in Development Disabilities , Vol. 16 , Issue , January – February , 51 – 74 .
 - Frank, J., & Snook, M.A. (2000) . Quality of life : Acloser look at Measuring Patients Well – Being . Diabetes Spectrum , Volum 13 , 24 .
 - Freire, R.C. Mezassalma , M.A., Valenca , A , M., de- Melo – Neto , V, L., Lopes , F. L., Nascimento , I ., & Nardi , A, E. (2007) . Smoking and panic disorder : Severity and Comorbidities . Rev Psiquiatr R S . 29 (3) , 281 – 285 .
 - Gluck , S. (2013) : Panic disorder in man . Available at : <http://www.Healthplace.com> . last updated:29April2013
 - Goodwin , R. & Hamilton , S.P. (2002) . Cigarette Smoking and Panic : The Role of Neuroticism , Am J Psychiatry , 159, 1208 – 1213 .
 - Hoeksema , S.N. (2001) . Abnormal psychology , Second Edition , MC Graw Hill Companies , Burr Ridge .
 - Hollifield, M., Katon , W., Skipper , B., Chapman , T., Ballenger , J. C . , Mannuzza , S. , & Fyer , A. , J. (1997) Panic disorder and Quality of life Variables predictive of functional Impairment . Am , Psychiatry , 154 , 766 – 772 .
 - I C D – 10 – (1993) . Classification of Mental and Behavioural Disorder Clinical Description and Dagnostic Guidilines , World Health organization Geneva.
 - Isensee , B., Wittchen ,H.U. , Stenin , M.B ., Ho floer , M.,& Lieb , D.R. (2003) . Smoking increases the Risk of panic study findings from a prospective community , Arch Gen psychiatry , 60 , 7, 692 – 700 .
 - Jackson, C. Quality of life as A health outcome as A health predictor , Health Psychology, lecture notes vailable at http://www.health.abu.ac.uk/craig_jakson/QOL.PPT .2:10 .
 - Johnson , J.G., Chohen , P., Pine , D, Kelin , D., Kasen , S., & Brook , J. (2000). A ssociation Between cigarette Smking and Anxiety Disorder During Adolescence and Early Adulthood . The Journal of American Association , Vol 284 , No 18, 2348-2351 .
 - Kendall , P.C. & Hammen , C. (1998) . A bnormal psychology understanding Human problems , Second Edition , Houghton Mifflin Company , Boston New yourk .
 - Knuts , I. J.E., Cosi , F., Esquivel , G., Goossens , L., Duinen , M. V. Bareman , M., Overbeek , T., Griez , E.J.L., & Schruers , K.R. (2010) . Cigarette Smoking and 35% Co2 induced Panic disorder Patients . Journal of Affective Disorders , 124 , 215 – 218 .
 - Logu , M. B. (1996) : Panic disorder and Anxiety Disorder in An out patient ped latric cardiology S ample . P H D . unablISHED , Faculty of Graduate School , University of Missouri – Columbia .

- Lopes, F.L., Zin, N. W.A., Valenca, A .M., Figueira , I., & Nardi , A, E. (2002) . Smoking and Psychiatric disorder : a Comorbidity Survey , Brazilian Journal of medical Biological Research , 35 , 961 – 967.
- Mc Cabe , R.E., Chudzil , S.M ., Antony , M.m., young , L., Swinson , R.p., & Zolvensky , m . J. (2004). Smoking behaviors across anxiety disorder . Journal of Anxiety Disorders, 18 , 7 – 18 .
- Melo – Neto , V.L., Valenca , A. M. , Nascimento , I ., Lopes , F.L. & Nardi , N.E . (2008) . Quality of life assessment by WHO Qo l – BREF in Panic disorder Patients during treatment . Rev . Psia . Chlin , 35 , 2 , 49 – 54 .
- Morissette, S.B., Brwon, t.A., Kamholz, B. W., & Gulliver, S.B. (2006). Differences between smokers and smokers with anxiety disorders . journal of Anxiety Disorder , 20, 597-613
- Nevid , J.S. (2000) . Abnormal psychology in a chang world , Fourth Edition , prentice Hall , Upper Saddle River , New Jersey .
- Niazi , S.& Adil , A. (2008) : Relationship between panic attacks and Aggression with Respect to Age and Gender. journal of the Indian Academy of Applied Psychology , Vol. 34 , No .2 , 287 – 293.
- Quilty , L.C. Ameringen , M.V. , Mancini , C. , Oakman , J., & Farvolden , P. (2003) . Quality of life and the anxirty disorders , Anxirty disorder , 17 , 405-426.
- Ratnani , I . , J., Panchal , B. N., Tiwari , D . S ., & Vala , A. U. (2014) . Association of Panic Disorder with Quality of life among Individuals with Headache . East Asian Arch Psychiatry , 24 , 10 – 15 .
- Reine, G., Lancon, C., Ditucci, C., Sapin , C.& Auquier , P. (2003) . Depression and Subjective quality of life in choronic phase Schizophrenic patients . Volume 108 , Issue 4 , 297 -303 .
- Rosenhan, D.L. & Seligman , M.E.(1995) Abnormal psychology third Edition , W.W. Norton & Company , New York . London .
- Roxanis , L., Makaroni , S., Coccossis , M.G , Triantafully , A., & typaldu . (2014) . Quality of life among Greek Smokers and non Smoker . A stydy in local Community Workers in Athens suburbia . Tobacco Induced Diseases , 12, Supp 1 , A 33.
- Rubin , H , C. , Rapaport , M.H., Levine , B., Gladsjo , J.K., Rabin , A., Auerbach , M ., Judd, L.L. & Kaplan , R.(2000) . Quality of well being in panic disorder : The assessment of psychiatric and general disability . Journal of Affective Disorder , 57 , 217 – 221 .
- Ryff, C.D., & Keyes, C. L. M. (1995) . The structure of Psychological well – Being Revisited , Journal of personality and Social Psychology , Vol 69 , N 4 , 719 – 727 .
- Ryff, C.D . (1989) . Happiness is Everything , or is it Explorations on the Meaning of psychological Well – Being . Jorunal of personality and Social Psychology , Vol 57 , N 6 , 1069 – 1081 .
- S J, K., YS, K., & SW, y . (2001) . Quality of life in patients with panic disorder . J Korean Neuropsychiatry Assoc , may ; 40 , 3 , 407 – 415 .
- Sadock , B. J . & Sadock , V.A. (2008) . Concise Textbook of Clinical Psychiatry , third Edition , Lippincott Williams & wilkins , New york .

- Shear, M. K. , Brown , T.A., Barlow , D.H. , Money , R., Sholomaskas , D.E., Woods , S.W ., Gormon , J.M. & Pappi, L. A. (1997) . Multicenter collaborative panic disorder scale . American Journal of Psychiatry , 154 , 157 , 1-1575 .
- Simon , N. M., Otto , M.Q .. Korbly , N. B., Peters , P.M., Nicolaou , D.C., & Pollack , M.H. (2002) . Quality of life in Social Anxiety Disorder Compared with Panic Disorder and the General Population . Psychiatric Services , vol 53 , N.6 , 714 – 718 .
- Srivastava , S., Bhatia , M.S., Rajender , G., & Angad, S (2009) . Q O L and Mental Health : Quality of life substance use Disorder . Delhi Psychiatry journal , Vol 12 , No 1 , 114 – 120.
- Sue, D., Sue, D.W ., & Sue,T. (2005) Essential of Understanding Abnormal Behavior , Houghton Mifflin Company , Bosten , New York
- Tan , N.C., Agnes , S.H., Teo , S.H., Swah , T.S. Chen , Z., & Tai , B.C.(2012). Impact of Cigarette Smoking on Symptoms and Quality of life of adults with athma manged in Public Primary Care Clinics in Singapore : Aquestionnair Study. Prim Care Pespir J , 21 , 1 , 90-93.
- Tavafian , S., Aghamolaei , T., & Zare , S. (2009) . Water Pipe Smoking and Health – Related Quality of life Apopulation – Based Study . Archives of Iranian Medicine , Volume 12, Number 3 , 232- 237.
- Tomioka , H., Sekiya , R., Nishio, C., & Ishimoto, G.(2014) Impact of Smoking Cessation Therapy on Health – related Quality of life . B M J , open Respiratory Research , 1 – 7 .
- Tsuj L , K., Miyasaka , L., Otsuka , K., Honda, G., Kato , S., & ABe , A.A. (2001) . Panic disorder Cases in Japanese – Brazilians in Japan their ethnic and Cultural Confusion . Psychiatry and Clinical Neurosciences , 55 , 127 – 130 .
- Veenhoven , R. (2000) . The Four Quality of life ordering Concepts and Measures of the Good life . Journal of Happiness Studies , Vol 1 , 1 – 39
- Ventegodt , S. , Merrick , J., & Andersen , N. j.(2003) . Quality of life Theory I . The IQOL Theory : An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept . The Scientific World Journal , 3 , 1030 – 1040
- World Health Organization . (1997) . W H O QOL Measuring Quality of life , Division of Mental Health and Prevention of substance Abuse , World Health or ganization , Geneva .
- Yates , W.R. (2009) . Phenomenology and Epidemiology of panic Disorder . Annals of Clinical Psychiatry , Vol , Np 2 , May , 95 -102 .
- Zvolensky , M. J , Kotov , R. , Antipova , A.V., & Schmidt , N. B. (2003) . cross Cultural evaluation of Smokers risk for Panic and Anxiety Pathology : A test in A Russian Epidemiological Sample – Behaviour Research and therapy , 41 , 1199 – 1215 .
- Zvolensky , M.J., Schmidt , N. B., MC Cerary . (2003). The Impact of Smoking on Panic Disorder An initial investigation of A pathoplastic Relationship . Journal of Anxiety Disorders , 17, 447 – 460 .

